

ALLEGATO “1.4.”
Bilancio Preventivo Economico Anno 2021

**RELAZIONE AL BILANCIO
PREVENTIVO ECONOMICO DEL
DIRETTORE GENERALE**

INDICE

1. CRITERI GENERALI DI PREDISPOSIZIONE DELLA RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE	1
2. GENERALITÀ SUL TERRITORIO SERVITO, SULLA POPOLAZIONE ASSISTITA E SULL'ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA	2
2.1. IL TERRITORIO SERVITO E LA POPOLAZIONE ASSISTITA	2
2.2. ORGANIZZAZIONE AZIENDALE	4
3. GENERALITÀ SULLA STRUTTURA E SULL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI	8
3.1. ASSISTENZA OSPEDALIERA	8
3.1.1. Stato dell'arte	8
3.1.2. Obiettivi dell'esercizio relativi alla struttura e all'organizzazione dei servizi ospedalieri	11
3.1.3. D.L. n. 34 del 19 maggio 2020 - Attuazione Piano di Riorganizzazione della dotazione di posti letto in ambito ospedaliero (DGR n. 751/2020 e DGR 1267/2020)	12
3.1.3.1. Area Medica	13
3.1.3.2. Area Chirurgica	14
3.1.3.3. Area Materno-Infantile	15
3.1.3.4. Rischio clinico	16
3.1.3.5. Area Servizi	18
Flussi Informativi area ospedaliera	21
3.2. ASSISTENZA TERRITORIALE	23
3.2.1. Stato dell'arte	23
3.2.2. Obiettivi dell'esercizio relativi alla struttura e all'organizzazione dei servizi territoriali	26
3.2.2.1. Farmaceutica Territoriale	27
3.2.2.2. Emergenza Urgenza	29
3.2.2.3. D.L. n. 34 del 19 maggio 2020 - Piano di potenziamento e riorganizzazione rete territoriale	30
3.2.2.4. Area Integrazione socio-sanitaria	32
3.2.2.5. Area Dipendenze patologiche	35
3.2.2.6. Liste di Attesa	37
3.2.2.7. Area Salute Mentale	40
3.2.2.8. Flussi informativi	42
3.3. PREVENZIONE	43
3.3.1. Stato dell'arte	43
3.3.2. Obiettivi dell'esercizio relativi alla struttura e all'organizzazione della prevenzione	44
3.3.2.1. AREA MEDICA	45
3.3.2.2. AREA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	54
4. LA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA DELL'AZIENDA	62
4.1. OBIETTIVI ECONOMICI 2021	62
4.2. CONFRONTO CE PREVENTIVO/CONSUNTIVO E RELAZIONE SUGLI SCOSTAMENTI	66
4.2.1. Valore della produzione	66
4.2.2. Costi della produzione	69

1. CRITERI GENERALI DI PREDISPOSIZIONE DELLA RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

La presente relazione al Bilancio Preventivo Economico annuale di cui all'art. 25 del D. Lgs 118 del 2011 e s.m.i. è redatta sulla base dei criteri di cui ai seguenti riferimenti normativi:

- Art. 5, L. R. n. 47/96 dispone che *“Il bilancio preventivo economico annuale esprime analiticamente il risultato economico aziendale previsto per il successivo esercizio, coincidente con il primo anno del bilancio pluriennale di previsione. Il bilancio preventivo economico annuale evidenzia i risultati previsti per le strutture, le attività e i servizi per cui la normativa vigente stabilisce separata indicazione, ivi inclusa la eventuale gestione socio-assistenziale”*
- Comma 2, Art. 25, D.Lgs n118/2018 e s.m.i prevede che gli Enti del SSR *“predispongono un Bilancio Preventivo annuale, in coerenza con la programmazione sanitaria e con la programmazione economico-finanziaria della Regione. Il bilancio preventivo economico annuale include un conto economico preventivo e un piano dei flussi di cassa prospettici, redatti secondo gli schemi di conto economico e rendiconto finanziario previsti dall'art.26. Al conto economico è allegato il conto economico dettagliato, secondo lo schema CE di cui al decreto ministeriale 2007 e s.m.i. Il bilancio preventivo economico annuale è corredato da una nota illustrativa, dal piano investimenti e da una relazione redatta dal direttore generale*
- Comma 3, Art. 25 del D.Lgs n118/2018 e s.m.i stabilisce che *“la relazione del direttore generale evidenzia i collegamenti con gli altri atti di programmazione aziendali e regionali”*
- Linee guida regionali condivise con la Regione Marche nell'ambito dei Piani Attuative della Certificabilità (PAC)
- La DGR n. 1568 del 13/12/2021 stabilisce che gli enti devono adottare il Bilancio Preventivo economico 2021 e il Bilancio Pluriennale di previsione 2021-2023 entro il 31/12/2021 e nelle disposizioni contenute nell'allegato B della stessa specifica che il Bilancio Economico Annuale deve essere corredato, tra l'altro, da una relazione redatta dal Direttore Generale.

Il documento intende illustrare la programmazione aziendale per l'anno 2021, avviata con determina n. 395/DG del 27/7/2021 con la quale sono stati assegnati ai Direttori di Area Vasta in via provvisoria gli obiettivi sanitari ed economici in applicazione della DGRM n. 1704 del 31/12/2020 di assegnazione del budget provvisorio 2021 e alle DGR n.510/2021 e n. 511 del 26/04/2021 in riferimento agli obiettivi economici e sanitari.

L'anno 2020 è stato caratterizzato dalla situazione di emergenza sanitaria causata dalla pandemia da covid-19, che ha fortemente condizionato l'intero servizio sanitario stravolgendo le modalità di erogazione di servizi e prestazioni e mettendo a dura prova la capacità di risposta del sistema a livello ospedaliero e territoriale. Per l'anno 2021 il sistema sanitario deve affrontare la sfida della messa in sicurezza della popolazione attraverso una campagna di vaccinazione di massa dei cittadini marchigiani, oltre alla necessità di tornare nelle condizioni di una ordinaria programmazione dei servizi. In questo senso, gli obiettivi sanitari e i criteri di valutazione per gli Enti del SSR per l'anno 2021 sono rivolti al raggiungimento della massima copertura per la vaccinazione della popolazione, alla gestione dei focolai, alla efficiente gestione del contact-tracing, e alla presa in carico multidisciplinare dei pazienti, in modo tale da garantire il setting assistenziale appropriato tra quelli disponibili (ospedaliero, ambulatoriale, residenziale, domiciliare).

2. GENERALITÀ SUL TERRITORIO SERVITO, SULLA POPOLAZIONE ASSISTITA E SULL'ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA

2.1. IL TERRITORIO SERVITO E LA POPOLAZIONE ASSISTITA

L'ASUR Marche, l'Azienda sanitaria si estende su un territorio di 9.401,4 Km² (3,2% del territorio nazionale) con struttura geomorfologica differenziata. La popolazione assistita al 01/01/2021 è pari a 1.501.406¹ distribuita in 227 Comuni e in 13 Distretti, con una densità di 162 abitanti per Km². La popolazione per Area Vasta e classe di età è riportata nella tabella seguente.

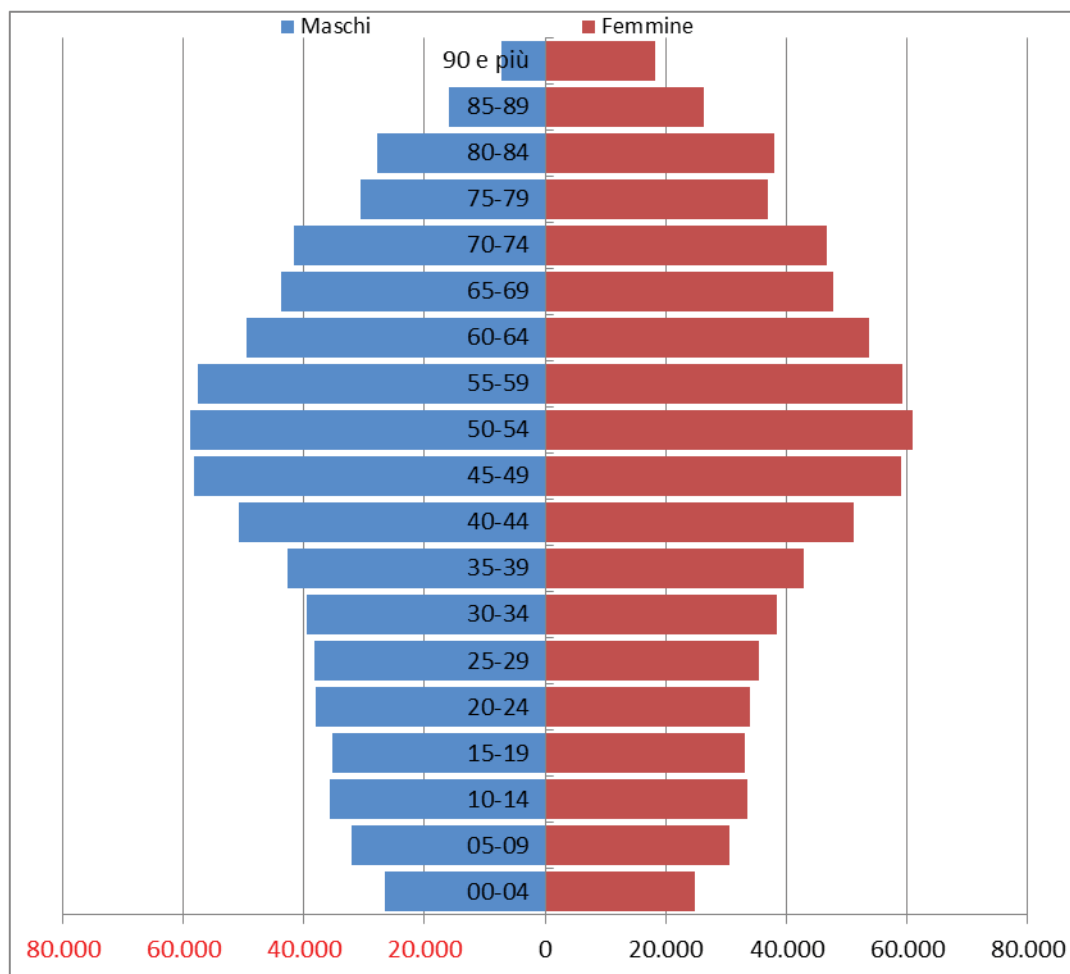
AREE VASTE	TOTALE POPOLAZIONE ALL' 1-1-2021	CLASSI DI ETÀ'							
		Neonati	1-4 anni	5-14 anni	15-44 MASCHI	15-44 FEMMINE	45-64 anni	65-74 anni	>= 75anni
AV1 PESARO	354.139	2.187	32.067	10.042	57.824	55.793	109.353	41.486	45.387
AV2 ANCONA	477.137	2.934	42.622	13.308	77.217	73.942	145.432	57.064	64.618
AV3 MACERATA	295.307	1.983	25.865	8.634	48.189	46.600	88.067	35.547	40.422
AV4 FERMO	170.248	1.080	14.447	4.674	28.078	26.668	51.607	20.729	22.965
AV5 ASCOLI PICENO	204.575	1.242	16.915	5.439	33.305	31.728	62.913	25.109	27.924
TOTALE	1.501.406	9.426	131.916	42.097	244.613	234.731	457.372	179.935	201.316

Nelle Marche la speranza di vita alla nascita per gli uomini è di 80,8 anni e per le donne di 85,1 (dati Istat, 2020), rappresentando uno dei valori più alti tra tutte le regioni italiane (dato medio nazionale: 79,6 maschi e 84,4 femmine). L'indice di vecchiaia (determinato come rapporto tra il numero di ultra sessantacinquenni e la popolazione tra 0 e 14 anni), pari al 208%, supera di ben 25 punti percentuali il dato nazionale, che si attesta a 185%. Attualmente gli ultra sessantacinquenni (381.251), rappresentano il 25,39% della popolazione residente (in Italia il 23,4%).

Nel 2021, come avviene ormai da oltre un ventennio, il saldo naturale dei primi otto mesi dell'anno è risultato negativo, pari a -7.670 unità, con un incremento di 706 rispetto ai primi otto mesi del 2020 per effetto dell'Emergenza Sanitaria Covid-19.

Il grafico in basso, detto "Piramide delle Età", rappresenta la distribuzione della popolazione delle Marche per età e sesso al 1° gennaio 2021. La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). In generale, la forma di questo tipo di grafico dipende dall'andamento demografico di una popolazione, pertanto la base piuttosto "stretta", un segmento mediano più allargato ed un vertice "appiattito" testimonia un calo delle nascite ed un aumento della popolazione più anziana, in particolare si evidenzia la maggiore longevità femminile degli ultra-sessantenni, che evidenzia l'attesa di vita maggiore.

¹ Fonte: ISTAT



La struttura del nucleo familiare (e le sue modifiche nel tempo) costituisce un parametro fondamentale nella politica del welfare, sicuramente fattore rilevante per la programmazione e l'organizzazione sociale e sanitaria aziendale; a questo proposito, il numero medio di componenti dei nuclei familiari nel 2020 è risultato nelle Marche pari a 2,3 unità, valore sostanzialmente allineato alla media nazionale.

La piramide evidenzia in sintesi come i valori più bassi si rilevano nelle classi di età della prima infanzia riflettono il calo delle nascite registrato negli ultimi anni. Invece, tra i valori più alti figurano quelli relativi alle coorti superstiti tra i nati del 1961-1976, che oggi presidiano la popolazione in tarda età attiva.

Una delle sfide più complesse è quindi rappresentata dall'ottimizzazione, da parte dei sistemi sanitari, delle risorse disponibili, al fine di rispondere alla complessità delle domande di salute indotte dalla continua crescita delle patologie cronico-degenerative. Il mondo della cronicità, in particolare per le fasce più anziane della popolazione, è un'area in progressiva crescita, che comporta un sempre maggiore impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali.

Le persone anziane con patologie cronico-degenerative, che necessitano di assistenza sanitaria e sociale a lungo termine (Long Term Care - LTC) e di servizi di welfare a loro dedicati costituiscono uno spazio di lavoro per le politiche pubbliche sanitarie e sociali molto ampio. Alla problematica dell'assistenza di una popolazione sempre più anziana, si è inserita l'epidemia da covid del 2020 che ha ulteriormente inciso sulle dinamiche della popolazione in termini di fabbisogno di servizi sanitari.

In relazione all'impatto della epidemia Covid sui decessi, il seguente grafico (tratto dal Report 2021 di Meridiano Sanità) analizza le variabili che potenzialmente hanno avuto impatto sulla diffusione del Covid e sui decessi quali: mobilità, tasso di occupazione, densità abitativa e giorni trascorsi prima che ogni regione abbia avuto 1.000 casi positivi. Dall'analisi dei dati si evince che la Regione Marche nonostante sia stata una delle prime regioni a gestire nei primi mesi del 2020 un numero crescente di positivi, attraverso il sistema di presa in carico, di gestione dei focolai/contact tracing, di organizzazione della rete ospedaliera e domiciliare, ha evidenziato un numero di decessi inferiore rispetto a regioni con strutture demografiche, produttive e territoriali simili.

Regione	Popolazione (% su totale Italia), 2021	Popolazione over 80 anni (% su totale), 2020	Decessi (numero), 2021	Casi (numero), 2021	Mobilità*	Tasso di occupazione (%), 2019	Densità abitativa (ab./km²), 2019	Giorni trascorsi prima dei 1.000 casi **
Lombardia	16,8	7,5	34.159	894.583	56,0	68,4	407	9
Emilia Romagna	7,5	8,4	13.595	432.274	55,4	70,4	193	14
Veneto	8,2	7,5	11.829	480.460	55,1	67,5	264	18
Piemonte	7,2	8,7	11.813	384.967	52,3	66,0	172	22
Lazio	9,7	7,2	8.796	395.146	51,9	61,2	319	27
Campania	9,6	5,5	8.063	467.218	45,4	41,5	422	30
Toscana	6,2	8,9	7.279	289.637	52,8	66,9	160	24
Sicilia	8,2	6,6	7017	308.232	42,3	41,1	194	33
Puglia	6,6	7,0	6.835	272.914	45,4	46,3	207	31
Liguria	2,6	10,4	4.426	114.916	49,5	63,3	290	26
Friuli Venezia Giulia	2,0	8,8	3.856	117.229	52,5	66,6	155	32
Marche	2,5	8,9	3.107	116.232	51,7	65,0	164	22
Abruzzo	2,2	8,2	2562	83.001	47,6	58,2	121	34
Sardegna	2,7	7,5	1.673	76.187	44,9	53,8	68	47
Umbria	1,5	9,1	1.464	65.233	50,7	64,6	104	37
Calabria	3,2	7,1	1.449	87.550	42,3	42,0	129	56
P.A. Trento	0,9	7,0	1378	49.378	56,6	74,1	85	30
P.A. Bolzano	0,9	6,0	1203	79.059	58,4	71,3	68	34
Basilicata	0,9	8,0	624	30.771	44,4	50,8	57	231
Molise	0,5	8,8	498	14.668	43,6	54,5	70	241
Valle d'Aosta	0,2	7,7	474	12.310	52,8	68,4	39	56

(*) Popolazione che si sposta giornalmente all'interno e al di fuori del proprio comune di residenza (% del totale), 2019

(**) Dal primo caso di COVID-19 annunciato il 21/02/2020 a Codogno

Figura 15. Variabili con potenziale impatto sulla diffusione dei contagi COVID-19, al 31/10/2021

Fonte: The European House – Ambrosetti su dati ISTAT e AGENAS, 2021

Anche la tabella tratta dal documento dell'Istituto Superiore di sanità "Il case fatality rate dell'infezione SARS-CoV-2 a livello regionale e attraverso le differenti fasi dell'epidemia in Italia" evidenzia l'incidenza, la mortalità e il CFR, grezzi e standardizzati, sia a livello nazionale che specifici per Regione/PA in riferimento all'intero periodo esaminato (febbraio-ottobre 2020). A livello nazionale, utilizzando come riferimento la popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2020, è stato osservato un tasso di incidenza mensile pari a 153,8 casi per 100.000 residenti, mentre nelle Marche l'indicatore è pari a 117,7, quindi tra i più bassi a livello nazionale.

Tabella 6. Tassi di incidenza, tassi di mortalità e CFR standardizzati per sesso e classe di età

Regione	Pop.	Casi ¹	Decessi ²	Incidenza mensile (X 100.000 residenti)			Mortalità mensile (X 100.000 residenti)			CFR (%)		
				grezza	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**	grezza	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**	grezzo	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**
Piemonte	4.311.217	75.037	4.650	207,8	205,2	199,3	12,87	11,40	9,26	6,20	4,03	3,40
Valle d'Aosta	125.034	3.511	220	335,2	333,1	323,0	21,00	20,12	15,87	6,27	3,93	3,23
Lombardia	10.027.602	218.828	17.599	260,5	260,8	252,7	20,95	21,29	17,63	8,04	5,71	4,86
Bolzano	532.644	9.685	382	217,0	217,8	214,3	8,56	9,93	7,87	3,94	3,37	2,74
Trento	545.425	9.587	470	209,8	210,0	202,3	10,29	10,56	8,49	4,90	3,14	2,61
Veneto	4.879.133	63.269	2.469	154,8	154,6	152,2	6,04	6,04	4,78	3,90	3,02	2,48
Friuli-Venezia Giulia	1.206.216	12.171	480	120,4	120,3	119,6	4,75	4,07	3,23	3,94	2,98	2,45
Liguria	1.524.826	30.957	1.935	242,3	240,0	238,2	15,15	11,67	9,58	6,25	4,21	3,53
Emilia-Romagna	4.464.119	63.282	4.654	169,2	167,8	164,5	12,44	11,43	9,35	7,35	4,98	4,16
Toscana	3.692.555	51.032	1.654	165,0	165,3	165,7	5,35	4,65	3,74	3,24	2,78	2,27
Umbria	870.165	11.298	227	155,0	156,6	159,3	3,11	2,70	2,27	2,01	2,27	1,89
Marche	1.512.672	15.476	1.053	122,1	120,5	117,7	8,31	7,32	6,02	6,80	4,45	3,74
Lazio	5.755.700	58.592	1.600	121,5	121,3	122,5	3,32	3,50	2,88	2,73	3,16	2,61
Abruzzo	1.293.941	12.022	628	110,9	110,8	110,5	5,79	5,44	4,45	5,22	4,71	3,90
Molise	300.516	1.941	62	77,1	76,9	77,1	2,46	2,12	1,70	3,19	2,42	1,97
Campania	5.712.143	66.912	1.315	139,8	138,0	140,1	2,75	3,35	2,90	1,97	3,05	2,57
Puglia	3.953.305	20.934	891	63,2	63,4	62,9	2,69	2,84	2,35	4,26	3,99	3,33
Basilicata	553.254	2.450	61	52,9	52,7	52,7	1,32	1,30	1,09	2,49	2,53	2,15
Calabria	1.894.110	5.766	145	36,3	36,2	36,6	0,91	0,96	0,78	2,52	3,26	2,67
Sicilia	4.875.290	25.279	809	61,9	61,9	62,1	1,98	2,18	1,79	3,20	3,75	3,09
Sardegna	1.611.621	10.444	314	77,4	77,9	78,0	2,33	2,30	1,86	3,01	2,94	2,47
TOTALE	59.641.488	768.473	41.618	153,8	153,8	151,3	8,33	8,33	6,81	5,42	4,34	3,64

¹ Casi diagnosticati dal 20/2/2020 al 31/10/2020; ² Decessi avvenuti entro 30 giorni dalla diagnosi.

* Tassi e CFR standardizzati per classe di età (<50, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, 90+ anni) e sesso usando la popolazione residente in Italia al 1/1/2020 come riferimento standard (Fonte: ISTAT);

** Tassi standardizzati per classe di età (<50, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, 90+ anni) e sesso usando la popolazione europea del 2020 come riferimento standard (Fonte: Eurostat)

2.2. ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

La Legge Regione Marche n. 13 del 20 giugno 2003 ha istituito l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), mediante l'incorporazione delle precedenti 13 Zone Territoriali e riformando l'intero assetto istituzionale del sistema sanitario della Regione Marche; l'esperienza di un'unica azienda sanitaria nella Regione è stata la prima in

Italia, con un dimensionamento territoriale che corrisponde all'intero territorio regionale e con una popolazione assistita di circa 1.500.000 di cittadini.

Successivamente alla costituzione, l'Azienda è stata interessata da tre distinte operazioni straordinarie di scorporo di ramo d'azienda:

- il trasferimento delle strutture sanitarie afferenti ai comuni dell'Alta Valmarecchia alla Regione Emilia Romagna (LR n. 117 del 03/09/2009);
- il passaggio del Presidio Ospedaliero "S. Croce" di Fano all'Azienda Ospedaliera Marche Nord R (n. 13/2003 art. 3 comma 2 e art. 5);
- il passaggio del Presidio Ospedaliero "Santi Benvenuto e Rocco" di Osimo all'INRCA di Ancona (L.R. n. 34 del 4/12/2017)

Con LR n. 17 del 1 agosto 2011 (avente oggetto: Ulteriori modifiche della L.R. 20 giugno 2003 n. 13: "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale", della L.R. 17 luglio 1996, n. 26: "Riordino del Servizio Sanitario Regionale" e modifica della L.R. 22 novembre 2010 n. 17), la Regione Marche ha rivisitato gli assetti territoriali definendo le Aree Vaste quali articolazioni dell'ASUR, aventi il compito di assicurare alla popolazione residente le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'equo accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione sanitaria, organizzate nel territorio. La formalizzazione dell'Area Vasta rappresenta, in sostanza, l'ambito fondamentale necessario ad innescare una serie di interventi che permettano il raggiungimento di elevati livelli di efficacia e di efficienza della gestione.



In tale contesto, l'ASUR conserva la propria *mission* di garantire in modo costante ed uniforme la tutela dei cittadini residenti nell'intero territorio della Regione Marche. La dimensione regionale favorisce il perseguimento dell'obiettivo di rendere l'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari omogenea sul territorio ed equamente accessibile, nonché la possibilità di leggere in modo unitario e coerente i bisogni di salute dei cittadini, nella prospettiva di fornire risposte appropriate su più livelli di complessità. Alle Aree Vaste è attribuito il compito di assicurare alla popolazione residente le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'equo accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione sanitaria, organizzate nel territorio.

Obiettivo strategico dell'ASUR, pertanto, è quello di realizzare un sistema efficiente, snello e capace di risposte rapide, in grado di produrre economie ed ottimizzazioni di sistema al fine di garantire la compatibilità e sostenibilità economica dell'intero sistema socio-economico regionale, peraltro messo a forte rischio dalla netta riduzione dei trasferimenti statali. Nel caso siano liberate risorse, queste saranno destinate alla qualificazione dell'offerta. In questa prospettiva, l'ASUR indirizza le Aree Vaste nel loro ruolo di attori protagonisti di nuove forme di governance nei rispettivi territori affinché siano garanti dei servizi forniti e gestori delle strutture ed organizzazioni all'uopo deputate.

Per perseguire tali finalità strategiche, l'assetto organizzativo-funzionale aziendale si rifà a quello dei sistemi a rete in cui le articolazioni organizzative rappresentano un insieme di nodi che sono legati tra loro da relazioni e connessioni più o meno deboli e che condividono sistemi operativi a supporto del funzionamento della rete (linguaggi, codici, valori che guidano i comportamenti, gli strumenti di programmazione e controllo, strumenti di integrazione gestionale, la gestione del personale, ecc.).

In particolare, sono state definite le strutture organizzative di staff e di linea con lo scopo di supportare il Direttore Sanitario e il Direttore dell'Integrazione Socio-Sanitaria nello svolgimento delle funzioni di collegamento tra livello strategico e livello operativo.

Tali assetti organizzativi sono stati approvati con ASUR n. 356/DG del 20/6/2017 per quanto riguarda l'Area Socio-Sanitaria e con determina n. 355/DG del 20/06/2017, così come modificata con Determina ASUR n. 486/DG del 28/07/2017 con riferimento all'Area Sanitaria.

Per quanto riguarda l'Area Amministrativo-Tecnico-Logistica (ATL), l'organizzazione è stata regolamentata con Determina ASUR n. 238/DG del 14/04/2017, così come modificata con Determina ASUR 264/DG del 05/05/2017.

In staff al Direttore Generale sono previste due strutture:

- Ufficio Legale
- Area Dipartimentale Comunicazione, Formazione e URP.

In staff al Direttore Amministrativo sono previste le seguenti strutture:

- Ufficio Servizi Amministrativi Territoriali
- Ufficio Servizi Amministrativi di Presidio
- Area Ingegneria Clinica.

Il Direttore Amministrativo è a capo del Dipartimento Unico Amministrativo Aziendale articolato nelle seguenti Aree di coordinamento delle relative unità operative di Area Vasta:

- Area Contabilità Bilancio e Finanza
- Area Controllo di Gestione
- Area Affari generali e Contenzioso
- Area Sistemi informativi
- Area Patrimonio, Nuove Opere e Attività Tecniche
- Area Acquisti e Logistica
- Area Politiche del Personale.

Di seguito si riassume sinteticamente l'assetto organizzativo della Direzione Generale e delle Aree vaste.

L'organizzazione delle Aree Vaste è regolamentata dalla Determina ASUR n. 361/DG del 23/06/2017, così come modificata con Determina ASUR n. 486/DG del 28/07/2017. L'Area Sanitaria si sviluppa per ogni Area Vasta attraverso i seguenti dipartimenti:

- Staff
- Dipartimento di Prevenzione,
- Dipartimento Area Medica,
- Dipartimento Specialità Medica,
- Dipartimento Area Chirurgica.
- Dipartimento Specialità Chirurgica,
- Dipartimento Materno Infantile,
- Dipartimento Emergenze,
- Dipartimento dei Servizi,
- Dipartimento Salute Mentale,
- Dipartimento Dipendenze Patologiche.

Infine, sono previsti sette Dipartimenti funzionali a valenza aziendale e inter-Area Vasta, quali:

- il Dipartimento funzionale a valenza aziendale del Farmaco;
- il Dipartimento funzionale a valenza aziendale di Diabetologia;
- il Dipartimento funzionale a valenza inter-Area Vasta AV1 e AV2 di Cardiologia;
- il Dipartimento funzionale a valenza inter-Area Vasta AV3, AV4 e AV5 di Cardiologia;
- il Dipartimento funzionale a valenza inter-Area Vasta AV3, AV4 e AV5 di Gastroenterologia;

- il Dipartimento funzionale a valenza inter-Area Vasta AV3, AV4 e AV5 di Radiologia Interventistica e Chirurgia Vascolare minore;
- il Dipartimento funzionale a valenza inter-Area Vasta AV3, AV4 e AV5 di Riabilitazione.

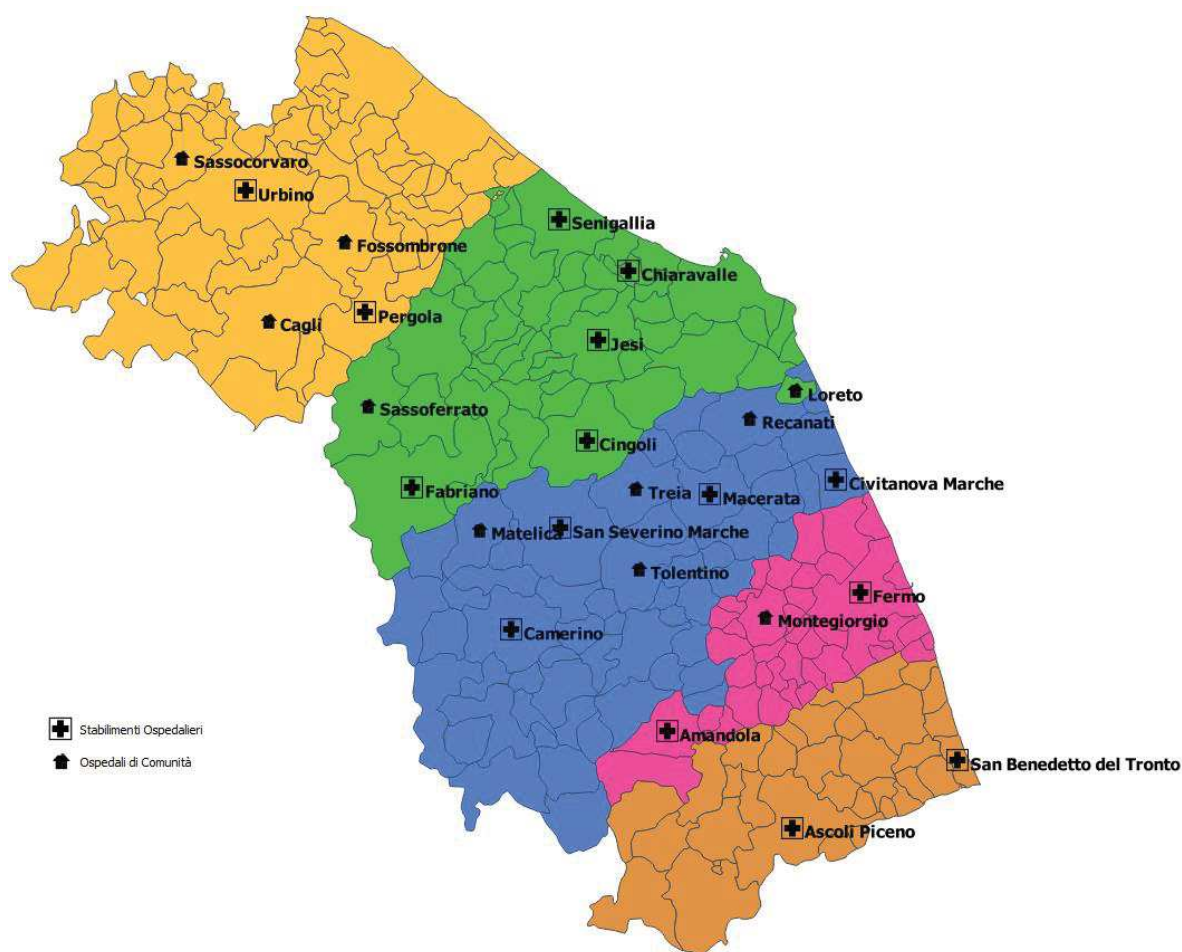
Si evidenzia che, con determina ASUR n.742/DG del 31/12/2019, la Direzione Generale ha provveduto ad approvare un nuovo assetto organizzativo dell'Area Sanitaria; in seguito alla richiesta di modifica e di integrazione da parte di alcune Organizzazioni Sindacali, con determina ASUR n. 163/DG del 6/4/2020 è stata sospesa ai sensi dell'art. 21 quater 2° comma della L. 241/1990 e s.m.i. tale suddetta riorganizzazione.

