



ALLEGATO “1.4.”
Bilancio Preventivo Economico Anno 2018

**RELAZIONE ANNUALE SULLA
PROGRAMMAZIONE
ECONOMICA E SANITARIA**

INDICE

1. CRITERI GENERALI DI PREDISPOSIZIONE DELLA RELAZIONE SULLA GESTIONE	4
2. GENERALITÀ SUL TERRITORIO SERVITO, SULLA POPOLAZIONE ASSISTITA E SULL'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE	4
3. GENERALITÀ SULLA STRUTTURA E SULL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI	22
3.1. ASSISTENZA OSPEDALIERA	22
3.1.1. Stato dell'arte	22
3.1.2. L'analisi delle attività del livello ospedaliero	25
3.1.3. Le Reti cliniche	29
3.1.4. La Rete dell'Emergenza Urgenza	31
3.1.5. Obiettivi dell'esercizio relativi alla struttura e all'organizzazione dei servizi ospedalieri	40
3.2. ASSISTENZA TERRITORIALE	48
3.2.1. Stato dell'arte	48
3.2.2. L'analisi delle attività del livello territoriale	56
3.2.2.1. Dimissioni Protette Ospedaliere	57
3.2.2.2. Cure domiciliari	57
3.2.2.3. Cure Intermedie e Case della Salute	57
3.2.2.4. La Rete Socio-sanitaria	60
3.2.3. Obiettivi dell'esercizio relativi alla struttura e all'organizzazione dei servizi territoriali	70
3.3. PREVENZIONE	82
3.3.1. Stato dell'arte	82
3.3.2. L'analisi delle attività del livello prevenzione	84
3.3.3. Obiettivi dell'esercizio relativi alla struttura e all'organizzazione dei servizi di prevenzione	89
4. LA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA DELL'AZIENDA	99
4.1. SINTESI DEGLI OBIETTIVI ECONOMICO-FINANZIARI	99
4.2. ANALISI DEGLI SCOSTAMENTI	106
4.3. INVESTIMENTI	140
4.3.1. Investimenti strutturali ed infrastrutturali	140
4.3.2. Valorizzazione del Patrimonio immobiliare disponibile e vendite	143
4.3.3. Investimenti in tecnologie biomediche	144
5. BILANCIO ECONOMICO PLURIENNALE 2018-2020	148

1. CRITERI GENERALI DI PREDISPOSIZIONE DELLA RELAZIONE SULLA GESTIONE

La presente relazione al Bilancio Preventivo Economico annuale dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale si propone di fornire una visione dinamica della programmazione aziendale che, tenendo conto degli schemi e prospetti contabili, possa descrivere le previsioni di utilizzo delle risorse nei vari settori in rapporto alle attività e ai servizi da erogare.

Il risultato economico programmato per l'esercizio successivo, così come stabilito dalla Legge n. 47 del 19 novembre 1996, è analizzato in termini complessivi aziendali e in relazione ai risultati attesi dalle varie articolazioni che compongono l'Azienda, le Arce Vaste. L'obiettivo è quello di mettere in evidenza le principali dinamiche emergenti sia sotto il punto di vista delle risorse allocate, sia dal punto di vista delle nuove attività implementate, in modo da far emergere le scelte operative che quest'Azienda intende compiere nel periodo di riferimento: obiettivi da perseguire, azioni attivate e da intraprendere, risorse da allocare.

Così come definito dalla mission aziendale, l'impegno è rivolto prioritariamente alla ricerca continua dell'efficacia di gestione, intesa come raggiungimento di obiettivi rappresentati dal soddisfacimento dei bisogni sanitari della collettività in relazione alle risorse a disposizione.

La legge regionale n. 47 del 19 novembre 1996, art. 2, dispone che la presentazione del Bilancio economico preventivo annuale e pluriennale debba avvenire entro il 15 novembre dell'anno precedente a quello di riferimento. La nota prot. n. 23629 DIP5 del 12 novembre 2004 specifica che il termine del 15 novembre *"stabilito dall'art. 2 comma 2 della L.R. 47/96 non deve essere considerato come perentorio."* Si aggiunge inoltre che *"In proposito, l'art. 7 della legge citata individua il Budget generale d'Azienda/Zona quale documento fondamentale per la redazione del bilancio di previsione, da presentare congiuntamente allo stesso per l'approvazione."*

La stessa legge regionale prevede che, unitamente al bilancio di previsione, debba essere trasmesso alla Giunta Regionale il budget generale d'azienda; entrambi i documenti sono stati elaborati in coerenza l'uno con l'altro.

Il budget dell'ASUR è stato assegnato dalla Regione con delibera regionale n. 1788 del 27/12/2018 che ha stabilito altresì il termine per l'adozione del Bilancio economico preventivo annuale e pluriennale.

La stessa delibera da disposizioni circa la composizione della relazione di accompagnamento al Bilancio Preventivo 2018 prevedendo che sia corredato da una relazione redatta dal Direttore Generale, la cui struttura è stata resa conforme ai contenuti del D.Lgs. 118/11 e s.m.i., sulla base delle informazioni disponibili e per quanto attinente alla fase previsionale anziché quella della rendicontazione.

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

La **Legge Regione Marche n. 13 del 20 giugno 2003** ha istituito l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), unificando le precedenti 13 ASL 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 più di 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, il passaggio del Presidio Ospedaliero "S. Croce" di Fano all'Azienda Ospedaliera Marche Nord e, infine, il passaggio del Presidio Ospedaliero "Santi Benvenuto e Rocco" di Osimo all'INRCA di Ancona.

In particolare, con decorrenza 01/01/2010, in seguito alla Legge n. 117 del 03 agosto 2009 (avente ad oggetto: Distacco dei Comuni di Castel delci, Maiolo, Novafeltria, Pennabilli, San Leo, Sant'Agata Feltria e Talamello dalla Regione Marche e loro aggregazione alla Regione Emilia-Romagna, nell'ambito della provincia di Rimini, ai sensi dell'articolo 132, secondo comma, della Costituzione), i comuni della Valmarecchia sono stati trasferiti dall'ASUR (Ex Zona Territoriale n. 1 di Pesaro) alla Regione Emilia Romagna.

Successivamente, a decorrere dal 01/01/2011, il Presidio Ospedaliero S. Croce di Fano, scorporato dall'ASUR (Ex Zona Territoriale n. 3 di Fano) ai sensi della Legge Regionale n. 21 del 22 settembre 2009 (avente ad oggetto: Istituzione dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord"), è stato incorporato nella neo costituenda Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord", in seguito all'approvazione da parte della Giunta Regionale dell'atto aziendale (DGRM n. 1759 del 6/12/2010, avente ad oggetto <<LR n. 13/2003 art. 3 comma 2 e art. 5 - Atto aziendale Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" – Approvazione >>).

Da ultimo, a decorrere dal 01/01/2018, l'Azienda è stata interessata da un'ulteriore operazione straordinaria di scorporo di ramo d'azienda ai sensi della L.R. n. 34 del 4/12/2017, con il trasferimento del Presidio ospedaliero SS. Benvenuto e Rocco di Osimo dell'Area Vasta 2 all'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (INRCA) di Ancona.

Con **Legge Regione Marche 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.

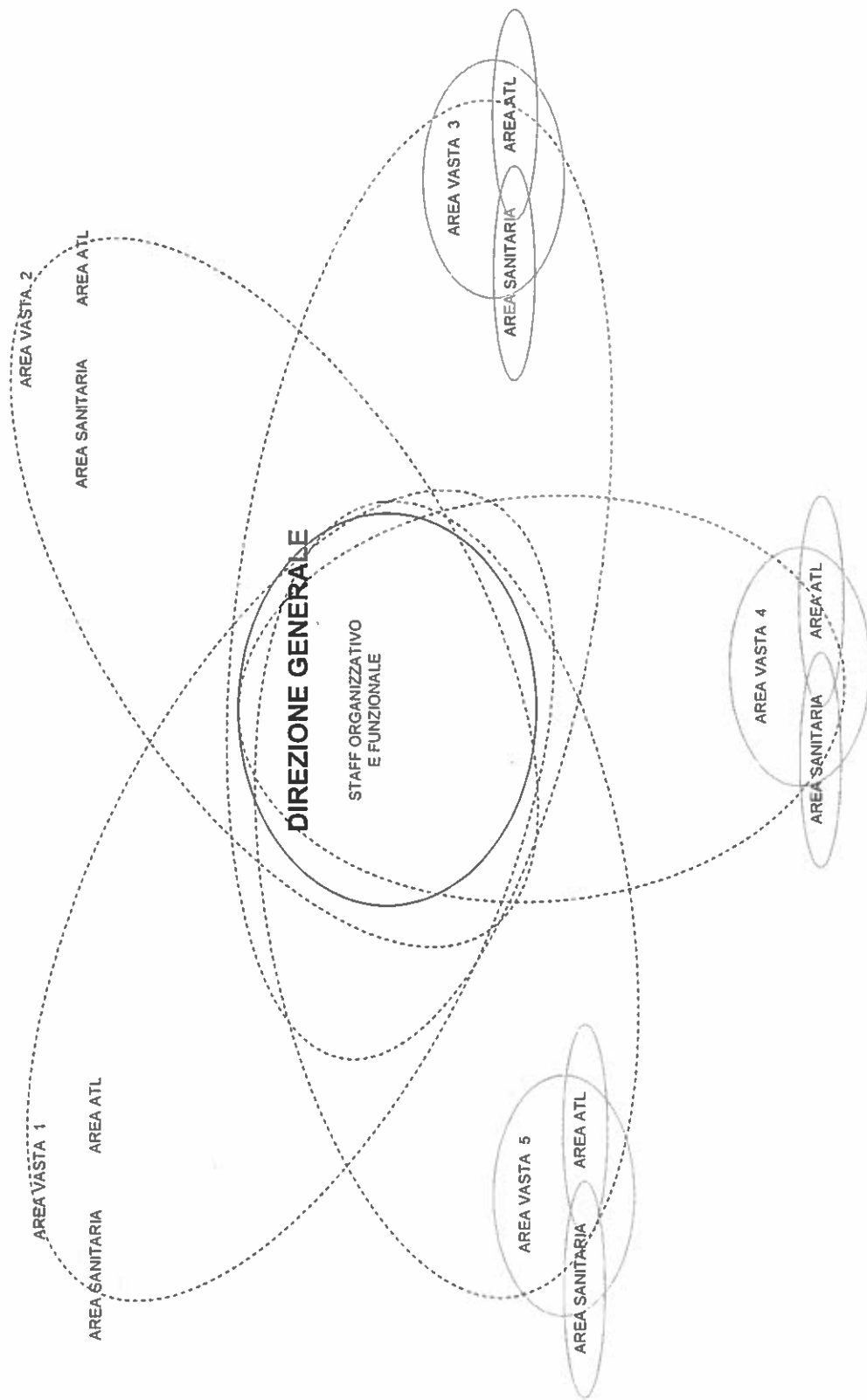


In tale contesto, l'ASUR conserva la propria *mission* di garantire in modo costante ed uniforme la tutela dei cittadini residenti nell'intero territorio della Regione Marche. La dimensione regionale favorisce il perseguimento dell'obiettivo di rendere l'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari 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.

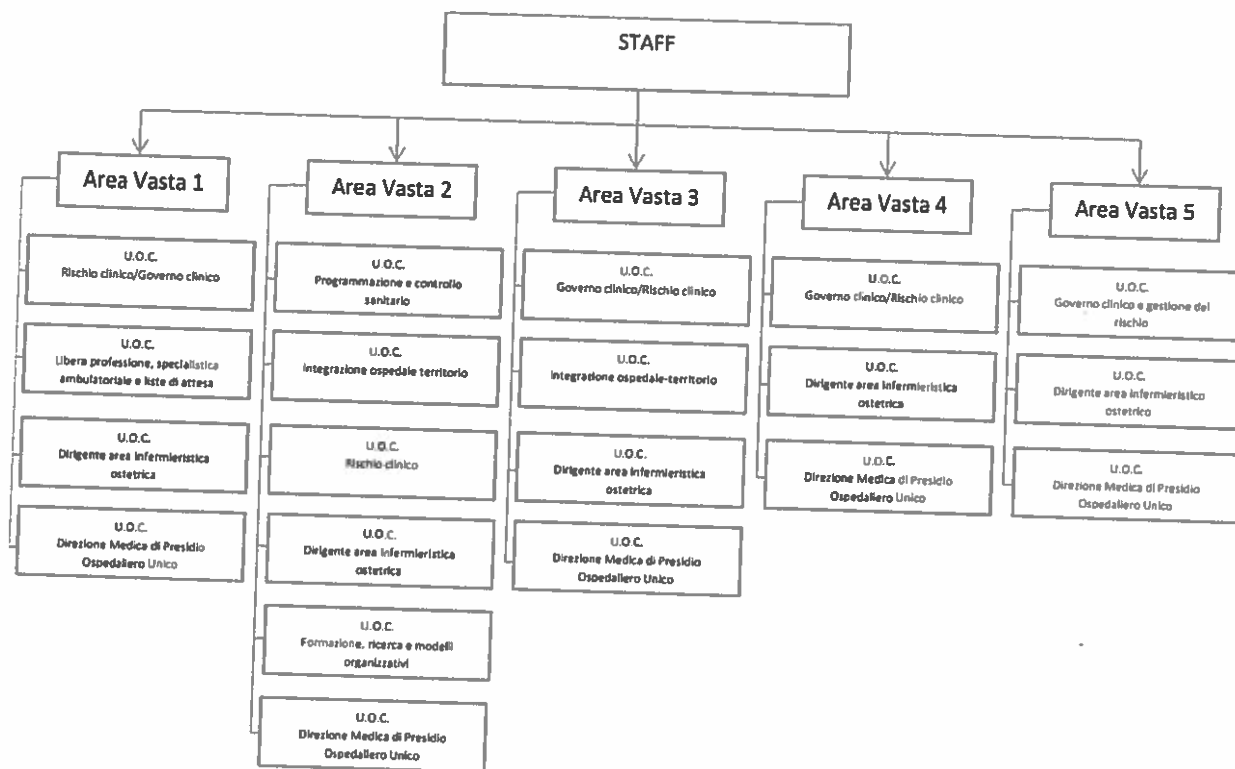
Obiettivo strategico dell'ASUR, pertanto, è quello di realizzare un sistema efficiente, snello e capace di risposte rapide, in grado di produrre economie ed ottimizzazioni di sistema al fine di garantire la compatibilità e sostenibilità economica dell'intero sistema socio-economico regionale, peraltro 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.

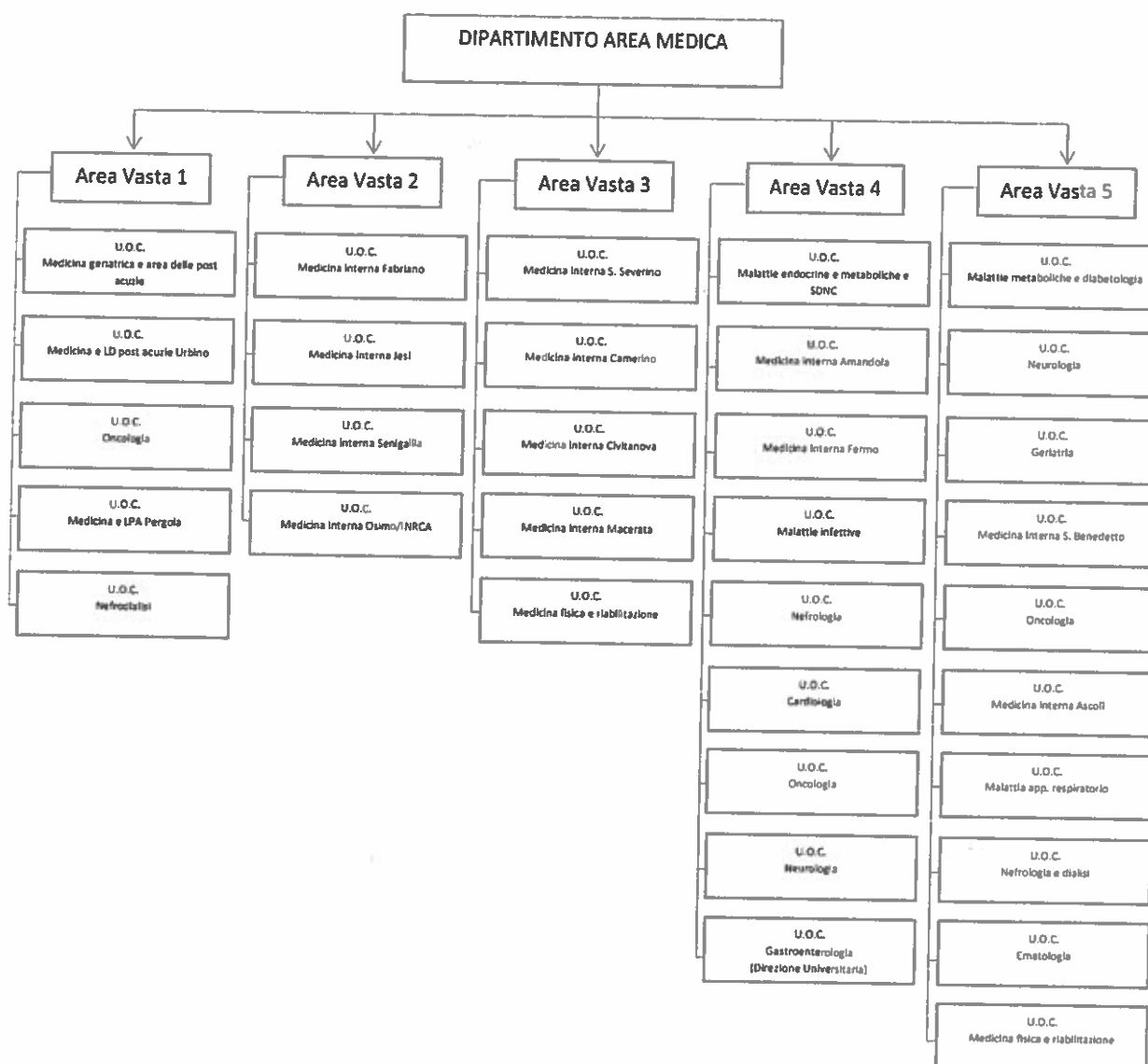
L'assetto organizzativo-funzionale aziendale, rappresentato nel grafico seguente, si rifà a quello dei sistemi a rete in cui le articolazioni organizzative rappresentano un insieme di nodi che sono legati tra loro da relazioni e connessioni più o meno deboli e che condividono sistemi operativi a supporto 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.).

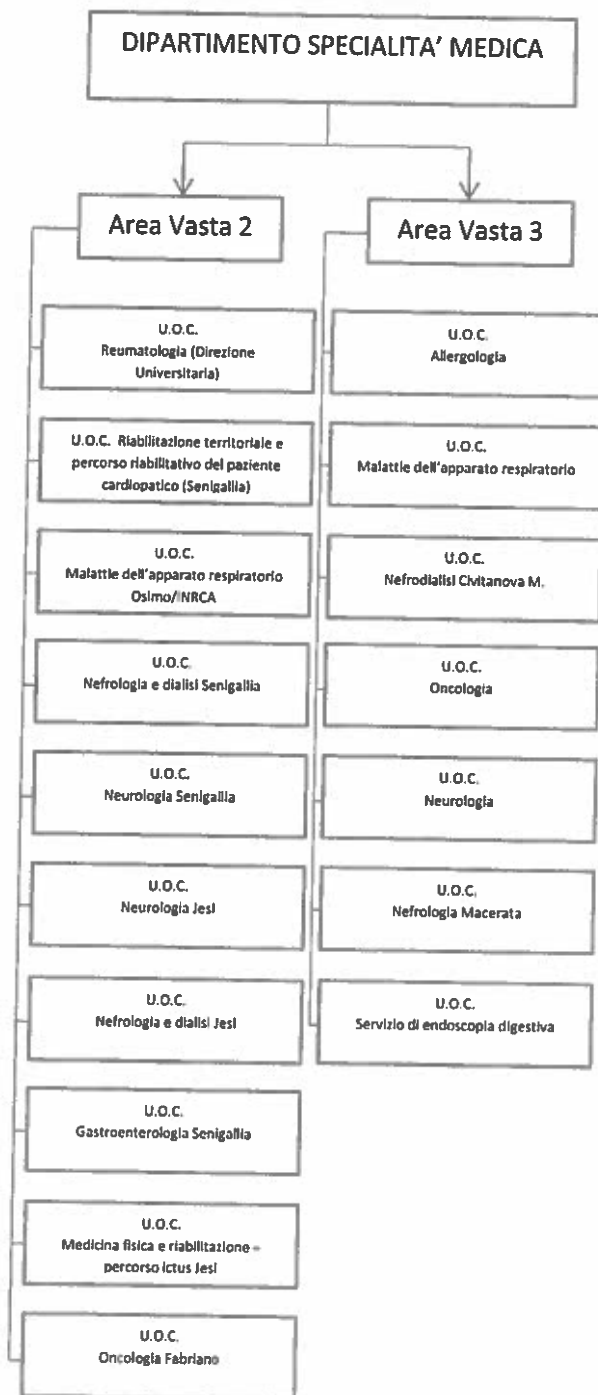
Organigramma / funzionigramma aziendale

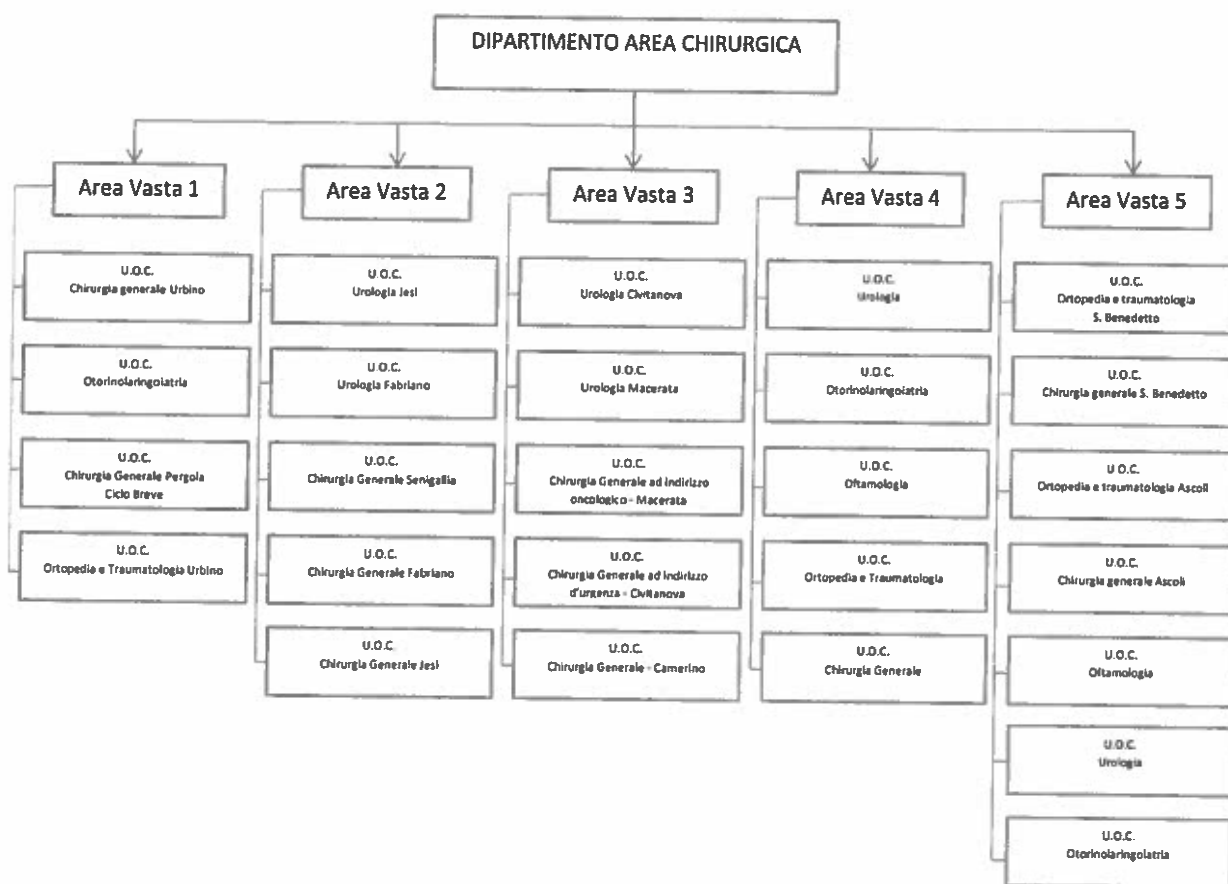


Per quanto riguarda l'Area Sanitaria, l'organizzazione aziendale è regolamentata dalla Determina ASUR n. 361/DG del 23/06/2017, così come modificata con Determina ASUR n. 486/DG del 28/07/2017. Di seguito, si rappresenta graficamente l'organizzazione di ciascuna Area (Dipartimento di Prevenzione, Territorio, Staff, 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) così come prevista nelle 5 Aree Vaste in termini di Unità operative complesse.