3. GENERALITA' SULLA STRUTTURA E SULL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

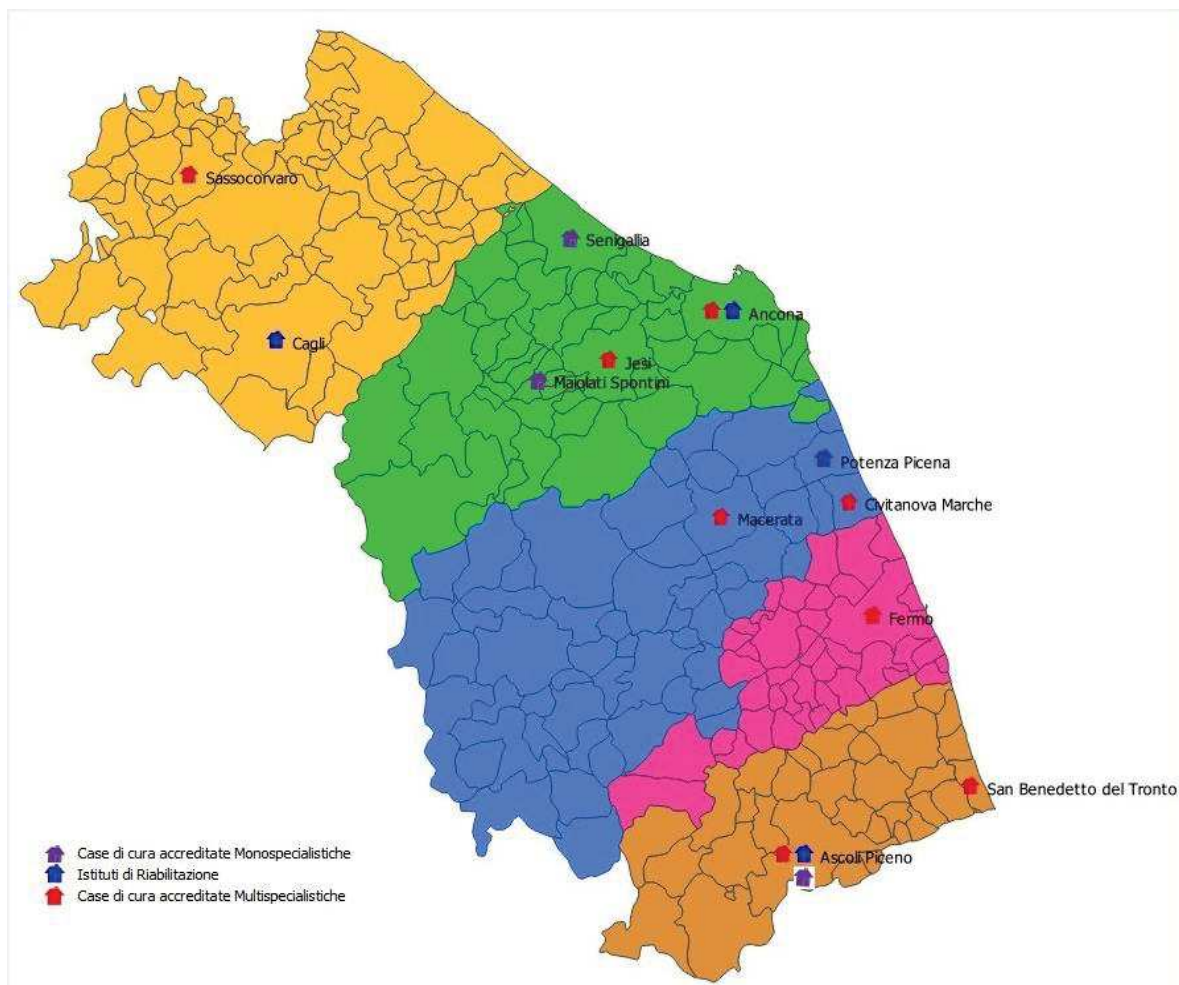
3.1. ASSISTENZA OSPEDALIERA

3.1.1. Stato dell'arte

L'Azienda opera mediante 5 presidi ospedalieri unici di Area Vasta, comprendenti 14 stabilimenti ospedalieri. Sul territorio regionale sono altresì presenti 11 Case della Salute, derivanti dalla riconversione di ex ospedali minori, detti Ospedali di Comunità.



A questi si aggiungono 7 Case di Cura Private accreditate, di cui 3 Multispecialistiche, 3 Monospecialistiche ed 1 Istituto di Riabilitazione, con complessivi 16 stabilimenti dislocati sul territorio regionale.



Strutture pubbliche (Fonte Modello HSP 11 e HSP 11 bis Anno 2021)

AREA VASTA	CODICE STRUTTURA	DESCRIZIONE STRUTTURA	CODICE STABILIMENTO	DESCRIZIONE STABILIMENTO
AV1	110001	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV1	01	STABILIMENTO DI URBINO
			02	STABILIMENTO DI PERGOLA
AV2	110002	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2	01	STABILIMENTO DI SENIGALLIA
			02	STABILIMENTO DI JESI
			04	STABILIMENTO DI FABRIANO
			06	STABILIMENTO DI CINGOLI
AV3	110003	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3	01	STABILIMENTO DI CIVITANOVA M.
			02	STABILIMENTO DI MACERATA
			03	STABILIMENTO DI CAMERINO
			04	STABILIMENTO DI S. SEVERINO M.
AV4	110004	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4	01	STABILIMENTO DI FERMO
			02	STABILIMENTO DI AMANDOLA
AV5	110005	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5	01	STABILIMENTO DI S.BENEDETTO
			02	STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO

Strutture private accreditate (Fonte Modello HSP 11 anno 2021)

CODICE STRUTTURA	Denominazione struttura	Tipologia struttura	Area Vasta	codice stabilimento	Descrizione stabilimento
110037	CASA DI CURA VILLA SILVIA	Struttura mono-specialistica	AV2	01	CASA DI CURA VILLA SILVIA
110039	CASA DI CURA VILLA JOLANDA	Struttura mono-specialistica del settore neuro-psichiatrico	AV2	01	KOS CARE SRL - CLINICA VILLA JOLANDA
110071	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'	Struttura mono-specialistica del settore neuro-psichiatrico	AV2	01	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'
110076	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 2	Struttura multi-specialistica	AV2	01	CASA DI CURA VILLA IGEA
			AV2	02	LABOR SPA CASA DI CURA VILLA SERENA
110077	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 3	Struttura multi-specialistica	AV3	01	CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION
			AV3	02	CASA DI CURA DOTT. MARCHETTI SRL
110078	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 4/5	Struttura multi-specialistica	AV4	01	RITA SRL CASA DI CURA PRIVATA VILLAVERDE
			AV5	02	CASA DI CURA VILLA SAN MARCO
			AV5	03	CASA DI CURA VILLA ANNA SRL
			AV5	04	CASA DI CURA SAN BENEDETTO SPA
			AV1	05	CASA DI CURA VILLA MONTEFELTRO
110079	CENTRO OSPEDALIERO SANTO STEFANO	Struttura riabilitativa ex art. 26	AV3	01	CENTRO SANTO STEFANO - PORTO POTENZA
			AV2	02	IST. DI RIAB. S. STEFANO - VILLA ADRIA
			AV5	03	CENTRO SANTO STEFANO - ASCOLI PICENO
			AV1	04	CENTRO SANTO STEFANO - CAGLI

Nell'anno 2021 i posti letto direttamente gestiti sono pari a 3.097 unità, comprendenti 322 posti letto di DH/DS, 169 posti letto di riabilitazione e lungodegenza e, infine, 2.606 posti letto ordinari (incluso detenuti, nido e discipline ospedaliere per acuti). Rispetto l'anno precedente si evidenziano variazioni della dotazione complessiva dei posti letto ASUR a gestione diretta per via dell'emergenza COVID 19.

Fonte: HSP 11 e 12

Area Vasta	Codice Stabilimento	Descrizione Stabilimento	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria Riab. E Lungod. (cod. 56-60)	Degenza ordinaria escluso precedenti	Totale
AV1	110001	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV1	17	16	45	221	299
AV2	110002	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2	49	38	90	731	908
AV3	110003	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3	51	53	24	762	890
AV4	110004	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4	23	20		357	400
AV5	110005	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5	42	13	10	535	600
Totale complessivo			182	140	169	2.606	3.097
Anno precedente			182	131	192	2.451	2.956
Delta			0	9	-23	155	141

Passando alla dotazione di posti letto nelle strutture private accreditate, il numero di posti letto delle Case di Cura private regionali è pari a 873 unità, comprendenti 58 posti letto di DH/DS, 388 posti letto di riabilitazione e lungodegenza e, infine, 427 posti letto ordinari (incluso detenuti, nido e discipline ospedaliere per acuti).

Codice Stabilimento	Descrizione Stabilimento	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria Riab. E Lungod. (cod. 56-60)	Degenza ordinaria escluso precedenti	Totale
110037	CASA DI CURA VILLA SILVIA	0	0	32	0	32
110039	KOS CARE SRL - CLINICA VILLA JOLANDA	0	0	15	0	15
110071	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'	0	0	35	0	35
110076	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 2	0	20	84	52	156
110077	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 3	2	15	24	79	120
110078	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 4/5	0	21	45	241	307
110079	CENTRO OSPEDALIERO SANTO STEFANO	0	0	153	55	208
Totale complessivo		2	56	388	427	873
Anno precedente		2	56	412	497	967
Delta		0	0	-24	-70	-94

3.1.2. Obiettivi dell'esercizio relativi alla struttura e all'organizzazione dei servizi ospedalieri

Con DGR 510 del 26/04/2021 per la valutazione dei Direttori Generali degli Enti del SSR anche per il 2021, nella verifica degli adempimenti LEA, non è più utilizzata la "Griglia LEA" ma il sistema di indicatori del cosiddetto "CORE" del Nuovo Sistema di Garanzia -NSG (ex D.M. 12 marzo 2019), come esplicitato nella scheda 2 del nuovo Patto per la Salute 2019-2020. Relativamente all'Area ospedaliera e dell'Emergenza-urgenza, il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), rispetto alla Griglia LEA, presenta nuovi strumenti di misurazione della qualità, appropriatezza ed efficienza dei servizi sanitari regionali dando evidenza delle criticità eventualmente presenti con riferimento all'erogazione dei Lea.

Con DGR 511/2021 con cui sono stati definiti i target dei criteri di valutazione dei Direttori Generali relativamente agli obiettivi individuati con DGR 510/2021, si è stabilito che i target indicati avrebbero potuto essere aggiornati entro giugno 2021, sulla base di eventuali nuovi indirizzi nazionali ed in base all'evolversi della situazione pandemica. Poiché tale aggiornamento non è risultato necessario, la programmazione sanitaria regionale è stata recepita e con determina n. 395/DG del 27/07/che individua gli obiettivi sanitari per l'anno 2021 assegnati alle singole Aree Vaste.

Il DM 12 marzo 2019 "*Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria*" è stato pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 ed è operativo a partire dal 1 gennaio 2020.

Per ciascun indicatore è definita una funzione di valorizzazione che, dato il valore dell'indicatore, calcoli un punteggio su una scala da 0 a 100, con il punteggio 60 corrispondente al valore soglia dell'indicatore. La funzione di valorizzazione è elaborata per ciascun indicatore per esaltare o penalizzare alcuni intervalli di valori assunti dall'indicatore e per definire una zona di valori obiettivo a cui attribuire il punteggio massimo. In ogni caso il fine principale dell'utilizzo delle funzioni di valorizzazione è quello di rendere confrontabili i punteggi di tutti gli Affinché la Regione sia adempiente il punteggio di ciascuna area di assistenza dovrà collocarsi nell'intervallo di 60-100. Un punteggio inferiore a 60, anche in una sola area, darà un esito negativo nella valutazione.

Nell'ambito del Comitato LEA è stato istituito un tavolo tecnico con l'obiettivo di sperimentare la metodologia di monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza prevista dal decreto sul Nuovo Sistema di Garanzia. Nello specifico, il sottogruppo ha provveduto alla sperimentazione della metodologia di monitoraggio dei LEA prevista dal NSG sul sottoinsieme di indicatori valutativo che sostituisce la Griglia LEA a partire dall'anno di valutazione 2020. Sulla base degli esiti della sperimentazione il Ministero della Salute ha pubblicato il report delle Regioni che garantiscono i LEA da quelle che non li garantiscono, come si evince dai risultati disponibili per gli anni 2016, 2017, 2018 e 2019. In riferimento **all'assistenza ospedaliera**, di seguito si illustra la collocazione della Regione Marche rispetto alle altre.

REGIONI CHE GARANTISCONO I LEA	
Regioni	Area Ospedaliera
Piemonte	85,78
Lombardia	86,01
P.A. di Trento	96,98
Veneto	86,66
Friuli Venezia Giulia	80,62
Liguria	75,99
Emilia Romagna	94,66
Toscana	91,39
Umbria	87,97
Marche	82,79
Lazio	72,44
Abruzzo	73,84
Campania	60,4
Puglia	72,22
Sardegna	66,21
REGIONI CHE NON GARANTISCONO I LEA	
Regioni	Area Ospedaliera
Valle d'Aosta	62,59
P.A. di Bolzano	72,79
Molise	48,73
Basilicata	77,52
Calabria	47,43
Sicilia	70,47

3.1.3. D.L. n. 34 del 19 maggio 2020 - Attuazione Piano di Riorganizzazione della dotazione di posti letto in ambito ospedaliero (DGR n. 751/2020 e DGR 1267/2020)

Con DG R n. 751 del 16/06/2020 la Giunta regionale ha approvato le linee di indirizzo organizzative inerenti gli interventi previsti per la riorganizzazione della dotazione dei posti letto in ambito ospedaliero, così come definiti nell'art. 2 del D.L. 34.

Con successiva DGR 1267 del 5/08/2020 si è dato mandato all'ASUR quale soggetti attuatore, di realizzare quanto previsto dal Piano di Riorganizzazione Regionale connesso all'emergenza epidemiologica da COVID-19, di cui alla DGR n. 751/2020, coerentemente con le risorse disponibili indicate dalla circolare ministeriale n. 11254/2020 recante "Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19".

L'andamento dei casi COVID richiede l'attivazione di posti letto ordinari, di terapia intensiva e semintensiva del Covid Hospital di Civitanova anche nel 2021, in attesa della disponibilità nonché dell'attivazione dei PL aggiuntivi di cui al DL 34/2020.

Infatti, per quanto riguarda l'attuazione del DL 34 relativo al potenziamento strutturale dei posti letto ospedalieri (intensivi e semintensivi), si riporta di seguito la programmazione dei lavori previsti per il 2021.

DENOMINAZIONE STRUTTURA	Posti letto da realizzare [terapia intensiva] NR	Posti letto da realizzare [terapia semi-intensiva] NR	LAVORI Stato di attuazione ATTIVITA'	Numero di posti letto di TSI attivati
(6)	(13)	(14)	(30)	
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2		5	1) Lavori da avviare	0
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2		10	1) Lavori da avviare	0
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2	7		1) Lavori da avviare	
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4		10	3) Lavori in corso	0
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4	14		1) Lavori da avviare	
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5		5	5) In esercizio	5
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5	5		1) Lavori da avviare	
	26	30		

Fin dal 2020 sono stati completati 5 posti letto di semintensiva a San Benedetto, mentre nel 2021 si prevede di avviare i lavori per i 10 pl di semintensiva a Fermo e per i restanti 41 PL l'attivazione è rimandata al 2022.

Con DGR 1367 del 15/11/2021 sono stati assegnati all'ASUR i finanziamenti per il personale necessario al funzionamento dei posti letto aggiuntivi per euro 1.749.851.

Di seguito, l'obiettivo di cui alla det. 395/2021.

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Tolleranza
Alimentazione del flusso di informazioni per il monitoraggio degli acquisti DL 34/2020	% del numero di informazioni trasmesse con periodicità indicata dalla struttura commissariale	Numero di informazioni trasmesse nella periodicità indicata dalla struttura commissariale	Numero informazioni richieste dalla struttura commissariale	100%	ragg 80% se <90 e >=85% ragg 90% se <95 e >=90 ragg 100% se <=100 e >=95%

3.1.3.1. Area Medica

Relativamente all'area medica, l'Asur, a seguito del riordino organizzativo, di cui alla citata determina n. 361/DG del 23/6/2017 e s.m.i., opera attraverso i dipartimenti di Area Medica e di specialità medica, presenti nelle Aree Vaste in cui sono presenti Unità operative semplici e complesse delle discipline di Nefrologia e Dialisi, Oncologia, Neurologia, Pneumologia, Medicina Interna, Lungodegenza, Cure intermedie, Medicina fisica e Riabilitazione, Centri Ictus o Stroke Unit, Malattie Infettive, ma anche Cure Palliative.

L'area medica è generalmente organizzata per intensità di cure e prevede un sistema che possa gestire pazienti polipatologici, soprattutto anziani, complessi e quindi prevale la presa in carico da parte della medicina pur restando fondamentale l'integrazione tra le varie discipline.

A seguito dell'emergenza epidemiologica Covid dal 2020 l'Area medica è stata fortemente coinvolta nella gestione dei casi covid. In alcune strutture è stata possibile la completa riconversione della struttura con spostamento di tutte le attività (SO di Camerino, con unica attività residua di pronto soccorso; Area post acuzie di Chiaravalle; Struttura di cure intermedie di Fossombrone), mentre per le altre sono stati definiti percorsi di accesso dedicati ai pazienti COVID-19 e percorsi relativi all'accesso degli operatori con la strutturazione di aree filtro per indossare i DPI e percorsi di uscita e compartimentazione delle attività residue non dedicate a pazienti COVID-19. La definizione dei percorsi è stata oggetto di rimodulazione sulla base della necessità di ampliamento nel tempo delle aree COVID-19.

Nel 2021 si prevedono azioni volte al coordinamento delle Direzioni Mediche di presidio con il supporto dell'Area delle professioni sanitarie e il diretto coinvolgimento dei Distretti sanitari nella gestione dei percorsi di dimissione / trasferimento dei pazienti, nonché la collaborazione dei Servizi di prevenzione e protezione e dei medici competenti.

Di seguito gli obiettivi relativi all'area Medica di cui alla Det. 395/2021, per ognuno sono definiti i target e i margini di tolleranza (se previsti) per la definizione del grado di raggiungimento dei valori attesi 2021 definiti dalla programmazione aziendale.

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	ASUR DATI 2020	Valore atteso 2021	Tolleranza
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario.	0,08	≤ 0,15	
"Piani" di cui art. 1 c 528 L. 208/15	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione pesata	N. totale di ricoveri ordinari e diurni	popolazione pesata		≤140	
Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	Riduzione % n. ricoveri in DH diagnostici per pazienti adulti residenti	N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2020 - N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2019	N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti adulti residenti 2020	-13,90%	≤ Valore 2019	ragg 80% se <90 e ≥85% ragg 90% se <95 e ≥90 ragg 100% se ≤100 e ≥95%
Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	Riduzione % n. accessi in DH medico per pazienti adulti residenti	N. accessi in DH medico per pazienti residenti 2020 - N. Accessi in DH medico per pazienti residenti 2019	N. Accessi in DH medico per pazienti adulti residenti 2020	-34,10%	≤ Valore 2019	ragg 80% se <90 e ≥85% ragg 90% se <95 e ≥90 ragg 100% se ≤100 e ≥95%
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% Ricoveri in DH medico diagnostici/ricoveri in DH medico	Ricoveri in DH medico diagnostici	Ricoveri in DH medico	6%	≤ Valore 2019	ragg 80% se <90 e ≥85% ragg 90% se <95 e ≥90 ragg 100% se ≤100 e ≥95%
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	5,50%	≤ 5,41% (Tolleranza 20%)	ragg 80% se <90 e ≥85% ragg 90% se <95 e ≥90 ragg 100% se ≤100 e ≥95%
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% DRG Medici da reparti chirurgici (esclusi dimessi da Cardiocirurgia pediatrica (Cod 06) e Nefrologia - Tr Rene (Cod. 48) + (esclusi ricoveri urgenti)	Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici	2,90%	≥ Valore 2020	ragg 80% se <90 e ≥85% ragg 90% se <95 e ≥90 ragg 100% se ≤100 e ≥95%

Sono previsti monitoraggi frequenti degli esiti degli indicatori da parte delle Direzioni Mediche di Presidio ed attenzionati, in sede di riunioni della Direzione Sanitaria con le Direzioni Mediche, in particolare per quelli più critici al fine di poter approfondirne le cause implementando azioni correttive.

3.1.3.2. Area Chirurgica

Nell'organizzazione attuale dell'Asur sono attivi i dipartimenti di Area Chirurgica in ogni Area Vasta e attraverso l'organizzazione dipartimentale si tende all'uso ottimale delle risorse, alla condivisione di protocolli e linee guida e all'appropriatezza degli interventi.

La Regione Marche ha individuato, quale obiettivo nell'ambito della pianificazione sanitaria regionale, in coerenza con gli indirizzi nazionali, la razionalizzazione della rete ospedaliera, promuovendo il progressivo passaggio dal ricovero ordinario a quello diurno e dal ricovero diurno all'assistenza nel setting ambulatoriale.

L'introduzione di nuovi modelli organizzativi, alternativi al ricovero ospedaliero, ha contribuito a garantire elevati livelli qualitativi di assistenza, migliorando l'efficienza operativa degli ospedali.

La degenza a ciclo breve può rappresentare un enorme vantaggio in ambito sociale ed economico, poiché abbreviando la permanenza in ospedale, si aumenta il comfort per il paziente, che conserva le proprie abitudini di vita, si riduce il rischio di complicanze durante la degenza con conseguente riduzione dei costi legati all'ospedalizzazione. Inoltre, l'incremento dell'appropriatezza dei ricoveri consente di liberare posti letto di degenza ordinaria, da riservare al trattamento acuto delle patologie più severe e razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane.

Con DGR 952 del 05/08/2019 sono state fornite dalla Regione indicazioni operative per la scelta del setting assistenziale appropriato e modalità organizzative per l'erogazione dei ricoveri in regime diurno e delle prestazioni ambulatoriali chirurgiche, ai sensi del DPCM del 12/01/2017 e del DM 70/2015.

La programmazione aziendale è volta a monitorare frequentemente gli esiti degli indicatori relativi all'attività chirurgiche, in particolare quelli ritenuti più critici sono relativi alle fratture di femore, alle degenze medie post operatore di colecistectomie e laparoscopie, per i quali si prevede un confronto tra le Direzioni mediche e la Direzione Sanitaria.

Di seguito gli obiettivi relativi all'area Chirurgica di cui alla Det. 395/2021, per ognuno sono definiti i target e i margini di tolleranza (se previsti) per la definizione del grado di raggiungimento dei valori attesi 2021 definiti dalla programmazione aziendale.

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	ASUR DATI 2020	Valore atteso 2021	Tolleranza
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate	Totale pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore	69,30%	≥ 70%	
"Piani" di cui art. 1 c 528 L. 208/15	% pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Pazienti con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Totale pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica	72,80%	≥ 90%	
"Piani" di cui art. 1 c 528 L. 208/15	Proporzione di interventi per tumore della mammella eseguiti in U.O. con volumi di attività > 150 interventi annui (Tolleranza del 10% sul valore soglia)	Numero di ricoveri per intervento tumore mammella in reparti con volume di attività > 150 casi annui (Tolleranza del 10% sul valore soglia)	Numero totale ricoveri per interventi per tumore mammella	39,25% (solo Mc ha superato 150 int.)	≥ 90%	
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	1,03	≤ 1,29 (Tolleranza 20%)	
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza) +(esclusi ricoveri urgenti)	N. dimissioni con DRG chirurgico in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	N. complessivo di dimissioni in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	-1,30%	≥ Valore 2019	ragg 80% se <90 e >=85% ragg 90% se <95 e >=90 ragg 100% se <=100 e >= 95%

3.1.3.3. Area Materno-Infantile

Le azioni dei Dipartimenti Materno-Infantile delle Aree Vaste sono volte al raggiungimento dei seguenti principali obiettivi strategici:

- L'integrazione di tutte le unità operative nonché coinvolta nella salvaguardia della salute delle donne in età fertile a dei soggetti in età pediatrica inclusa l'assistenza psichiatrica in età evolutiva;
- La riduzione della mortalità perinatale, miglioramento della funzionalità dei servizi di diagnosi prenatale a dei percorsi di nascita adeguati sotto il profilo organizzativo, strutturale e tecnologico;
- La promozione della salute del neonato e la diagnosi precoce delle anomalie congenite a delle malattie genetiche e/o rare come chiave di volta per la prevenzione degli handicap;

- La promozione della salute della donna con interventi volti alla diagnosi tempestiva della patologia neoplastica (tumori del collo dell'utero e della mammella, per cui è documentata l'efficacia d'interventi di screening) e della osteoporosi in menopausa;
- L'umanizzazione dell'assistenza;

L'attuazione del DM 70/2015 ha fortemente influenzato, nel corso degli ultimi anni, l'organizzazione dei punti nascita dell'ASUR mirando al raggiungimento degli standard previsti per la sicurezza dei pazienti.

Di seguito gli obiettivi relativi all'area Materno-Infantile di cui alla Det. 395/2021, per ognuno sono definiti i target e i margini di tolleranza (se previsti) per la definizione del grado di raggiungimento dei valori attesi 2021 definiti dalla programmazione aziendale.

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	ASUR DATI 2020	Valore atteso 2021
"Piani" di cui art. 1 c 528 L. 208/15	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	25,63%	≤ 22%
"Piani" di cui art. 1 c 528 L. 208/15	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	22,60%	≤ 22%
Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	% parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN (Vincolante)	Numero di parti in età gestazionale compresa tra le 22 e 31 settimane (estremi inclusi) avvenuti in punti nascita (strutture e/o stabilimenti ospedalieri) senza PL di terapia intensiva neonatale		9	≤ 12

Nonostante la pandemia da COVID 19, il cammino di implementazione del percorso nascita non ha subito flessioni. Infatti, l'ASUR con determina n. 516/DG del 8/10/ 2021 ha recepito il documento *"Aggiornamento ed appropriatezza nelle indicazioni cliniche alle modalità del parto: dal Sistema di Classificazione di Robson al Rivolgimento Podalico per manovre esterne, passando attraverso il VBAC (Vaginal Birth After Cesarean) realizzato dal Comitato Percorso Nascita ASUR con la collaborazione di un Gruppo di lavoro ASUR composto da professionisti multidisciplinari esperti nel settore che, partendo dalle buone pratiche e dalle ultime linee guida in materia, ha come obiettivo quello di aver aggiornato le indicazioni cliniche alle modalità del parto e consentire un'analisi appropriata della proporzione dei tagli cesarei attraverso la Classificazione di ROBSON. Il documento è articolato in tre sessioni ciascuna delle quali affronta tre argomenti diversi: Il VBAC (Vaginal Birth After Cesarean), il Rivolgimento Podalico per manovre esterne ed il Sistema di Verifica attraverso la Classificazione di Robson. Diverse tecniche, infatti, consentono di favorire il parto per via vaginale senza dover ricorrere alla cesarizzazione contribuendo, quindi, ad una riduzione di tale modalità, considerando anche la percentuale degli standard previsti dall'Accordo Stato Regione del 2010 e ribadito dal DM 70/15 (percentuale di cesarei primari massimo al 15% per Punti Nascita con parti <1000 e del 25% per Punti Nascita con parti >1000). Infine, lo scopo del documento è anche quello di aggiornare, omogeneizzare e rendere operativo, attraverso la formazione per tutti i professionisti di tutti i Punti Nascita e dei Consultori, le indicazioni cliniche contenuto nell'elaborato, attuando sistemi di verifica per controllare in maniera sistematica il ricorso al taglio cesareo.*

3.1.3.4. Rischio clinico

Con la DGR n. 1093 del 6/9 2018 è stato istituito il Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del paziente.

L'Unità di Coordinamento Regionale in cui tale Centro si articola, nominata con Decreto del Direttore dell'Agenzia Regionale sanitaria n. 86/ARS del 20/12/2018, ha l'obiettivo di dare un forte impulso all'analisi delle problematiche inerenti la materia del rischio clinico cercando di fornire anche una certa uniformità alla documentazione utilizzata.

Costituiscono inoltre recenti riferimenti normativi nell'ambito del governo clinico i seguenti atti regionali:

- **DGR n. 55 del 18/02/19** - Modifica DGR n. 1094 del 15.12.15 "Rischio clinico e sicurezza dei pazienti e delle cure: approvazione del sistema regionale di monitoraggio dei piani di miglioramento aziendali successivi agli eventi sentinella". Approvazione modifica del testo dell'ALLEGATO 1 - SCHEDA C;
- **DGR n. 127 del 13/02/19** - Linee di indirizzo regionali per la formazione del personale nell'ambito del Rischio Clinico 2019-2021 (L. 208/15 e L. 24/17);
- **DGR n. 10 del 20/01/2020** - Sviluppo regionale dell'attività finalizzata alla sicurezza delle cure: definizione degli standard operativi per le aziende sanitarie del SSR.

La proclamazione dello stato di emergenza, dovuto alla pandemia di Covid-19 e vigente a tutto il 2021, ha di fatto bloccato la normale attività di rischio clinico in quanto è divenuto prioritario contrastare la progressione della pandemia.

Nelle more della definizione del nuovo piano regionale, al fine di definire delle linee di azione prioritaria si evidenziano le seguenti azioni, nel 2021 si prevede comunque di definire procedure aziendali e modalità di lavoro omogenee in riferimento ai seguenti temi e obiettivi:

- **Raccomandazioni:**

le Unità organizzative di Governo clinico e gestione del rischio effettueranno ere entro alla mappatura delle disposizioni attuative / procedura di recepimento delle Raccomandazioni ministeriali vigenti e compilazione della check list AGENAS.

In esito alla ricognizione, si procederà alla verifica tramite l'apposita check list per ciascuna raccomandazione; le stesse, vidimate dal Direttore dell'UO e dal Direttore di Area vasta, saranno formalizzate al referente aziendale per l'inserimento della scheda aziendale nell'apposito portale entro il 2021.

- **Omogeneizzazione e anagrafica delle procedure aziendali:**

Si dovrà individuare un format per la registrazione dei documenti ad opera delle UUOO di Governo clinico e gestione del rischio con un apposito portale che consentirà il monitoraggio della validità delle procedure e l'attività di revisione periodica.

- **Promozione dell'adozione di linee guida nella pratica clinica**

Si prevede di avviare un confronto con le Direzioni delle Unità organizzative che erogano prestazioni invasive, al fine di effettuare una ricognizione sull'avvenuta definizione, nell'ambito dell'equipe, delle linee guida di riferimento selezionate per le principali prestazioni erogate.

- **Incident reporting:**

Si rende necessario attivare un sistema di incident reporting che raccolga la procedura di gestione e il format di segnalazioni. A tal fine sarà necessario garantire l'aggiornamento della rete dei facilitatori della sicurezza delle cure individuati, con atto formale della Direzione di Area vasta, all'interno di ciascuna Unità operativa.

- **Alimentazione sistema SIMES:**

Si procederà a sensibilizzare gli operatori sulla segnalazione degli eventi inseriti nel monitoraggio ministeriale.

- **Formazione:**

L'avvio del percorso di formazione del personale neo-assunto rappresenta un primo elemento per raggiungere l'obiettivo di garantire una formazione diffusa in materia di gestione del rischio; si dovrà procedere all'elaborazione di moduli formativi in modalità FAD relativi alle Raccomandazioni ministeriali e, progressivamente, alla elaborazione di moduli FAD in occasione dell'emissione di ogni procedura inserita nel portale.

L'obiettivo relativo al rischio clinico, di cui alla Det. 395/2021, è il seguente:

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	ASUR DATI 2020	Valore atteso 2021
Rischio clinico	Frequenza di infezioni post-chirurgiche	N. Riammissioni con Seps in qualsiasi campo di diagnosi entro 30 giorni dall'episodio chirurgico con sepsi in diagnosi secondaria per pz di età ≥ 15 anni	0,50%	$\leq$ Valore 2020

Nel 2020 e presumibilmente anche nel 2021, si è registrata una riduzione degli interventi chirurgici complessivi legata alla necessità di rispondere tempestivamente, sia a livello strutturale sia a livello organizzativo, alla pandemia di Covid-19. La conseguenza logica è quindi un minor rischio di contrarre infezioni post-chirurgiche, tenuto anche conto della maggiore attenzione posta nella gestione dei pazienti, dovuta anche all'intensificazione di misure di prevenzione del contagio da SARS-CoV-2.

Le UO di Rischio clinico, nelle singole Aree Vaste saranno coinvolte in attività formative nel rispetto delle indicazioni regionali (vedi DGR 127/2019), revisionato procedure correlate alle Raccomandazioni ministeriali, presidiando gli eventi avversi, in particolare gli eventi sentinella, adempiendo agli obblighi previsti dalla Legge 24/2017.

3.1.3.5. Area Servizi

I dipartimenti dei servizi delle Aree Vaste svolgono una funzione strategica per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza, rivolgendo la propria attività sia verso l'utenza esterna sia di supporto per l'attività ospedaliera garantendo i servizi relativi al laboratorio analisi, all'anatomia patologica, alla radiologia e alla radiodiagnostica, ai servizi farmaceutici territoriali e ospedalieri (che a loro volta si integrano a livello aziendale attraverso le funzioni svolte dal Dipartimento Funzionale del farmaco dell'ASUR).

Tutti i Dipartimenti dei Servizi dell'ASUR sono stati fortemente impegnati nel 2020 nella gestione integrata anche con gli altri Dipartimenti e Servizi aziendali (Emergenza Urgenza, Reparti Covid, Territorio, USCA) e si prevede lo stesso coinvolgimento anche nel 2021 nelle seguenti attività:

- **Servizi Radiologici:** Covid-19 ha come manifestazione clinica predominante la polmonite e la diagnosi di infezione, si ottiene mediante l'esecuzione del tampone naso-faringeo specifico. In questo scenario, lo studio radiologico del torace gioca un importante ruolo nell'identificazione e nella valutazione dell'estensione delle alterazioni polmonari eventualmente associate all'infezione da Covid, e nel loro monitoraggio, sia in corso di malattia che a distanza. Nella fase pandemica è stata anche garantita la radiodiagnostica domiciliare;
- **Servizi Farmaceutici:** il coinvolgimento dei servizi farmaceutici riguarda il coordinamento della campagna vaccinale;
- **Laboratori Analisi:** come evidenziato di seguito si prevede che l'ASUR mantenga attiva la diagnostica virologica in tutte le articolazioni dei laboratori unici di Area Vasta sia per la diagnostica molecolare e sierologica che antigenica. Inoltre nel 2021 saranno coordinate dall'Area Dipartimentale Acquisti e logistica dell'ASUR i contratti di acquisizione dei sistemi diagnostici e dei reagenti in modo da ottimizzare ed uniformare i processi ed i tempi e le risorse nelle Aree Vaste.

Potenziamento capacità diagnostica nell'ambito dell'emergenza Sars-Cov 2 e Test sierologici nell'ambito dell'emergenza Sars-Cov

La deliberazione di Giunta regionale n. 320 del 12/03/2020 ha individuato quale Laboratorio regionale di riferimento per la diagnosi molecolare per COVID-19 il Laboratorio di Virologia dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona e nel contempo prevede la possibilità agli Enti del SSR di dotarsi autonomamente di analizzatori per test COVID-19, sempre nel rispetto degli standard di qualità stabiliti dai riferimenti nazionali vigenti.

Allo scopo di rendere operativi nuovi laboratori affinché lavorino in logica di rete con DGR 345 del 16/3/2020 sono state definite le modalità operative di arruolamento di ulteriori laboratori per la diagnosi molecolare del COVID-19.

Inoltre, in considerazione del rapido evolversi della situazione epidemiologica del carattere particolarmente diffusivo dell' epidemia, con DGR n 414 del 03/04/20 la Giunta Regionale ha ritenuto opportuno, oltre che una rimodulazione delle modalità diagnostiche pertanto oltre a confermare la necessità di allargare i cittadini da testare con il tampone e le successive analisi di Biologia Molecolare, anche introdurre, in analogia ad altre esperienze effettuate da altre regioni, l'indagine mediante test sierologici mediante per ricerca IgM/IgG.

A seguito dell'autorizzazione regionale all'attività diagnostica virologica Covid l'azienda ha attivato la diagnostica virologica in tutte le articolazioni dei laboratori unici di Area Vasta sia per la diagnostica molecolare e sierologica che antigenica. L'attività analitica è stata regolata da specifiche disposizioni per la prioritizzazione dei campioni oltre alla valutazione dei servizi prevenzione e protezione per la sicurezza degli operatori.

In continuità con l'anno 2020 si prevede di eseguire un numero elevato di test sierologici e di tamponi, ossia potenziare l'attività diagnostica molecolare, antigenica e salivare, anche in aderenza alla disponibilità di nuove metodiche da applicare, come da indicazioni Ministeriali.

Alle attività sopra descritte, verranno effettuati studi osservazionali prospettici sul titolo anticorpale sui dipendenti vaccinati, su base volontaria, con il supporto delle varie UOC Patologia Clinica dell'ASUR Marche.

Si mette in evidenza inoltre che nell' anno 2021 sarà data attuazione dei seguenti progetti ed attività da implementare nel 2021, quali Progetto "Marche Sicure" e "Screening salivare nelle scuole" previsto da settembre 2021.

Assistenza farmaceutica ospedaliera

Nell'ambito della farmaceutica la Legge n. 232/2016 (Legge di Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017) ha definito all'articolo 1, commi 398 e 399, i due nuovi tetti della spesa farmaceutica a partire dall'anno 2017, mantenendo invariate le risorse complessive pari al 14,85% del FSN.

In particolare la legge di Bilancio 2017 ha disposto (c. 398) che a decorrere dall'anno 2017, il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera, denominato «**tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti**», di cui all'articolo 5, comma 5, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, è calcolato al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, ed è rideterminato per il 2021 nella misura del 6,89 per cento, di cui 0,20 relativo all'ossigeno.

Di seguito gli obiettivi relativi alla spesa farmaceutica e ai dispositivi medici di cui alla Det 395/2021, per ognuno sono definiti i target e i margini di tolleranza (se previsti) per la definizione del grado di raggiungimento dei valori attesi 2021 definiti dalla programmazione regionale

I Direttori delle unità operative hanno preso visione degli attuali consumi farmaceutici di loro utilizzo/prescrizione nel cruscotto COGE così da auto valutare la conformità a quanto stabilito dalla DET-DG 49/2020 in particolare:

- riduzione del consumo di antibiotici, nel rispetto delle indicazioni dei Comitati per la prevenzione delle infezioni ospedaliere,
- utilizzo dei farmaci biosimilari nei pazienti naïve (il numero dei PT dovrà superare il 95%)
- impiego del farmaco biologico aggiudicato con il prezzo più basso nella procedura regionale di acquisto, proponendo al paziente la sostituzione del farmaco ("swicht"),
- potenziamento distribuzione diretta, grazie all'analisi dei consumi di farmaci nei giorni successivi alla visita o al ricovero,
- monitoraggio del rispetto delle regolamentazioni in tema di prescrizione farmaceutica da parte delle équipe.

Il raccordo tra le Direzioni dei Distretti sanitari e le Direzioni Mediche Ospedaliere, con il supporto dell'analisi tecnica delle UUOO di farmacia ospedaliera e territoriale, consentiranno di individuare specifiche aree di promozione dell'appropriatezza prescrittiva basate sulle criticità riscontrate a livello locale.

Per quanto riguarda i dispositivi medici rilevata la necessità di bonificare l'anagrafica del sistema gestionale AREAS procedendo con l'estensione della codifica 1:1 (ossia per ogni prodotto un codice) non solo limitatamente ai DM ad "alta complessità" (DM ad alto costo) ma ad ogni singolo DM gestito dalle Aziende del SSR, si è avviato un percorso che prevede una pulizia dell'anagrafica con corretta compilazione dei campi mancanti (in particolare la CND e RDM) indispensabili per soddisfare il debito informativo previsto.

L'inserimento della corretta CND permetterà di assegnare anche la corretta CLM ed a cascata il conto economico dal quale attingere per gli acquisti e di procedere più agevolmente con l'individuazione dei fabbisogni dei vari prodotti permettendo una corretta programmazione degli acquisti ed una migliore gestione delle procedure di gara.

Inoltre il regolamento europeo prevede che le aziende modifichino le procedure aziendali per gestire i codici UDI, a garanzia di un linguaggio comune a tutti i soggetti coinvolti, limitando al massimo le possibilità di errore e rendendo veloce ed efficace il sistema di vigilanza sui dispositivi medici legato alla gestione di ritiri o avvisi di sicurezza di prodotti, identificando tempestivamente gli utilizzatori.

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore
Rispetto del tetto spesa farmaceutica per acquisti diretti (Tetto 6,89% FSR)	Razionalizzazione dei consumi di medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	Consumi di medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale 2021-2020	Consumi di medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale 2020
Rispetto del tetto spesa sui Dispositivi Medici (Tetto 4,4% FSR)	Riduzione della spesa relativa ai dispositivi medici rispetto al valore rendicontato nei precedenti esercizi	(Spesa per dispositivi medici rendicontata nel modello CE consuntivo 2021, al netto dei costi Covid [ad es. DPI]) - (Spesa per dispositivi medici rendicontata nel modello CE consuntivo 2019)	
Consumo farmaci intravitreali (Nota AIFA 98)	% Pazienti trattati con Bevacizumab sul totale dei pazienti trattati con Lucentis, Bevacizumab, Eylea e Beovu	N. Pazienti trattati con Bevacizumab	N. Pazienti trattati con Lucentis, Bevacizumab, Eylea e Beovu
Potenziamento della distribuzione diretta	Riduzione della spesa netta convenzionata nei 7gg successivi alla dimissione ospedaliera	Spesa netta convenzionata nei 7gg successivi alla dimissione ospedaliera nelle strutture pubbliche e private ASUR 2021-2020	Spesa netta convenzionata nei 7gg successivi alla dimissione ospedaliera nelle strutture pubbliche e private ASUR 2020
ARS (GAF)	Trasmissione dati consumo e spesa DM entro il 15 di ogni mese, a partire da giugno-luglio 2021	Trasmissione dati consumo e spesa DM entro il 15 di ogni mese, a partire da giugno-luglio 2021	
ARS (GAF)	Trasmissione dati contratti DM entro il 15 di ogni mese, a partire da giugno-luglio 2021	Trasmissione dati contratti DM entro il 15 di ogni mese, a partire da giugno-luglio 2021	

Flussi Informativi area ospedaliera

I seguenti obiettivi, assegnati con Det. 395/2021 sono riferiti al monitoraggio delle grandi apparecchiature e ai flussi informativi dei dispositivi medici, affinché gli aggiornamenti siano correttamente recepiti dai flussi informativi ministeriali NSIS.

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Tolleranza
Alimentazione del flusso di informazioni per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie	% grandi apparecchiature inserite / aggiornate	Nuovi record inseriti nel database NSIS	Nuove macchine installate nel periodo di riferimento	100%	ragg 80% se <90 e >=85% ragg 90% se <95 e >=90 ragg 100% se <=100 e >= 95%
Alimentazione del flusso di informazioni per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie	% del numero di grandi apparecchiature inserite / aggiornate	Record aggiornati nel database NSIS	Record presenti	100%	ragg 80% se <90 e >=85% ragg 90% se <95 e >=90 ragg 100% se <=100 e >= 95%

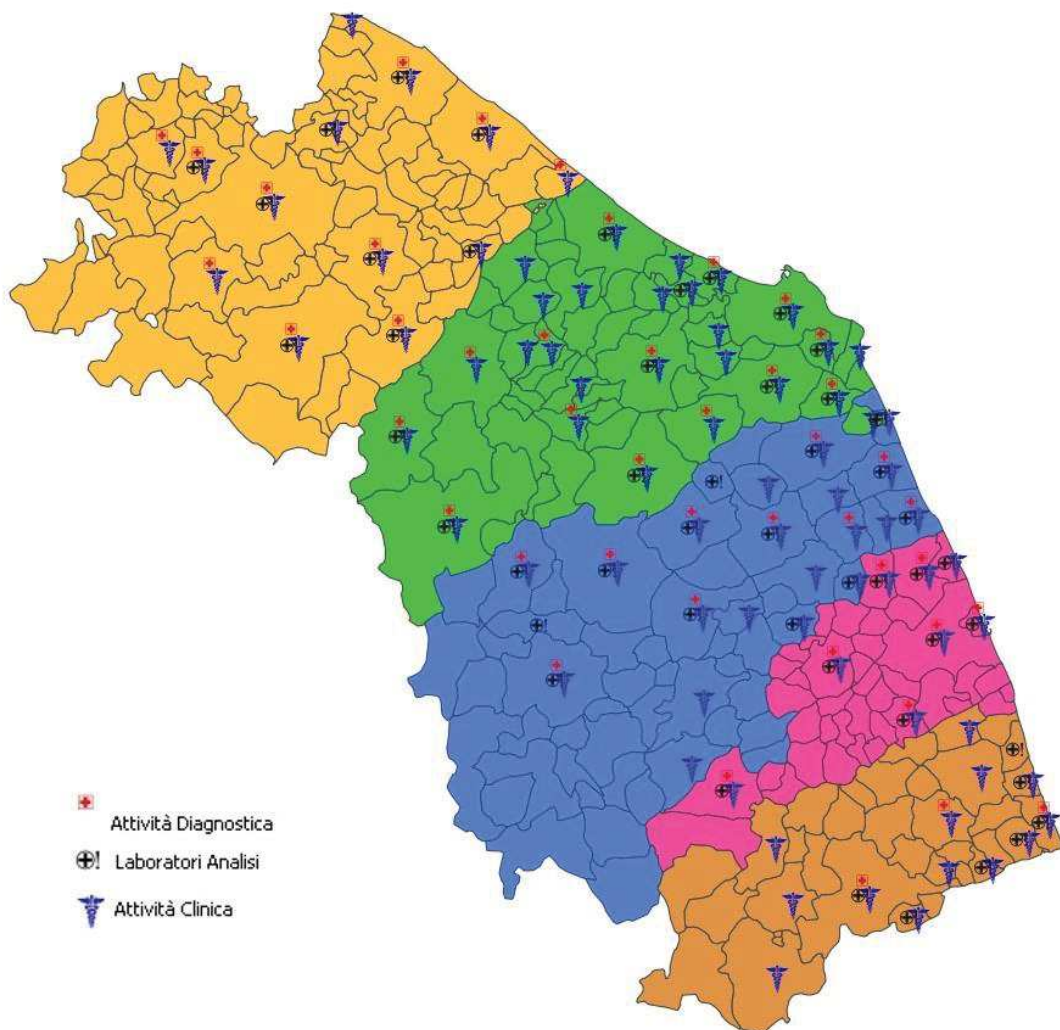
Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021
Coerenza tra flusso contratti DM e prodotti in BDM	% DM nel flusso contratti rispetto ai DM presenti in BDM (Banca dati Dispositivi Medici del Ministero della Sanità) [Sono escluse le categorie CND Q e L]	N. DM nel Repertorio presenti nel flusso contratti	N. DM nel Repertorio presenti in BDM del Ministero della Salute	> 80%
Coerenza tra flusso Consumi DM (DM 1 e DM2, no DM Q e L) e Modello CE Consuntivo	% Costi da flusso Consumi DM rispetto a costi da conti CE B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi, esclusa la spesa rilevata per alcune CND* * (CND Z "Apparecchiature e relativi componenti accessori e materiali" ad eccezione della Z13 "Materiali di consumo non specifici per strumentazione diagnostica" e della CND W "Dispositivi medico-diagnostici in vitro (D.Lgs 332/2000)")	Costi rilevati dal flusso Consumi DM (DM 1 e DM2, no DM Q e L) anno 2021	Costi da Modello CE Consuntivo 2021	> 80%

3.2. ASSISTENZA TERRITORIALE

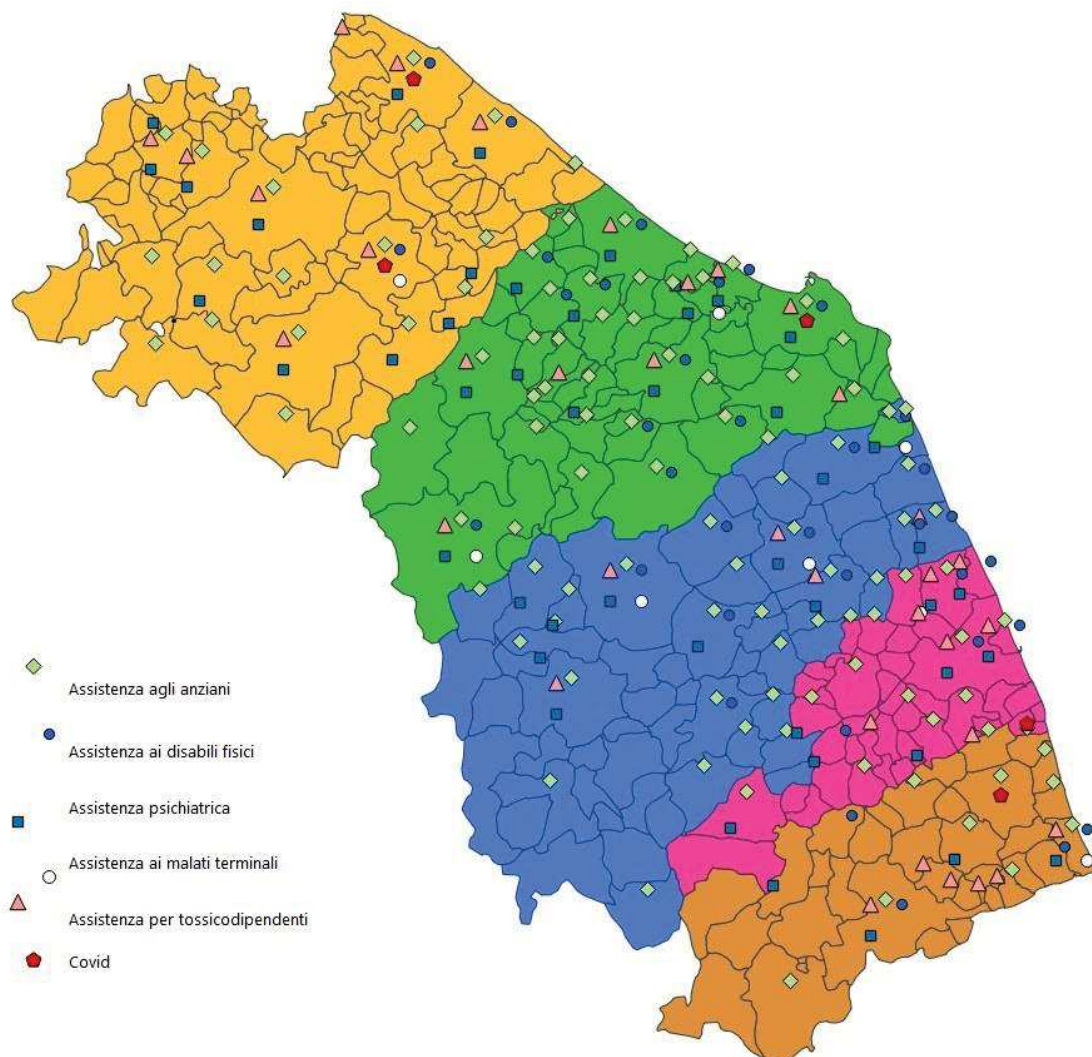
3.2.1. Stato dell'arte

L'Azienda opera mediante 319 strutture territoriali a gestione diretta e 382 strutture territoriali convenzionate (Fonte STS 11).

Dislocazione geografica delle strutture specialistiche e ambulatoriali (pubbliche e private)



Dislocazione geografica delle strutture residenziali e semiresidenziali (pubbliche e private)



Le tabelle che seguono, coerentemente con i flussi ministeriali STS 11 e 24, riportano il numero di strutture a gestione diretta ASUR e il numero delle strutture private convenzionate per il 2021 suddiviso per tipologia di struttura e tipo di assistenza erogata, nonché il numero di posti letto di assistenza residenziale e semiresidenziale attivi nel 2021.

Numero di strutture a gestione diretta ASUR		Tipo struttura			
Tipo di assistenza erogata	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	AMBULATORIO E LABORATORIO	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	Totale complessivo
Assistenza agli anziani			46	3	49
Assistenza ai disabili fisici			3	1	4
Assistenza ai disabili psichici			2	3	5
Assistenza ai malati terminali			8		8
Assistenza per tossicodipendenti	19		1	3	23
Assistenza psichiatrica	33		27	21	81
Attività clinica	111	41			152
Attività di consultorio familiare	69				69
Attività di laboratorio	25	18			43
Covid-19			2		2
Diagnostica strumentale e per immagini	33	22			55
Vaccinazioni anti COVID-19	30				30
Totale complessivo	320	81	89	31	521

Numero di strutture convenzionate		Tipo struttura			
Descrizione tipo assistenza erogata	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	AMBULATORIO E LABORATORIO	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	Totale complessivo
Assistenza agli anziani			136	7	143
Assistenza ai disabili fisici			12	32	44
Assistenza ai disabili psichici			8	4	12
Assistenza AIDS			2		2
Assistenza idrotermale	6				6
Assistenza per tossicodipendenti			31	4	35
Assistenza psichiatrica			27	1	28
Attività clinica	2	65			67
Attività di laboratorio		58			58
Covid-19			3		3
Diagnostica strumentale e per immagini		20			20
Vaccinazioni anti COVID-19	2				2
Totale complessivo	10	143	219	48	420

POSTI LETTO PER STRUTTURA	Tipo di assistenza erogata	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	TOTALE
Strutture a gestione diretta ASUR	Assistenza agli anziani	1.000	38	1.038
	Assistenza ai disabili fisici	26	8	34
	Assistenza ai disabili psichici	43	46	89
	Assistenza ai malati terminali	74		74
	Assistenza per tossicodipendenti			
	Assistenza psichiatrica	278	355	633
	Attività clinica			
	Attività di consultorio familiare			
	Attività di laboratorio			
	Covid-19	62		62
	Diagnostica strumentale e per immagini			
	Vaccinazioni anti COVID-19			
Totale		1.483	447	1.930
Strutture convenzionate	Assistenza agli anziani	4.741	129	4.870
	Assistenza ai disabili fisici	162	578	740
	Assistenza ai disabili psichici	121	103	224
	Assistenza AIDS			
	Assistenza idrotermale			
	Assistenza per tossicodipendenti			
	Assistenza psichiatrica	526	6	532
	Attività clinica			
	Attività di laboratorio			
	Covid-19			
	Diagnostica strumentale e per immagini			
	Vaccinazioni anti COVID-19			
Totale		5.550	816	6.366
Totale complessivo		7.033	1.263	8.296

Con riferimento agli istituti di riabilitazione, operano 13 centri di riabilitazione privati con 792 posti letto di assistenza residenziale e 185 posti di semiresidenziale. Per la gestione pubblica, nell'Azienda esiste un centro con 10 posti letto di assistenza residenziale (Galantara di Pesaro) (Fonte RIA 11 2020).

Posti Letto Strutture riabilitative	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	TOTALE
Strutture a gestione diretta ASUR	10	-	10
Strutture convenzionate	787	185	972
Totale complessivo	797	185	982

Relativamente alla medicina di base, l'Azienda opera mediante 1.042 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 1.305.394 unità, e 166 pediatri di libera scelta, che assistono 148.994 assistiti (Fonte: Modello FLS 12, Anno 2021).

3.2.2. Obiettivi dell'esercizio relativi alla struttura e all'organizzazione dei servizi territoriali

Nel processo di trasformazione organizzativa, volto al potenziamento delle cure erogate a livello territoriale, il Distretto rappresenta lo strumento centrale e strategico per l'identificazione dei servizi nel nuovo sistema di welfare.

Le manovre di rientro e l'attuazione degli standard ospedalieri fanno sì che il baricentro del sistema sanitario dovrà essere spostato sempre di più dall'ospedale al territorio, per offrire una risposta adeguata all'aumento delle patologie cronico-degenerative e quelle a compartecipazione sociale.

Il Distretto è un anello irrinunciabile della filiera del welfare regionale con il ruolo che va dalla produzione di cure primarie e intermedie, al governo della domanda socio-sanitaria ponendosi come filtro regolatore dell'accesso alle strutture ospedaliere.

L'emergenza Covid ha messo in evidenza il ruolo strategico svolto dai servizi territoriali e dalle Cure primarie, attraverso le USCA, in numerose fasi del contrasto alla diffusione del virus e alla cura dei pazienti che non necessitano del ricovero.

Nell'ambito del Comitato LEA è stato istituito un tavolo tecnico con l'obiettivo di sperimentare la metodologia di monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza prevista dal decreto sul Nuovo Sistema di Garanzia. Nello specifico, il sottogruppo ha provveduto alla sperimentazione della metodologia di monitoraggio dei LEA prevista dal NSG sul sottoinsieme di indicatori valutativo che sostituisce la Griglia LEA a partire dall'anno di valutazione 2020. Sulla base degli esiti della sperimentazione il Ministero della Salute ha pubblicato il report delle Regioni che garantiscono i LEA da quelle che non li garantiscono, come si evince dai risultati disponibili per gli anni 2016, 2017, 2018 e 2019 In riferimento **all'assistenza territoriale**, di seguito si illustra la collocazione della Regione Marche rispetto alle altre.

REGIONI CHE GARANTISCONO I LEA	
Regioni	Area Distrettuale
Piemonte	88,33
Lombardia	89,98
P.A. di Trento	75,06
Veneto	97,64
Friuli Venezia Giulia	78,35
Liguria	85,48
Emilia Romagna	94,51
Toscana	88,5
Umbria	69,29
Marche	85,58
Lazio	73,51
Abruzzo	79,04
Campania	63,04
Puglia	76,53
Sardegna	61,7
REGIONI CHE NON GARANTISCONO I LEA	
Regioni	Distrettuale
Valle d'Aosta	48,09
P.A. di Bolzano	50,89
Molise	67,91
Basilicata	50,23
Calabria	55,5
Sicilia	75,2

3.2.2.1. Farmaceutica Territoriale

Il governo della spesa farmaceutica consiste nell'insieme di azioni finalizzate ad adeguare la spesa sostenuta dal Servizio Sanitario Nazionale per l'erogazione di medicinali al livello di risorse finanziarie disponibili (o programmate). Ciò costituisce uno degli obiettivi dell'AIFA che è chiamata a garantire l'equilibrio economico di sistema con il rispetto dei tetti di spesa.

Il tetto della spesa farmaceutica territoriale, ora denominato «**tetto della spesa farmaceutica convenzionata**» nella misura del 7% (all'art. 1 comma 398 e 399 della Legge n. 232/2016) prevede l'implementazione delle politiche di controllo della spesa farmaceutica quali:

- il prezzo dei farmaci viene negoziato dall'AIFA con l'azienda farmaceutica al fine della rimborsabilità conseguente alla commercializzazione;

- i farmaci non più coperti da brevetto, a carico del SSN, forniti con la convenzionata sono inseriti nella lista di trasparenza curata dall' AIFA. L'eventuale differenza rispetto al prezzo del farmaco dispensato a carico del SSN è posta a carico del cittadino;
- le farmacie sono tenute ad applicare, per legge, un complesso sistema di sconti al SSN.

I sistemi informativi centrali e locali permettono il continuo monitoraggio delle prescrizioni e della spesa farmaceutica. Il governo della farmaceutica convenzionata risulta prioritario e le variabili che influenzano la spesa farmaceutica sono il consumo e il prezzo nonché i seguenti elementi:

- Aumento della popolazione
- Variazione della composizione della popolazione (età)
- Variazione dello stato di salute della popolazione
- Cambiamenti nell'assetto del sistema sanitario
- Disponibilità e accesso a forme assicurative private
- Cambiamenti nella politica farmaceutica
- Introduzione di nuove tecnologie e scoperte scientifiche
- Promozione di nuovi farmaci presso i MMG o i consumatori
- Cambiamenti nelle pratiche di prescrizione e dispensazione del farmaco
- Numerosità e varietà dei soggetti con funzione di prescrizione dei farmaci.
- Aspettative del paziente/consumatore
- Variazione dei prezzi unitari dei farmaci
- Variazione dei mark-up di distribuzione
- Disponibilità e regole di sostituzione sui farmaci generici
- Prezzi internazionali dei farmaci
- Introduzione di nuove formule farmaceutiche
- Inflazione Politiche di intervento a regolamentazione della spesa farmaceutica.

L'ASUR al fine di contenere e qualificare la spesa farmaceutica nei limiti programmati procederà nell'attuazione delle seguenti azioni che consentono il contenimento della spesa e la garanzia di un servizio farmaceutico capillare nel territorio:

- la fornitura dei farmaci del PHT (prontuario ospedale-territorio) in distribuzione per conto (DPC) tramite le farmacie convenzionate;
- la fornitura diretta dei farmaci alla dimissione ospedaliera, necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale;
- l'erogazione diretta, al fine di garantire la continuità assistenziale, dei farmaci agli assistiti nella fase di dimissione dal ricovero ospedaliero o in seguito a visita specialistica ambulatoriale;
- l'erogazione diretta di alcune classi di farmaci per terapie croniche ad alto costo ed alta complessità.

Inoltre l'Asur ha recepito la DGR 1764 del 27/12/2018 "Disposizioni relative alla promozione dell'appropriatezza e della razionalizzazione d'uso dei farmaci e del relativo monitoraggio" ed ha definito nonché evidenziato le aree ulteriormente migliorabili e definendo le azioni da porre in essere, principalmente in tali ambiti:

- farmaci a brevetto scaduto e farmaci biosimilari che determinerebbero un consistente risparmio senza ridurre l'assistenza, in quanto è stato dimostrato che non ci sono evidenze di un'incidenza maggiore di segnalazioni di sospette reazioni avverse rispetto agli originatori o una ridotta efficacia terapeutica;
- farmaci oncologici, ipolipemizzanti, antiaggreganti e anticoagulanti, antibiotici, farmaci per disturbi oculari, antidepressivi, farmaci per disturbi genito-urinari, anti-Parkinson sono quelli su cui richiamare l'attenzione sia per i costi che per i consumi;
- Consumi antibiotici.

Per quanto attiene alla farmaceutica convenzionata, l'obiettivo è di procedere alla pubblicazione mensile sul portale SIRTE dei Medici di Medicina Generale del report "Valutazione comparativa - Scheda di sintesi del medico di medicina generale e relativi assistibili". Tali report dovranno consentire a ciascun professionista di

conoscere il proprio profilo prescrittivo e confrontarlo con la media regionale, rilevando le eventuali deviazioni prescrittive sia in termini di spesa che di ipo- o iper-prescrizione di singole classi farmacologiche. Come stabilito nel percorso di verifica previsto dall'art.51 dell'Accordo Integrativo Regionale (DGR n. 751/2007), i Direttori dei Distretti Sanitari e i Responsabili dei Servizi Farmaceutici dovranno supportare l'analisi delle anomalie e sviluppano le azioni conseguenti previste. Il Dipartimento del Farmaco curerà l'elaborazione di una guida alla lettura dei report inviata ai Medici per facilitarne l'interpretazione e una guida alla consultazione della reportistica attraverso il portale Farmastat – Marno.

Gli obiettivi relativi alla farmaceutica territoriale, di cui alla Det. 395/2021, sono i seguenti:

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Tolleranza
Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici	Variazione DDD antibiotici per pazienti residenti (Per AAOO e INRCA la Variazione DDD è calcolata in rapporto a 100 giornate di degenza)	(N° DDD antibiotici anno 2021)		+/- 15% Valore 2020	
Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antidepressivi	DDD/DIE (ATC2 N06A)	DDD (ATC2 N06A) *1000 /365	Popolazione residente	<36	
Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Inibitori di pompa	DDD/DIE (ATC A02BC)	DDD ATC A02BC * 1000 / 365	Popolazione residente	<54	
Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antipertensivi	DDD/DIE (ATC2 C09C+C09D)	DDD (ATC2 C09C+C09D)*1000 /365	Popolazione residente	<66	
Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Statine	DDD/DIE (ATC C10AA+C10BA)	DDD (ATC2 C10AA+C10BA)*1000 /365	Popolazione residente	<66	
Rispetto del tetto della spesa farmaceutica convenzionata (Tetto 7% FSR)	Razionalizzazione della Spesa farmaceutica convenzionata netta dalle "distinte contabili"	Spesa farmaceutica convenzionata netta anno 2021 da DCR		AV 1< 43.700.000 € AV 2< 64.350.000 € AV 3< 39.950.000 € AV 4< 23.150.000 € AV 5< 25.850.000 €	ragg 80% se <90 e >=85% ragg 90% se <95 e >=90 ragg 100% se <=100 e >=95%
Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Adrenergici	DDD/DIE (ATC R03A+R03B)	DDD (ATC R03A+R03B)*1000 /365	Popolazione residente	<24	
Utilizzo dei farmaci biosimilari	% Biosimilare INSULINA GLARGINE	DDD Biosimilare (A10AE04)	Totale DDD (A10AE04)	≥ 90% [Tolleranza 10%]	
Utilizzo dei farmaci biosimilari	% Biosimilare ENOXAPARINA	DDD Biosimilare (B01AB05)	Totale DDD (B01AB05)	≥ 90% [Tolleranza 10%]	
Utilizzo dei farmaci biosimilari	% Biosimilare ERITROPOIE TINA	DDD Biosimilare (B03XA01)	Totale DDD (B03XA01)	≥ 90% [Tolleranza 10%]	
Utilizzo dei farmaci biosimilari	% Biosimilare EPOETINE ALFA	DDD Biosimilare (B03XA02)	Totale DDD (B03XA02)	≥ 90% [Tolleranza 10%]	
Utilizzo dei farmaci biosimilari	% Biosimilare RITUXIMAB	DDD Biosimilare (L01XC02)	Totale DDD (L01XC02)	≥ 90% [Tolleranza 10%]	
Utilizzo dei farmaci biosimilari	% Biosimilare TRASTUZUMAB	DDD Biosimilare (L01XC03)	Totale DDD (L01XC03)	≥ 90% [Tolleranza 10%]	
Utilizzo dei farmaci biosimilari	% Biosimilare BEVACIZUMAV	DDD Biosimilare (L01XC07)	Totale DDD (L01XC07)	≥ 90% [Tolleranza 10%]	
Utilizzo dei farmaci biosimilari	% Biosimilare INFILIXIMAB	DDD Biosimilare (L04AB02)	Totale DDD (L04AB02)	≥ 90% [Tolleranza 10%]	
Utilizzo dei farmaci biosimilari	% Biosimilare ADALIMUMAB	DDD Biosimilare (L04AB04)	Totale DDD (L04AB04)	≥ 90% [Tolleranza 10%]	

3.2.2.2. Emergenza Urgenza

Il sistema di Emergenza Urgenza in ambito sanitario, quale insieme delle funzioni di soccorso, trasporto e comunicazione, organizzate al fine di assicurare l'assistenza sanitaria al verificarsi di emergenze o urgenze, ha richiesto una rimodulazione per rispondere allo scenario determinato dell'emergenza Covid.

Nello specifico, con l'emergenza epidemiologica agli operatori della CO118 è stato richiesto un maggiore impegno a fronte di un aumento considerevole delle richieste di natura informativa e di visita medica domiciliare.