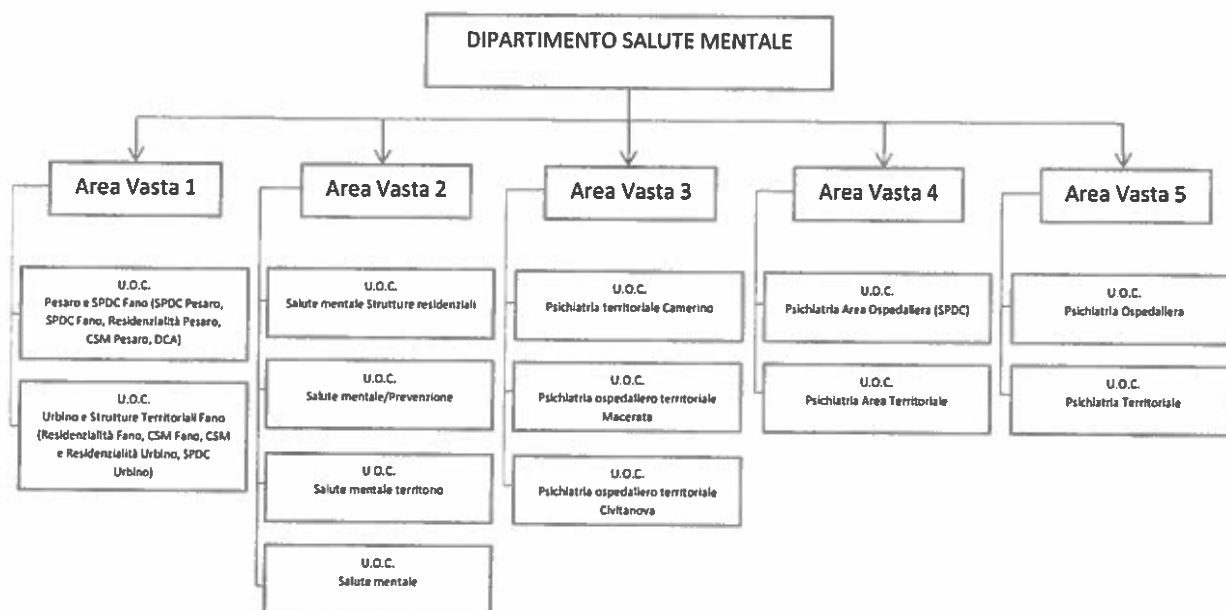


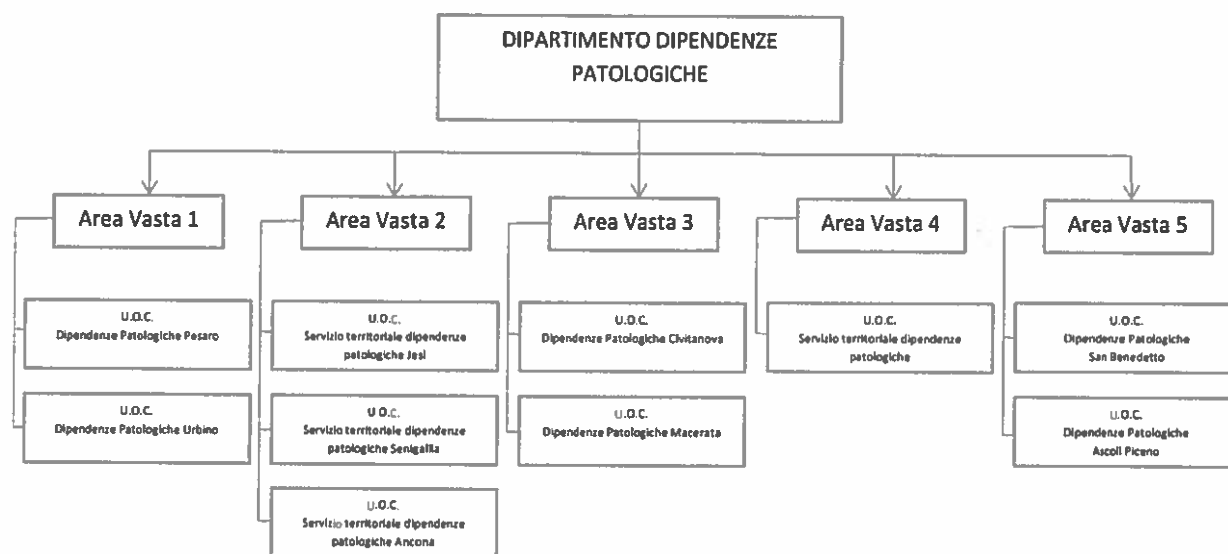


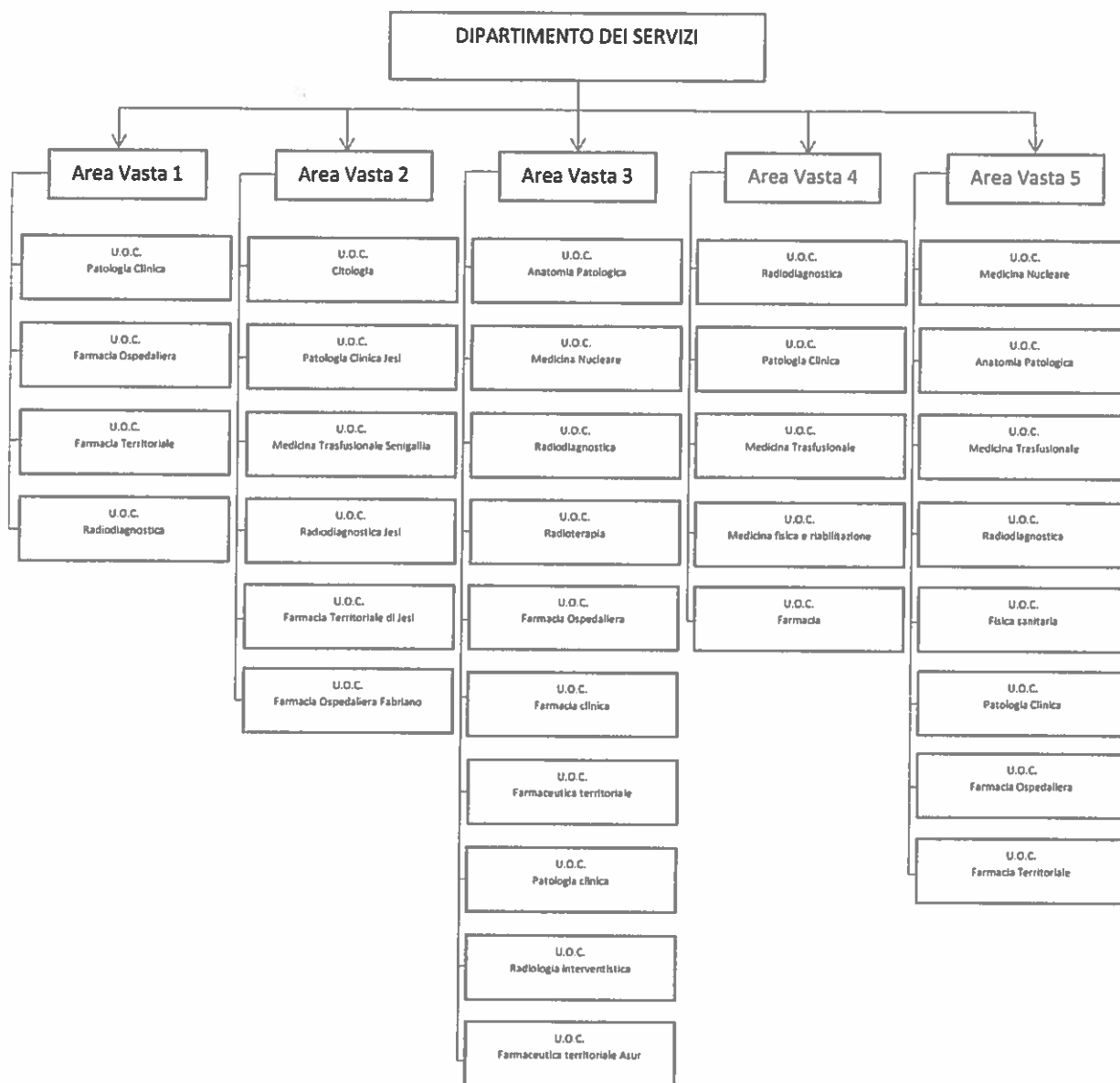










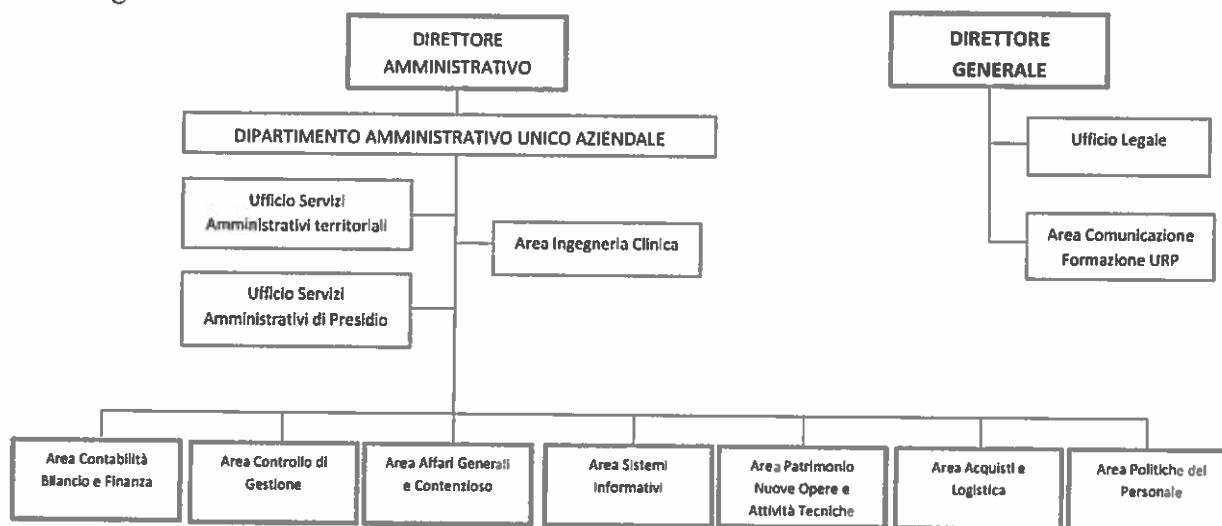


Infine, sono previsti sette Dipartimenti funzionali a valenza aziendale e inter-Area Vasta, quali:

- 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.

Per quanto riguarda l'Area Amministrativo-Tecnico-Logistica, 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. Di seguito, si rappresenta graficamente l'organizzazione dell'Area ATL.

Figura 1



Passando all'analisi delle principali caratteristiche dell'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 01/01/2018 è pari a 1.531.753¹ distribuita in 229 Comuni e in 13 Distretti, con una densità di 163 abitanti per Km². La popolazione per Area Vasta e classe di età è riportata nella tabella seguente.