La riorganizzazione temporanea del sistema sanitario a fronte dell'emergenza Covid 19 ha inoltre richiesto un cambio di destinazione finalizzato al percorso di gestione del paziente Covid positivo o sospetto e un potenziamento dei trasporti secondari urgenti.

Infatti, altro settore particolarmente coinvolto nella gestione dell'emergenza è stato quello relativo al trasporto secondario programmato che ha dovuto rispondere ad una serie di richieste di supporto all'emergenza al fine di garantire:

- riconversioni in tempi rapidi di strutture no Covid in Covid e viceversa, come Cure Intermedie, RSA, Hospice ed interi ospedali a posti letto Covid;
- gestione dei focolai nelle case di riposo per la presenza di focolai Covid-19 correlati;
- ricoveri/trasferimenti di pazienti positivi e sospetti in altre strutture e successive relative dimissioni;
- riduzione della presenza di utenti di reparti e pronto soccorsi per far fronte all'alto flusso di accettazione dei pazienti Covid-19 positivi o sospetti;
- trasferimento dei pazienti critici tra varie rianimazioni e verso strutture Covid dedicate;
- pazienti dializzati Covid positivi o sospetti per i quali doveva essere riprogrammato il viaggio singolo e con le dovute precauzioni, sovente cambiando anche luogo di partenza e destinazione a seguito della riorganizzazione dei percorsi.

Di seguito l'obiettivo relativo all'area Emergenza- urgenza di cui alla Det. 395/2021

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	ASUR DATI 2020	Valore atteso 2021
Efficienza Rete Emergenza -Urgenza	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra ricezione chiamata da parte della centrale operativa e arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso di tutte le missioni durante l'anno	20,98	<=18

Come già segnalato con nota del Direttore Generale prot. n. 25043 del 13 luglio 2021 il superamento nel 2020 del valore standard, che si prevede anche per il 2021, è per gran parte correlato alle modalità organizzative che sono state messe in atto per far fronte pandemia Covid 19. In particolar modo tali aumenti sono determinati da una serie di azioni che hanno richiesto tempistiche superiori rispetto alle fasi pre covid quali:

- inserimento nell'intervista telefonica di ulteriori domande specifiche per identificare precocemente pazienti a rischio covid, con inevitabili aumenti di produzione del dispatch;
- utilizzo routinario dei DPI anti covid, con seppur minimo ulteriore impiego di tempo;
- sanificazione del mezzo della durata minima di 15 minuti al termine del servizio;
- assegnazioni delle destinazioni dei pazienti covid positivi presso presidi ospedalieri identificati a vocazione Covid richiedendo talvolta una percorrenza superiore.

L'insieme dei fattori sopra esposti impattano inevitabilmente sulla performance dei tempi medi di percorrenza.

3.2.2.3. D.L. n. 34 del 19 maggio 2020 - Piano di potenziamento e riorganizzazione rete territoriale

La normativa nazionale emanata durante l'emergenza ha sin dalle prime fasi, enfatizzato il ruolo dell'assistenza territoriale, assegnando ai distretti molteplici ruoli ai fini del contenimento della pandemia, nonché per la cura domiciliare dei pazienti che non necessitano del ricovero in strutture ospedaliere,

In particolare le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) sono state istituite dall'art. 8 del decreto legge 14 del 9 marzo 2020.

La Regione Marche ha recepito la normativa con le DGRM 347/2020 ad oggetto “Emergenza COVID-19: Applicazione decreto legge n. 14 del 9/03/2020 - Art. 8 - Unità Speciali di Continuità Assistenziale”. Successivamente con DGRM 384/2020 e 1266/2020 ha definito le linee operative uniformi da attuare.

Infine con DGR n. 1266 del 05/08/2020 “COVID-19. D.L. 34/2020 convertito dalla Legge 17 luglio 2020, n. 77. Procedure attuative dell’articolo 1 “Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale”. Integrazione DGR n. 34 del 16.03.2020 e DGR n.384 del 27/03/2020 concernenti le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)” la Regione Marche ha approvato il documento “Linee di indirizzo per la redazione del piano di potenziamento e di riorganizzazione della rete assistenziale territoriale della Regione Marche in attuazione dell’art.1 del DL 34, prevedendo la costituzione di un gruppo di lavoro per il coinvolgimento attivo dei professionisti e dei servizi implicati nell’erogazione delle specifiche prestazioni e nella presa in carico del paziente a livello domiciliare e residenziale.

Nel dare attuazione a quanto previsto dalla normativa vigente, l’ASUR adotta un’organizzazione flessibile sul numero delle equipe da attivare in Area Vasta in relazione all’andamento epidemiologico e quindi alla necessità di presa in carico dei pazienti a domicilio.

Con DGR 1367 del 15/11/2021 sono state assegnate all’ASUR le risorse per il personale relative alle attività previste dal DL34/2020 per l’annualità 2021, quali:

- assistenza domiciliare integrata: € 9.055.452,80 (comma 4);
- infermieri: € 12.304.060,84 (comma 5);
- comma 8, centrali operative: € 1.125.000,00 (centrali operative territoriali COT).

La DGR n. 1237 del 18/10/2021, inoltre, ha definito le “Linee di Indirizzo regionali per la dimissione protetta”, strutturando un percorso condiviso a livello interaziendale e delineando le fasi del processo per la presa in carico del paziente fragile in post-dimissione. La domiciliarità delle cure viene ritenuta l’approdo privilegiato per un paziente fragile; tuttavia in presenza di bisogni assistenziali specifici o legati a condizioni socio abitative incompatibili con l’assistenza a domicilio è possibile attivare la dimissione protetta presso strutture residenziali sanitarie o sociosanitarie.

In relazione alle risorse professionali acquisite per l’organizzazione delle USCA e all’attività svolta sul territorio, l’Asur provvederà all’invio settimanale della relativa rendicontazione sul personale assunto e, in ottemperanza alle disposizioni della DGRM 1266/2020, a cadenza trimestrale, entro i 30 giorni successivi alla conclusione del trimestre, l’ASUR invierà la relazione sulle attività svolte dalle USCA attivate in ciascun Distretto Sanitario.

In riferimento all’assistenza domiciliare, l’ASUR dovrà progressivamente incrementare la capacità di presa in carico dei pazienti in Cure Domiciliari dovendo garantire il raggiungimento degli obiettivi previsti dal potenziamento dell’assistenza territoriale nell’ambito del Piano di Ripresa e Resilienza che pongono come target la presa in carico del 10% della popolazione anziana entro il 2026. Verrà posta attenzione quindi al reclutamento del personale finalizzato al potenziamento dell’assistenza sul territorio e al miglioramento della rendicontazione delle attività svolte a domicilio per migliorare la qualità dei flussi informativi.

Di seguito gli obiettivi di cui alla Det. 395/2021 riguardanti il potenziamento della rete territoriale e l’assistenza domiciliare.

Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	ASUR DATI 2020	Valore atteso 2021	Tolleranza
Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1	N. pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1 (0,14 - 0,30)	4,06	$\geq 4,00 \times 1000$ ab	
Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2	N. pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2 (0,31 - 0,50)	2,5	$\geq 2,50 \times 1000$ ab	
Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3	N. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3 ($> 0,50$)	1,8	$> 2,00 \times 1000$ ab. (Tolleranza 20%)	1,6
Monitoraggio mensile su applicazione atti compilazione relative tabelle informative di cui alle DGR 1266/2020 e 1423/2020	Produzione reportistica da inviare alla P.F. Territorio e Integrazione Ospedale-Territorio attestante le attività di monitoraggio svolte e l'assolvimento degli obblighi informativi di cui alle DGR 1266/2020 e 1423/2020		Report mensili entro il 15° giorno di ciascun mese	ragg 80% se <90 e $\geq 85\%$ ragg 90% se <95 e ≥ 90 ragg 100% se ≤ 100 e $\geq 95\%$

3.2.2.4. Area Integrazione socio-sanitaria

L'integrazione tra servizi sanitari e servizi socio assistenziali è uno dei temi essenziali di ogni politica sociale e operare in modo integrato è ormai da ritenersi un imperativo per chiunque lavori nell'ambito dei servizi alla persona.

I motivi sono diversi:

- la crescente complessità dei bisogni;
- l'aumento della consapevolezza in ordine alla globalità della persona e alle interdipendenze tra persona, contesti di vita, ambiente;
- la limitatezza/parzialità delle singole competenze professionali che richiede sempre di più approccio multidisciplinare e pluriprofessionale ai problemi.

Si tratta, quindi, di motivi tecnici, di cause sociali, ma anche di esigenze etiche, conseguenti alla maggiore consapevolezza che, lavorando nell'ambito dei Servizi socio-sanitari, si ha la responsabilità, oltre che di erogare prestazioni, di promuovere lo star bene nelle persone, nelle famiglie, nelle comunità. E questo star bene, che non è solo superamento del bisogno materiale o sconfitta della malattia, presuppone un'azione sinergica, un apporto multiplo, un leggere, un pensare, un lavorare, un verificare, un esercitare la responsabilità. L'integrazione è quindi un valore che si realizza sulla base di un sistema di norme (leggi, regolamenti, accordi), attraverso percorsi tecnici metodologicamente fondati per ogni professione ma soprattutto attraverso una mentalità, una comune cultura.

L'integrazione socio-sanitaria risponde al dovere dello stato di dare risposte ai bisogni complessi del cittadino, riconosciuto nella sua globalità come persona a cui va garantito uno stato di benessere bio-psico-sociale.

Con riferimento allo sviluppo degli obiettivi di attività, occorre premettere che esistono degli elementi di complessità derivanti dalla peculiarità del modello marchigiano di integrazione socio-sanitaria al quale occorre riferirsi costantemente quando, a livello aziendale, vengono sviluppate le attività di programmazione, organizzazione e gestione dei servizi che fanno capo ad una pluralità di soggetti con funzioni e profili istituzionali diversi.

Nello specifico relativamente ai processi socio-sanitari viene indicata la necessità della rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari, attraverso la chiarificazione e la specificazione tra sociale, sanitario e area comune socio-sanitaria di:

- interventi di sostegno e accompagnamento
- interventi e servizi territoriali

- interventi e servizi domiciliari
- interventi e servizi semiresidenziali
- interventi e servizi residenziali.

Strutture residenziali

Nell'anno 2021 l'Area Integrazione Socio-Sanitaria intende continuare a svolgere una funzione di riferimento per le Aree Vaste, i Distretti e le Direzioni Amministrative del territorio per l'applicazione delle Delibere di Giunta Regionale n. 1195/2013 e n. 1331/2014 che hanno ridefinito il sistema tariffario, gli standard assistenziali e la compartecipazione nelle strutture residenziali e semi residenziali socio-sanitarie.

In riferimento alle Residenze protette nel 2021 si prevede l'incremento dei posti letto in attuazione dei seguenti atti della Giunta Regionale:

- DGR 1539/2019 Residenzialità e Semiresidenzialità territoriale - Sviluppo operativo regionale di integrazione dell'attuale offerta” Piano di convenzionamento approvato che prevede 184 PL aggiuntivi e la trasformazione di ulteriori 170 PL
- DGRM n. 1672 del 30/12/2019 linee di indirizzo per lo sviluppo dell'offerta di posti letto convenzionati di Residenza Protetta per Anziani (R3). E' previsto un incremento progressivo dei posti letto convenzionati pari al 75% nell'anno 2020, all'80% nell'anno 2021 e all'85% nel 2022. Nello stesso atto viene disposto che il calcolo dei posti letto incrementali su base percentuale abbia come riferimento il numero dei posti letto autorizzati.
- DGRM 1269/2020 - “Incremento dell'offerta convenzionabile nell'ambito della residenzialità sanitaria extra ospedaliera per il setting assistenziale estensivo dedicato a persone non autosufficienti (R2.2 e R2D). L'atto prevede 160 PL nelle RSA.

Cure palliative

Le Cure Palliative sono l'insieme di interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali rivolti alla persona malata e al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura globale dei pazienti la cui patologia di base, caratterizzata da un'evoluzione inarrestabile da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici. Lo scopo delle Cure Palliative è quello di sostenere la famiglia del malato e di migliorare il più possibile la qualità di vita della persona inguaribile. La normativa nazionale sin dalla Legge 38 del 2010 tutela all'Art. 1 “Il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore”; la DGRM 846 del 12 luglio 2014 ha definito le linee di indirizzo per la rete regionale delle cure palliative comprendendo nel modello il livello domiciliare, quello residenziale/di ricovero e quello ambulatoriale.

La Rete locale di Cure Palliative, infatti, è costituita da un'aggregazione funzionale ed integrata per Area Vasta delle attività di cure palliative erogate in ciascun setting assistenziale, considerando il domicilio come l'ambito privilegiato per l'erogazione delle cure.

La Direzione Sanitaria ASUR ha costituito nel 2018 un apposito Tavolo di Lavoro multidisciplinare di professionisti esperti nel settore per la definizione del modello organizzativo e funzionale ASUR per uniformare e implementare la Rete Aziendale. Il documento tecnico elaborato, approvato con Determina del Direttore Generale ASUR 471 del 10/08/2018, ha definito il modello organizzativo aziendale allineandolo alla normativa nazionale e regionale (DGRM 846/2014). La funzione di coordinamento della rete locale infatti viene affidata all'Unità di Cure Palliative-Hospice (UCPH) che attraverso le Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD) opera nei diversi nodi della Rete. La “porta d'accesso” alle cure territoriali e alle prestazioni sociali, secondo quanto previsto dalla DGRM 111/2015 è rappresentata dal Punto Unico di Accesso (PUA) che, attraverso la presa in carico dei bisogni semplici e complessi dei pazienti che vi si rivolgono, rappresenta l'unitarietà dell'accoglienza e accettazione del bisogno espresso.

La centralità delle cure palliative è stata ribadita a livello nazionale e regionale nella definizione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale. Con DGR n. “*Legge nazionale 662/96, art. 1 comma 34 e 34bis - Approvazione dei progetti della Regione Marche per il perseguimento degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2019, individuati nell'Accordo del 6 giugno 2019 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 91/CSR)*”. Il progetto approvato dalla citata delibera ha previsto per l'anno 2019:

- Ridefinire l'assetto della Rete di TD e CPP (terapia del dolore e cure palliative pediatriche) in relazione all'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021.

- Aumentare la copertura del fabbisogno di cure palliative pediatriche, garantendo al contempo l'appropriatezza delle cure nel setting assistenziale più adeguato, in un'ottica di presa in carico integrata;
- Adeguamento del sistema di offerta per le cure palliative in tutti i setting di cura (hospice, ospedale, territorio, domicilio) in coerenza con la riorganizzazione della Rete dell'offerta assistenziale regionale complessiva, anche dopo gli effetti della pandemia da Covid-19.
- Predisporre programmi formativi "ad hoc" anche a distanza alla luce della pandemia da Covid-19.
- Implementare il già avviato flusso SIAD che include una sezione dedicata alle cure palliative

Indennizzi L 210/92

Dal 2021, in attuazione DGR 1123/2021, la Giunta Regionale delle Marche ha stabilito di trasferire all'ASUR la gestione amministrativa ed economica concernente l'applicazione della legge 210/92 (indennizzi a favore di soggetti danneggiati da vaccinazione obbligatoria e trasfusioni), pertanto tale ulteriore attività è stata gestita dai Distretti.

LR n 7 del 20 maggio 2021 - rimborso delle spese a supporto di cure oncologiche

L'entrata in vigore di questa legge ha comportato l'adozione di una nuova disciplina a tutela dei cittadini fragili della Regione Marche affetti da neoplasia mediante un rimborso delle spese a supporto di cure oncologiche.

La nuova legge regionale ha ampliato le prestazioni sanitarie ammesse a rimborso, comprendendo

- a) trattamenti di radioterapia e di chemioterapia;
- b) interventi di chirurgia oncologica, anche ricostruttiva e conservativa;
- c) esami diagnostici e di laboratorio;
- d) interventi di riabilitazione e di fisioterapia;
- e) cure palliative e terapie del dolore;
- f) visite mediche specialistiche, controlli periodici, anche non programmati, compresi quelli successivi alla patologia, correlati alla medesima;
- h) prestazioni di supporto psicologico, incluso quello al nucleo familiare, connesse alla medesima patologia; il rimborso è riconosciuto esclusivamente se le stesse sono riferite alle prestazioni effettuate presso strutture sanitarie pubbliche e private accreditate del territorio della regione Marche.

I criteri di erogazione della nuova legge regionale sono collegati a fasce di reddito sulla base dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), come disciplinato dalla normativa statale, con priorità per quelle più basse.

Passaggio della competenza gestionale e finanziaria relativa al pagamento della quota sanitaria della retta delle Co.S.E.R. dal Servizio Politiche Sociali di Regione Marche ad ASUR Marche con decorrenza dall'annualità 2021

Con DGR n. 1489 del 1/12/2021 la Regione Marche ha previsto di trasferire ad ASUR la gestione delle Comunità Socio Educative Riabilitative (C o .S.E.R.) con decorrenza dall'annualità 2021. L'Azienda attraverso le Aree Vaste, dovrà provvedere a liquidare gli importi dovuti alle strutture C o .S.E.R. nella misura del 50% della retta giornaliera di degenza prevista (€ 115,00) ovvero € 57,50 pro die/pro capite, di cui alla D.G.R. n. 23/2013. L'impatto della gestione è stato stimato in euro 5.900.000.

Di seguito, gli obiettivi di cui alla Det. 395/2021.

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Tolleranza
Accessibilità e funzionalità dei servizi sanitari di base	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta per complicanze per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	Ricoveri ordinari per complicanze per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco per soggetti residenti >18 anni	Popolazione residente in età > 18 anni (popolazione residente 01 gennaio 2021)	<=343	
Accessibilità e funzionalità dei servizi sanitari di base	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	Ricoveri ordinari per asma e gastroenterite	Popolazione residente in età < 18 anni (popolazione residente 01 gennaio 2021)	<=109	
Potenziamento della Rete delle Cure Palliative	% Deceduti per tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul totale dei deceduti per tumore	Σ Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore + Σ Assistiti in cure domiciliari con assistenza conclusa per decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore	Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili	> 35% (Tolleranza 25%)	
Assistenza residenziale	N. residenti anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale	Numero di anziani (età ≥ 75 anni) non autosufficienti residenti presenti nelle strutture residenziali, per le tipologie di trattamento R1, R2, R2D, R3		>41 x 1000 ab ≥ 75aa	
Potenziamento della Rete delle Cure Palliative	Incremento dell'offerta di Posti letto di Hospice	Numero di nuovi posti letto di Hospice attivati durante l'anno 2021 entro il 30/07/2021		≥ 10 Posti Letto	ragg 80% se <90 e ≥85% ragg 90% se <95 e ≥90 ragg 100% se <=100 e ≥ 95%
Indennizzi a soggetti danneggiati da complicanze irreversibili a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni (L.210/92)	Pagamento dei beneficiari entro il venticunesimo giorno della fine di ogni bimestre	N. segnalazioni ricevute di mancato pagamento nei tempi	N. segnalazioni ricevute di mancato pagamento nei tempi	≤ 5%	ragg 80% se <90 e ≥85% ragg 90% se <95 e ≥90 ragg 100% se <=100 e ≥ 95%

3.2.2.5. Area Dipendenze patologiche

L'ASUR, tramite i Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche (DDP), attua interventi di consulenza, primo sostegno e orientamento, di informazione, prevenzione, riduzione del danno, assistenza e cura delle dipendenze delle persone (sia pazienti che loro congiunti) che hanno problemi conseguenti all'abuso di sostanze psicoattive (droghe, alcol, medicinali) o anche conseguenti alla dipendenza psicologica da attività, oggetti, ecc. (gioco d'azzardo, computer, e simili) e prestazioni diagnostiche e terapeutiche relative alle malattie infettive (Aids, epatiti, ecc).

Nello specifico, accertano lo stato di salute psicofisica del soggetto, definendo programmi terapeutici individuali da realizzare direttamente o in convenzione con strutture di recupero sociale, e valutano periodicamente l'andamento e i risultati del trattamento e dei programmi di intervento sui singoli tossicodipendenti in riferimento agli aspetti di carattere clinico, psicologico e sociale.

I servizi forniti non sono a pagamento e chi vi si rivolge non è obbligato a fornire i propri dati anagrafici, poiché è garantito il diritto all'anonimato, oltre al segreto professionale. Possono accedere ai servizi del Dipartimento i cittadini residenti, anche temporaneamente, nel territorio di competenza di ogni Distretto dell'ASUR.

In particolare i DDP erogano un sistema complesso di prestazioni ambulatoriali e residenziali, tra cui:

- Servizi semiresidenziali (Centri Diurni a gestione del pubblico e/o privato sociale);
- Servizi residenziali (Comunità Terapeutiche), anche per specifiche tipologie di utenza, madri tossicodipendenti con figli minorenni, doppia diagnosi (a gestione principalmente del privato sociale);
- Interventi di strada sanitari finalizzati alla riduzione del danno;
- Interventi di strada rivolti a persone che si prostituiscono e fanno uso di sostanze stupefacenti.

Tra le attività di prevenzione si annoverano:

- Interventi concertati con gli Ambiti Territoriali Sociali e, in relazione ai diversi obiettivi, con le Autonomie Scolastiche, gli Istituti penitenziari, gli Uffici Esecuzione Penale Esterna, il terzo settore ed altri eventuali soggetti individuati localmente;
- Servizio di *counseling* telefonico (numero verde regionale) sulle dipendenze in attuazione della DGR n. 1289 del 28/10/2019 - *Numero Verde Regionale per le dipendenze patologiche - Servizio di counseling telefonico* - Gestione del servizio attualmente coordinato dal DDP dell'area Vasta n. 2;
- Interventi che prevedono l'impiego, da parte degli ATS, di operatori di strada o unità mobili di natura socio-sanitaria con funzioni di promozione della salute, informazione, prevenzione, riduzione della domanda ed intercettazione del disagio, rivolti alla popolazione giovanile.

L'intera programmazione delle attività dell'Area Dipendenze Patologiche beneficia delle risorse economiche destinate al contrasto delle dipendenze patologiche in attuazione dell'Accordo quadro 2018-2020 di cui alla DGR n. 1437 del 29/10/2018 dove sono stati inoltre dettati diversi impegni ed in particolare:

- sostegno ai processi di riconversione, anche sperimentali, delle strutture residenziali semiresidenziali con contributi finalizzati, nell'arco di un biennio;
- un fondo specifico regionale per favorire l'innovazione dei servizi e dei processi assistenziali residenziali e semiresidenziali
- recupero graduale della "mobilità passiva"

Le priorità attuative sono:

- potenziamento della semiresidenzialità per utenze specifiche (es. utenti con doppia diagnosi, giocatori d'azzardo patologici, ecc.)
- servizi specifici, anche in strutture residenziali e semiresidenziali, a bassa intensità assistenziale, la gestione di soggetti cronici
- servizi specifici per detenuti tossicodipendenti ammessi a misure alternative
- servizi di supporto alla genitorialità di giovani con problemi di consumo di sostanze o di dipendenza.

Attraverso le esperienze maturate negli ultimi anni (favorite dalle disposizioni innovative dettate dalla DGRM 747 del 2004) nella Regione Marche si è consolidato - attraverso l'attuazione di molte azioni, programmatiche, operative e formative, che hanno prodotto notevoli modifiche sia sul territorio regionale che sul fenomeno stesso delle dipendenze - nel settore del trattamento e cura delle persone con problemi di dipendenza, un modello di offerta di servizi in rete e sono state.

Tale rete è composta dai centri ambulatoriali preposti dell'ASUR - i Servizi Territoriali Dipendenze Patologiche (STDP) - e da strutture, a carattere residenziale e semiresidenziale, quasi sempre gestite dagli Enti Ausiliari (privato sociale).

La necessità di mantenere adeguate le tariffe nel corso degli anni, le modalità di accesso ai diversi servizi e alcuni requisiti sulla qualità e l'appropriatezza delle cure per le persone con dipendenza, nonché le esigenze di governo della crescita della spesa, hanno portato alla definizione di accordi tra la Regione Marche, gli Enti Ausiliari accreditati delle Marche e l'ASUR Marche.

Le parti hanno siglato accordi pluriennali anche per regolare in modo più efficiente ed efficace, attraverso il miglioramento della rete, il rapporto della collaborazione tra i STDP e le strutture del privato sociale ed in particolare su alcuni fondamentali processi di lavoro; tali accordi sono stati approvati dalla Regione Marche con:

- DGR 1245/2012 - Accordo Quadro 2012-2014
- DGR 1221/2015 - Accordo Quadro 2015-2017
- DGR 1437/2018 - Accordo Quadro 2018-2020.

Gli esiti positivi di tali accordi hanno portato alla stesura di un nuovo accordo per il triennio 2021-2023 tra la Regione MARCHE, il coordinamento regionale degli enti accreditati (CREA), l'associazione italiana per la cura dipendenze patologiche (ACUDIPA) e l'organizzazione regione marche enti accreditati (ORME) e l'ASUR Marche.

Tale accordo, recepito ed approvato con DGRM n. 1031 del 11/08/2021, ha ad oggetto le prestazioni le risorse complessive finalizzate alle attività di prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da dipendenze patologiche derivanti dall'attuazione dell'Accordo Quadro 2021 – 2023 sovvenzionate con un fondo quantificato in € 33.084.822,28, ripartito come segue:

	Annualità 2021	Annualità 2022	Annualità 2023
Prestazioni residenziali e semiresidenziali	€ 8.600.000,00	€ 8.600.000,00	€ 8.600.000,00
Screening dell'infezione attiva dell'HCV presso i DDP	€ 12.411,14	€ 12.411,14	
Progettualità innovative e consolidamento progetti di prevenzione, cura e riabilitazione dipartimentali già avviati in ambito di contrasto alle dipendenze patologiche	€ 2.410.000,00 (di cui € 1.127.617,68 destinati dalla DGR 1659/19)	€ 2.350.000,00	€ 2.500.000,00
Totale	€ 11.022.411,14	€ 10.962.411,14	€ 11.100.000,00

Nell'ambito delle dipendenze con DGR n.1423 del 18/11/2019 "Attuazione D.A. 99/2019 - Criteri di ripartizione e di gestione delle risorse economiche per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio da Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) e da nuove tecnologie e social network (dipendenze digitali) - Periodo 2019-2021; le risorse complessive per la realizzazione dell'intero piano ammontano ad € 5.636.478,46 e sono finalizzate per obiettivo come specificato di seguito, ai sensi della D.A. 99/2019:

tipo di obiettivi	importo	azioni	ente attuatore	fonte finanziaria
territoriale	€ 4.457.748,89	Azioni territoriali delle Aree Vaste - GAP	ASUR	Nazionale vincolato
territoriale	€ 300.000,00	Azioni territoriali delle Aree Vaste – dipendenze digitali	ASUR	Budget ASUR annualità 2020
territoriale	€ 300.000,00	Azioni territoriali delle Aree Vaste – dipendenze digitali	ASUR	Budget ASUR annualità 2021
regionale	€ 366.000,00	campagna informativa GAP e dipendenze digitali	ASUR	Nazionale vincolato
Regionale: monitoraggio del fenomeno	€ 112.729,57	Piano di monitoraggio con affidamento al CNR	REGIONE	Nazionale vincolato
Regionale: valutazione delle politiche		Piano di valutazione con affidamento al CNR		Nazionale vincolato
regionale	€ 100.000,00	Programma di formazione regionale e collaborazione con festival scientifici (con crediti ECM)	ASUR	Nazionale vincolato
totale	€ 5.636.478,46			

Sulla base dei criteri sopra indicati, con Decreto 289/SPO/2019 è stata ripartita la quota destinata ASUR e sono stati assegnati ed impegnati € 4.923.748,89 a favore dell'ASUR per la realizzazione dei Programmi d'Area Vasta per il contrasto del Gioco d'Azzardo Patologico 2019/2021, di cui alla DGR 1423/2019.

3.2.2.6. Liste di Attesa

La programmazione regionale sulla riduzione delle liste di attesa è esplicitata nei seguenti atti programmatici:

- DGR n.380 del 01/04/2019 "Governo dei tempi d'attesa. Percorsi di tutela finalizzati a garantire l'effettuazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nei tempi previsti e gestione della mancata Disdetta dell'appuntamento per gli assistiti residenti nella Regione Marche".
- DGR n.462 del 16/04/2019 "Recepimento PNGLA 2019-2021 (Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019). Nuovo Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche per gli anni 2019-2021. DGR 380/2019 Modifica e integrazione".

- DGR n. 779 del 24/06/2019 "Governo Tempi di Attesa. Modifica DGR 703/2019, DGR 380/2019, DGR 462/2019"
- DGR n. 1361 del 7/11/2019 - Avvio del percorso di governo dei tempi d'attesa per prestazioni non ricomprese nel Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa (PNGLA). Implementazione della trasparenza del sistema di prenotazione. Modifica DGR 779/2019 ed integrazione DGR 462/2019"

L'Azienda ha dato attuazione alle indicazioni regionali recependole e declinandole operativamente nel Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa il cui ultimo aggiornamento è stato adottato con la Determina 44/2020 del gennaio 2020, ma le linee programmatiche delineate sono state travolte dall'emergenza pandemica, che ha impattato in modo particolare in ragione della forte attività svolta negli anni precedenti per potenziale la capacità di risposta del sistema e garantire i percorsi di accesso per classe di priorità.

Il nuovo quadro determinato dalla pandemia ha impattato secondo diverse direttrici:

- potenziamento dell'offerta in risposta alla pandemia con assorbimento di risorse umane, attrezzature e strutture,
- prolungato periodo di blocco dell'erogazione delle prestazioni con necessità di recupero dei saggetti differiti,
- riduzione dei posti disponibili per garantire il distanziamento e la sanificazione degli ambienti.

A questo si aggiunge la problematica dell'intero sistema sanitario legato alla carenza di medici specialisti, alla quale solo ora si è posto un rimedio con l'incremento dei posti nelle scuole di specializzazione che avrà però effetto solo nei prossimi anni e che viene solo parzialmente sanato con la possibilità di assunzione prima del completamento della formazione specialistica.

Come nel 2020 sono state messe a disposizione nel 2021 delle risorse stanziare per il recupero delle liste di attesa a causa del Covid, con le DGRM 827/2020 e DGRM n.1323/20, redatta ai sensi dell'art.29 del DL n.140/20, era stato previsto un completo utilizzo delle stesse entro il 2021. Tuttavia, anche nel 2021, si prevede affrontare le medesime criticità del 2020:

- per i ricoveri:
 - o carenza di personale medico anestesista;
- per le prestazioni ambulatoriali:
 - o riduzione dell'attività nel periodo marzo-maggio 2021 per una nuova ondata epidemica;
 - o allungamento dei tempi di erogazione delle prestazioni, coerentemente alla DGRM n.523/20 che ha imposto la necessità di garantire distanze fisiche e temporali adeguate tra un appuntamento e l'altro;
 - o organizzazione dell'attività aggiuntiva già avviata con finanziamento regionale di cui alla DGRM n.827/2020, che ha previsto il potenziamento della specialista ambulatoriale attraverso il prolungamento delle attività nelle ore serali e nei giorni preferivi e festivi.

Nel corso del 2021, pur nel contesto di emergenza pandemica, si è comunque mantenuta l'attività della rete dei referenti delle liste di attesa che opera sulla base di cruscotti di monitoraggio, oltre ad un tavolo aziendale con i Direttori delle UUOO di diagnostica per immagini. Pertanto, sono state sviluppate le seguenti azioni per il raggiungimento degli obiettivi 2021:

- Monitoraggio e verifica della qualità delle agende di prenotazione: il lavoro di ottimizzazione dell'offerta si è concretizzato attraverso:
 - ✓ revisione dell'inserimento di vincoli nelle agende per le prime prestazioni monitorate (inviante o quesiti);
 - ✓ analisi dei posti non prenotati per verificare l'utilizzo del meccanismo del riutilizzo dei posti;
 - ✓ analisi comparativa dei tempi degli slot delle prestazioni per chiedere motivazione dei tempi più lunghi e quindi favorire la riduzione degli stessi, con il supporto delle verifiche dei SPP;
 - ✓ diffusione del regolamento sulla costruzione delle agende, con l'obiettivo di tendere verso la gestione centralizzata;
 - ✓ progressiva centralizzazione al Centro servizi della gestione delle agende per garantire uniformità e ottimizzazione degli slot.