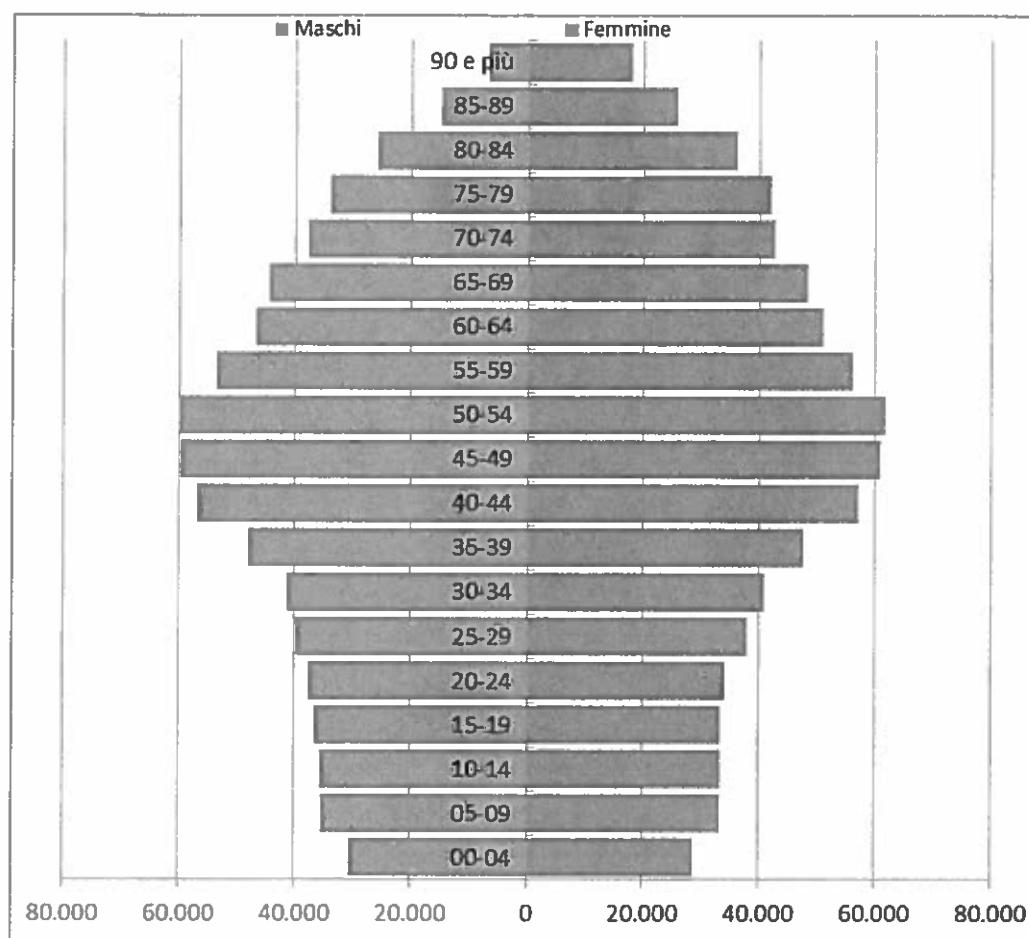
AREE VASTE	TOTALE POPOLAZIONE ALL' 1/01/2018	CLASSI DI ETÀ'							
		NEONATI	1-4 anni	5-14 anni	15-44 anni Maschi	15-44 anni Femmine	45-64 anni	65-74 anni	>=75 anni
AV1 PESARO	360.125	2.548	11.597	33.407	61.121	59.415	106.244	40.549	45.244
AV2 ANCONA	485.200	3.304	15.203	44.316	81.613	78.829	141.976	55.144	64.815
AV3 MACERATA	303.713	2.228	9.745	27.204	51.793	50.336	87.564	33.997	40.846
AV4 FERMO	174.338	1.190	5.384	15.055	29.513	28.666	51.478	19.452	23.600
AV5 ACOLI PICENO	208.377	1.360	6.273	17.511	35.160	33.786	62.423	23.798	28.066
TOTALE	1.531.753	10.630	48.202	137.493	259.200	251.032	449.685	172.940	202.571

Nelle Marche la speranza di vita alla nascita per gli uomini è di 81,1 anni e per le donne di 85,4 (dati Istat, 2017), rappresentando uno dei valori più alti tra tutte le regioni italiane (dato medio nazionale: 80,5 maschi e 84,9 femmine). L'indice di vecchiaia (determinato come rapporto tra il numero di ultra sessantacinquenni e la popolazione tra 0 e 14 anni), pari al 191%, supera di ben 22 punti percentuali il dato nazionale. Attualmente gli ultra sessantacinquenni (375.511) rappresentano il 24,5% della popolazione residente (in Italia il 22,6%).

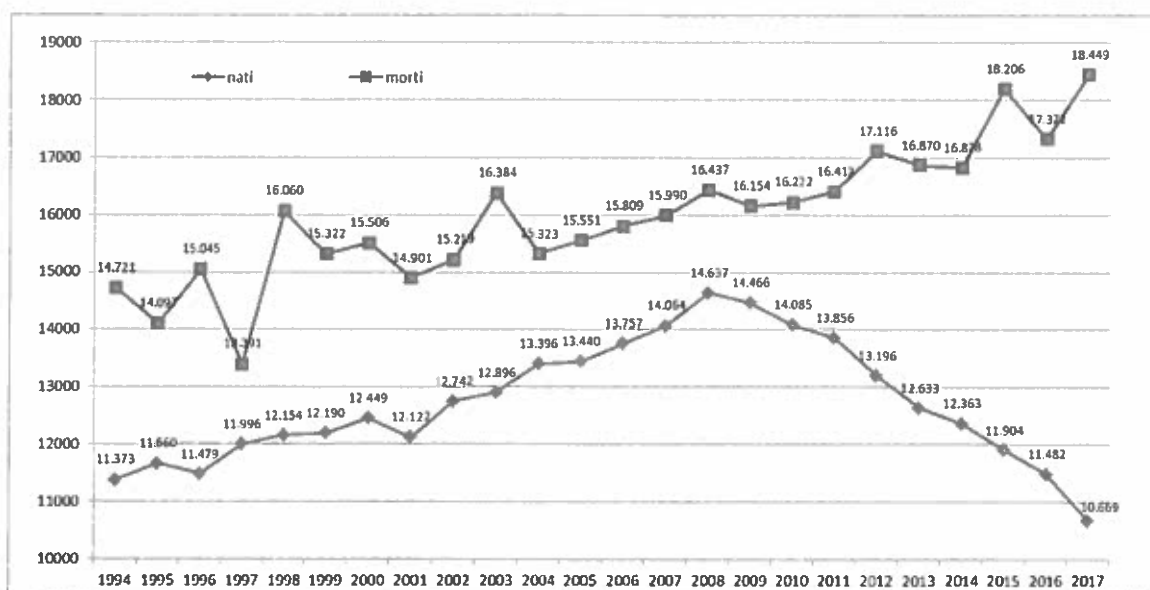
Nel 2017, come avviene ormai da oltre un ventennio, il saldo naturale dei primi sette mesi dell'anno è risultato negativo, pari a -4.443 unità, in proiezione annua si evidenzia un decremento rispetto al 2017 che registrava un saldo negativo pari a -7.780 unità.

Il grafico in basso, detto "Piramide delle Età", rappresenta in modo grafico la distribuzione della popolazione delle Marche per età e sesso al 1° gennaio 2018. 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.

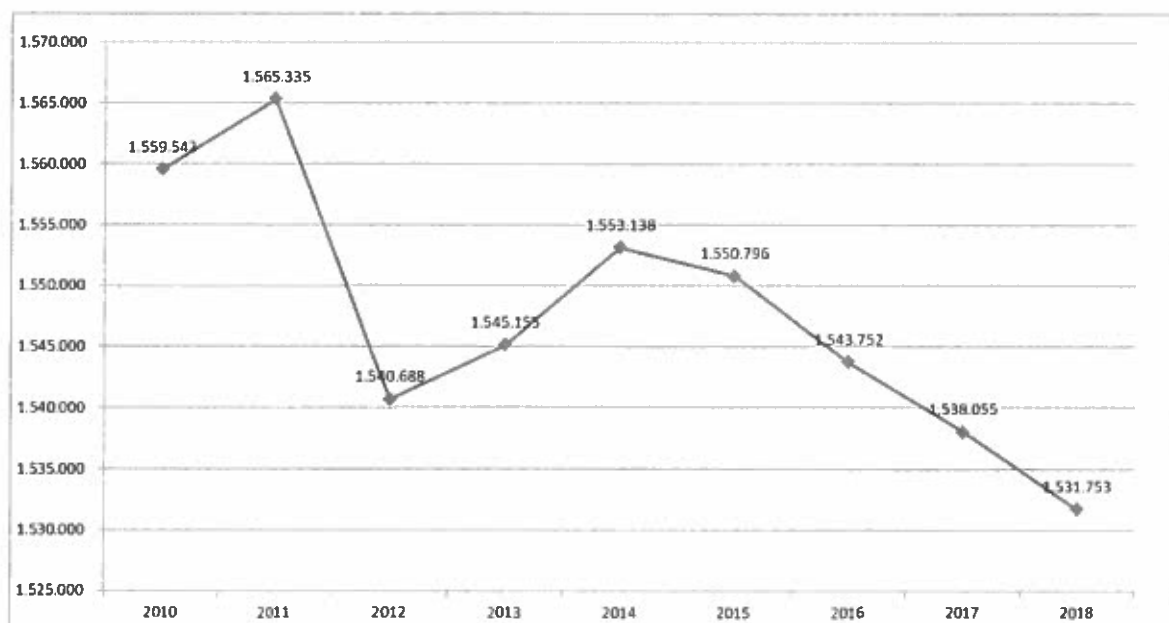
¹ Fonte: ISTAT



Di seguito viene analizzato il movimento naturale della popolazione delle Marche, esso è determinato dalla differenza fra le nascite ed i decessi ed è detto anche saldo naturale. Le due linee del grafico in basso riportano l'andamento delle nascite e dei decessi negli ultimi anni. L'andamento del saldo naturale è visualizzato dall'area compresa fra le due linee. Il grafico seguente riporta il dettaglio delle nascite e dei decessi della Regione Marche nel periodo 1994-2016. L'analisi del trend delle nascite, è rappresentato nel grafico dalla linea in azzurro ed evidenzia che nel 2008 si è registrato il più alto numero di nascite degli ultimi 20 anni; nella lettura di tale dato occorre però considerare che la netta riduzione dei nati dal 2009 in poi è dovuta in parte all'esclusione nel computo dei residenti dei comuni della Valmarecchia, infatti nel 2009 la regione Marche ha ceduto 7 comuni all'Emilia-Romagna. Si evidenzia infine che il trend negativo delle nascite è accompagnato da un decremento demografico della popolazione residente nella regione a decorrere dal 2014.



Per avere un quadro completo dell'andamento demografico della popolazione residente nelle Marche si inserisce il grafico con il trend della popolazione residente nella regione su dati ISTAT al 01 gennaio di ogni anno per gli anni che vanno dal 2010 al 2018, che evidenzia un trend in decremento dei residenti della regione dal 2014 al 2018.



L'andamento demografico complessivo è influenzato anche da un saldo migratorio, a questo proposito si evidenzia che la popolazione straniera residente al 1 Gennaio 2018 nella Regione Marche è pari al 136.045 residenti, corrispondente al 8,88% della popolazione (contro una media italiana del 8,51%).

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 2017 è risultato nelle Marche pari a 2,4 unità, valore leggermente superiore alla media nazionale, che è pari a 2,3.

Si riportano, infine, i dati sulla popolazione assistita e sulla sua composizione per fasce d'età.