- Revisione della configurazione delle agende e monitoraggio della durata degli slot. L'attività ha lo scopo di garantire, con la supervisione dei servizi prevenzione e protezione, la progressiva riduzione dei tempi previsti per l'erogazione delle prestazioni (come da nota della PF Territorio e Integrazione ospedale – territorio prot. 0007757|30/06/2021|R_MARCHE|ARS|AST|P). Si procede quindi ad una rivalutazione mensile degli slot di durata maggiore di 30 minuti al fine di monitorare il percorso di progressiva normalizzazione. Il controllo riguarda naturalmente anche la coerenza dei tempi di erogazione tra attività istituzionale e libero professionale. In particolare, per l'attività delle UUOO di radiologia dal mese di settembre si è completato il riallineamento delle agende ai tempi della fase pre-COVID, ad eccezione dei percorsi dedicati ai soggetti COVID o con sovrapposizione dei percorsi dell'emergenza urgenza. Si è proceduto, inoltre, alla rimozione dei vincoli nelle agende inseriti per regolare il flusso di accesso degli utenti in fase COVID, mentre non sarà possibile attuare l'overbooking per evidenti problematiche di gestione della fase di attesa, con l'obiettivo di garantire la sicurezza nell'erogazione delle prestazioni sia per gli utenti che gli operatori.
- Analisi dell'offerta finalizzata ad evidenziare aree di criticità e ad attuare misure correttive: i dati relativi agli inserimenti in lista di garanzia forniscono una visione immediata delle principali aree di criticità su cui impostare delle misure correttive. Sono state evidenziate criticità nei seguenti ambiti:
 - Visite cardiologiche: l'ampliamento dell'offerta è fortemente vincolato dalla carenza di specialisti e a questo si aggiunge la revisione del tariffario ambulatoriale, che ha incluso nella visita l'effettuazione dell'elettrocardiogramma, determinando una riduzione dell'offerta delle strutture private a seguito della riduzione tariffaria. La principale azione in fase di attuazione è rappresentata dalla revisione dei tempi di erogazione delle prestazioni;
 - RM encefalo: si sta procedendo ad un ampliamento degli slot e anche ad orientare l'offerta delle strutture private verso questa prestazione che rimane l'unica critica nella diagnostica maggiore;
 - Colonscopia: l'ambito della gastroenterologia si presenta particolarmente critica sia per un incremento della domanda che per le condizioni di rischio nell'erogazione della prestazione. In esito ad una procedura concorsuale nei mesi scorsi si è proceduto ad un adeguamento degli organici medici ed è in corso una revisione della durata degli slot per ottenere un incremento dell'offerta. Altra azione in fase di attuazione è relativa all'ampliamento dell'offerta delle strutture private.L'analisi dell'offerta consente altresì di valutare l'eventualità di una rimodulazione della stessa tra diverse prestazioni e tra diverse sedi di erogazione.
- Impegno del fondo Balduzzi: si è proceduto a monitorare l'uso del Fondo Balduzzi, la cui consistenza è certamente ridotta per la riduzione di attività dell'anno 2020 e l'eventuale revisione per l'indirizzamento sulle prestazioni maggiormente critiche sia ambulatoriali che di ricovero.

Di seguito, gli obiettivi di cui alla Det. 395/2021:

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Tolleranza
OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica; visita ortopedica; visita cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B	>90%	
OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica; visita ortopedica; visita cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	> 90%	ragg 80% se <90 e >=85% ragg 90% se <95 e >=90 ragg 100% se <=100 e >= 95%
OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE	Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B di prime visite ed esami strumentali monitorizzati dal PNGLA	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B (10gg)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B	> 90%	ragg 80% se <90 e >=85% ragg 90% se <95 e >=90 ragg 100% se <=100 e >= 95%
OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE	Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità D degli esami strumentali monitorizzati dal PNGLA	Numero esami strumentali garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D (60gg)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	> 90%	ragg 80% se <90 e >=85% ragg 90% se <95 e >=90 ragg 100% se <=100 e >= 95%
OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE	Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità D delle altre prime visite monitorizzate dal PNGLA	Numero prime visite garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D (30 gg)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	> 90%	ragg 80% se <90 e >=85% ragg 90% se <95 e >=90 ragg 100% se <=100 e >= 95%
OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE	Completezza della compilazione della ricetta per tipologia di accesso/classe priorità per le prestazioni previste al PNGLA	Numero delle prestazioni richieste con indicazione della tipologia di accesso/classe priorità	N.totale di prestazioni richieste	> 90%	ragg 80% se <90 e >=85% ragg 90% se <95 e >=90 ragg 100% se <=100 e >= 95%

3.2.2.7. Area Salute Mentale

L'Area della Salute Mentale è costituita da Centri di salute mentale, centri diurni e strutture residenziali gestiti a livello organizzativo e gestionale dai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) delle Aree Vaste.

Come per altre tipologie di inserimenti (anziani e disabili) per quelli riguardanti i pazienti psichiatrici ogni Area Vasta individua un responsabile degli inserimenti nelle strutture semiresidenziali e residenziali; lo stesso è tenuto a verificare, all'atto della richiesta di inserimento, l'effettiva disponibilità di P.L. contrattualizzati attraverso le modalità definite con il Responsabile del Procedimento competente.

Con determina n. 385/DG del 8/4/2019 è stato approvato il Progetto "Servizi di Sollievo" in favore di persone con problemi di salute mentale e delle loro famiglie. Criteri per l'assegnazione delle risorse per le annualità 2019 – 2020 che coinvolge i Dipartimenti di salute Mentale nella predisposizione dei piani terapeutico-riabilitativi individuali da realizzare anche in modalità gruppale e/o assembleare, secondo quanto disposto dalla D.A. n.132/2004. Inoltre i DSM verificano dell'andamento della progettualità come ricaduta sul benessere psico-fisico dell'utente. ATS, Comuni e Unioni Montane svolgono invece promozione sul territorio di tale progettualità; coordinano e realizzano delle attività proprie del progetto, sono infine destinatari delle risorse regionali.

Le linee di attività sono inoltre state determinate dall'attuazione dei seguenti provvedimenti:

- approvazione, con Determina del Direttore Generale ASUR, n. 627 del 13/11/2018, delle linee guida ed istruzioni operative circa interventi sanitari di contenimento meccanico in psichiatria finalizzate alla sicurezza del paziente ricoverato e degli operatori;

• approvazione, con Determina del Direttore Generale ASUR, n. 536 del 06/09/2018, degli indirizzi operativi di collaborazione tra servizi del dipartimento di salute mentale e servizi dell'unità multidisciplinare età adulta per la gestione integrata di pazienti con disabilità e patologia psichiatrica, prodotta dal Gruppo di miglioramento composto da rappresentanti UMEA e DSM di tutte le Aree Vaste.

Di seguito l'obiettivo di cui alla Det. 395/2021:

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	ASUR DATI 2020	Valore atteso 2021
Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologia psichiatrica	% Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni (Vincolante)	Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	5%	$\leq 1\%$

Il target previsto per tale obiettivo risulta molto più che sfidante visto che si chiede di passare da un valore target del 5% ad un valore inferiore al 1%.

In particolare, il trend registrato negli ultimi cinque anni e la proiezione del dato 2021 (pari a circa il 6%) evidenziano valori molto lontani dal target assegnato del $\leq 1\%$, in quanto il prolungarsi dell'emergenza COVID non consente la revisione degli attuali modelli organizzativi della presa in carico del paziente psichiatrico, riorganizzazione invece necessaria per garantire il perseguimento dell'obiettivo assegnato. Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) prevede infatti un valore di sufficienza pari al 6,9%.

Regione	2015	2016	2017	2018	2019
MARCHE	7,73	8,05	7,20	8,29	6,63

3.2.2.8. Flussi informativi

Di seguito gli obiettivi di cui alla Det. 395/2021 relativi alle prescrizioni dematerializzate e all'implementazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE)

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Tolleranza
Prescrizioni dematerializzate farmaceutica (prodotte da MMG, PLS e specialisti)	% ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata	N° Ricette dematerializzate di farmaceutica (rilevate da Sistema TS)	N° totale ricette di farmaceutica prodotte (rilevate da comma 11)	≥ 85% (inclusi MMG/PLS e specialisti convenzionati)	ragg 80% se <90 e ≥85% ragg 90% se <95 e ≥90 ragg 100% se ≤100 e ≥95%
Prescrizioni dematerializzate specialistiche (prodotte da MMG, PLS e specialisti) - Erogazione	% Ricette dematerializzate di specialistica trasmesse a SOGEI che non risultano essere state prese in carico dalla struttura erogatrice	N° ricette dematerializzate di specialistica erogate (rilevate dal sistema TS)	N° totale ricette dematerializzate di specialistica erogate (rilevate da comma 11)	≥ 90% (inclusi MMG/PLS e specialisti convenzionati)	ragg 80% se <90 e ≥85% ragg 90% se <95 e ≥90 ragg 100% se ≤100 e ≥95%
Prescrizioni dematerializzate specialistiche (prodotte da MMG, PLS e specialisti) - Prescrizione	% ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale	N° ricette di specialistica dematerializzate prodotte (rilevate da Sistema TS)	N° totale ricette di specialistica prodotte (rilevate da comma 11)	≥ 90% (inclusi MMG/PLS e specialisti convenzionati)	ragg 80% se <90 e ≥85% ragg 90% se <95 e ≥90 ragg 100% se ≤100 e ≥95%
Costituzione nucleo minimo FSE	Percentuale di verbali di pronto soccorso archiviati nel repository	Numero verbali di pronto soccorso archiviati nel repository	Produzione totale di verbali di pronto soccorso nel 2021	10%	ragg 80% se <90 e ≥85% ragg 90% se <95 e ≥90 ragg 100% se ≤100 e ≥95%
Costituzione nucleo minimo FSE	Percentuale di lettere di dimissione archiviate nel repository (esclusi DH)	Produzione di lettere di dimissione archiviate nel repository nel 2021	Produzione di lettere di dimissione nel 2021	2,5%	ragg 80% se <90 e ≥85% ragg 90% se <95 e ≥90 ragg 100% se ≤100 e ≥95%
Costituzione nucleo minimo FSE	Produzione di referti di laboratorio firmati digitalmente	N.ro dei referti di laboratorio firmati digitalmente	N.ro totale di referti di laboratorio prodotti nel 2021	90,0%	ragg 80% se <90 e ≥85% ragg 90% se <95 e ≥90 ragg 100% se ≤100 e ≥95%

L'adozione della prescrizione dematerializzata ha visto un forte avanzamento in ambito aziendale anche a seguito dell'evento pandemico e si realizzerà un incremento di utilizzo grazie alla progressiva informatizzazione degli ambulatori territoriali e ospedalieri, in particolare per questi ultimi con l'adozione della cartella ospedaliera informatizzata.

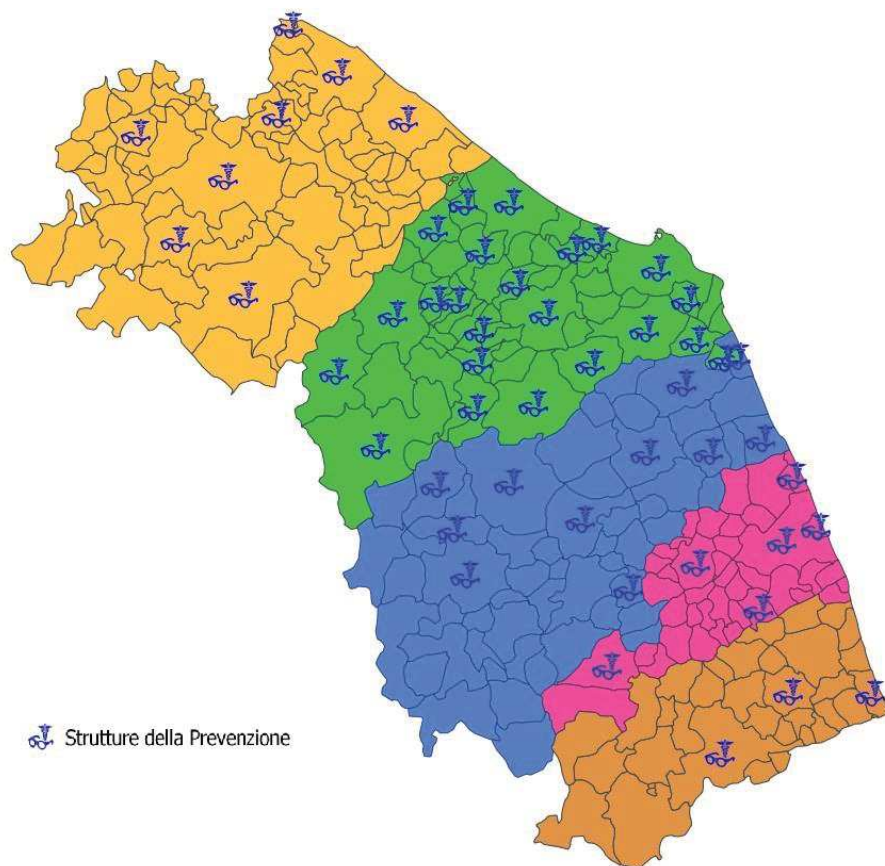
Per quanto attiene l'alimentazione del FSE si manterrà un monitoraggio sul flusso esistente relativo al sistema LIS, che verrà semplificato con l'installazione del LIS unico aziendale, mentre per quanto attiene il referto di pronto soccorso e la lettera di dimissione l'alimentazione del FSE si attuerà con l'installazione della cartella ospedaliera informatizzata.

3.3. PREVENZIONE

3.3.1. Stato dell'arte

Con riferimento alle strutture territoriali attraverso le quali l'ASUR eroga prestazioni di assistenza collettiva in ambienti di vita e lavoro, si riporta nella tabella e mappa seguenti il numero di strutture presenti in ciascuna Area Vasta.

Dislocazione geografica delle sedi di erogazione dei servizi della Prevenzione



3.3.2. Obiettivi dell'esercizio relativi alla struttura e all'organizzazione della prevenzione

I Dipartimenti di Prevenzione costituiscono lo strumento di integrazione tra i diversi Servizi di prevenzione, per l'esercizio coordinato e continuativo delle molteplici attività e prestazioni volte alla tutela della salute e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro.

L'assetto organizzativo dei Dipartimenti di Prevenzione, in più occasioni, si è dimostrato efficace nel rispondere a situazioni epidemiche ed emergenziali molto impegnative, oltre che capace di coniugare efficacia e contenimento dei costi, superando ogni visione statica degli ambiti di intervento.

L'attuale organizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione, consolidata e collaudata nel tempo, ha consentito una capillare e radicata presenza sul territorio di quei Servizi che, storicamente, costituiscono la struttura portante della rete della prevenzione primaria collettiva: Igiene e Sanità Pubblica, Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, Igiene degli Alimenti e Nutrizione, Sanità Animale, Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche, Igiene degli Alimenti di Origine Animale. L'attuale organizzazione prevista dalla determina n. 361/2017 ha previsto, in particolare, nelle AA.VV. più complesse per territorio ed utenza, la creazione di U.O. che possano erogare in modo più specifico, prestazioni rispondenti ai bisogni emergenti in particolare in tema di Screening Oncologici, Salute ed ambiente, Promozione della Salute, Epidemiologia (nelle sue varie componenti), Igiene industriale.

Il DPCM del 12 gennaio 2017 ha definito e aggiornato i LEA ridefinendo completamente il livello della Prevenzione. L'attivazione di processi intersettoriali come pure l'offerta di programmi di promozione della salute più efficaci, nel DPCM sono identificati come prestazioni LEA che, per il loro adempimento, necessitano di attivare e curare nel tempo interventi di coinvolgimento e coordinamento non immediatamente riconoscibili quali prestazioni rispetto all'ambito assistenziale.

Nell'attuazione dei programmi del piano regionale della prevenzione, le azioni e gli interventi che li compongono danno l'avvio ai processi che da un lato consentono il raggiungimento degli obiettivi definiti dai programmi e dall'altro contribuiscono a dare attuazione e concretezza ai LEA della "Prevenzione collettiva e sanità pubblica".

L'attuale scenario epidemiologico legato alla diffusione del Covid-19 ha posto in evidenza il ruolo strategico dei dipartimenti di prevenzione la necessità di attuare strategie aggiuntive di sanità pubblica volte a garantire le idonee misure di contenimento.

I Dipartimenti di Prevenzione, dalla proclamazione dello stato di emergenza nazionale (31/01/20) a seguito della insorgenza della Pandemia da virus SARS-CoV2 hanno subito una profonda modifica sul fronte delle attività dei Servizi territoriali che sono stati prioritariamente orientati alle attività specifiche per il controllo ed il contrasto della diffusione del COVID-19.

I vari DPCM ed Ordinanze del Ministero della Salute hanno fornito nei fatti le linee di attività prioritarie da svolgere in base all'andamento della pandemia.

Norme nazionali e indicazioni regionali hanno definito le strategie degli interventi in funzione degli scenari che hanno caratterizzato l'evoluzione della pandemia nel corso del tempo determinando conseguentemente le attività dei Servizi, anche modificandole in modo importante da un mese all'altro.

Nell'ambito del Comitato LEA è stato istituito un tavolo tecnico con l'obiettivo di sperimentare la metodologia di monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza prevista dal decreto sul Nuovo Sistema di Garanzia. Nello specifico, il sottogruppo ha provveduto alla sperimentazione della metodologia di monitoraggio dei LEA prevista dal NSG sul sottoinsieme di indicatori valutativo che sostituisce la Griglia LEA a partire dall'anno di valutazione 2020. Sulla base degli esiti della sperimentazione il Ministero della Salute ha pubblicato il report delle Regioni che garantiscono i LEA da quelle che non li garantiscono, come si evince dai risultati disponibili per gli anni 2016, 2017, 2018 e 2019 In riferimento **alla Prevenzione**, di seguito si illustra la collocazione della Regione Marche rispetto alle altre.

REGIONI CHE GARANTISCONO I LEA	
Regioni	Area Prevenzione
Piemonte	91,72
Lombardia	91,95
P.A. di Trento	78,63
Veneto	94,13
Friuli Venezia Giulia	80,39
Liguria	82,09
Emilia Romagna	94,41
Toscana	90,67
Umbria	95,65
Marche	89,45
Lazio	86,23
Abruzzo	82,39
Campania	78,88
Puglia	81,59
Sardegna	78,3
REGIONI CHE NON GARANTISCONO I LEA	
Regioni	Prevenzione
Valle d'Aosta	72,16
P.A. di Bolzano	53,78
Molise	76,25
Basilicata	76,93
Calabria	59,9
Sicilia	58,18

3.3.2.1. AREA MEDICA

a) Igiene e Sanità Pubblica

I Servizi di Igiene e Sanità Pubblica sono quelli che funzionalmente sono preposti alla prevenzione delle malattie infettive e diffusive. In base all'evoluzione epidemiologica della pandemia questi Servizi subito le maggiori modifiche quali – quantitative delle attività di prevenzione primaria collettiva.

Il 2021 è fortemente caratterizzato dalla campagna di vaccinazione anti-SARS-CoV2 che è iniziata sulla base delle indicazioni regionali definite nelle DGR n. 1699 del 31/12/2020 e DGR n. 36 del 25/1/2021, inoltre sono state fornite dal Servizio sanità specifiche indicazioni operative e interpretative. Il coordinamento dell'attività vaccinale è stata posta in capo ai Direttori dei Dipartimenti di prevenzione che, con il supporto di tutte le risorse del Dipartimento e ogni collaborazione possibile da parte delle altre articolazioni di Area Vasta dell'ASUR, sviluppano l'attuazione del Piano nell'ambito territoriale di competenza. Per l'accesso alla vaccinazione è stato individuato l'utilizzo del sistema Poste come previsto dal Piano strategico nazionale per le vaccinazioni anti-COVID 19.

Con DGRM 341 del 21/03/2021 e successive modifiche apportate con DGRM 374 del 29/03/2021 è stato aggiornato il *Piano Strategico ed Operativo Vaccini Anti Sars-Cov 2 Regione Marche*, contenente le indicazioni del Piano del Commissario straordinario per l'esecuzione della campagna vaccinale nazionale.

Per l'attuazione del piano vaccinazione SARS-CoV2 sono state previste le seguenti tipologie di strutture:

- ✓ Punti Vaccinali Ospedalieri (PVO),
- ✓ Punti Vaccinali Territoriali (PVT),
- ✓ Punti Vaccinali Mobili (PVM),

- ✓ Punti Vaccinali di Popolazione (PVP), sviluppati sulla base della Guida per l'organizzazione di Centri Vaccinali di Massa (CVM) nelle Marche – Ed. 2020.

Sul versante del contrasto della diffusione del virus SARS-CoV2 le attività di tracciamento e testing sono state pianificate con il coinvolgimento trasversale di tutte le UUOO dell'area medica e veterinaria dei Dipartimenti di Prevenzione per l'utilizzo prioritario del personale ruolo sanitario e amministrativo implementato con ulteriori risorse umane della struttura Commissariale per garantire le imponenti misure di intercettazione dei casi sospetti e positivi, nonché per il contrasto e spegnimento precoce dei focolai alla loro insorgenza. Per la gestione del tracciamento dei casi positivi (casi indice) e relativi contatti stretti, ASUR-Marche ha sviluppato una piattaforma informatica, QUARANTENA, ed ha interfacciato tutta la rete dei laboratori accreditati per la diagnostica del COVID-19 (test molecolari, test antigenici rapidi, test antigenici strumentali, test salivari, ecc).

Questi strumenti sono in continuo aggiornamento con implementazioni di funzioni e automatismi finalizzati a sviluppare volumi elevatissimi di azioni previste nei percorsi sanitari di sorveglianza attiva, corrispondenza e notifiche rivolte all'utenza e alle scuole, nonché verso altri soggetti (MMG/PLS ecc).

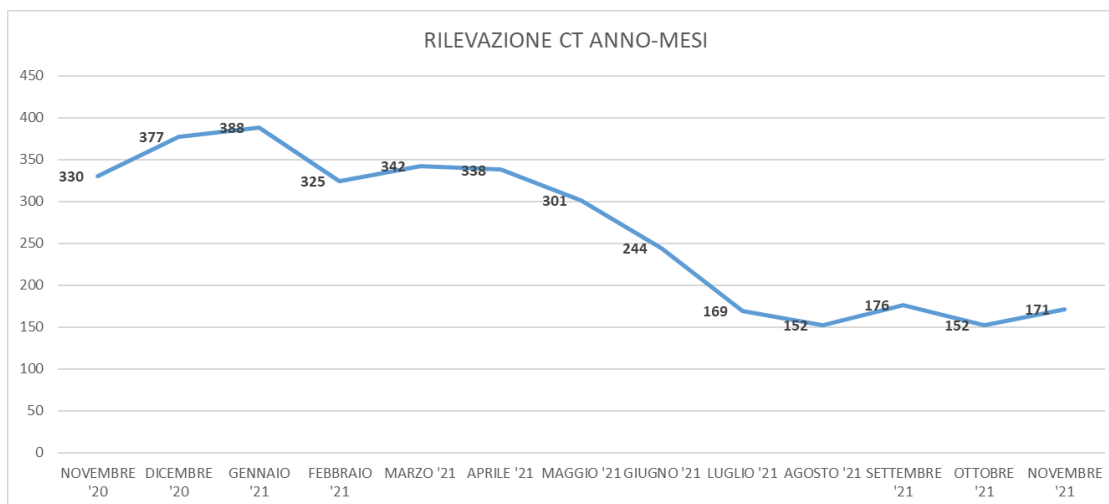
Con la fase 2 della pandemia si è consolidata la condizione di convivere con il virus SARS-CoV2 che circola nella popolazione sviluppando ondate pandemiche legate anche alle varianti subentranti con tassi d'incidenza e patogenicità diversi. Di conseguenza, la risposta preventiva deve essere rafforzata con un solido sistema di accertamento diagnostico (testing), monitoraggio e sorveglianza della circolazione di SARS-CoV-2, dei casi confermati e dei loro contatti stretti (tracing) al fine di intercettare tempestivamente eventuali focolai di trasmissione del virus e del progressivo impatto sui servizi sanitari.

Le misure sanitarie da adottare per il controllo e contrasto della diffusione del COVID-19 sono definite da Ordinanze del Ministero della Salute. Le attività di tracing vengono supportate da precisi percorsi di diagnosi precoce e percorso per la valutazione dei guariti utilizzando dei punti DDT (Diagnostic Drive Through) opportunamente attivati dai Distretti sanitari territoriali.

L'intercettazione precoce della circolazione del virus SARS CoV2 è un obiettivo primario che la Regione Marche ha perseguito anche con un progetto di screening di popolazione. Tale progetto è stato approvato con DGRM 1557 del 03/12/2020 prevedendo l'utilizzo del test antigenico rapido che, pur risultando meno sensibile rispetto al test molecolare, è stato indicato, nel Rapporto Tecnico dell'ECDC "*TECHNICAL REPORT: Options for the use of rapid antigen tests for COVID-19 in the EU/EEA and the UK*" del 19/11/2020", come più vantaggioso rispetto al test molecolare per i costi inferiori e rapidità di refertazione. Per l'organizzazione e l'esecuzione del test rapido antigenico nella popolazione marchigiana, la Regione Marche ha incaricato l'ASUR, che ha effettuato lo screening di massa entro la prima settimana del mese di febbraio 2021 con il fine di intercettare in modo rapido la maggior parte dei soggetti positivi e portatori di virus. Quindi, i soggetti positivi al test antigenico rapido sono stati sottoposti a ulteriore tampone molecolare di conferma, necessario per l'attivazione delle misure di restrizione di isolamento sanitario temporaneo finalizzato ad evitare, per quanto possibile, il contagio nei confronti della restante popolazione COVID-19 free.

L'andamento epidemiologico della pandemia viene valutato con un sistema di monitoraggio settimanale sviluppato e realizzato dall'ISS e coordinato dal Ministero della Salute che permette di fornire settimanalmente ad ogni Regione/PA una classificazione quantitativa del rischio epidemico e della resilienza dei servizi territoriali/assistenziali, allo scopo di introdurre tempestivamente gli interventi correttivi necessari. Con Decreto del Ministero della Salute 28/04/2020 sono stati definiti gli indicatori di processo e di risultato per la classificazione tempestiva del livello di rischio e valutazione della necessità di riorganizzare le attività di risposta all'epidemia.

L'attività di Contact Tracing, di prelievo/invio ai laboratori e di monitoraggio dei contatti stretti e dei casi posti rispettivamente in quarantena e isolamento sono proseguite nel 2021, seppur con livelli variabili nei territori ed in modo flessibile rispetto all'andamento dei casi COVID. Il grafico seguente evidenzia il trend a partire da novembre 2020, evidenziando un trend in flessione rispetto a tali mensilità ma sicuramente in crescita rispetto all'intera annualità 2020.



Anche per la stagione 2021/2022 la vaccinazione antinfluenzale assume particolare rilevanza in quanto la co-circolazione di virus influenzali e SARS-CoV-2. Quindi è di fondamentale importanza la vaccinazione, in particolare nelle persone ad alto rischio di tutte le età, per semplificare la diagnosi e la gestione dei casi sospetti, dati i sintomi simili tra COVID-19 e Influenza. La vaccinazione contro l'influenza, inoltre, è fondamentale per ridurre le complicanze da patologia COVID-19 nei soggetti a rischio e gli accessi al pronto soccorso. Il vaccino antinfluenzale è indicato per tutti i soggetti che desiderano evitare la malattia influenzale e che non abbiano specifiche controindicazioni. La vaccinazione viene offerta attivamente e gratuitamente ai soggetti che, per le loro condizioni personali, corrono un maggiore rischio di sviluppare complicanze in caso di infezione con virus influenza.

Con DGR n. 986 del 27/07/2020 la Giunta Regionale ha approvato la “Strategia regionale per la stagione influenzale 2020/2021” di cui all'allegato B della citata determina che prevede, come ogni anno la campagna di vaccinazione antinfluenzale sia affidata principalmente ai Medici di Medicina Generale e ai Dipartimenti di Prevenzione, che con i Servizi Igiene e Sanità Pubblica collaborano al raggiungimento degli obiettivi nazionali. Per l'erogazione in offerta gratuita delle vaccinazioni antinfluenzali nei bambini in età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni saranno coinvolti Pediatri di Libera Scelta, con la collaborazione dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica per quanto attiene agli aspetti tecnico-organizzativi.

Per la prevenzione ed il controllo dell'influenza stagionale 2021-2022, il Ministero della Salute con circolare 0014614-08/04/2021-DGPRES-DGPRES-P ha diramato le raccomandazioni e le più recenti indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla composizione dei vaccini antinfluenzali.

Con l'avvicinarsi della campagna di vaccinazione anti-influenzale il Ministero della Salute con circolare 0044591-02/10/2021-DGPRES-DGPRES-P ha fornito indicazioni in merito alla possibilità di somministrare il vaccino antinfluenzale in concomitanza con la vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19 (es. gruppi target della dose addizionale o booster, persone over 60 non ancora vaccinate, etc...).

Di seguito, gli obiettivi di cui alla Det. 395/2021.

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2021	Tolleranza
Copertura vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib)	≥ 95%	
Copertura vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite e rosolia (MPR)	≥ 95%	
Efficienza attività vaccinale anti Sars-CoV-2 - Dipendenti delle aziende sanitarie	% soggetti (dipendenti delle aziende sanitarie) vaccinati con cicli completi [Entro Scadenza prevista da DGRM 1699/20 e smi]	(Target 90% - 94%) = Raggiungimento al 50% (Target 95% - 100%) = Raggiungimento al 100%	
Efficienza attività vaccinale anti Sars-CoV-2 - Soggetti con fragilità o con età ≥ 80 anni, esclusi quelli che rifiutano la prenotazione o quelli dichiarati non idonei	% cittadini prenotati e vaccinati con età ≥ 80 anni, con fragilità (es. comorbidità, disabilità, immunodeficienza), esclusi quelli che rifiutano la prenotazione o quelli dichiarati non idonei	(Target 80% - 94%) = 5 Punti (Target 95% - 100%) = 10 Punti	ragg 80% se <90 e >=85% ragg 90% se <95 e >=90 ragg 100% se <=100 e >=95%
Efficienza attività vaccinale anti Sars-CoV-2 - Soggetti con età ≥ 60 anni e delle altre categorie della fase II che si sono prenotate, esclusi quelli dichiarati non idonei	% cittadini prenotati e vaccinati con età ≥ 60 anni e delle altre categorie della fase II, esclusi quelli che rifiutano la prenotazione o quelli dichiarati non idonei	(Target 80% - 94%) = 5 Punti (Target 95% - 100%) = 10 Punti	ragg 80% se <90 e >=85% ragg 90% se <95 e >=90 ragg 100% se <=100 e >=95%
Copertura vaccinale	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	≥ 75%	

In riferimento ai 3 obiettivi di **copertura vaccinale** si evidenzia che i valori relativi a tutti gli indicatori di copertura vaccinale sono influenzati dal rilevante fenomeno dell'esitazione vaccinale, definita dall'OMS come il "ritardo nella accettazione o il rifiuto delle vaccinazioni, nonostante la disponibilità di servizi vaccinali". I dati nazionali e regionali a confronto mostrano in maniera univoca che nelle Marche il fenomeno dell'esitazione vaccinale è più marcato rispetto alla situazione complessiva nazionale. L'esitazione vaccinale è un fenomeno complesso, influenzato da oltre 30 differenti determinanti.

I maggiori determinanti di esitazione vaccinale in Italia sono (Giambi e coll.):

- Non avere piena raccomandazione da parte del proprio pediatra
- Percezione negativa del rapporto rischio/beneficio di effettuare una vaccinazione
- Essere stati esposti a narrazioni di eventi avversi post vaccinali accaduti a parenti/amici
- Essere propensi alla medicina alternativa

Il lavoro dei Servizi Vaccinali e più in generale di una Azienda Sanitaria non può avere alcun rilevante impatto sui suddetti determinanti.

Ogni statistica riportante dati di copertura, attitudini e comportamenti in relazione a qualsiasi vaccinazione (proxy di esitazione), dimostra inequivocabilmente uno spiccato fenomeno di esitazione registrato nelle Marche.

In particolare con riferimento agli obiettivi **P01C "Copertura vaccinale Esavalente"** e **P02C "Copertura vaccinale MPR"**, i dati pubblicati nel paper di Giambi e colleghi (esitazione vaccinale stimata al 15% su popolazione di genitori di bambini tra i 12 e i 36 mesi d'età) derivano da una indagine nazionale alla quale la regione Marche ha partecipato nel corso del 2016; lo strumento di indagine, un questionario auto-compilato, è stato

somministrato nei mesi di febbraio e marzo 2016, presso gli asili nido e gli ambulatori dei pediatri di libera scelta, anche nella nostra regione, grazie alla collaborazione dei Servizi vaccinali dell'ASUR. Nelle Marche sono stati raccolti 580 questionari, numeri che hanno consentito di ottenere risultati statisticamente significativi per il livello regionale. Formale richiesta di utilizzo dei dati regionali è stata sottoposta al Ministero della Salute/CCM, detentore dei dati, ed è stata accolta.

Le elaborazioni dei dati sono state effettuate stratificando la popolazione generale in tre categorie: le famiglie accettanti, pari al 70% del totale, le famiglie antivacciniste, pari al 5% del totale e le famiglie esitanti, pari al 25% del totale.

I dati regionali provenienti dallo stesso dataset (dati pubblicati nel 2016 su tesi di specializzazione della Dr.ssa Giuliani Sara) dimostrano, dunque, un valore di esitazione vaccinale di oltre 10 punti percentuale superiore al dato medio nazionale (25% vs 15%).

L'andamento delle coperture vaccinali in Italia ha subito una variazione significativa nell'ultima decade. Si riporta, in particolare, un calo diffuso di coperture nel periodo 2010-2015 (tabella 1), un'inversione di tendenza nel biennio 2015-2016 e un incremento consistente e progressivo dall'anno 2017 (tabella 2), sostenuto dalla legge nazionale sull'obbligo vaccinale esteso a 10 antigeni (DL 73 e Legge 119/2017). Gli ultimi dati disponibili (al 31/12/2020) mostrano un calo nazionale per tutte le vaccinazioni, ascrivibile all'impatto che la pandemia da Covid-19 ha generato sull'offerta vaccinale da parte dei Dipartimenti di Prevenzione.