Assistiti per Fascia di Età - Anno 2018	Maschi	Femmine	Numero
0-13	91.888	86.641	178.529
14-64	467.011	469.991	937.002
65-74	81.266	89.544	170.810
75 anni ed oltre	81.004	121.160	202.164
Totale	721.169	767.336	1.488.505

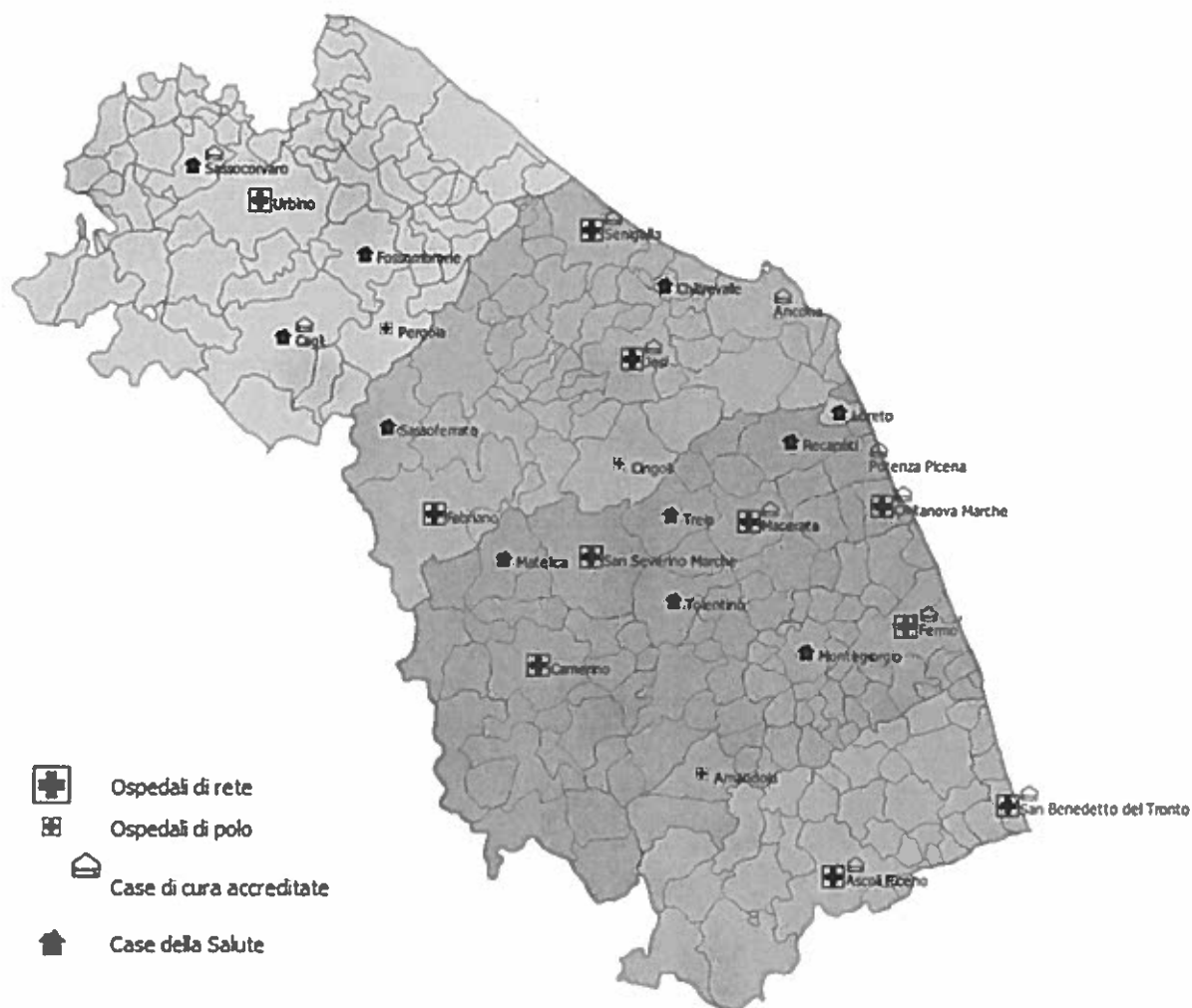
I dati relativi alla popolazione assistita, sopra riportati, differiscono da quelli ISTAT e da quelli utilizzati dalla Regione per il riparto del fabbisogno sanitario regionale standard, in quanto i dati riportati in tabella fanno riferimento al numero di assistibili per fasce d'età (Fonte Modello FLS.11 NSIS anno 2018).

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 25 stabilimenti raggruppati, in 11 stabilimenti maggiori (nominati ex Ospedali di rete) e 3 stabilimenti minori (nominati ex Ospedali di Polo) e 11 stabilimenti di riconvertiti in case della salute. A questi si aggiungono 11 Case di Cura Private accreditate, come da prospetto e mappa seguenti.



Strutture pubbliche (Fonte Modello HSP 11 e HSP 11 bis Anno 2018)

AREA VASTA	CODICE STRUTTURA	DESCRIZIONE STRUTTURA	CODICE STABILIMENTO	DESCRIZIONE STABILIMENTO
AV1	110001	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV1	01	OSP S. MARIA DELLA MISERICORDIA - URBINO
			02	OSPEDALE SS DONNINO E CARLO - PERGOLA
AV2	110002	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2	01	PRESIDIO OSPEDALIERO ZT 4 - SENIGALLIA
			02	OSPEDALE DI JESI - CARLO URBANI
			04	OSPEDALE CIVILE 'E. PROFILI' - FABRIANO
			06	OSPEDALE GENERALE DI ZONA - CINGOLI
AV3	110003	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3	01	OSPEDALE GENERALE DI ZONA - CIVITANOVA
			02	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE - MACERATA
			03	OSPEDALE S. MARIA DELLA PIETA' - CAMERINO
			04	OSPEDALE B. EUSTACCHIO - S. SEVERINO M.
AV4	110004	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4	01	OSPEDALE DI FERMO
			02	OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II - AMANDOLA
AV5	110005	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5	01	MADONNA DEL SOCCORSO - S. BENEDETTO
			02	OSP. GEN. ASCOLI PICENO

Strutture private accreditate (Fonte Modello HSP 11 anno 2018)

CODICE STRUT.	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	CASA DI CURA 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 IGEEA
			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 2018 i posti letto direttamente gestiti sono pari a 2.642 unità, comprendenti 350 posti letto di DH/DS, 192 posti letto di riabilitazione e lungodegenza e, infine, 2.100 posti letto ordinari (incluso detenuti, nido e discipline ospedaliere per acuti). Il confronto con l'anno precedente evidenzia una riduzione della dotazione complessiva dei posti letto ASUR a gestione diretta, per effetto dello scorporo del Presidio ospedaliero di Osimo a valere dal 1/1/2018, con il trasferimento di 4 posti letto di day-hospital, 12 di day-surgery e 68 di degenza ordinaria.

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	16	16	45	205	282
AV2	110002	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2	46	28	90	596	760
AV3	110003	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3	51	53	23	594	721
AV4	110004	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4	23	20		273	316
AV5	110005	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5	71	26	34	432	563
Totale complessivo			207	143	192	2100	2642
<i>Anno precedente</i>			<i>185</i>	<i>150</i>	<i>190</i>	<i>2172</i>	<i>2697</i>
<i>Delta</i>			<i>22</i>	<i>-7</i>	<i>2</i>	<i>-72</i>	<i>-55</i>

Fonte: HSP 11 e 12

Passando alla dotazione di posti letto nelle strutture private accreditate, il numero di posti letto delle Case di Cura private regionali è pari a 892 unità, comprendenti 59 posti letto di DH/DS, 396 posti letto di riabilitazione e lungodegenza e, infine, 433 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
110075	STUDIO MEDICO CHIR. POLISP.	0	5	0	0	5
110076	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 2	0	20	84	52	156
110077	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 3	2	14	42	85	143
110078	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 4/5	0	22	45	241	308
110079	CENTRO OSPEDALIERO SANTO STEFANO	0	0	143	55	198
Totale complessivo		2	61	396	433	892
<i>Anno precedente</i>		<i>2</i>	<i>59</i>	<i>396</i>	<i>433</i>	<i>890</i>
<i>Delta</i>		<i>0</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>2</i>

Fonte: HSP 11 e 13

Sulla base della programmazione regionale di cui alla DGRM 908/15 e ss.mm.ii, i Posti letto delle strutture private escluse la riabilitazione ex art. 26 sono pari a 685 unità, di cui 415 per acuti e 270 di Lungodegenza Post Acuzie, cui si aggiungono 40 PL per le cure intermedie e 125 di RSA.

Codice Stabilimento	Descrizione Stabilimento	Degenza ordinaria Riab. E Lungod. (cod. 56-60)	Degenza acuti	Totale	CURE INTERMEDIE	PL RESIDENZIALI
110037	CASA DI CURA VILLA SILVIA	32	0	32	0	26
110039	CASA DI CURA VILLA JOLANDA	15	0	15	0	59
110071	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'	35	0	35	0	20
110076	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 2	84	70	154	20	20
110077	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 3	54	95	149	20	0
110078	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 4/5	50	250	300	0	0
Totale DGRM 908/15 e ss.mm.ii		270	415	685	40	125

3.1.2. L'analisi delle attività del livello ospedaliero

Il processo di modernizzazione e modifica dell'organizzazione e del ruolo dell'ospedale, avviato con le riforme del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha prodotto consistenti risultati: il nostro sistema ospedaliero, nelle punte e nella media delle performance registrate, è in grado di competere con le migliori realtà internazionali.

La necessità di garantire uniformi Livelli Essenziali di Assistenza -LEA, in un ambito di sostenibilità del SSN alla luce delle manovre di revisione della spesa che si sono susseguite, l'esigenza di allineare il nostro sistema ospedaliero agli standard di produttività, efficienza e sostenibilità richiesti anche alla luce della recente normativa in materia (DM 70/2015) (tenendo conto delle caratteristiche di estrema frammentazione della rete ospedaliera esistente) ha guidato la scelta di una riorganizzazione che negli anni 2017 e 2018 ha coinvolto l'intero sistema delle cure.

L'obiettivo è stato quello di riequilibrare i ruoli tra ospedale e territorio, in una visione integrata del percorso assistenziale, riconducendo nell'assistenza ospedaliera l'appropriata risposta all'acuzie e garantendo la continuità delle cure nel territorio, sia in regime di residenzialità che di assistenza domiciliare.

Le innovazioni tecnologiche e scientifiche della medicina, e soprattutto l'invecchiamento della popolazione hanno comportato un importante cambiamento del quadro della morbidità aumentando il numero di persone affette da patologie croniche, spesso pluripatologiche e con un'età media molto alta, che si rivolgono al SSN. Negli ultimi anni è stato dunque necessario affrontare i nuovi bisogni di salute dei cittadini ripensando la sanità in un'ottica non più ospedalocentrica, ma di riconversione delle risorse e potenziamento delle attività territoriali, anche attraverso gli Ospedali di Comunità.

La Regione Marche e di conseguenza l'ASUR ha recepito il DM 70/15 che ridefinisce le Case della Salute di tipo C in Ospedali di Comunità ed hanno disposto la riduzione della frammentazione ospedaliera e la riconversione delle piccole strutture ospedaliere.

La DGR 139/16 ha disegnato la presenza, la tipologia e l'attività degli Ospedali di Comunità.

Le strutture sanitarie per Cure Intermedie prevedono la presenza dei medici di medicina generale (mmg) e di continuità assistenziale (CA). Una grande occasione per ridare al medico di famiglia il ruolo centrale nella salute del cittadino, permettendogli di effettuare ricoveri ed effettuare accertamenti clinici in pazienti per lo più anziani, con patologie croniche, già studiati in più occasioni in una struttura ospedaliera per acuti e in una fase di riacutizzazione. Il processo di integrazione con i medici dipendenti è iniziato nel 2016 ed è proseguito negli anni 2017 e 2018, più velocemente di quanto prevedibile. L'attività sanitaria da effettuare negli Ospedali di Comunità per rispondere alle mutate esigenze di salute delle persone, richiede un cambiamento di comportamenti e di mentalità nel personale sanitario, sia nei mmg/CA, sia nei medici dipendenti.

In ognuno degli Ospedali di Comunità viene garantita la presenza del medico sia diurna che notturna, o tramite CA o con medici interni.

I dati di attività costantemente monitorati, il numero dei ricoveri, la degenza media, il numero delle prestazioni negli ambulatori infermieristici, dimostrano l'efficacia del lavoro svolto dagli Ospedali di Comunità, che lavorano in base a protocolli operativi chiari, sui quali è stata effettuata apposita formazione ASUR nel corso del 2016 (ottobre-novembre), secondo un progetto univoco in tutte le AAVV. Un tavolo ASUR ha continuato a lavorare nel 2017 sui protocolli di inserimento e di attività di queste strutture, arrivando alla Determina n. 670/2017 ("Regolamento ASUR Cure Intermedie, Punto di Assistenza Territoriale, ambulatori Infermieristici. Approvazione") cui si è continuato a dare applicazione nel 2018. Questo per garantire il miglioramento continuo dell'assistenza sanitaria offerta dagli Ospedali di Comunità.

L'approvazione dei nuovi Lea (G.U. n. 65 del 18-3-17) ha comportato interventi su diversi settori: sono state definite le attività, i servizi e le prestazioni da garantire ai cittadini da parte del SSN,

in parte dettagliando attività già precedentemente incluse nei Lea ed in parte aggiornandole ed ampliandole. In particolare sono stati ridefiniti ed aggiornati gli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche ed invalidanti che danno diritto all'esenzione (ad esempio la celiachia, le sindromi di Down e Klinefelter e le connettività indifferenziate passano dall'elenco delle malattie rare a quelle croniche, poiché sono sindromi croniche senza la caratteristica epidemiologica di rarità); sono state aggiunte all'elenco del D.M. 2001 ulteriori 118 nuove entità tra singole malattie rare e gruppi di malattie ed all'elenco delle malattie croniche sono state aggiunte 6 patologie, tra cui le patologie renali croniche e la bronco pneumopatia cronica ostruttiva distinguendo gli stadi clinici "moderato", "grave" e "molto grave". Per la maggior parte delle malattie incluse negli elenchi sono individuate le prestazioni fruibili in esenzione per garantire l'appropriatezza prescrittiva.

Nel settore della cronicità l'ASUR sta lavorando, attraverso tavolo di esperti, per omogeneizzare i percorsi su tutto il territorio regionale relativi a settori diversi: Nutrizione Artificiale (719/DG/17), Ferite Difficili (559/DG/2017), Attuazione del piano nazionale cronicità e domiciliarizzazione del paziente nefropatico (555/DG/18), percorso ospedale/territorio del paziente con SLA (707/DG/17).

Tra i tavoli tecnici, multidisciplinari, attivati dall'ASUR nel 2017, in linea con quanto richiesto dal Decreto Ministeriale sui nuovi LEA, vi è stato il tavolo sulla presa in carico da parte dei servizi territoriali del malato raro in terapia sostitutiva enzimatica, che ha esitato nella ASUR DG 726 del 13/12/17, la cui applicazione è stata monitorata nel corso del 2018.

Tra le novità importanti che il Decreto Ministeriale sui nuovi LEA ha introdotto, l'estensione alla gratuità delle vaccinazioni, tra cui i vaccini anti-Pneumococcico ed anti-Meningococcico e l'estensione a nuovi destinatari, ad esempio, per il Papilloma-virus, il vaccino può essere erogato gratuitamente anche agli adolescenti maschi. E' stato istituito un tavolo di lavoro ASUR per la valutazione della copertura vaccinale negli operatori sanitari, in particolare in quelli addetti alle aree più a rischio, come il pronto soccorso, le unità operative di malattie infettive, le neonatologie e le pediatrie, che ha portato alla rivalutazione del rischio biologico in ambito sanitario ed è esitato nei provvedimenti descritti nella 619/DG/17. Nel corso del 2018 è stato attuato il piano di formazione rivolto agli operatori sanitari, che proseguirà negli anni 2019 e 2020.

La Direzione ASUR sta lavorando per dare piena attuazione ai nuovi Lea puntando sulla prevenzione e sull'appropriatezza delle prestazioni erogate: si è scelto di lavorare attraverso la costruzione e l'applicazione corretta dei PDTA, la presa in carico del malato cronico, l'attento monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e l'implementazione delle reti cliniche, tra le quali la rete delle malattie rare.

Nel settore dell'appropriatezza prescrittiva, di esami e farmaci, uno dei tavoli tecnici attivati nel 2017 si è occupato del corretto uso di antibiotici nella profilassi delle infezioni del sito chirurgico (561/DG/17).

L'ASUR Marche ha lavorato su quattro livelli di riorganizzazione:

a) Riconversione dei piccoli ospedali in Ospedali di Comunità con attivazione delle cure intermedie: DGRM 960/2014, DGRM 1696/2012, DGRM 735/2013, DGRM 452/2014, DGRM 1183/2015.

Sono state introdotte, definite ed istituite:

- la Degenza Post Acuzie (DPA) ad esclusiva responsabilità organizzativa e gestionale ospedaliera;
- i posti letto di Cure Intermedie (CI) realizzati nelle Case della Salute (CDS) con responsabilità organizzativa e gestionale del Territorio;
- le Unità Operative Funzionali Sociali e Sanitarie (U.O.SeS) come luogo di gestione dell'integrazione sociale e sanitaria e come centro di coordinamento per l'organizzazione e la gestione delle reti integrate del "Governo della domanda" e l'attuazione dei "Percorsi delle reti integrate", secondo una impostazione unica regionale (DGRM 110 e 111 del 23 febbraio 2015);

b) Cure domiciliari (DGRM 791 del 30/07/2014 “Linee guida per le cure domiciliari. Approvazione”).

c) Reti cliniche (DGRM 1345/2013 e DGRM 1219/2014), riorganizzazione che parte dall'istituzione del Presidio Unico di Area vasta (DGRM 478/2013) come ambito funzionale di implementazione delle Reti Cliniche (ad eccezione delle Reti a sviluppo inter-Area Vasta), nel quale la Direzione Medica del Presidio Unico assicura il supporto per l'implementazione delle Reti Cliniche e la componente clinica (Direttori di Dipartimento, di UOC e UOSD) è responsabile della definizione e nell'implementazione dei contenuti professionali. Già la DGRM 1696 del 3/12/2012 prevedeva la necessità di *“...omissis... un network ospedaliero di integrazione clinica per le acuzie, a maggiore diffusione, che garantisca una risposta sanitaria efficace ed efficiente ad un bacino territoriale omogeneo, integrandosi in logica di intensità di cura con sistema hub & spoke...omissis...”*. Quest'ultima specifica azione ha tenuto conto anche delle indicazioni contenute nel DM 70 del 2 aprile 2015, entrato in vigore il 19 giugno 2015, in merito agli Standard qualitativi e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, delle valutazioni AGENAS sui volumi minimi di attività, della performance e degli esiti clinici, per garantire al cittadino utente la massima qualità e sicurezza delle cure.

Tra le diverse Reti ospedaliere sono state definite e riorganizzate la Rete Ospedaliera dell'Emergenza Urgenza, la Rete per le Emergenze Cardiologiche, la Rete dell'Ictus sempre con la logica del sistema hub & spoke (DG ASUR 916/15 e DG ASUR 620/17).

d) Nuovo assetto organizzativo aziendale (DGRM 551/2013, DG ASUR 850 del 16 dicembre 2014 e DG ASUR 350 del 14 maggio 2015, DGR 481 del 2/8/2016 e DG ASUR 361/17) nel quale è stato individuato il numero complessivo degli incarichi dirigenziali (strutture complesse e strutture semplici) assegnate alle cinque Aree Vaste in coerenza con la riorganizzazione ospedaliera delle reti cliniche.

I riferimenti normativi di interesse dell'area ospedaliera sono di seguito riportati:

1. Legge 135/2012 e “Regolamento sugli standard qualitativi, strutturali e tecnologici per l'assistenza ospedaliera”
Il Regolamento prevede la necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza, in un contesto di risorse limitate, mediante una riconversione di servizi, strutture e ospedali, per far fronte ai mutati bisogni demografici epidemiologici. L'unità di riferimento di tale riorganizzazione è rappresentata dai volumi di attività specifici per processi assistenziali (percorsi diagnostico-terapeutico) e l'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni, a cui deve far seguito un coerente numero di posti letto, nel contesto di un efficace sistema di governance. L'associazione tra volumi di attività ed i migliori esiti delle cure (ad esempio mortalità a 30 giorni, complicanze o altri esiti) ha portato alla centralizzazione di alcuni trattamenti per malattie neoplastiche e/o di alta complessità, ribadendo il concetto di reti interregionali relativamente alla cardiocirurgia e ai grandi ustionati.
2. La DGRM 1345/2013 ha definito il riordino delle Reti Cliniche della Regione Marche, i criteri di individuazione dei punti di erogazione delle attività facenti parte di una specifica rete ed infine, il sistema organizzativo che consenta un funzionamento coordinato della rete;
3. La DGRM 735/2013, la DGRM 826/2013 e la DGRM 452/2014 hanno definito le attività di riduzione della frammentazione ospedaliera con la contestuale riconversione delle piccole strutture ospedaliere in Case della Salute;
4. La DGRM 478/2013 ha riorganizzato ed istituito il Presidio Ospedaliero Unico di Area Vasta;
5. La DGRM 1219/2014 come modifica della DGRM 1345/2013, ha indicato il riordino delle reti cliniche della Regione Marche prevedendo per le strutture ASUR l'implementazione di un elenco di reti cliniche definite;

6. La DGRM 551/2013, la DG ASUR 850/2014 e la DG ASUR 350/2015 hanno individuato, stabilito e confermato la riorganizzazione ed il numero complessivo degli incarichi dirigenziali assegnati alle cinque Aree Vaste;
7. La DM 70/2015 è il Regolamento Ministeriale che ha definito gli “Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”
8. DGRM 1183/2015 con istituzione degli Ospedali di Comunità e DGRM 139/2016 di ridefinizione degli standard assistenziali.

Per quanto riguarda i Posti letto, la Spending Review aveva ripreso in senso restrittivo le principali linee della programmazione ospedaliera approvate dalla Conferenza Stato-Regioni nel dicembre 2009 con il Patto per la Salute per gli anni 2010-2012, programmando la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale a 3,7 per 1.000 abitanti con la contrazione del tasso di ospedalizzazione complessivo a 160 (per 1.000), una durata media di degenza per i ricoveri ordinari inferiore a 7 giorni ed un tasso di occupazione dei posti letto di almeno il 90%.

Il Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2014 – Sostenibilità, appropriatezza innovazione e sviluppo –approvato con Atto Amministrativo n. 38 del 16/12/2011 dal Consiglio Regionale, in applicazione del quale, la Giunta Regionale, con DGRM n. 1137 del 23 luglio 2012, aveva definito il “Percorso operativo per l’implementazione del Piano in AV”, rideterminando il numero di posti letto complessivi regionali a 6.102, declinandoli per singola Area Vasta geograficamente intesa, con una riduzione complessiva di 149 posti letto rispetto ai 6.251 posti letto iniziali, comprensivi del privato accreditato. In tal modo il tasso di posti letto per mille abitanti è stato portato al 3,9‰ (di cui 0,87‰ posti letto di lungodegenza e riabilitazione e 3,03‰ di acuti), prevedendo anche una riconversione di 429 posti letto per acuti in posti letto di lungodegenza e riabilitazione. I conseguenti Piani di Area Vasta sono stati approvati con Determina ASUR/DG n. 639 del 31 luglio 2012; la Giunta Regionale con DGRM n. 1174 del 01/08/2012 ha preso atto dell’approvazione da parte dei Direttori di Area Vasta dei relativi Piani, assegnando il termine di 180 giorni per l’attuazione degli stessi.

Sono stati poi ridistribuiti i Posti Letto complessivi in attuazione alla DGRM 2/2018 “Revisione delle DGR n.735/13, n.908/15 e s.m.i. Applicazione del DM70/15 per la ridefinizione della dotazione di posti Letto della rete ospedaliera marchigiana”, con l’obiettivo finale di garantire, nel rispetto del numero massimo di P.L. pari al 3,7‰ ab., una maggiore equità nella distribuzione dei P.L. ospedalieri sul territorio regionale e assicurare un maggiore livello di soddisfazione dei bisogni di salute dei cittadini. L’allocazione di P.L. aggiuntivi, come da DGRM 2/18 ha consentito di ottimizzare l’implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali già deliberati o in fase di realizzazione e di promuovere strategie per il recupero della mobilità passiva.