Tabella 1 – Andamento delle coperture vaccinali 2010-2015 per vaccino esavalente e MPR (coperture a 24 mesi). Confronto Marche – Italia

	Esavalente ^(a)							Morbillo-Parotite-Rosolia (MPR) ^(b)						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Δ 10-15	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Δ 10-15
Marche	97,9	97,1	97,6	97,0	93,7	92,0	-5,9%	92,0	92,3	88,2	87,7	81,4	79,9	-12,1%
Italia	96,3	96,1	96,2	95,7	94,7	93,4	-2,9%	90,6	90,1	90,0	90,3	86,7	85,3	-5,3%

(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi

(b) 1a dose entro 24 mesi

Fonte dati: UFFICIO V - Malattie infettive e profilassi internazionale - DG Prevenzione Sanitaria - MINISTERO della SALUTE; ARS Marche

Tabella 2 – Andamento delle coperture vaccinali 2015-2020 per vaccino esavalente e MPR (coperture a 24 mesi). Confronto Marche – Italia

	Esavalente ^(a)							Morbillo-Parotite-Rosolia (MPR) ^(b)						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Δ 15-20	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Δ 15-20
Marche	92,0	92,3	93	93,9	94,7	93,8	+1,8%	79,9	83	88,2	92	93,7	92,7	+12,8%
Italia	93,4	93,3	94,6	95,1	95	94	+0,6%	85,3	87,3	91,8	93,2	94,5	91,8	+6,3%

(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi

(b) 1a dose entro 24 mesi

Fonte dati: UFFICIO V - Malattie infettive e profilassi internazionale - DG Prevenzione Sanitaria - MINISTERO della SALUTE; ARS Marche

Come si evince dal confronto Marche vs Italia il calo delle coperture nazionali nel periodo 2010-2015 ha assunto le caratteristiche di un vero e proprio “crollo” nelle Marche (Esavalente -5,9% Marche vs -2,9% Italia; MPR -12,1% Marche vs -5,3% Italia); il fenomeno della inversione di tendenza è stato più marcato nelle Marche rispetto al dato medio nazionale con un recupero di +2,7% su Esavalente e +13,8% su MPR al 31/12/2019 (vs +1,6 Esavalente e +9,2% MPR Italia).

Il dato al 31/12/2020 (ultimo disponibile) mostra un calo di coperture registrato in tutta Italia (-1% Esavalente; -2,7% MPR). Nelle Marche l'inversione di tendenza è stata registrata seppur con un calo inferiore rispetto al dato medio nazionale.

Con riferimento all'obiettivo **P06C: Copertura vaccinale Antinfluenzale (soggetti vaccinati > 65 anni al termine della campagna antinfluenzale 2021/2022)**, i dati di copertura vaccinale negli ultra 65enni delle ultime stagioni influenzali sono stati caratterizzati da un progressivo innalzamento a valori comunque molto lontani dagli obiettivi nazionali del 75% (minimo) e 95% (ottimale). Dai dati ministeriali si evincono alcuni rilevanti fenomeni (Tabella 3).

Tabella 3 – Andamento delle coperture vaccinali antinfluenzali negli Over 65. Stagioni 2008/09 – 2020/21. Confronto Marche – Italia

	Influenza – Over 65												
	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21
Marche	66,9	66,5	63,9	62,2	54,9	57,5	46,2	50,1	51,0	50,0	51,6	56,9	65,0
Italia	66,3	65,6	62,4	62,7	54,2	55,4	48,6	49,9	52,0	52,7	53,1	54,6	65,3

Fonte dati: UFFICIO V - Malattie infettive e profilassi internazionale - DG Prevenzione Sanitaria - MINISTERO della SALUTE; ARS Marche

Anzitutto il calo delle coperture vaccinali nella stagione antinfluenzale 2010-2011, in alcune regioni italiane anche di 10 punti percentuale. Nelle stagioni successive il caso è stato diffusamente registrato in tutta Italia e nel periodo peggiore per l'attuazione delle strategie preventive, ovvero nella stagione influenzale 2014-2015, funestata dal cosiddetto "Caso Fluad" (morti erroneamente attribuite a vaccino antinfluenzale), sono state registrate coperture anche inferiori al 40% con un dato medio nazionale del 48,6 e il dato peggiore mai registrato nelle Marche: 46,2%, per un calo complessivo di 20% di copertura rispetto a 5 anni prima. Da quel momento in tutta Italia si è registrato un cambio di tendenza, con valori di copertura vaccinale progressivamente più elevati (54,6% Italia vs 56,9% Marche). Questi dati sono comunque indicativi del fatto che il fenomeno dell'esitazione vaccinale non sia unicamente ascrivibile ai vaccini dell'età pediatrica ma a tutti i gruppi di popolazione, anche quelli in età più avanzata. Il valore del 2020-2021 deve considerarsi, in questo contesto, "anomalo", perché emerso dopo una stagione antinfluenzale peculiare, caratterizzata da grande pubblicità e grandi aspettative collegate al vaccino antinfluenzale, nel contesto della pandemia da covid-19 in corso. Preoccupante è la totale assenza di comunicazione istituzionale e di attenzione pubblica sulla campagna vaccinale antinfluenzale in corso che unita alla sostanziale assente circolazione virale nella scorsa stagione potrà avere ripercussioni negative sull'uptake vaccinale della stagione in atto (2021-2022).

Analizzando i dati di risposta al vaccino Covid-19, nei primi 8 mesi di attività vaccinale le Marche hanno garantito una delle offerte vaccinali più rapide ed efficaci, ponendosi costantemente nelle prime posizioni nella speciale classifica che contemplava la % delle dosi somministrate sul totale delle dosi consegnate. Nel tempo l'attenzione è passata ai dati di copertura, che pongono in evidenza un elemento costante: nella popolazione generale e in particolare nelle fasce d'età comprese tra i 30 e i 69 anni, c'è un fenomeno diffuso di esitazione vaccinale nei confronti del vaccino anti-covid-19. La letteratura scientifica pone in evidenza la possibilità che un evento pandemico determini un peggioramento nella accettazione delle vaccinazioni di routine negli anni successivi al consumarsi dell'evento. Pertanto è atteso che le coperture vaccinali possano scendere ulteriormente nei prossimi anni.

Alla luce di quanto sopra esposto, i valori obiettivo assegnati all'ASUR con la DGRM 511/21 con riferimento alle coperture vaccinale Esavalente, MPR e antinfluenzale sono da considerarsi irraggiungibili e di seguito si riassumono le principali ragioni:

- Sopraffazione dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica UOC Malattie Infettive e Vaccinazioni, che sono impegnati nelle attività di indagine epidemiologica, contact tracing, coordinamento attività Punti Vaccinali di Popolazione e con difficoltà assolvono al lavoro routinario con oggettive difficoltà nell'applicazione delle pratiche di provata efficacia quali azioni di recall/remind/organizzazione di sedute vaccinali di recupero etc.;
- Infodemia e Covid-19, cambiamento del contesto comunicativo con diffuso incremento di preoccupazioni/paure e notevole aumento di dibattiti e critiche poste nei confronti dei vaccini covid-19 che possono minare la fiducia genitoriale anche nei confronti delle vaccinazioni dell'età pediatrica (esitazione vaccinale);
- Scarsa attenzione mediatica alla campagna antinfluenzale nazionale in corso (2021/22);
- Scarsa percezione rischio influenzale nella popolazione generale e in quella anziana per la ridotta/assente circolazione virale nell'ultima stagione (2020/21).

Stante l'elevata probabilità che quanto precedentemente descritto possa incidere negativamente nell'uptake vaccinale complessivo, i target previsti dalla DGRM 511/21 per gli obiettivi di copertura vaccinale P01C e P02C dovrebbero essere sostituiti con i valori previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per ottenere il punteggio di sufficienza, pari al 92% per entrambe le coperture vaccinali.

Per quanto riguarda, invece, la copertura antinfluenzale nell'anziano, in considerazione del fatto che tale indicatore non è compreso tra quelli "CORE" del Nuovo Sistema di Garanzia (P06C) ma tra quelli oggetto di sperimentazione, il target del 65%, ossia al valore percentuale riscontrato nella campagna vaccinale precedente 2020-2021, sottende in realtà un sostanziale miglioramento rispetto agli anni precedenti se si considera l'andamento "anomalo" dell'ultima stagione, nel contesto di un progressivo e costante miglioramento delle coperture regionali.

b) Prevenzione nei luoghi di lavoro

Negli ultimi anni i Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (PSAL) hanno dovuto mettere in campo azioni di prevenzione e controllo adeguati alla evoluzione del mondo del lavoro.

I cambiamenti tecnologici e le innovazioni dei processi produttivi, le nuove tipologie contrattuali e forme di organizzazione hanno comportato nuovi rischi richiedendo un adeguamento anche nelle strategie di prevenzione per la tutela della salute e sicurezza sul lavoro.

La pandemia da COVID-19 ha accentuato tali complessità ed ha evidenziato l'importanza del legame tra le politiche in materia di prevenzione e sicurezza sul lavoro e quelle di sanità pubblica.

I luoghi di lavoro infatti rappresentano tuttora un ambito sociale rilevante per la promozione della salute e per la sensibilizzazione sulle misure per il contenimento dei contagi, compresa la campagna vaccinale.

Dall'inizio della pandemia i Servizi PSAL, in collaborazione con la Regione Marche, hanno elaborato una serie di documenti di indirizzo e hanno fornito assistenza alle varie figure aziendali della prevenzione, con particolare riferimento all'adeguamento delle misure di prevenzione e protezione nelle varie fasi della pandemia.

In attuazione alla normativa specifica per l'emergenza epidemiologica da COVID-19 (L. 35 del 22 maggio 2020 smi, DPCM 2 marzo 2021 smi) la programmazione delle attività è stata orientata prioritariamente alla informazione/assistenza e al controllo sulla applicazione del "Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro" (Aggiornamento del 6 aprile 2021). I controlli, coordinati dalle Prefetture, sono stati condotti anche in modo congiunto con altri Organi di vigilanza (Nuclei misti provinciali) secondo le disposizioni normative vigenti (L. 35/2020).

Le Prefetture hanno promosso varie iniziative a livello territoriale con il coinvolgimento della Parti Sociali, per promuovere il ruolo dei Comitati aziendali istituiti dal Protocollo e per mantenere alta l'attenzione sulle misure atte a garantire adeguati livelli di protezione e condizioni di salubrità negli ambienti di lavoro.

Nel corso del 2021 è continuata l'attività di supporto all'Area di Igiene e Sanità pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione nella gestione complessiva dell'emergenza da pandemia Covid 19, sia nel tracciamento dei contatti sia nelle attività di vaccinazione. Tali attività hanno impegnato tutte le figure professionali (personale medico, tecnico, assistenti sanitari ed amministrativi).

In ottemperanza alle disposizioni di cui alla D.G.R. n. 242 del 08/03/2021 "Protocollo d'intesa per le vaccinazioni veloci anti Sars-Cov2 tra Regione Marche e categorie economiche, forze sociali, imprese, professioni" modificata dalla DGR n. 702 del 31.05.2021, i servizi PSAL hanno inoltre fornito supporto nella verifica della adeguatezza dei Punti vaccinali con rilascio dei relativi pareri e nulla-osta.

Le recenti modifiche al D. Lgs 81/08 introdotte con il Decreto Legge n. 146 del 21 ottobre 2021 - CAPO III Rafforzamento della disciplina in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro – hanno introdotto rilevanti novità nelle attività ordinarie dei Servizi PSAL con estensione del coordinamento con gli Ispettorati Territoriali del Lavoro nella vigilanza in tutti i settori produttivi (non solo edilizia) e con l'istituzione di ulteriori strumenti sanzionatori (provvedimenti di sospensione delle attività imprenditoriali) per specifiche fattispecie di violazioni alla normativa antinfortunistica (Allegato I D. Lgs 81/08 così come modificato dal DL 146/2021).

La Regione Marche, con nota prot. 12889 del 22/11/2021, ha fornito le "Prime indicazioni" operative per l'applicazione del provvedimento di sospensione dell'attività imprenditoriale da parte dei servizi PSAL.

Di seguito l'obiettivo assegnato con Det. 395/2021.

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2021	Tolleranza
Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	Percentuale di aziende controllate e/o assistite con o senza sopralluogo sul totale da controllare / assistere, anche in relazione all'andamento dell'emergenza pandemica	$\geq 5\%$	
Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale	Trasmissione dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionae (anno2020)	100%	ragg 80% se <90 e $\geq 85\%$ ragg 90% se <95 e ≥ 90 ragg 100% se <100 e $\geq 95\%$

c) Screening oncologici

Prima dell'emergenza l'Asur riusciva ad assicurare il pieno raggiungimento dell'obiettivo di estensione per i tre screening e l'obiettivo di adesione rispettivamente del 60% per lo screening mammografico, del 55% per lo screening cervicale e del 45% per lo screening colon rettale.

Nella prima fase della pandemia le attività dello screening oncologico hanno subito un periodo di interruzione e la successiva ripartenza non è stata tale da permettere il necessario recupero sia per le ricadute delle misure di prevenzione anticovid che hanno ridotto i volumi delle attività ambulatoriali e sia per l'aumentata suscettibilità degli utenti ad accedere alle strutture ai fini diagnostici.

Per fronteggiare il ritardo imputabile ai mesi di interruzione dell'erogazione di tutti i test di screening di primo livello e nel contempo per garantire il distanziamento sociale fondamentale per ridurre il rischio di contagio da SARS-CoV-2 si è provveduto ad impartire indirizzi ai Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione per una radicale modifica dell'organizzazione tendente a: adottare una modalità di invito concordato e personalizzato con ciascun utente; prevedere un allungamento dei tempi di erogazione di ogni prestazione sanitaria; aumentare le ore di ambulatorio screening (aumento delle sedute mammografiche, delle sedute di Pap test, di colposcopia e di colonscopia). Tali indirizzi sono stati definiti a livello regionale dal relativo gruppo tecnico che ha individuato le "azioni chiave" finalizzate a:

- garantire un'estensione il più vicina possibile al 100% colmando così il ritardo dovuto ai mesi di interruzione;
- favorire l'adesione consapevole della popolazione agli esami di screening,
- fornire informazioni aggiornate e tempestive all'utenza sull'erogazione dei programmi di screening oncologici modulata in relazione all'emergenza COVID-19;
- ottemperare al debito informativo con Ministero, ISS, Regione Marche, Asur, con dati completi ed esaustivi.

Sulla base delle più recenti evidenze scientifiche, per le attività di screening oncologico del 2021 si introducono rilevanti cambiamenti metodologici con la rimodulazione delle attività verso la popolazione target:

- passaggio dal Pap test all'HPV test come esame di primo livello per lo screening del tumore della cervice (nella fascia di età 30-64 anni);
- utilizzo della tecnica della citologia su strato sottile al posto del Pap test tradizionale, usata come esame di primo livello nella fascia di età 25-29 e come esame di triage nella fascia di età 30-64 anni;
- garantire il reminder per la vaccinazione HPV alle 25enni che ancora non ne abbiano usufruito con l'occasione dell'invito al primo Pap test;
- garantire l'offerta attiva per la vaccinazione HPV alle donne che hanno subito trattamenti per lesioni HPV correlate;
- aumentare l'adesione allo screening con test del sangue occulto nelle feci all'interno dello screening del tumore del colon-retto;
- standardizzare la procedura di preparazione per la colonscopia di screening;
- organizzare colonscopie in sedazione profonda e colon TC come esami complementari alla colonscopia di II livello;
- garantire un numero di esami di secondo livello, in particolare colposcopie e colonscopie, adeguato alle crescenti necessità.

Per il perseguimento degli obiettivi 2021 è stata prevista l'acquisizione di un software gestionale per tutti gli Screening Oncologici, in grado di sostenere il consistente aumento di complessità nell'attività organizzativa e clinica; inoltre, è determinante l'acquisizione della strumentazione di laboratorio e di segreteria (macchinari diagnostici, dispositivi di prelievo, e stampanti di etichette) necessarie per l'esecuzione dei test HPV e di citologia su strato sottile.

Per l'offerta attiva e gratuita del vaccino HPV alle 25enni, si dovrà predisporre ed inviare gli inviti al test diagnostico, in concomitanza con l'invito al primo round di screening della cervice.

L'offerta attiva e gratuita della vaccinazione HPV è stata prevista anche per le donne che hanno subito trattamenti per lesioni HPV correlate.

Attività formativa sarà rivolta ai medici di medicina generale per favorire l'adesione dei loro assistiti allo screening del tumore del colon-retto, anche con la predisposizione di una procedura unica con le istruzioni rivolte all'utenza per la corretta preparazione all'esame di colonscopia.

Dall'insieme di queste azioni si attende un maggior numero di colposcopie e colonscopie mirate ad intercettare il più precocemente possibile le forme oncologiche.

Sarà possibile calcolare l'adesione ai tre programmi di screening per l'anno 2021 solo nel corso del 2022. Sono invece disponibili i dati di adesione del 2020: 40.0% per lo screening della mammella, 41.4% per lo screening della cervice uterina, e 35.8% per lo screening del colon retto. Tuttavia, è da ricordare che tali percentuali di adesione sono fortemente influenzate dal blocco dell'attività dovuto alla pandemia SARS-CoV-2; A riprova di ciò, si riportano di seguito i medesimi dati per il 2019: 59.7% per la mammella, 45.0% per la cervice uterina, e 36.9% per il colon retto.

Di seguito l'obiettivo assegnato con Det. 395/2021.

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2021
Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che effettuano test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della mammella	> 60%
Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che effettuano test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della cervice uterina	> 50%
Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che effettuano test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro del colon retto	> 50%

Gli obiettivi ASUR indicano, per l'anno 2021, il raggiungimento di un'adesione del 60% per lo screening della mammella, e del 50% per gli screening della cervice e del colon-retto.

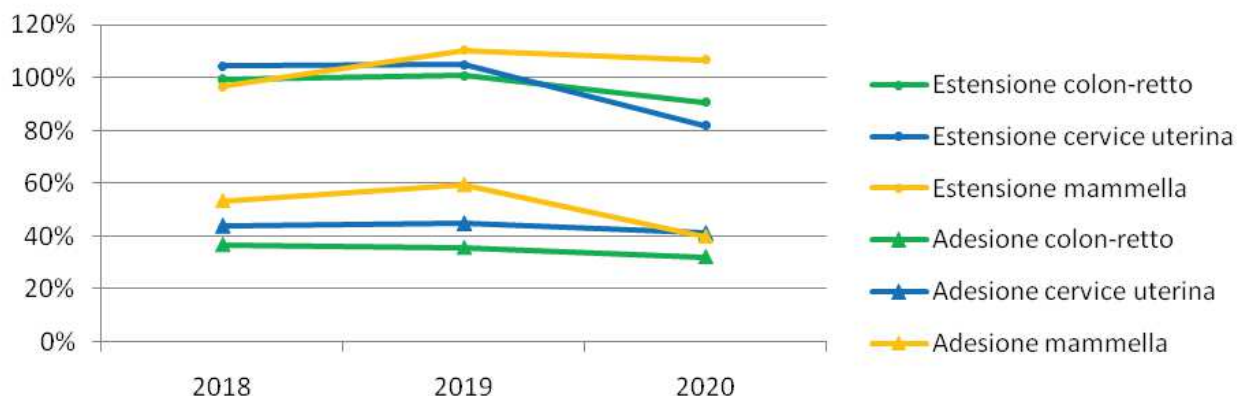
Va innanzi tutto sottolineato come questi dati di adesione non possano non tenere conto anche dell'estensione, in quanto l'adesione si può ritenere significativa solo sulla base di un'estensione minima del 100% (cioè tutti gli aventi diritto allo screening, appartenenti alla popolazione target, devono esser stati invitati almeno una volta nel corso dell'unità di tempo, ossia l'anno solare).

Analizzare l'adesione senza correlarla all'estensione porterebbe a dati non esaustivi né rappresentativi del reale andamento dei programmi di screening organizzato della nostra Regione.

Inoltre al fine di verificare il raggiungimento di tali obiettivi occorre necessariamente attendere il mese di maggio 2022, poiché, come di consueto, le persone invitate a screening nel 2021 hanno tempo fino al 30 aprile 2022 per aderire ai test di primo livello. Pertanto, qualunque valutazione sarebbe attualmente prematura ed incompleta.

Tuttavia, è possibile analizzare il trend degli ultimi anni ed avanzare delle previsioni, tenendo conto naturalmente anche delle interruzioni di erogazione degli esami di primo livello dovute all'emergenza pandemica SARS-CoV-2.

Figura 1. Andamento dell'estensione e dell'adesione nell'ultimo triennio di attività dei tre programmi di screening, in tutta l'ASUR Marche.



Malgrado un andamento stabile o in crescita dell'adesione che ha caratterizzato il periodo pre pandemico, a causa della pandemia SARS-CoV-2, dal mese di marzo 2020, tutti e tre i programmi di screening sono rimasti fermi per quattro mesi, fatta eccezione per i test di secondo livello.

Le attività sono riprese nei mesi di giugno e luglio 2020, dopo una profonda riorganizzazione atta a garantire il distanziamento sociale e a tutelare utenti e personale sanitario; questo però non ha permesso di recuperare entro l'anno il ritardo accumulato.

Nello specifico, in Figura 1 è possibile osservare che gli screening della cervice uterina e del colon-retto hanno ottenuto un'adesione di poco inferiore a quella degli anni precedenti, a costo però di una diminuita estensione, rispettivamente dell'82% e del 91%. Lo screening della mammella, pur arrivando all'estensione minima del 100%, non ha comunque potuto erogare il numero necessario di mammografie, raggiungendo un'adesione inferiore rispetto a quella degli anni precedenti.

Tenendo conto della necessità di recuperare in tempi brevi i ritardi accumulati, la programmazione delle attività dell'anno 2021 ha notevolmente aumentato la disponibilità di esami di primo livello; pertanto ci si attende ragionevolmente un deciso aumento dell'adesione rispetto al 2020. In particolare, sono previste adesioni vicine agli obiettivi del 50% e del 60% rispettivamente per gli screening della cervice uterina e della mammella.

Un discorso a parte è necessario per il colon-retto, storicamente al di sotto della soglia di accettabilità del 45% di adesione, come indicato nelle raccomandazioni per la qualità dello screening del tumore del colon-retto (Zorzi et al, Epidemiol Prev 2007).

3.3.2.2. AREA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE

La rete della prevenzione primaria collettiva-area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare- si articola sul territorio delle Aree Vaste con i Servizi: Igiene Alimenti e Nutrizione (IAN), Igiene Alimenti di Origine Animale (IAOA), Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche (IAPZ) e Sanità Animale (SA). Determina DG-ASUR 479/2015, in questi Servizi sono individuate le Autorità competenti locali in sicurezza alimentare, il benessere animale, la sanità animale, la sanità dei vegetali con compiti di controllo ufficiale lungo le filiere alimentari, dalla produzione alla distribuzione, di analisi e di comunicazione del rischio. Le Autorità competenti locali sono individuate ai fini dell'applicazione del REG (UE) 2017/625 e del Reg. 2016/429; esse operano sul territorio nel rispetto degli standard di funzionamento definiti dalla DGRM 1741/2013 e sono assoggettate ad un sistema di audit (DGRM 373/2021) che è un esame sistematico e indipendente per accertare se determinate attività e i risultati di tali attività sono conformi alle disposizioni previste e se tali disposizioni sono applicate efficacemente e sono idonee a conseguire gli obiettivi.

I controlli ufficiali sono intesi come controlli eseguiti dall'Autorità competente delegata per le funzioni di cui alle norme specifiche europee e nazionali. In merito all'esecuzione dei controlli, il Reg. UE 625/17 dispone che vengano effettuati con frequenza opportuna in base alla valutazione del rischio e senza preavviso a meno che non sia necessario ai fini dell'esecuzione del controllo stesso. Il Decreto legislativo del 2 febbraio 2021, n.27 ha definito

le nuove modalità di campionamento degli alimenti adeguandole alle previsioni del Regolamento (UE) 2017/625. Le autorità competenti dovrebbero, a determinate condizioni, pubblicare o rendere disponibili le informazioni relative al rating dei singoli operatori del settore alimentare in base ai risultati dei controlli ufficiali” al fine di accrescere la trasparenza, l’equità e l’obiettività nella filiera agroalimentare.

Nella gestione della grave situazione di crisi in Italia e nell’intera Europa, la Commissione europea ha stabilito regole straordinarie per facilitare la pianificazione e l’esecuzione dei controlli ufficiali e delle altre attività ufficiali durante la crisi connessa alla pandemia COVID-19 attraverso il Regolamento di Esecuzione (UE) n. 466/2020 del 30 marzo 2020.

I Servizi Veterinari e i Servizi IAN parte integrante del Sistema sanitario nazionale, rivestono un ruolo di supporto rilevante nell’attuale situazione emergenziale. Svolgono, infatti, attività essenziali di controllo e vigilanza per garantire che nonostante le difficoltà legate all’epidemia, sia assicurato il rispetto rigoroso dei requisiti di sicurezza alimentare e salute e benessere degli animali a tutela della salute pubblica.

Nell’ambito della rete della prevenzione collettiva, questi Servizi/UUOO perseguono gli obiettivi di salute con un approccio sistemico e multidisciplinare basato sulle evidenze scientifiche (EBP) le cui azioni sanitarie sono coordinate attraverso il Piano Regionale Integrato dei Controlli.

Le attività produttive del settore agro-zootecnico e del settore alimentare sono di primaria importanza e non differibili in ogni fase della pandemia COVID-19. Il mantenimento della continuità delle attività produttive e dei servizi primari richiede una profonda rimodulazione delle attività dell’area veterinaria e sicurezza alimentare orientate all’obiettivo comune della tutela della sicurezza alimentare attuando tutte le misure di contrasto alla diffusione del COVID-19.

Il virus SARS-CoV2 è una zoonosi che, in condizioni favorevoli, compie il cosiddetto salto virale da animale verso l’uomo (il pipistrello è il serbatoio). Particolare attenzione è stata richiamata dai recenti eventi di isolamento del virus SARS-CoV2 in allevamenti di visoni olandesi, danesi e spagnoli a seguito di controlli in alcuni lavoratori degli allevamenti risultati positivi al test molecolare PCR-RT su tamponi orofaringei.

A. IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE (Servizio IAN)

Il controllo ufficiale degli alimenti e delle bevande ha la finalità di verificare la conformità dei prodotti alle disposizioni dirette a prevenire i rischi per la salute pubblica, a proteggere gli interessi dei consumatori ed assicurare la lealtà delle transazioni. Il controllo riguarda sia i prodotti italiani, o di altra provenienza, destinati ad essere commercializzati sul territorio nazionale, che quelli destinati ad essere spediti in un altro Stato dell’Unione europea oppure esportati in uno Stato terzo. I controlli ufficiali sono eseguiti in qualsiasi fase della produzione, della trasformazione, della distribuzione, del magazzinaggio, del trasporto, del commercio e della somministrazione.

Le conoscenze crescenti sull’epidemia di COVID-19 e le modalità di diffusione del virus SARS-CoV-2, hanno introdotto misure integrative per la prevenzione del contagio da virus SARS-CoV-2 nel settore della somministrazione di Alimenti e Bevande (SAB). Sostanziali accorgimenti sono stati introdotti lungo le filiere alimentari che va dalla produzione alla somministrazione finale con particolare attenzione alla gestione sanitaria degli ambienti e allo stato di salute degli operatori del settore per le necessarie garanzie di contaminazione delle superfici. Gli operatori del settore alimentare hanno rafforzato le misure di igiene personale e di formazione igienica per ridurre il rischio di contaminazione delle superfici, incluse quelle degli alimenti e degli imballaggi.

Le macro-categorie dei prodotti alimentari sottoposti ai controlli ufficiali sono:

- alimenti di origine vegetale
- bevande
- altri alimenti (non compresi nelle categorie precedenti)
- materiali destinati a venire a contatto con gli alimenti

Il sistema dei controlli ufficiali sulle filiere di produzione di alimenti segue la programmazione regionale stabilita dal Decreto PF Prevenzione veterinaria e sicurezza alimentare n. 72 del 10 maggio 2021 che individua le matrici alimentari e la relativa frequenza delle verifiche sanitarie.

Controlli sanitari di sicurezza alimentare per:

- la verifica di residui di fitosanitari negli alimenti di origine vegetale che si integra al piano di azione nazionale (PAN) per l’uso sostenibile dei prodotti fitosanitari, approvato con DM del 22/01/2014;
- verifica degli alimenti contenenti allergeni e OGM;
- verifica degli additivi alimentari;
- verificare dei materiali a contatto con alimenti (MOCA): dalla fabbricazione fino all’uso di materiali e oggetti destinati a venire a contatto con alimenti;

- piano micotossine con campionamenti e analisi mirate a definire l'esposizione ai contaminanti classificati come cancerogeni.
- limitare al massimo i casi di malattie trasmesse da alimenti (MTA).

Nell'ambito del sistema di controllo della qualità delle acque conosciuto come Water Safety Plans o Piani di Sicurezza delle Acque (PSA), promosso dall'OMS e recepito dalla normativa comunitaria e nazionale, le attività di controllo vengono svolte con un approccio olistico che vanno dal controllo retrospettivo sulle acque distribuite fino all'analisi, prevenzione e gestione dei rischi in tutta la filiera idropotabile, dalla captazione al consumatore.

Inoltre, devono essere garantite le attività di controllo ufficiale correlate alla gestione del sistema di allerta di alimenti (iRASFF);

Nell'ambito della nutrizione il Servizio IAN opera in continuità con le azioni svolte nel precedente piano regionale della prevenzione 2014-19, perseguendo i seguenti obiettivi sanitari:

- migliorare l'attività di controllo sulla presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva;
- favorire la formazione/informazione degli operatori del settore alimentare che integri riferimenti all'uso del sale iodato, alle intolleranze alimentari, agli allergeni, alla gestione dei pericoli negli alimenti e alle indicazioni nutrizionali e sulla salute;
- promuovere sani stili di vita e la riduzione dello spreco e dell'impatto ambientale attraverso la ristorazione collettiva (scolastica, aziendale, ospedaliera e socio/assistenziale).

Di seguito, gli obiettivi strategici di settore individuati con Det. 395/2021.

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021
Additivi alimentari (Piano nazionale controllo additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNCAA	N. campioni effettuati per il PNCAA	Totale campioni previsti dal PNCAA	100% in tutte le categorie previste
FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	% campioni effettuati sul totale dei previsti nell'ambito del programma di ricerca dei residui di fitosanitari negli alimenti vegetali	N. campioni effettuati	N. totale campioni previsti	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM
PIANO NAZIONALE MICOTOSSINE 2016-2018-Controllo ufficiale delle micotossine in alimenti. Nota DGSAN n.14944 del 14/4/2016 (PAMA 2018)	Volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal Piano Nazionale Micotossine in Alimenti (PNMA)	N. totale campionamenti effettuati	N. totale campionamenti previsti	> 90 % delle coppie micotossine/matrice previste dalle tabelle 2 e 3 del PNMA (programmi di campionamento) con almeno il 90 % dei campioni svolti per ciascuna coppia
OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg CE 1830/2003- alimenti geneticamente modificati	Corretto rapporto del campionamento previsto dall'allegato al Piano OGM, riferito alle materie prime e agli intermedi di lavorazione	N. campioni eseguiti	N. totale campioni previsti dal Piano OGM	> 60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione
AUDIT SU OSA- controlli ufficiali previsti dai Reg. 882/04 e Reg. 854/04. DDPFVSA n. 49 del 20/03/2017	% di audit sugli stabilimenti riconosciuti di cui al DDPFVSA n. 49 del 20/03/2017	Adozione atti formali che definiscono il programma annuale di audit dell'Autorità Competente Locale su OSA		100% del numero minimo di audit che sarebbe necessario eseguire se tutti gli stabilimenti fossero classificati a "basso rischio", per ciascuna tipologia di cui al DDPFVSA
RADIAZIONI IONIZZANTI D Lgs 30 gennaio 2001, n. 94 - Attuazione delle direttive 1999/2 CE e 1999/3/ce: (PAMA)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti	N. campionamenti ed analisi eseguite	N. totale campioni ed analisi previsti	100%
PIANO NAZIONALE MICOTOSSINE 2016-2018-Controllo ufficiale delle micotossine in alimenti. Nota DGSAN n.14944 del 14/4/2016 (PAMA 2018)	Volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal Piano Nazionale Micotossine in Alimenti (PNMA)	N. totale campionamenti effettuati	N. totale campionamenti previsti	> 90 % delle coppie micotossine/matrice previste dalle tabelle 2 e 3 del PNMA (programmi di campionamento) con almeno il 90 % dei campioni svolti per ciascuna coppia

B. IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE (Servizio IAOA)

La sicurezza degli alimenti, nel quadro normativo europeo, è garantita tramite un approccio combinato di prevenzione e controllo integrato delle filiere agroalimentari “dal campo alla tavola”. Le attività di prevenzione primaria volte alla tutela della sicurezza alimentare riguardano la verifica dell'integrità e della salubrità degli alimenti in tutte le fasi della loro produzione, trasformazione, distribuzione e somministrazione.

I controlli ufficiali degli alimenti di origine animale sono volti a verificare e garantire la conformità dei prodotti in questione alle disposizioni dirette a prevenire i rischi per la salute pubblica; questi controlli riguardano, sia i prodotti italiani o di altra provenienza destinati ad essere commercializzati nel territorio nazionale, che quelli destinati ad essere spediti in un altro Stato dell'Unione Europea, oppure esportati in uno Stato terzo.