Per quanto riguarda il percorso di attuazione della DGRM 1345/2013 e della DGRM 1219/2014, l’implementazione della normativa regionale sulle reti Cliniche, negli anni 2016 e 2017, si è realizzato attraverso il coinvolgimento di un elevato numero di professionisti ASUR con diverse specializzazioni ed esperienze, lavoro da continuare nel 2018 e 2019.

Nei tavoli regionali, interaziendali e intraaziendali sono stati individuati:

- i percorsi prioritari da perseguire ed implementare;
- l’integrazione a rete per alcune funzioni;
- le attività/funzioni da centralizzare;
- gli indicatori per il monitoraggio dei percorsi avviati anche in forma sperimentale;
- le best practice da condividere.

3.1.3. Le Reti cliniche

Con il termine di rete clinica vengono definiti:

- i criteri di individuazione dei punti di erogazione delle attività facenti parte di una specifica rete;
- il sistema di regole che consente un funzionamento coordinato della rete.

L'organizzazione in reti cliniche rappresenta la scelta organizzativa della Regione Marche basata sui seguenti principi:

❖ **sicurezza e qualità delle cure:**

1. *In relazione al personale: la cui competenza professionale è legata, oltre che dalla formazione, anche dalla casistica trattata;*
2. *In relazione alla tecnologia: alcune tecnologie pesanti non possono essere distribuite su ogni struttura ospedaliera, ma centralizzate per esigenze di efficienza ed economicità;*
3. *In relazione all'organizzazione: attenzione alla presenza di diverse specialità che permettono una valutazione multidisciplinare delle patologie.*

❖ **equità dell'accesso alle cure, requisito tiene conto di:**

1. *Punti di erogazione sulla base del bacino di utenza e delle caratteristiche oro-geografiche;*
2. *Distribuzione delle specialità in base ai dati epidemiologici di salute della popolazione;*
3. *Organizzazione della rete dell'emergenza.*

❖ **sostenibilità economica delle scelte: appropriatezza ed etica nell'uso delle risorse**

1. *Realizzazione di reti che effettivamente servono ai cittadini;*
2. *Utilizzo di strumenti di comprovata evidenza scientifica;*
3. *Tutela delle eccellenze.*

L'ultimo Piano Socio Sanitario Regionale (2012-2014) al cap. VIII ha definito il sistema "a rete" come modello della programmazione regionale in grado di ridurre le inefficienze proponendo lo sviluppo di diverse reti, oltre a quelle già avviate a partire dal PSR 2007-2009, dove è stata introdotta la logica *hub & spoke*.

La DGR 1696 del 3/12/2012 ribadisce la necessità di "... un network ospedaliero di integrazione clinica per le acuzie, a maggiore diffusione, che garantisca una risposta sanitaria efficace ed efficiente ad un bacino territoriale omogeneo, integrandosi in logica di intensità di cura con sistema *hub & spoke*..".

La Legge 135/2012 relativamente ai posti letto (3,7/1000 ab) ed al tasso di ospedalizzazione (160/1000 ab), considerando un indice di occupazione del posto letto attestato su valori del 90%, con una durata media della degenza, per i ricoveri ordinari, mediamente inferiore a 7 giorni, indirizza affinché la riorganizzazione della rete ospedaliera tenga conto dei volumi di attività e delle associazioni tra questi ed i migliori esiti delle cure (ad esempio mortalità a 30 giorni, complicanze od altri esiti).

La DGR 735/13 ridefinisce la rete dell'emergenza territoriale e dei posti letto nella Regione Marche.

La DGR 1345/2013, riporta i volumi minimi per la definizione della sicurezza di molte attività specialistiche in base ai dati AGENAS e alla letteratura, stabilendo le 43 reti cliniche da attivare nella Regione Marche.

La DGR 1219/2014 ridistribuisce le funzioni specialistiche nella Regione in base a quanto già previsto nella DGR 1345/13.

Il DM 70/2015 definisce i bacini di utenza minimi per le funzioni specialistiche ospedaliere.

La DGR 665/15 pone come obiettivo per il 2015 la realizzazione del 35% delle reti previste dalla DGR 1345/13 da parte dell'ASUR.

L'ASUR Marche dal 2015 ha dato l'avvio alle reti previste nella DGR 1345/13 per arrivare entro il 2018 alla loro piena attuazione.

La metodologia è stata quella di:

- scegliere le patologie di maggior rilievo, da trattare in emergenza, in particolare quelle tempo dipendenti,
- partecipazione di tutti i professionisti coinvolti e condivisione del materiale e stesura di una procedura aziendale condivisa per ogni rete attivata.

In particolare, sono state attivate le seguenti reti cliniche, DG ASUR 916/2015:

- ❖ Rete Stemi
- ❖ Rete Chirurgia Vascolare
- ❖ Gestione gravidanza a basso rischio
- ❖ Rete vulnologica
- ❖ Rete dei Laboratori
- ❖ Traumatologia della mano
- ❖ Rete Stroke
- ❖ Rete Neurochirurgica
- ❖ Rete Terapia del dolore
- ❖ Rete Terapie Intensive
- ❖ Rete DEA, PS e CO 118
- ❖ Rete Cardiologica.

Nel corso del 2016 e del 2017 è continuato il percorso di implementazione delle reti esistenti ed attivazione di nuove reti:

DG ASUR 797/16 Breast Unit

DG ASUR 818/16 Rete Otorinolaringoiatrica e Gastroenterologica

DG ASUR 357/17 Il percorso del paziente in PS e fast track

DG ASUR 599/17 Prevenzione e cura delle Lesioni da Pressione: documento interaziendale di esperti

DG ASUR 560/17 Linee di indirizzo: la cura e la presa in carico della persona che ha subito violenza

DG ASUR 620/17 Gestione dell'ictus in fase acuta: rete ASUR Marche

DG ASUR 732/17 Rete Clinica Cardiologica ASUR

DG ASUR 719/17 Gestione della Nutrizione Artificiale Domiciliare

DG ASUR 726/17 Percorso ospedale Territorio di presa in carico del Malato raro in terapia infusiva con sostituti enzimatici (ERT)

DG ASUR 727/17 Documento interaziendale di esperti. Presa in carico delle persone portatrici di stomie a garanzia di continuità assistenziale

DG ASUR 376/18 La presa in carico della persona con disturbi del comportamento alimentare (DCA): il ricovero ospedaliero in fase acuta

Sono attivi i seguenti tavoli:

- RETE LABORATORI
- RETE OCULISTICA
- RETE ONCOLOGICA
- RETE ORTOPEDICA
- RETE ANESTESIA E RIANIMAZIONE
- RETE DEA PS CO118
- RETE DEI PUNTI NASCITA
- RETE MALATTIE INFETTIVE
- RETE DERMATOLOGICA

Per tutte le specialità che lo richiedevano sono stati definiti i criteri di centralizzazione al secondo livello e le sedi di risposta in emergenza per la sicurezza dei cittadini.

3.1.4. La Rete dell’Emergenza Urgenza

L’attuale Sistema di emergenza sanitaria della Regione Marche si sviluppa negli anni ’90 a partire da una realtà costituita da una rete capillare di ospedali, per lo più di piccole dimensioni, di impronta generalista. L’evoluzione del sistema prende il via a partire dal DPR 27 marzo 1992 e dalle successive linee guida n. 1/1996, recepite dalla normativa regionale con la DGR Marche n. 5183 del 23 dicembre 1992 e successivamente con la legge regionale n. 36 del 30 agosto 1998. Sia il “Piano socio-sanitario Regionale 2012-2014 Sostenibilità, Appropriatelyzza, Innovazione e Sviluppo che la DGRM 528 del 16 aprile 2012 “Linee di attuazione ed implementazione del PSSR 2012-2014. Approvazione.” sia la DGRM 1696 del 3/12/2012 hanno ribadito come la riorganizzazione della rete dell’emergenza ed urgenza sia un nodo cruciale e prioritario nell’assistenza ai cittadini marchigiani. Con la DGRM 735/13, così come integrata dalla DGRM 920/13, è stata definita la riorganizzazione territoriale di soccorso (RTS), in stretta connessione con la riduzione della frammentazione ospedaliera e la riorganizzazione delle reti cliniche. A completamento di tale nuovo quadro normativo sulla rete dell’emergenza-urgenza, è intervenuta la L.R. 17 del 9 luglio 2013 (Modifiche alla legge regionale 30 ottobre 1998 n. 36), con l’istituzione del punto di primo intervento territoriale, che rappresenta il punto di riferimento, di norma presso le Case della Salute, per stabilizzare temporaneamente il paziente in fase critica e trasferirlo in sicurezza presso il DEA di riferimento; nelle strutture in cui insistono i punti di primo intervento territoriale sono altresì compresenti gli ambulatori di continuità assistenziale primaria finalizzati all’erogazione di prestazioni ambulatoriali ad accesso diretto, gestiti dal personale dell’MSA e dei medici convenzionati. La DGRM 1345/2014 relativa alle reti cliniche prevede per la rete dea- pronto soccorso- centrali operative 118 quanto segue: individuazione dei Criteri di centralizzazione urgenze di 2° livello, gestione delle urgenze in collaborazione con le specialità (NCH, Gastro, Vascolare, ORL etc.), utilizzo del teleconsulto, sperimentazioni di sistemi di governo dei codici bianchi, uso inappropriato del pronto soccorso da parte utenza geriatrica, residenzialità e reparti interni centralizzazione urgenze NCH (AOR, AMN), trauma center e trauma pediatrico (AOR).

La DGR 735/2013, in particolare, affermava che alla base della nuova organizzazione Regionale vi sono:

- la realizzazione di reti di servizi e strutture organizzate per intensità assistenziale, per superare e trasformare in opportunità la frammentarietà della rete ospedaliera marchigiana;
- l’organizzazione di una rete di emergenza e di trasporti che porti il paziente nella sede giusta nel tempo giusto.

Quest’ultima costituiva una vera rivoluzione per il sistema trasporti/emergenza che in passato era organizzato per il trasporto all’Ospedale più vicino, dove, dopo stabilizzazione, veniva organizzato l’eventuale trasporto secondario alla sede “giusta”. Ovviamente questa organizzazione interferiva prepotentemente con le patologie ed i trattamenti “tempo dipendenti” (si pensi al paziente con infarto miocardio o al paziente con ICTUS). La DGR 735 evidenziava quindi il concetto di “sede giusta nel tempo giusto”, sollevando gli equipaggi dalla pesante responsabilità di scopertura dei territori e creando il giusto substrato all’organizzazione per reti cliniche intra AV, inter AV e inter Aziendali. Successivamente con DGRM 987 e 988 del 2016 sono stati emanati il percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione dell’ictus in fase acuta e quello del trauma grave sul territorio marchigiano.

In ottemperanza alla 735/2013 ed alla DGR 541/2015, l’ASUR, con determine 915/DG e 916/DG, procedeva al riassetto organizzativo della Rete dell’Emergenza-Urgenza ridisegnando la rete dei Mezzi di soccorso e le Sedi della Continuità Assistenziale.

La Giunta regionale, infine, con la DGR 139/2016, adeguava le caratteristiche delle Case della Salute di tipo C ridefinendole in Ospedali di Comunità in coerenza con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera di cui al DM 70/2015 procedendo all'aggiornamento ed alla revisione delle DGR 735, 920 e 1476, tutte del 2013.

Il 29/03/2017 la DGRM 301 viene modificata la DGRM n. 292/2012, LR 36/98 modificata con LR n.6 /11 "Criteri per l'espletamento delle procedure di trasporto sanitario e DGR 1637/2016, DGR n. 968/13 e 131/14, la quale prevede la modifica dei requisiti per determinazione delle tipologie di trasporto sanitario e relativi attribuzione degli oneri.

CCT regolamento - trasporti non prevalentemente sanitari - Interpello

Nel luglio 2017 la Determina della Direzione Generale ASUR con oggetto: "DGRM 301/17, determinazioni per anni 2017 e 2018 per servizi di trasporto sanitario e trasporti sanitari semplici" definisce il Budget assegnato per Area Vaste per la gestione dei trasporti sanitari nell'anno in corso e nell'anno 2018.

Tali importi rappresentano la base necessaria all'aggiudicazione della gara di appalto dei trasporti semplici o non prevalentemente sanitari, prevista con DG n.960/2015, già espletata in attesa di attivazione ed anche alla sottoscrizione di accordi convenzionali con associazioni di Volontariato, come previsto da DGRM 301/17.