Il sistema dei controlli ufficiali sulle filiere di produzione di alimenti segue la programmazione regionale stabilita dal Decreto PF Prevenzione veterinaria e sicurezza alimentare n. 72 del 10 maggio 2021 che individua le matrici alimentari e la relativa frequenza delle verifiche sanitarie.

Il Servizio IAOA garantisce la seguente attività:

- ispezione sugli alimenti presso gli stabilimenti di macellazione comprese le ispezioni ante mortem al di fuori del macello in caso di macellazione d'urgenza;
- di controllo ufficiale (C.U.) correlata alla gestione del sistema di allerta di alimenti (RASFF);
- di C.U. a seguito di casi o sospetti di malattia trasmessa da alimenti;
- di C.U. finalizzati al mantenimento della classificazione delle zone di produzione e di stabulazione dei molluschi bivalvi vivi;
- di C.U. per la certificazione degli alimenti prodotti da stabilimenti abilitati all'esportazione secondo requisiti e standard produttivi definiti da norme europee e accordi internazionali vigenti;
- di C.U. presso stabilimenti di produzione, trasformazione, commercializzazione e distribuzione a seguito di segnalazioni/denuncia.

Per limitare al massimo i casi di malattie trasmesse da alimenti (MTA) si applicano le procedure di raccolta delle informazioni, di analisi e di valutazione dei dati derivanti dalle segnalazioni di malattie connesse al consumo di alimenti che permettono di attivare le relative azioni di controllo e contrasto dell'insorgenza di nuovi casi interrompendo la catena di trasmissione alimentare e di tutelare gli esposti all'agente eziologico.

Di seguito gli obiettivi strategici di settore individuati con Det. 395/2021

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021
PIANO NAZIONALE MICOTOSSINE 2016-2018-Controllo ufficiale delle micotossine in alimenti. Nota DGSAN n.14944 del 14/4/2016 (PAMA 2018)	Volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal Piano Nazionale Micotossine in Alimenti (PNMA)	N. totale campionamenti effettuati	N. totale campionamenti previsti	> 90 % delle coppie micotossine/matrice previste dalle tabelle 2 e 3 del PNMA (programmi di campionamento) con almeno il 90 % dei campioni svolti per ciascuna coppia
AUDIT SU OSA- controlli ufficiali previsti dai Reg. 882/04 e Reg. 854/04. DDPFVSA n. 49 del 20/03/2017	% di audit sugli stabilimenti riconosciuti di cui al DDPFVSA n. 49 del 20/03/2017	Adozione atti formali che definiscono il programma annuale di audit dell'Autorità Competente Locale su OSA		100% del numero minimo di audit che sarebbe necessario eseguire se tutti gli stabilimenti fossero classificati a "basso rischio", per ciascuna tipologia di cui al DDPFVSA
PIANO SORVEGLIANZA MBV - zone di produzione e stabulazione dei molluschi bivalvi vivi ai sensi del Reg. CE 854/04	% di aree di raccolta dei molluschi sottoposte a monitoraggio con la frequenza prevista	Aree di raccolta molluschi sottoposte a monitoraggio con frequenza previste	Aree di raccolta molluschi	100%

C. IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE (Servizio IAPZ)

In attuazione delle norme europee e italiane di sanità pubblica veterinaria, le attività che sono da garantire funzionalmente nell'ambito di questa disciplina specialistica sono:

- controlli ufficiali inerenti il piano nazionale residui (PNR) per la rilevazione di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale di cui al Decreto legislativo 158/2006.
- Controlli ufficiali sull'applicazione della normativa concernente il benessere animale come pianificate dal Piano Nazionale per il benessere animale (PNBA) da rendicontare annualmente al Ministero con dati aggregati gestiti

dai sistemi informatici di Classyfarm e Vetinfo; questi controlli riguardano il rispetto delle norme di benessere degli animali durante l'allevamento, il trasporto e la macellazione degli animali.

- Attività ispettiva richiesta da parte delle forze dell'ordine o determinati da segnalazioni di irregolarità che possono pregiudicare il benessere durante il trasporto (ex. Reg. (CE) n. 1/2005); le attività atte alla protezione degli animali durante la macellazione (ex Reg. (CE) 1099/2009).
- Attività ispettive nei centri di raccolta, produzione stoccaggio di materiale genetico destinato agli scambi, le attività di sopralluogo volte al rilascio di autorizzazione all'attività per i centri di nuova apertura. Queste attività sono volte al controllo sanitario delle strutture già autorizzate e, in particolare, alla redazione e validazione dei certificati sanitari che accompagnano ogni partita di materiale genetico; le attività dei servizi veterinari competenti destinate al controllo della popolazione dei cani randagi e delle colonie feline previste ai sensi della L. 281/91, il cui svolgimento dovrà tenere conto della situazione locale in base alla valutazione effettuata dalle Regioni e Province autonome.
- Controlli ufficiali su alimenti di origine animale scaturiti da allerte dell'UE e i controlli su animali vivi e prodotti germinali derivanti dall'applicazione dell'articolo 14 bis del D.lgs 28/93.
- Controlli ufficiali su impianti selezionati e/o da individuare ai sensi della programmazione piano nazionale Benessere animale (PNBA).
- Attività sanitaria inerente il Piano Regionale Farmacosorveglianza 2021 che, in attuazione del Reg (UE) 2019/6, prevede controlli ufficiali ottimizzati su tutto il territorio avvalendosi della categorizzazione del rischio armonizzata a livello nazionale con il sistema informatico (Classyfarm); i controlli vengono mirati alle situazioni che pongono un serio rischio per la salute umana e animale derivante dal fenomeno dell'antibiotico-resistenza per gli elevati consumi di antibiotici in generale, e/o di antibiotici critici per l'uomo (Critically Important Antibiotics-CIA); la gestione dei difetti di qualità dei farmaci veterinari viene attivata su precisa segnalazione della DGSAF mediante un intervento di rintraccio delle eventuali confezioni di farmaci interessati ancora presenti sul proprio territorio da parte dei Servizi veterinari locali.
- Attività di sopralluogo legate al riconoscimento degli operatori del settore dei mangimi ai sensi del Reg. (CE) n. 183/05 e autorizzazioni nel settore dei mangimi medicati ai sensi del D.Lgs 90/93; attività di sopralluogo legate a controlli sull'etichettatura dei mangimi; attività di Audit sugli operatori del settore dei mangimi.
- Campionamenti ed analisi da effettuare ai sensi della programmazione del piano nazionale alimentazione animale (PNAA) 2021-2023 trasmesso dal Ministero della Salute con nota DGSAF 0027783-22/12/2020; per la tutela della salute pubblica, il PNAA è finalizzato alla verifica del rispetto dei limiti imposti per le farine animali, per le diossine e i policlorobifenili, per le micotossine, per i metalli pesanti, per le Salmonelle e per gli altri contaminanti, nonché per l'uso degli OGM, per le cross contaminazioni (carry-over) e per il corretto uso dei principi farmacologicamente attivi soprattutto nei mangimi destinati agli avicoli.
- controlli su sospetto o correlati ad indagini epidemiologiche legate a emergenze, allerte iRASFF o su segnalazione di non conformità; attività legate al rilascio di certificazioni sanitarie per l'esportazione di mangimi verso Paesi Terzi.

Di seguito gli obiettivi strategici di settore individuati con Det. 395/2021.

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021
FARMACOSORVEGLIANZA - attività di ispezione e verifica art. 88 D Lgs n. 193/2006. Nota DGSF n. 1466 del 26/01/2012; DM 14/05/2009 e nota DGSF 13986 del 15/07/2013	Attività svolta sul totale degli operatori controllabili in base all'art. 68 comma 3, art 71 comma 3, art 70 comma 1, artt 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs n. 193/2006	N. totale degli operatori controllati	N. totale degli operatori controllabili	Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite
Piano Nazionale Alimentazione animale	% campionamenti eseguiti sul totale degli attesi	N. campionamenti e analisi svolte	N. campionamenti e analisi programmate	100%
PNR- PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNR	Campioni effettuati per il PNR	Totale campioni previsti dal PNR	100% delle categorie di matrici programmate, con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma
RADIAZIONI IONIZZANTI D Lgs 30 gennaio 2001, n. 94 - Attuazione delle direttive 1999/2 CE e 1999/3/ce: (PAMA)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti	N. campionamenti ed analisi eseguite	N. totale campioni ed analisi previsti	100%
PIANO SORVEGLIANZA MBV - zone di produzione e stabulazione dei molluschi bivalvi vivi ai sensi del Reg. CE 854/04	% di aree di raccolta dei molluschi sottoposte a monitoraggio con la frequenza prevista	Aree di raccolta molluschi sottoposte a monitoraggio con frequenza previste	Aree di raccolta molluschi	100%
Potenziamento dell'attività di rischio in sicurezza alimentare (Reg 178/2002, all 2 DGRM n. 1803 del 09/12/2008)	Atti formali relativi all'attività di comunicazione del rischio nell'ambito della sicurezza alimentare	Esecuzione delle attività annuali di comunicazione del rischio programmate dall'Autorità competente locale per ciascuna A.V. entro il 31.12.2020		Report interdisciplinare di Area Vasta dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare

D. SANITA' ANIMALE E IGIENE URBANA VETERINARIA (Servizio Sanità Animale)

In attuazione delle norme europee e italiane di sanità pubblica veterinaria, le attività che sono da garantire funzionalmente nell'ambito di questa disciplina specialistica sono:

- controlli programmati per le profilassi di Stato (Brucellosi bovina e ovicaprina, Tubercolosi e Leucosi bovina enzootica); controlli programmati nell'ambito dei Piani di sorveglianza ed eradicazione approvati dalla Commissione europea per l'anno 2021 e Piani pluriannuali; genotipizzazioni da Piano di selezione genetica EST ovicaprine e programma di selezione nei caprini; controlli annuali programmati per il 2021 in materia di anagrafe zootecnica (c.d. controlli minimi); attività di prelievo dell'obex per CWD ed encefalopatie spongiformi trasmissibili (EST); nei piccoli e grossi ruminanti morti e delle categorie a rischio.
- Attività connesse all'identificazione e registrazione degli animali (tracciabilità degli animali da reddito dalla fase di allevamento fino alla loro macellazione).
- Sopralluoghi in allevamento in caso di sospetto, e attività di gestione correlate, delle malattie soggette a denuncia obbligatoria ex Regolamento di polizia veterinaria DPR n. 320/1954.
- Controlli sanitari previsti dai Piani Influenza aviaria (HPAI) e Peste suina africana (PSA), in particolare quelli da effettuarsi ai fini della movimentazione e nell'ambito della sorveglianza passiva; controlli sanitari presso le aziende bovine-bufaline e ovicaprine per monitoraggio e risanamento delle stesse da focolaio per Brucellosi, Tubercolosi e Leucosi bovina enzootica e attività di disinfezione; controlli sanitari presso gli allevamenti bovini e bufalini Ufficialmente Indenni autorizzati alla produzione di latte crudo destinati alla vendita diretta al consumatore; verifica dello stato sanitario di animali da reddito di aziende che, per motivi di benessere o altre comprovate ed inderogabili necessità, devono vendere i propri animali ad altri allevamenti, oppure che per transumanza o monticazione (alpeggio) devono movimentare gli animali verso Province con qualifiche sanitarie non omogenee.

- Controlli sanitari di cui al Piano Salmonellosi (PNSC) presso gli allevamenti di riproduttori (gallus gallus e tacchini) e di galline ovaiole per il carico e l'accasamento; controlli su animali sensibili alla Blue tongue introdotti in Italia in forza degli Accordi con altri Stati membri ex Regolamento 1266/2007 e s.m. e i..
- Attività connesse al Piano nazionale di prevenzione, sorveglianza e risposta alle arbovirosi 2020-2025 (PNA): West Nile, Usutu, Chikungunya, Dengue, Zika – inclusa la sindrome congenita, al virus dell'encefalite virale da zecche e al virus Toscana.

I controlli ufficiali sulle importazioni di animali verranno realizzati nel rispetto delle normative nazionali e dell'UE, avendo come riferimento, per le certificazioni sanitarie, anche le disposizioni del Regolamento di Esecuzione (UE) 2020/466 della Commissione del 30 marzo 2020 relativo a misure temporanee volte a contenere rischi sanitari diffusi per l'uomo, per gli animali e per le piante e per il benessere degli animali in occasione di determinate gravi disfunzioni dei sistemi di controllo degli Stati membri dovute alla malattia da coronavirus (COVID-19).

Nell'ambito dell'igiene urbana veterinaria il Servizio Sanità Animale garantisce le attività finalizzate alla gestione sanitarie delle popolazioni animali sinantropiche in supporto agli Enti locali. Le popolazioni animali urbanizzate hanno un importante impatto socio-sanitario con rilevanti ricadute sulla tutela della salute pubblica segnatamente alla recrudescenza di malattie a carattere zoonosico. E' dimostrato che gli animali possono rappresentare un rischio di trasmissione del virus SARS-CoV-2, agente eziologico del COVID-19, per l'uomo. L'OIE (Organizzazione Mondiale per la Sanità Animale) ha raccomandato di utilizzare l'approccio *One Health* per condividere informazioni ed effettuare una valutazione del rischio mirata a decidere, sotto il profilo epidemiologico testando anche gli animali da compagnia che hanno avuto contatti stretti con la persona/proprietario infetto da COVID-19. Il Ministero della Salute con nota 0009224-17/04/2020-DGSAF-MDS-P ha fornito indicazioni e Linee-guida anche allo scopo d'impedire possibili congetture, pregiudizi e speculazioni che porterebbero ad una immotivata zoofobia, prevenendo così fenomeni di abbandono degli animali d'affezione come cani e gatti con conseguente aumento del randagismo.

Sopralluoghi e controlli sanitari per partite di animali introdotti dall'estero (animali da compagnia) ai sensi degli articoli 32 e 35 del Reg (UE) 576/2013.

Sorveglianza sanitaria sugli animali domestici per il controllo della circolazione del virus della rabbia classico (RABV) come pure di altri virus appartenenti al genere *Lyssavirus*. Nel 2021 è stato attivato dal Ministero della Salute il piano nazionale di sorveglianza per i *Lyssavirus*: European bat 1 lyssavirus (EBLV-1), European bat 2 lyssavirus (EBLV-2), Bokeloh bat lyssavirus (BBLV) e il Lleida bat lyssavirus (LLEBV).

Di seguito gli obiettivi strategici di settore individuati con Det. 395/2021:

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021
ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende ovicaprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle aziende e 5% dei capi)	N. Aziende ovi-caprini controllati	N. totale aziende ovi-caprini	> 3% delle aziende
ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende suinicole controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% aziende)	N. aziende suinicole controllate I&R	N. totale aziende suinicole	1%
ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende apistici controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% aziende)	N. aziende apistici controllate	N. totale aziende apistici	1%
ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende bovine controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% aziende)	N. aziende bovine controllate	N. totale aziende bovine	3%
ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende equine controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (5% aziende)	N. aziende equine controllate	N. totale aziende equine	5%
Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	% controllo per benessere in allevamenti di vitelli, suini, ovaiole e polli da carne	N. controlli effettuati per ciascuna specie in attuazione del PNBA	% di allevamenti controllabili per la medesima specie	100%
Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	% controllo per benessere in allevamenti di "altri bovini"	N. controlli effettuati per ciascuna specie in attuazione del PNBA	% di allevamenti controllabili per la medesima categoria	100%
Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	% controllo per benessere negli impianti di macellazione	N. controlli per il rispetto del benessere negli impianti di macellazione (regolamento 1099/2099)	% di stabilimenti controllabili in attuazione del medesimo Piano	100%
CONTROLLI ANALITICI NELLE FASI DI PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI - attuazione Accordo Stato-Regioni del 10 novembre 2016, rep 212, concernente Linee guida controllo ufficiale ai sensi Reg 882/04 e 854/04, Capitolo 15 e ripartizione dei controlli su base regionale (nota DGSAN n. 15168 del 14/04/2017. Percentuale di controlli analitici minimi effettuati per ciascuna matrice alimentare nelle fasi, rispettivamente, di "produzione" e "distribuzione"	% campionii effettuati sul totale dei programmi negli esercizi di produzione e distribuzione	N. campionamenti effettuati negli esercizi di produzione e distribuzione	N. totale campionamenti programmati negli esercizi di produzione e distribuzione	100% in ciascuna matrice alimentare e 100% in ciascuna fase
OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg CE 1830/2003- alimenti geneticamente modificati	Corretto rapporto del campionamento previsto dall'allegato al Piano OGM, riferito alle materie prime e agli intermedi di lavorazione	N. campioni eseguiti	N. totale campioni previsti dal Piano OGM	> 60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione
AUDIT SU OSA- controlli ufficiali previsti dai Reg. 882/04 e Reg. 854/04. DDPFVSA n. 49 del 20/03/2017	% di audit sugli stabilimenti riconosciuti di cui al DDPFVSA n. 49 del 20/03/2017	Adozione atti formali che definiscono il programma annuale di audit dell'Autorità Competente Locale su OSA		100% del numero minimo di audit che sarebbe necessario eseguire se tutti gli stabilimenti fossero classificati a "basso rischio", per ciascuna tipologia di cui al DDPFVSA

4. LA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA DELL'AZIENDA

4.1. OBIETTIVI ECONOMICI 2021

La Regione ha assegnato il Budget definitivo per l'anno 2021 con DGRM n. 1568 del 13/12/2021 avente ad oggetto "L.R. n. 13 del 20/06/2003 - Disposizioni agli Enti del SSR per la redazione del Bilancio Preventivo Economico 2021 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2021-2023 degli Enti del SSR".

Nelle more dell'assegnazione definitiva del Budget avvenuta con delibera del n. 1704 del 31/12/2020, la Regione Marche ha autorizzato gli Enti del Servizio Sanitario Regionale alla gestione provvisoria dei rispettivi Bilanci economici preventivi anno 2021 per lo svolgimento delle sole attività istituzionali. Per l'esercizio provvisorio, la Regione ha assegnato all'ASUR un tetto di spesa di 2.405.905.351 euro (Allegato A alla DGRM 1704/2020). La DGRM specifica che il tetto dei costi dell'ASUR comprende i costi di mobilità passiva interregionale e internazionale stimati pari a 165.761.332 euro e con riferimento al livello minimo dei ricavi, prevede un livello di entrate minimo da garantire pari a 71.568.000. Infine, il tetto di costi da destinare agli investimenti con fondi correnti assegnato all'ASUR è pari a 20 milioni di euro.

L'approvazione degli obiettivi economici e sanitari degli Enti del SSR per l'anno 2021 è avvenuta con DGRM n. 510 del 26/04/2021 e con successiva DGRM 511 del 26/04/2021 sono stati definiti i criteri di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori generali degli Enti del SSR, prevedendo indicatori, target e pesature di ciascun obiettivo economico e sanitario assegnato.

La Direzione Generale, al fine del rispetto del limite di spesa autorizzato con DGRM 1704/2020, con nota prot. n. 17468 del 12/05/2021 ha trasmesso la proposta della Direzione di assegnazione alle Aree Vaste del budget economico, degli obiettivi sanitari, nonché i criteri che saranno applicati per la valutazione dei risultati di Area Vasta, così come anticipati nel corso del collegio di Direzione tenutosi il 7/05/2021.

Relativamente agli obiettivi economici, nella nota citata, la Direzione ha previsto, in coerenza con la programmazione regionale, di assegnare un tetto sui costi di esercizio al netto delle entrate proprie, nonché un limite di spesa per gli investimenti con risorse correnti; inoltre, al pari dell'assegnazione regionale, i budget proposti alle Aree Vaste sono comprensivi del potenziamento dell'offerta sanitaria, territoriale ed ospedaliera, connessa all'emergenza Covid-19, nonché della quota 2021 relativa alle risorse assegnate con il DL 34/2020.

In particolare, sono compresi nel tetto budget le seguenti attività:

- ADI (art. 1 comma 3) pari ad euro 9.055.453 euro
 - Infermieri di comunità (art. 1, comma 5) pari a complessivi 12.304.060 euro.
 - Assunzioni a tempo indeterminato (art. 2 comma 1-7) pari a complessivi 1.749.851 euro
 - La proroga degli incarichi conferiti ai sensi delle disposizioni previste agli articoli 2-bis (commi 1 e 5) e 2-ter 8commi 1-5) del DL 18/2020, così come previsto dall'art. 1 comma 423 della L. 178 del 30/12/2020 (Legge di bilancio 2021)
 - Art. 4 comma 1 DL 18/2020 – struttura temporanea Covid Hospital.
- Viceversa, il budget assegnato alle Aree Vaste non comprende:
- Le quote contributi Covid-19 inutilizzate nel 2020 che saranno utilizzati nel 2021 e saranno conteggiati nel volume di entrate proprie;
 - Le quote vincolate del FSN aggiuntive per il piano vaccini (comma 467 L. 178 del 30/12/2020) pari ad euro 2.563.346 oltre a 256.335 per i medici specializzandi.

La determina n. 395 del 27/07/2021 ha recepito i contenuti sopra descritti, approvando, in via provvisoria ed in applicazione delle DGRM n. 1704/2020, n.510/2021 e n. 511/2021 ai Direttori di Area Vasta gli obiettivi sanitari ed economici sottoscritti in data 14 e 16 luglio 2021.

Il nuovo tetto di spesa per l'ASUR (totale risorse disponibili), di cui all'allegato A della delibera di assegnazione definitiva, è rideterminato in 2.501.122.313 euro (al netto degli scambi infragruppo), comprensivi di contributi in conto capitale di 19.567.409 euro per gli investimenti ed una mobilità passiva extraregionale di 135.949.392 euro. La Delibera citata assegna infine all'ASUR un livello di entrate proprie di 74.442.954 euro al netto degli utilizzi fondi per quote inutilizzate di contributi COVID di esercizi anni precedenti.

Di seguito, si riporta la tabella di sintesi del Budget assegnato dalla Giunta Regionale all'ASUR, di cui all'Allegato A alla DGRM citata.

ASUR		BILANCIO DI PREVISIONE 2021	Azioni di ottimizzazione 2021	Bil Prev. Gestione ordinaria	Bil Prev. Gestione Covid-19
		b=c+d+e	c	d	e
a4	FSR indistinto agli Enti del SSR di cui:	2.191.779.908		2.191.779.908	-
a4.1a	da destinare alla spesa corrente	2.158.207.166		2.158.207.166	
a4.1b	da destinare al F.do di riequilibrio	-			
a4.2	da destinare a spesa corrente con vincolo di destinazione regionale	14.005.333		14.005.333	-
a4.3	da destinare agli investimenti ai sensi del D.Lgvo 118/2011	19.567.409		19.567.409,46	
b	Mobilità attiva interregionale ed internazionale	72.819.021		72.819.021	
e2	Fondo Sanitario finalizzato Covid-19	39.929.003			39.929.003
c	Fondo Sanitario Regionale vincolato di cui:	56.071.546		56.071.546	
c1	Obiettivi di carattere prioritario	18.006.902		18.006.902	
c2	Farmaci innovativi	29.186.399		29.186.399	
c3	Medicina Penitenziaria	2.660.187		2.660.187	
c4	Altre quote vincolate (assistenza detenuti tossic., OPG, borse di studio MMG)	6.218.058		6.218.058	
d	Ulteriori trasferimenti agli Enti del SSR di cui:	37.737.212		37.737.212	-
d1	Risorse regionali aggiuntive	29.247.212		29.247.212	
d2	Payback superamento tetto spesa farmaceutica	-			
d3	Ulteriore Pay Back	8.490.000		8.490.000	
f=(a4+b+c+d+e2)	TOTALE TRASFERIMENTI DA REGIONE AGLI ENTI DEL SSR	2.398.336.690		2.358.407.687	39.929.003
g	ENTRATE PROPRIE DEGLI ENTI DEL SSR DI CUI:	102.785.624		74.442.954	28.342.670
g1	Ricavi propri	63.236.707		63.236.707	
g2	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione	28.357.729		15.059	28.342.670
g3	Ricavi straordinari	11.191.188		11.191.188	-
h=f+g	TOTALE RISORSE DISPONIBILI PER GLI ENTI DEL SSR	2.501.122.314		2.432.850.641	68.271.673
i	TOTALE COSTI	2.501.122.313	- 26.207.513	2.422.466.846	104.862.980
i1	Gestionali (al netto degli scambi SSR)	2.345.605.512	- 26.207.513	2.269.406.898	102.406.127
i2	Mobilità passiva interregionale e internazionale	135.949.392		135.949.392	
i3	Rinnovi contrattuali				
i4	Costi da destinare agli investimenti ai sensi del D.Lgvo 118/2011	19.567.409		17.110.556	2.456.853
j = (h-i)	Avanzo/disavanzo programmato	0	26.207.513	10.383.795	- 36.591.307

In coerenza con la programmazione economico-finanziaria, ai sensi dell'art. 25 c. 1 del D.Lgs. 118/2011, il Bilancio preventivo 2021 è redatto sulla base dei vincoli complessivi fissati dalla DGRM 1568/2021, prevedendo maggiori entrate proprie di 19.762.843 euro, a fronte dei maggiori costi gestionali per 18.675.774 euro ed investimenti con fondi correnti per 1.087.069 euro, quale consolidamento delle previsioni economiche 2021 certificate dalle Aree Vaste con le note seguenti:

- **Area Vasta 1** - Nota prot. 0100707 del 29/11/2021 “Anno 2021 – certificazione previsione economica 2021 AV1” e nota prot. 0102602 del 03/12/2021 “Previsione economica anno 2021 AV1 – prot.n. 100707/29/11/2021/ASURAV1/PROAV1/P”
- **Area Vasta 2** - Nota prot. 0197700 del 29/11/2021 “Anno 2021 – certificazione previsione economica 2021 AV2” e nota prot. 0201000 del 03/12/2021 “Anno 2021 – Certificazione previsione economica 2021 AV2”
- **Area Vasta 3** - Nota prot. 0130891 del 29/11/2021 “Anno 2021 – certificazione previsione economica 2021 AV3” e nota prot. 0133326 del 03/12/2021 “Anno 2021 – Certificazione previsione economica 2021 AV3. Riscontro”
- **Area Vasta 4** - Nota prot. 0063974 del 29/11/2021 “Anno 2021 – certificazione previsione economica 2021 AV4” e nota prot. 67511 del 17/12/2021 “Ulteriore precisazione rispetto alla nota 65442 ASURAV4 del 6/12/2021”

- **Area Vasta 5** - Nota prot. 0095850 del 29/11/2021 “Anno 2021 – certificazione previsione economica 2021 AV5” e nota prot. 0097697 del 03/12/2021 “Anno 2021 – Certificazione previsione economica AV5”

La tabella sottostante evidenzia il contributo delle varie gestioni (ordinaria, finanziaria, straordinaria e imposte e tasse) alla determinazione del risultato programmato, mettendo altresì a confronto gli andamenti rispetto agli anni precedenti.

		Bilancio Preventivo 2021	Bilancio d'esercizio 2020	Bilancio d'esercizio 2019	Bilancio d'esercizio 2018	Delta 2021-2020	Delta %	Delta 2020-2019	Delta %	Delta 2019-2018	Delta %
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	2.949.034.856	2.926.279.130	2.916.363.933	2.862.505.033	22.755.726	0,8%	9.915.197	0,3%	53.858.900	1,9%
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	2.931.576.174	2.891.445.995	2.890.938.184	2.864.452.369	40.130.178	1,4%	507.811	0,0%	26.485.815	0,9%
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	- 404	- 47.182	- 154.309	- 86.927	46.778	-99,1%	107.127	-69,4%	- 67.381	77,5%
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	35.779.362	16.910.553	25.353.500	52.150.281	18.868.809	111,6%	- 8.442.947	-33,3%	- 26.796.781	-51,4%
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	53.237.640	51.696.506	50.624.941	50.116.019	1.541.134	3,0%	1.071.565	2,1%	508.923	1,0%
YZ9999	Totale imposte e tasse (Y)	53.237.640	51.696.506	50.624.941	50.116.019	1.541.134	3,0%	1.071.565	2,1%	508.923	1,0%
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Il valore della produzione (A) dopo un trend in incremento nel biennio 2020-2018 (+1,9%) e di arresto nel 2020 (+0,3%), segna di nuovo un trend in aumento nel Bilancio preventivo 2021 (+0,8% pari a 22,7 milioni di euro). Allo stesso modo, il costo della produzione (B) evidenzia una previsione di espansione rispetto all'anno precedente (+1,4%), per effetto del protrarsi dell'emergenza COVID e della ripresa dell'attività istituzionale dopo la battuta d'arresto registrata nel 2020 a seguito del lock-down.

Parte di tale aumento è finanziato con la gestione straordinaria (E) che evidenzia un aumento rispetto all'anno precedente, di 18,9 milioni di euro.

Per garantire il rispetto del vincolo economico riguardano sono stati assegnati obiettivi che riguardano le aree della gestione dei costi e dei debiti, delle risorse umane (oltre a quelle della spesa farmaceutica dei dispositivi medici, del sistema tessera sanitaria, ricetta elettronica e fascicolo sanitario elettronico già trattati nelle sezioni precedenti del presente documento).

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021
Chiusura note di credito da ricevere (nc) relative a fatture antecedenti l'anno in corso	Valore al 31/12/2021 di nc di fatture anni antecedenti il 2021 rispetto al valore al 31/12/2020 di nc di fatture	(Valore al 31/12/2021 di nc di fatture anni antecedenti il 2021)	(Valore al 31/12/2020 di nc di fatture)	≤ 10% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contenzioso)
Posizioni infragruppo	Debiti al 31/12/2021 verso Enti del SSR di fatture antecedenti il 2021 rispetto ai debiti al 31/12/2020 verso Enti del SSR	(Debiti al 31/12/2021 verso Enti del SSR di fatture antecedenti il 2021)	(Debiti al 31/12/2020 verso Enti del SSR)	≤ 5%
Rispetto dei tempi di pagamento	% valore fatture pagate oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014	Valore Fatture pagate nell'esercizio 2021 oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014	Totale valore fatture pagate nell'esercizio 2021	≤ 6%

In particolare l'obiettivo del rispetto dei tempi di pagamento L'art. 33 del D.lgs. 33 del 14 marzo 2013 e smi dispone che le Pubbliche Amministrazioni pubblicino annualmente e, a partire dal 2015, anche trimestralmente l'indicatore di tempestività dei pagamenti relativo ai propri tempi medi di pagamento. Le modalità di elaborazione e pubblicazione dell'indicatore sono precisate dagli artt. 9 e 10 del DPCM del 22 settembre 2014 che ha chiarito in maniera univoca cosa calcolare, in quale formato pubblicare il dato ed entro quali tempi. Tutte le pubbliche

amministrazioni sono tenute a pagare le proprie fatture entro 30 giorni dalla data del loro ricevimento, ad eccezione degli enti del servizio sanitario nazionale, per i quali il termine massimo di pagamento è fissato in 60 giorni.

Relativamente all'area delle risorse umane sono stati assegnati gli obiettivi seguenti che riguardano, la riduzione del lavoro precario e il contenimento del ricorso alle prestazioni aggiuntive, nonché l'adeguamento del numero di unità operative allo standard nazionale.

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Tolleranza
Contenimento del precariato	Report periodici con UE e costo del personale in servizio con contratti di lavoro "flessibili"	Produzione reportistica da inviare entro la data stabilita alla Direzione, attestante il personale in servizio (in termini di UE e costo) con convenzioni interaziendali, con contratti di lavoro autonomo, con contratti di formazione lavoro o altri rapporti formativi, con contratti di somministrazione di lavoro		Report trimestrali il mese successivo al trimestre di riferimento, a partire dal III trimestre	ragg 80% se <90 e >=85% ragg 90% se <95 e >=90 ragg 100% se <=100 e >= 95%
Contenimento del precariato	Riduzione n. UE relative a contratti flessibili a TD	(N. UE relative a contratti flessibili a TD anno 2021) - (N. UE relative a contratti flessibili a TD anno 2020)		-5% rispetto al 2020 (Al netto delle assunzioni per il contrasto del Sars Cov-2)	ragg 80% se <90 e >=85% ragg 90% se <95 e >=90 ragg 100% se <=100 e >= 95%
Contenimento del ricorso all'istituto delle "prestazioni aggiuntive"	Definizione di un budget annuale dei costi relativi alle prestazioni aggiuntive	Produzione reportistica da inviare entro la data stabilita alla Direzione, attestante la definizione, entro il mese di maggio, di un budget annuale dei costi relativi alle prestazioni aggiuntive suddiviso per area contrattuale		Report entro il 30/06/2021 attestante l'avvenuta definizione del budget	ragg 80% se <90 e >=85% ragg 90% se <95 e >=90 ragg 100% se <=100 e >= 95%
Contenimento del ricorso all'istituto delle "prestazioni aggiuntive"	Report periodici dei costi per prestazioni aggiuntive	Produzione reportistica da inviare entro la data stabilita alla Direzione, con rendicontazione dei costi per prestazioni aggiuntive per area contrattuale nel periodo di competenza, previsione del costo annuale e scostamento col budget assegnato		Report trimestrali il 3° mese successivo al trimestre di riferimento, a partire dal III trimestre	ragg 80% se <90 e >=85% ragg 90% se <95 e >=90 ragg 100% se <=100 e >= 95%
Adeguamento n. SOC / SOS previste (comprese strutture universitarie e di ricerca) agli standard nazionali	Riduzione n. SOC / SOS	(N. SOC / SOS al 31/12/2021)		Numero previsto da atti di programmazione aziendale	ragg 80% se <90 e >=85% ragg 90% se <95 e >=90 ragg 100% se <=100 e >= 95%

4.2. CONFRONTO CE PREVENTIVO/CONSUNTIVO E RELAZIONE SUGLI SCOSTAMENTI

4.2.1. Valore della produzione

CODICE	DESCRIZIONE	BILANCIO CONSUNTIVO 2020	BILANCIO DI PREVISIONE 2021	DELTA PREVISIONE ANNUA 2021-CONSUNTIVO 2020
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	2.926.279.130	2.949.034.855	22.755.725
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	2.734.485.377	2.763.798.421	29.313.044
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-29.919.867	-20.654.478	9.265.389
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti	2.738.824	28.367.855	25.629.031
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	128.063.595	95.902.255	-32.161.340
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	30.117.885	19.560.567	-10.557.318
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	20.021.011	20.567.626	546.615
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	38.441.906	38.441.906	0
AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0	0	0
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	2.330.399	3.050.703	720.304

AA0010 A.1) Contributi in c/esercizio

I contributi del Bilancio preventivo 2021 sono previsti in incremento di 29,3 milioni di euro, comprensivi delle risorse finalizzate Covid pari ad euro 39.929.003. Un rilevante scostamento rispetto alle assegnazioni del 2020 riguarda il Fondo regionale, che evidenzia un aumento di 13,9 milioni di euro, con una diversa distribuzione tra Fondo Indistinto (AA0031) e Fondo finalizzato dalla Regione (AA0032); nel 2021, infatti, si prevede un incremento del Fondo indistinto pari al 44,9 milioni di euro, mentre il fondo finalizzato e vincolato si prevede che sia in riduzione di 31 milioni di euro.

Inoltre, incidono nell'incremento complessivo della voce AA0010 le previsioni dei contributi extra fondo sanitario, che sono previsti in aumento per 16,2 milioni di euro e comprendono i finanziamenti, pari ad euro 4.500.000 relativi alla gestione da parte dell'ASUR dei contributi agli assistiti di cui alla L. 210/92 (indennizzi a favore di soggetti danneggiati da vaccinazione obbligatoria e trasfusioni).

AA0240 A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti

La rettifica per investimenti con fondi correnti è prevista pari a 20,6 milioni di euro, in riduzione rispetto all'anno precedente di 9,2 milioni di euro.

L'entità complessiva degli investimenti, finanziati e non, sono riepilogati nella tabella seguente e dettagliati all'Allegato 1.5 alla Relazione.

TIPOLOGIA DI INVESTIMENTI	RIEPILOGO COPERTURA FINANZIARIA						TOT INV	Note
	alienazioni	donazioni	contributi regionali	mutuo	fondi correnti	altro		
INVESTIMENTI IMMOBILIARI (Esclusa manutenzione straordinaria)		-	1.003.880		4.382.169	-	5.386.049	
IMMOBILIZZAZIONI IN CORSO E ACCONTI		-	7.495.430		3.165.430	-	10.660.860	
INTERVENTI DI MANUTENZIONE STRAORDINARIA SU IMMOBILI							-	
MIGLIORIE SU BENI DIVERZI		-	-		28.886	-	28.886	
ATTREZZATURE SANITARIE (inclusa la manutenzione straordinaria)		893.671	4.812.462		7.710.914	787	13.417.834	
SOFTWARE E LICENZE		-	324.070		401.281	6.100	731.451	
IMPIANTI E MACCHINARI (inclusa manutenzione straordinaria)		-	352.960		706.681	-	1.059.641	
MOBILI E ARREDI		17.238	187.788		791.697	4.007	1.000.729	
AUTOMEZZI		-	28.200		558.905	38.900	626.005	
ALTRI BENI		22.669	61.101		2.908.514	13.251	3.005.536	
TOTALE	-	933.577	14.265.892	-	20.654.477	63.045	35.916.992	

AA0270 A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti

Il dato di previsione 2021 relativo all'utilizzo di quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti, è previsto pari 28,3 milioni di euro, con un aumento rispetto al consuntivo 2020 pari a 25,6 milioni di euro, da ricondursi all'utilizzo delle quote accantonate nel bilancio 2020 per l'Emergenza COVID (DL 18/20, 34/20 e 104/20) pari a complessivi 24,2 milioni di euro.

AA0320 A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria

Per l'aggregato in parola si prevede un decremento di -32,2 milioni di euro in riferimento ai fattori produttivi seguenti:

- mobilità attiva prevista in decremento di -18,3 milioni di euro comprensiva della mobilità attiva extra regionale e infragruppo, del valore registrato relativo alla mobilità attiva internazionale e degli scambi in regolazione diretta;
- mobilità attiva da privato accreditato prevista in riduzione di -17,5 milioni di euro;
- ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati: tale aggregato, che si prevede in incremento per euro 1,2 milioni e riguarda principalmente i ricavi da rilascio certificati e cartelle cliniche, sperimentazione farmaci, cessione sangue ed emoderivati v/privati, attività del dipartimento di prevenzione ex art. 3 D.Lgs n.502/92, servizio di medicina legale, ospedaliera ed altri servizi sanitari resi a privati paganti e ad enti privati, attività veterinarie v/privati, multe, ammende, contravvenzioni di vigili sanitari e, in genere, tutti gli altri ricavi propri per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria maturati verso soggetti privati. Tale incremento rispetto al 2020 è correlato alla ripresa di parte delle prestazioni non erogate durante il primo anno di pandemia;
- ricavi per prestazioni erogate in libera professione intramoenia sono previste in incremento di 2,5 milioni di euro, tale incremento tuttavia risulta ancora nettamente inferiore rispetto ai livelli di attività del pre-pandemica.

AA0750 A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi

Con riferimento ai concorsi, recuperi e rimborsi, la previsione in riduzione di tale aggregato (-10,5 milioni di euro) è riconducibile ai fattori seguenti:

- per quanto riguarda rimborso ricevuto parte delle aziende farmaceutiche per sfioramento del tetto della farmaceutica (cosiddetto "Pay back"), il valore iscritto nel bilancio di previsione 2021, pari ad euro 8.490.000, secondo le indicazioni regionali, risulta in decremento di 8,8 milioni di euro rispetto all'anno precedente;
- Gli altri rimborsi e recuperi si prevedono in riduzione per 1,7 milioni di euro rispetto al consuntivo 2020, in particolare, per effetto del forte decremento registrato dal concorso da parte degli utenti per attività di rivolte a minori, disabili e per integrazione rette in R.S.A (-1,3 milioni di euro) a cui si aggiungono previsioni di riduzione degli altri recuperi e rimborsi per acquisto beni da parte di altri soggetti pubblici e degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di comando presso altri enti pubblici.

AA0940 A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)

Si prevede che l'emergenza sanitaria continui avere un impatto negativo sul ammontare dei ricavi da ticket, parzialmente compensato dall'aumento delle riscossioni conseguenti alla ripresa dell'attività specialistica ambulatoriale. Su tale aggregato, infatti, incidono le seguenti disposizioni normative:

- mancato incasso di euro 10 di quota fissa dal 1/9/2020 a cui si somma l'effetto dell'abolizione da giugno 2019 del pagamento da parte delle persone con reddito ISEE inferiore ai 10 mila euro annui,
- trascinamento degli effetti dell'abolizione del superticket avvenuta da settembre 2020.

AA0980 A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio

L'andamento dell'aggregato è correlato alla voce degli ammortamenti di cui al punto BA2560 -Totale Ammortamenti, descritto nel paragrafo 3.3.3.2 – Costi della produzione.

AA1060 A.9) Altri ricavi e proventi

L'aggregato altri ricavi e proventi, si prevede in incremento di 720 mila euro, in considerazione della ripresa dell'attività dei dipartimenti di prevenzione e di conseguenza degli incassi per sanzioni amministrative.

4.2.2. Costi della produzione

CODICE	DESCRIZIONE	BILANCIO CONSUNTIVO 2020	BILANCIO DI PREVISIONE 2021	DELTA PREVISIONE ANNUA 2021-CONSUNTIVO 2020
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	2.891.445.995	2.931.576.172	40.130.177
BA0010	B.1) Acquisti di beni	426.858.032	444.452.819	17.594.788
BA0020	<i>B.1.A) Acquisti di beni sanitari</i>	416.234.623	432.391.668	16.157.045
BA0310	<i>B.1.B) Acquisti di beni non sanitari</i>	10.623.408	12.061.151	1.437.743
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	1.597.098.342	1.646.273.900	49.175.558
BA0400	<i>B.2.A) Acquisti servizi sanitari</i>	1.495.862.376	1.528.724.636	32.862.260
BA0410	<i>B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base</i>	178.483.161	178.757.368	274.207
BA0490	<i>B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica</i>	206.863.410	206.400.325	-463.084
BA0530	<i>B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale</i>	173.883.200	188.377.008	14.493.808
BA0640	<i>B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa</i>	77.088.866	87.509.348	10.420.483
BA0700	<i>B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa</i>	27.817.959	26.378.216	-1.439.743
BA0750	<i>B.2.A.6) Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica</i>	12.881.675	13.765.236	883.561
BA0800	<i>B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera</i>	498.027.872	489.749.310	-8.278.562
BA0900	<i>B.2.A.8) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale</i>	30.776.169	30.824.934	48.766
BA0960	<i>B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F</i>	81.570.186	78.655.572	-2.914.614
BA1030	<i>B.2.A.10) Acquisto prestazioni termali in convenzione</i>	2.046.645	4.195.698	2.149.053
BA1090	<i>B.2.A.11) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario</i>	30.515.684	28.248.410	-2.267.274
BA1140	<i>B.2.A.12) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria</i>	114.962.873	119.989.672	5.026.799
BA1200	<i>B.2.A.13) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)</i>	9.934.660	10.885.583	950.924
BA1280	<i>B.2.A.14) Rimborsi, assegni e contributi sanitari</i>	8.080.047	12.050.754	3.970.708
BA1350	<i>B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie</i>	22.513.280	28.010.345	5.497.065
BA1490	<i>B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria</i>	20.416.689	24.926.854	4.510.165
BA1560	<i>B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari</i>	101.235.966	117.549.265	16.313.298
BA1570	<i>B.2.B.1) Servizi non sanitari</i>	98.693.705	114.066.893	15.373.189
BA1750	<i>B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie</i>	2.135.006	2.653.799	518.794
BA1880	<i>B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)</i>	407.256	828.572	421.316
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	25.691.798	27.530.117	1.838.319
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	22.916.584	25.251.152	2.334.568
BA2080	<u>Totale Costo del personale</u>	<u>711.944.021</u>	<u>717.483.125</u>	<u>5.539.104</u>
BA2090	B.5) Personale del ruolo sanitario	561.451.893	556.940.463	-4.511.430
BA2100	<i>B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario</i>	264.823.594	263.326.185	-1.497.409
BA2190	<i>B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario</i>	296.628.299	293.614.278	-3.014.021
BA2230	B.6) Personale del ruolo professionale	1.845.343	2.045.473	200.130
BA2320	B.7) Personale del ruolo tecnico	96.872.657	101.826.340	4.953.683
BA2410	B.8) Personale del ruolo amministrativo	51.774.129	56.670.849	4.896.721
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	7.643.324	7.409.506	-233.819
BA2560	<u>Totale Ammortamenti</u>	<u>43.069.291</u>	<u>43.069.291</u>	<u>0</u>
BA2570	B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	1.178.795	1.178.795	0
BA2580	B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	41.890.496	41.890.496	0
BA2630	B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	1.140.666	1.140.666	0
BA2660	B.13) Variazione delle rimanenze	0	0	0
BA2690	B.14) Accantonamenti dell'esercizio	55.083.938	18.965.597	-36.118.341
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	-47.182	-404	46.778
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	0	0
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	16.910.553	35.779.361	18.868.808
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	51.696.506	53.237.640	1.541.134
YZ9999	Totale imposte e tasse (Y)	51.696.506	53.237.640	1.541.134
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	0	0	0

BA0020 B.1.A) Acquisti di beni sanitari

Il costo relativo agli acquisti di beni sanitari vede in previsione un aumento di circa 16,1 milioni di euro rispetto al consuntivo 2020, influenzato da una quota attribuita ad attività Covid per 27 milioni di euro. I costi Covid sono in incremento rispetto all'anno precedente di euro 1,8 milioni.

La voce di maggiore impatto riguarda i Prodotti farmaceutici ed emoderivati che vede uno scostamento di +9,8 milioni di euro rispetto al Consuntivo 2020 di cui 1,7 milioni di euro relativi ai costi covid. Si prevede infatti un incremento sia degli acquisti diretti di medicinali con AIC di circa 3,6 milioni di euro, sia degli acquisti in distribuzione per conto (DPC) di 5,5 milioni di euro e infine di Ossigeno e altri gas medicali per 516 mila euro.

Segue con uno scostamento positivo rispetto al consuntivo 2020 di +8 milioni di euro l'intero aggregato dei Dispositivi medici dove per la categoria dei Diagnostici in vitro si registra un valore atteso di circa 30,9 milioni, di cui 8,4 milioni di euro per reagenti correlativi alla ricerca COVID. Inoltre, si evidenzia un incremento di circa +5,3 milioni rispetto al consuntivo 2020 per la spesa relativa alla categoria dei Dispositivi Medici che comprende la maggior parte degli acquisti per i DPI (Dispositivi di Protezione Individuale), quelli con CND, in uso in tutti i reparti, ambulatori e strutture di ricezione dei pazienti.

BA0310 B.1.B) Acquisti di beni non sanitari

La spesa per questo aggregato vede uno scostamento positivo di +1,4 milioni di euro riconducibile alla voce di maggior impatto dei Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere, che evidenzia un incremento di 1,6 milioni rispetto al consuntivo 2020, relativi all'acquisto di DPI (Dispositivi di Protezione Individuale) senza CND riferibili quasi interamente all'emergenza Covid. Le restanti voci, che riguardano la spesa relativa ad acquisti per Materiale per la manutenzione, Combustibili, carburanti e lubrificanti, Supporti informatici e cancelleria e Prodotti alimentari, evidenziano tutte un decremento facendo registrare uno scostamento negativo totale di – 257 mila euro rispetto all'anno precedente.

BA0410 B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base

Gli acquisti per servizi sanitari per la medicina di base (B.2.A.1) comprendono i costi relativi ai medici di medicina generale (MMG), ai pediatri di libera scelta (PLS), alla guardia medica turistica (GMT), ai medici della Continuità assistenziale e medici dell'Emergenza Territoriale – 118 e la Medicina dei Servizi. Tale aggregato è interessato da un aumento rispetto all'anno precedente (+274 mila euro). I costi Covid sono pari a 10,4 milioni di euro per effetto del potenziamento dei servizi di base legati all'emergenza proseguito nel 2021 in attuazione del DL 34/2021, relativamente in particolare all'attività delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) e all'attività dei PLS e MMG per la vaccinazione ed i tamponi Covid.

BA0490 B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica

La spesa Farmaceutica convenzionata (B.2.A.2) evidenzia una previsione in contrazione rispetto al consuntivo 2020, pari a -463 mila di euro. Tale decremento scaturisce dalla realizzazione di azioni di contenimento della spesa avviate con Determina 741/19 e coerenti con gli obiettivi assegnati con DGRM 510/2021, così come dettagliato nel par. 3.2.2.1 relativo agli obiettivi e azioni sulla farmaceutica territoriale.

BA0530 B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale

Relativamente a tale aggregato si registra nel bilancio di previsione un incremento pari a 14,5 milioni di euro da imputarsi a: +9,1 milioni di incremento di mobilità infra-gruppo, - 189 mila euro di mobilità extraregionale e infine +4,4 milioni di euro di incremento del privato accreditato, di cui 900 mila euro di attività per extra-regione.

Gli incrementi del privato sono relativi alla maggiore attività prodotta nell'ambito dei tetti di budget che nel 2020 non erano stati utilizzati a causa del Covid.

Per quanto riguarda i costi dei medici specialisti interni (BA0570), la previsione evidenzia un lieve incremento dei costi pari rispetto all'anno precedente di 150 mila euro.

BA0640 B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa

Tale aggregato è previsto in aumento rispetto al 2020 per 10,4 milioni di euro e si prevedono euro 5,8 milioni di costi legati all'emergenza covid in riferimento all'utilizzo di strutture dell'accordo ARIS per i pazienti covid – positivi, in continuità con le DGR 1467/2020 e DGR 1468/2020. In particolare la previsione di costi Covid si riferiscono alle seguenti strutture:

- 1) Kos macerata Feltria (AV1): 1,4 milioni di euro
- 2) Residenza Dorica (AV2): 90 mila euro
- 3) Santo Stefano (Av3): 841 mila euro
- 4) Campofilone (AV4): 3,4 milioni di euro.

L'incremento complessivo dell'aggregato di 10,4 milioni rispetto al consuntivo 2020 è dato dai seguenti principali scostamenti:

- +7,7 milioni di euro rispetto al consuntivo 2020 derivano dai costi che si prevede di sostenere per le attività residenziali riabilitative extra-ospedaliere (già avviate nel 2020 con DGR 704/2020) nelle seguenti strutture:
 - Santo Stefano Villa Fastiggi (KOS Care): € 5.523.795;
 - Residenza Anni Azzurri Valdaso (KOS Care): € 6.339.274 di cui 3,4 milioni di costi covid;
 - Centro Venerabile MarcucciAscoli Piceno (KOS Care): € 733.464.

Tali incrementi di spesa sono in parte coperte da economie rilevate rispetto ai tetti dell'accordo ARIS 2019-2021 (DGR 1668/2019), in previsione 2021 per euro 4.049.941.

- +2,7 milioni di euro per maggiore utilizzo dei budget delle strutture ARIS di cui alla DGR 1668/2019 rispetto al 2020 per prestazioni riabilitative di assistenza residenziale e semiresidenziale e domiciliare.

BA0700 B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa e BA0750 B.2.A.6) Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica

I costi per assistenza integrativa si prevedono complessivamente in riduzione rispetto al consuntivo 2020 per 555 mila euro, per effetto della riduzione dei costi dell'assistenza integrativa di euro 1,4 milioni di euro parzialmente compensata da un aumento di quella protesica (+880 mila euro).

BA0800 B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera

I costi in previsione 2021 dell'assistenza ospedaliera confrontati con il consuntivo 2020, evidenziano una riduzione complessiva di -8,2 milioni euro, sulla base delle seguenti previsioni economiche:

- - 36,1 milioni di euro di mobilità passiva, registrata secondo le indicazioni regionali;
- +26,1 milioni di euro di ricoveri infra-gruppo;
- -801 mila euro di ricoveri da privato accreditato (in particolare i ricoveri presso le strutture di Riabilitazione, da cui derivano parte delle economie utilizzate per il finanziamento delle strutture di Capofilone e villa Fastiggi);
- + 2,5 milioni di euro di acquisti di prestazioni ospedaliere da privato accreditato, per il recupero delle attività nell'ambito dei tetti storici;
- + 2,5 milioni di euro per dell'attività di ricovero delle strutture private regionali erogate a cittadini non residenti, per la ripresa delle attività e della movimentazione dei pazienti tra regioni;
- i costi covid dell'aggregato riguardano l'attività di ricovero dalla struttura privata Villa Serena, con previsione di 1 milione ai sensi della DGR 331/2021.

BA0900 B.2.A.8) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale

La previsione di spesa per l'acquisto di prestazioni ambulatoriali, semi-residenziali e residenziali a rivolte a persone con disabilità mentali risulta in sostanziale mantenimento rispetto al consuntivo 2020. Si evidenzia

che nel 2020 la spesa Covid di tale aggregato era pari a euro 1,2 milioni in riferimento all'attuazione della DGR 1051/2020, mentre nel 2021 non si prevedono costi Covid, ma un incremento di attività ordinaria erogata dalle strutture rispetto al 2020.

BA0960 B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F

La previsione riguardo tale aggregato mostra un decremento rispetto al valore registrato nel bilancio consuntivo 2020 per complessivi -2,9 milioni di euro, riconducibili alla registrazione di un decremento sia nella mobilità passiva intra-regionale ed extra-regionale.

BA1030 B.2.A.10) Acquisto prestazioni termali in convenzione

La previsione relativa alle strutture termali è in incremento di 2,1 milioni di euro, tenuto conto che durante la pandemia 2020 tali strutture avevano subito lunghi periodi di inattività:

- + 1,5 milioni di euro in riferimento alla registrazione di maggiore mobilità passiva extra-regionale
- +523 mila euro di attività per residenti;
- + 112 mila euro di attività delle terme che insistono nel nostro territorio a favore di pazienti extra-regione.

BA1090 B.2.A.11) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario

La previsione di spesa dei trasporti sanitari risulta in diminuzione per circa -2,2 milioni di euro rispetto al bilancio consuntivo 2020. Tale diminuzione è programmata in linea con i tetti ridefiniti, in via provvisoria, con la determina Asur n. 547 del 26/10/2021 relativamente ai trasporti sanitari e non prevalentemente sanitari. Nei tetti sono comprese le spese emergenti per l'emergenza Covid 19 a titolo di rimborso dei maggiori oneri sostenuti dalle associazioni per turn over del personale dipendente e utilizzo dei dispositivi medici.

BA1140 B.2.A.12) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria

Tale aggregato, in incremento rispetto all'anno precedente di 5 milioni di euro, riguarda differenti tipologie di spesa, tra le principali voci di spesa sono:

- 1) l'assistenza residenziale e semiresidenziale ai disabili che risulta in incremento di euro 7 milioni, di cui 5,9 milioni risulta la spesa prevista in riferimento all'attuazione della DGR 1489/2021 con cui la Regione Marche trasferisce la gestione delle Comunità Socio Educative Riabilitative (Co.S.E.R.), con decorrenza dall' annualità 2021;
- 2) l'assistenza residenziale agli anziani risulta in decremento di 2,4 milioni di euro, nonostante il trascinarsi del piano di convenzionamento di cui alla DGR 1539/2019 e DGR 1672/2019, nonché i nuovi convenzionamenti di cui alla DGR 1269/2020 che tuttavia non risultano ancora a regime. Inoltre si evidenzia che rispetto al 2020 in cui la spesa covid era stata pari a 4,2 milioni di euro in riferimento al conto economico relativa alla residenzialità anziani, per l'applicazione del fondo integrativo di cui alle DGR 1051/2021 e smi, i costi covid nel 2021 si prevedono pari euro 66 mila (in riferimento ai pazienti covid ricoverati presso Residenza Dorica);
- 3) L'assistenza domiciliare integrata (ADI): in coerenza con la normativa nazionale e regionale relativa alla necessità di incrementare l'ADI e l'attività delle USCA i costi dell'ADI relativi a tale aggregato sono in incremento di circa 300 mila euro. Inoltre si evidenzia che la spesa covid del 2021 è in linea con quella del 2020, pari a circa 600 mila euro.

BA1200 B.2.A.13) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)

I costi relativi alla compartecipazione al personale per attività libero professionale, sono previste in incremento di circa 1 milione di euro, contestualmente all'incremento dei ricavi, stimato pari ad euro 0,9 milioni, in linea con gli obiettivi economici attesi relativi alle entrate proprie dell'Azienda.

BA1280 B.2.A.14) Rimborsi, assegni e contributi sanitari

La spesa dei Rimborsi sanitari prevede un incremento pari a 3,9 milioni di euro per effetto dell'applicazione della DGR 1123/2021 con cui la Giunta Regionale delle Marche ha stabilito di trasferire all'ASUR la gestione amministrativa ed economica concernente l'applicazione della legge 210/92 (indennizzi a favore di soggetti danneggiati da vaccinazione obbligatoria e trasfusioni).

BA1350 B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie

La previsione di questa voce risulta in aumento di +5,5 milioni di euro rispetto al consuntivo 2020, passando da un totale di 22,5 milioni di euro del 2020 a 28,0 milioni di euro del 2021. Tale aumento riflette l'andamento dei costi COVID, come di seguito dettagliato:

- l'incremento delle prestazioni aggiuntive al personale dipendente, per complessivi 2 milioni di euro, in applicazione delle disposizioni previste dal DL 104/2020 di riduzione delle liste di attesa specialistiche ed ospedaliere. La spesa presunta per emergenza Covid risulta in aumento rispetto al 2020 per 572 mila euro
- I costi per le collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e per l'utilizzo di professionisti a tempo attuato ai sensi del DL 18/2020 al fine di sopperire all'emergenza assistenziale determinata dalla pandemia COVID (per complessivi 2,6 milioni di euro al netto dell'IRAP).

BA1490 B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria

L'aggregato presenta un incremento rispetto al periodo precedente, pari a +4,5 milioni di euro, in riferimento ai seguenti scostamenti:

- +1 milioni di euro di mobilità passiva internazionale;
- +1,6 milioni di altre prestazioni sanitarie: l'aumento è dovuto dall'attivazione, nel corso dell'anno precedente, di servizi come la guardia medica interdipartimentale (AV1);
- + 872 mila euro di convezioni infermieristiche: la spesa risulta in aumento per le attività di assistenza socio assistenziali e riabilitative di fisioterapia, logopedia presso le strutture territoriali quali RSA e Centri diurni nonché presso la Casa Circondariale (AV 1), guardia medica notturna e pediatrica (AV4);
- + 961 mila euro Acquisti di prestazioni di somministrazione di beni sanitari per assistenza integrativa: la spesa in realtà non è in aumento, ma trattasi solo di una riclassifica della previsione in base al canale pubblico e privato. Quindi tale incremento è compensato da un'economia dello stesso conto ma nel settore pubblico.

BA1570 B.2.B.1) Servizi non sanitari

I servizi non sanitari sono previsti in aumento rispetto all'anno precedente per circa 15,3 milioni mentre la previsione per l'emergenza Covid è stimata in circa 10 milioni di euro con un differenzia di 1,6 milioni di euro rispetto al 2020.

Gli scostamenti più rilevanti sono riconducibili alle seguenti voci: servizio lavanderia e pulizia per maggior utilizzo della teleria e delle ore di pulizia dedicati alla sanificazioni e per nuovi spazi destinati alla cura dei pazienti Covid; servizio smaltimento rifiuti per aumento della quantità dei rifiuti speciali di altissima pericolosità e attivazione nuovo appalto che ha determinato anche un aumento dei prezzi; servizio di vigilanza per l'ampliamento e/o attivazione di nuovi servizi di piantonamento e vigilanza nel corso dell'anno precedente. Per quanto concerne le utenze e servizio gestione calore si prevede un aumento della spesa + 3,8 milioni di euro (+13,08%) per l'adeguamento delle tariffe in base all'andamento dei prezzi di mercato. Nel conto Altri servizi esternalizzati si stima un incremento di spesa 6,3 milioni di spesa per l'impatto di servizi attivati per il Progetto CUP, avviato a fine anno, nonché per l'avvio del servizio di D.P.O. (DATA PROTECTION OFFICER).

BA1750 B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie

L'aggregato in oggetto, comprende la spesa per i contratti di lavoro interinale nonché le collaborazioni del personale tecnico, amministrativo e professionale e la previsione 2020 risulta in incremento di 518 mila euro. La previsione di spesa Covid di 170 mila euro comprende il personale tecnico coinvolto nelle strutture penitenziarie per il potenziamento dell'assistenza nella fase emergenziale, nonché l'ulteriore personale tecnico con rapporto di collaborazione attuato ai sensi del DL 18/2020 al fine di sopperire all'emergenza assistenziale.

BA1880 B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)

L'aggregato relativo alla spesa per Formazione da strutture pubbliche o private, mostra uno scostamento positivo rispetto al bilancio consuntivo 2020 di +421 mila euro, in quanto è stata riattivata e riprogrammata l'offerta formativa aziendale, dando pur sempre la priorità ai corsi telematici nella piattaforma telematica sono stati riprogrammati corsi di formazione (elearning.sanita.marche.it).

BA1910 B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)

La previsione in aumento pari a +1,8 milioni di euro che tiene conto per un importo pari a complessive 315 mila euro dei lavori su impiantistica con una stima di lavori per manutenzione ordinaria degli impianti elettrici ed idraulici non più procrastinabili in base alle norme vigenti per la prevenzione sicurezza e degli infortuni nonché per il rispetto della normativa antincendio. Inoltre tiene conto per (581 mila euro) delle manutenzioni di attrezzature sanitarie e tecnico economali per effetto della scadenza di contratti di manutenzione e/o l'avvio di nuovi contratti stipulati nel corso dell'anno precedente. E' da rilevare una previsione di spesa consistente per le manutenzioni software (+1,1 milioni di euro) soprattutto per il contratto per la gestione del servizio CUP Aziendale

BA1990 B.4) Godimento di beni di terzi

L'aggregato del Godimento beni di terzi rileva complessivamente una previsione in aumento pari a 2,3 milioni di euro rispetto all'anno precedente. L'incremento più rilevante è relativo ai noleggi delle attrezzature sanitarie alimentato da nuovi contratti per apparecchiature di laboratorio, servizi di ossigenoterapia domiciliare, ventilatori polmonari e materassi antidecubito. I canoni per automezzi per avvio di nuovi contratti e gli oneri per godimento beni di terzi per l'installazione di container da utilizzare come magazzini o come stanze per il percorso triage ai pronto soccorsi. Infine anche i fitti passivi sia sanitari che non, sono in aumento per l'avvio di nuovi contratti per locazione di spazi da adibire a nuovi ambulatori e magazzini economali.

BA2080 Totale Costo del personale

La previsione di costo del personale dipendente dei quattro ruoli (BA2080) per l'anno 2021, esclusi gli oneri IRAP classificati alla voce YA0010) evidenzia un incremento rispetto al consuntivo dell'anno precedente di 5,5 milioni di euro.

Tale incremento è programmato sulla base della previsione di impatto dei seguenti fattori:

1) Realizzazione del Piano occupazionale 2021, con un saldo di maggiori teste dal 31/12/2020 al 31/12/2021 di 93 unità, prevedendo di passare da 14.245 unità a 14.338 unità;

2) Maggiori costi legati al riconoscimento dell'esclusività al personale dirigente medico;

3) Maggiori costi legati al trascinarsi dei costi per assunzioni 2020 sull'intero anno 2021;

4) Riduzione dei fondi contrattuali riconosciuti una tantum nel 2020 per l'emergenza covid.

In termini di unità equivalenti, si prevede di aumentare le unità esistenti al 31/12/2020 pari a 13.719,5 di 330,5 UE.

Nell'ambito di tale previsione complessiva, si prevede di destinare all'emergenza covid risorse pari a 18,2 milioni di euro, per le attività seguenti:

a) Proroghe ex DL 18 (per 4,1 milioni di euro);

b) DL 34/2020 potenziamento dell'attività territoriale e implementazione nuovi PL di terapia intensiva (per 12,1 milioni di euro);

- c) DL 104/20 per il recupero delle liste di attesa (per 1,6 milioni di euro);
- d) Vaccinazione COVID (per 395 mila euro).

BA2500 B.9) Oneri diversi di gestione

La spesa in diminuzione rispetto all'anno precedente (-233 mila euro) è legata alla previsione di riduzione degli oneri sociali del personale in quiescenza e delle spese legali mentre aumenta la previsione di spesa per gli organi direttivi e per i compensi per membri esterni di commissioni.

BA2560 Totale Ammortamenti

La spesa degli ammortamenti calcolati in base alle disposizioni del D.Lgs 118/11 e alle risultanze degli anni precedenti, si prevede di pari importo dell'anno precedente.

BA2690 B.14) Accantonamenti dell'esercizio

Gli accantonamenti dell'esercizio risultano in previsione pari a 18,9 milioni di euro, evidenziando una diminuzione rispetto all'anno precedente di 36 milioni di euro; tale previsione è il risultato da un lato dei minori costi per accantonamenti di quote inutilizzate dei contributi regionali vincolati (pari a 26 milioni di euro) e dall'altro dall'annullamento degli accantonamenti per i rinnovi contrattuali del personale dipendente e dei Medici convenzionati e sumaisti, in base alle indicazioni regionali (-10 milioni di euro),

CZ9999 Totale proventi e oneri finanziari (C)

La gestione finanziaria, quale saldo tra i proventi e gli oneri finanziaria, è legata all'andamento dei flussi di cassa prospettici e la dinamica reddituale degli impieghi e fonti di denaro; l'incidenza di tale gestione sul bilancio è minimale, riflettendo il rispetto dei tempi di pagamento previsti per legge. Gli interessi passivi si prevedono in diminuzione, passando da 47 mila euro a 2 mila euro.

EZ9999 Totale proventi e oneri straordinari (E)

L'aggregato in questione comprende partite il cui manifestarsi è occasionale e del tutto imprevedibile, quali le sopravvenienze attive e passive, le insussistenze dell'attivo e del passivo, le minusvalenze, etc.. Il saldo previsto tra oneri e proventi, oltre a includere le risultanze della contabilità al momento dell'elaborazione del bilancio preventivo, consolida le previsioni di proventi straordinari certificate dai Direttori di Area Vasta.

YZ9999 Totale imposte e tasse (Y)

La previsione su questo aggregato vede un incremento di circa 1,5 milioni di euro attribuibili complessivamente alla voce relativa all'IRAP per il personale dipendente (+1,2 milioni di euro), per collaboratori (+262 mila euro) e per 23 mila euro alla ripresa dell'attività libero-professionale.

Ancona, 20/12/2021

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Nadia Storti


Il Direttore Area Dipartimentale Controllo di Gestione ASUR
Dott.ssa Sonia Piercamilli