Il sistema Regionale ha finora affrontato l'argomento con modalità difformi nei vari territori, per cui si è riconosciuta la necessità di uniformare le procedure su tutto il territorio regionale, da qui la gara ASUR per l'assegnazione dei Trasporti sanitari semplici e l'interpello ASUR per i trasporti sanitari; quindi nell'anno 2018 si prevede l'attuazione di modalità uniche di: gestione delle richieste di trasporto e valutazione dell'appropriatezza delle richieste, assegnazione, esecuzione e verifica del corretto espletamento del trasporto, controllo amministrativo (DG n.675/17) e liquidazione delle fatture relative; il tutto secondo principi di trasparenza, equità, economia e quindi di sicurezza del sistema regionale.

Nel perseguire tali obiettivi si ritengono necessarie attività di programmazione, organizzazione, ma anche concertazione e condivisione tra prescrittori, CCT/Centrali operative 118/Direzioni Amministrative dei trasporti e vari Fornitori.

Saranno quindi necessari: Accordi, Contratti/convenzioni, Protocolli Operativi, Estrazione dei dati periodiche e Rendicontazioni.

CO118 e SET (-corso 118 x implementazione personale medici118)

Il sistema dell'Emergenza Urgenza opera quindi attualmente su tre livelli:

- 1) le Centrali Operative 118,
- 2) la rete territoriale del Soccorso (RTS),
- 3) la rete Ospedaliera.

Sulla base di tale impianto normativo l'emergenza territoriale è attualmente coordinata e gestita da quattro **Centrali operative territoriali 118** e da una **Centrale operativa regionale**, tutte transitate alla dipendenza ASUR:

- Pesaro Soccorso per l'AV1, gestione ASUR dal 2014 sede nell'AO Marche Nord;
- Ancona Soccorso per l'AV2, gestione ASUR dal 2014 sede AO Ospedali Riuniti Ancona che, ai sensi della L.r. 36/98n e ss.mm.ii. svolge altresì il compito di centrale regionale;
- Macerata Soccorso per l'AV3, sede Ospedale di Macerata;
- Piceno Soccorso per l'AV4 e l'AV5 con sede Ospedale di Ascoli Piceno.

Le CO 118 territoriali coordinano i Sistemi territoriali di soccorso per i bacini di utenza delle AAVV di pertinenza e si avvalgono di mezzi di soccorso (MS) di vario tipo: MSA (con medico ed infermiere a bordo), MSI (con infermiere a bordo), MSB (con solo volontario a bordo) dislocate sul territorio delle ex Zone territoriali. Le CO 118 si avvalgono del Servizio di elisoccorso, attivato dalla CO Regionale, che dispone di due mezzi che operano a partire dalle basi di Torrette di Ancona e Fabriano e della collaborazione delle Associazioni di volontariato appartenenti all'ANPAS, dalla CRI e dagli altri soggetti privati accreditati. Con DGRM n.846/2016 la Regione ha dato mandato all'AOU Ospedali Riuniti di Ancona di attivare il servizio di elisoccorso anche nelle ore notturne e/o in condizioni meteorologiche di scarsa visibilità. E' stata avviata una progettazione di una rete regionale di 34 elisuperfici attrezzate anche per il volo notturno/scarsa visibilità oggetto di un protocollo di intesa approvato dalla Giunta Regionale con DGRM n.1445/2017.

Il Decreto Ministeriale 70/15 prevede una riorganizzazione che delinea una CO 118 con un bacino di riferimento orientativamente non inferiore a 0,6 milioni ed oltre di abitanti o almeno una per Regione/Provincia autonoma. La DG n.351/17 all'allegato B "Riorganizzazioni delle funzioni del 118" prevede che per attuare il DM 70/15 le centrali territoriali devono passare da 4 a 2 (con possibilità di una eventuale terza nella fase transitoria e sulla base dell'evoluzione del sistema) ciò consentirebbe di mantenere inalterato l'attuale assetto organizzativo regionale del SET 118, relativamente alla gestione dell'emergenza, e gradualmente, anche per la gestione dei trasporti programmati e delle attività di continuità assistenziale. Questo potrà essere realizzato completamente qualora risulti funzionale al sistema stesso e non determini perdita di controllo sul territorio delle specifiche attività. Si è ipotizzato di procedere, come primo step al trasferimento della CO dell'AV2 e della Centrale Regionale presso la sede unica. Successivamente all'accorpamento con un'altra centrale per la sola gestione dell'emergenza-urgenza con successivo e graduale trasferimento delle altre funzioni. A termine della sperimentazione si valuterà l'eventuale accorpamento delle CO restanti o il mantenimento della terza.

Alla **RTS** è affidato il compito strategico di migliorare la qualità complessiva dell'offerta sanitaria e favorire sia la riconversione dei Piccoli Ospedali in Ospedali di Comunità, sia l'attuazione di percorsi individuati nella ridefinizione delle reti cliniche. La nuova organizzazione della Rete territoriale del Soccorso dovrà:

- ❖ Fornire la risposta più appropriata e tempestiva nel luogo ove si verifica l'evento, garantendo il supporto delle funzioni vitali, identificare nel minor tempo possibile i bisogni diagnostici e terapeutici e trasportare in sicurezza il paziente nella struttura più idonea per il trattamento definitivo.
- ❖ Garantire negli Ospedali di Comunità, durante lo stand by, l'assistenza ai ricoverati (ove presenti) e prestazioni ambulatoriali ad accesso diretto.
- ❖ Garantire la copertura dei tempi d'intervento per raggiungere l'Ospedale di trattamento definitivo, nel rispetto dei percorsi di rete clinica.
- ❖ Potenziare la capacità di risposta in occasione di eventi a carattere straordinario, incidenti maggiori, maxiemergenze, stagionalità.
- ❖ Garantire l'integrazione con le ambulanze ospedaliere per i trasporti secondari tempo dipendenti, così come previsto nella DGRM 292/2012, a vantaggio dei pazienti critici degenti negli Ospedali di rete. Analoga previsione è contenuta anche nella cosiddetta "Bozza Balduzzi" ("garantire, in tal modo, una reale continuità dell'assistenza nell'interesse della popolazione, anche attraverso la gestione tempestiva dei trasferimenti secondari urgenti in carico al 118 e la trasmissione di immagini e dati").

Per raggiungere i suddetti obiettivi la riorganizzazione della RTS deve attuare il completo assetto dei mezzi programmati che prevede anche la presenza della MSA aggiuntiva (jolly) per ciascuna Centrale Operativa Territoriale 118.

La riorganizzazione prevede ulteriori provvedimenti resi necessari dalla ridefinizione dei compiti e delle integrazioni dei soggetti comunque coinvolti nel Sistema dell’Emergenza Urgenza, quali:

A) la progettazione della formazione volta a formare Medici del 118 per garantire la copertura delle postazioni programmate;

B) la modifica del rapporto convenzionale dei Medici del 118, al fine di garantire maggiore flessibilità di utilizzo soprattutto negli **Ospedali di Comunità** dove si rende necessario il supporto all’assistenza ai pazienti ricoverati e all’erogazione di prestazioni ambulatoriali. Sono stati fissati all’uopo i posti da occupare ma non è stato fatto il passaggio alla dipendenza.

C) il potenziamento delle funzioni dell’Infermiere Professionale, mediante l’adozione di protocolli, predisposti ma non ancora condivisi ed attivati.

La ricognizione dello stato attuale della **rete territoriale del soccorso** mostra ancora un sistema estremamente disomogeneo, anche nell’ambito delle singole Aree Vaste.

L’ASUR, dal 2014, ha attivato un gruppo di lavoro permanente in cui i Direttori delle CC.OO. 118 hanno ricevuto l’obiettivo di ridisegnare la rete del soccorso alla luce delle norme regionali. Il gruppo ha messo in luce le più importanti criticità ed ha presentato una proposta di riordino che ha contribuito all’elaborazione della DDGG 915 e 916 del 2015.

Una grave criticità del sistema è rappresentata dal fatto che i medici che operano sui mezzi di soccorso sono in parte dipendenti ed in parte sono convenzionati, con differenti diritti/doveri in ambito lavorativo, differente remunerazione e differente possibile impiego nelle attività. Nel corso del 2014 sono state attivate le procedure per il passaggio alla dipendenza di alcuni medici convenzionati che ne avevano fatto richiesta in passato. Il passaggio alla dipendenza è indispensabile anche per poter organizzare la Continuità dell’assistenza nelle strutture per le cure intermedie/case della salute. Nel corso del 2015 sono passati a dipendenza n. 25 unità di personale. Nell’anno 2016 non sono stati effettuati interventi in merito.

Altra criticità è l’attuale diversa assegnazione dei medici ed infermieri che operano sui mezzi di soccorso nelle varie Aree Vaste: si rileva che il personale medico ed infermieristico fa direttamente capo alla CO 118 in Ascoli Piceno, ex ZT 13, mentre è gestito dal Pronto Soccorso nella Ex ZT 12 e nella ex ZT 11 tutte facenti capo alla stessa CO 118; la stessa cosa avviene nell’AV3 Macerata, nell’AV2 Ancona e nell’AV1 Pesaro.

La L.R. 36/98 e ss.mm.ii. ha precisato che il personale medico dipendente addetto agli equipaggi di soccorso del SET118 dipende da una delle U.O.C. afferenti al DEA mentre il personale medico convenzionato dipende dal Pronto Soccorso. L’articolo di legge non precisa però né chiarisce le modalità di realizzazione dell’integrazione funzionale con le CO 118. Tali modalità sono state definite da un gruppo di lavoro costituito dai Direttori delle CC.OO. 118, dai Direttori DEA e di Pronto Soccorso delle Aree Vaste e da Coordinatori infermieristici e sono state assunte nella Determina ASUR 916/DG 2015. La stessa Determina recepisce peraltro in allegato la proposta di riordino del Sistema di Emergenza Territoriale 118 ed una proposta di collaborazione tra personale Emergenza Territoriale 118 ed il personale dei Pronto Soccorsi durante le fasi di Stand-by. Quest’ultima, sperimentata in AV3 in occasione dell’avvio dell’equipaggio aggiuntivo a Macerata a partire dal novembre 2016, ora operativa su quasi tutte le postazioni che stazionano in prossimità dei Pronti soccorsi. E’ necessario portare a completamento il percorso e garantirne l’attuazione attraverso un monitoraggio costante.

PDTA

Con DGRM 987/16 è stato emanato il percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione dell'ictus in fase acuta sul territorio marchigiano. Tale documento ha definito le attività necessarie alla presa in carico del paziente affetto da ictus ischemico, includendo la fase pre ospedaliera, ospedaliera e post ospedaliera. E' stato avviato un tavolo di lavoro Asur dal quale è scaturita la DG 620/17 "gestione dell'ictus in fase acuta: rete Asur" che ha previsto il recepimento della DGRM sopra citata e l'articolazione Asur dei nodi della rete.

Mentre con la DGRM 988/16 è stato emanato il percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione del trauma grave sul territorio marchigiano. In coerenza con quanto previsto dal DM 70/15 è stato identificato il centro traumi di alta specializzazione (hub) di riferimento per i centri traumi di zona. Per entrambe i percorsi sopra esplicitati sono stati predisposti i registri come previsto dalle relative delibere che dovranno essere implementati ed avviati nel 2018.

Maxiemergenza

Gli eventi sismici che hanno interessato le Marche, hanno stimolato l'avvio di un tavolo di lavoro i cui componenti, sulla scorta delle attività poste in essere e delle lezioni apprese nella gestione del sisma Centro/Italia 2016-2017, hanno avuto il mandato di individuare linee di indirizzo aziendali omogenee per la gestione delle grandi emergenze sanitarie.

La continuità assistenziale

L'art.12 della L.R. 36/1998 testualmente recita: *“In considerazione della nuova organizzazione del sistema dell'emergenza sanitaria, le sedi di servizio dell'attività di continuità assistenziale sono rideterminate secondo parametri rispondenti alle reali necessità del territorio e comunque facendo in modo che ogni sede assista almeno 20.000 abitanti. Nei Comuni montani svantaggiati previo parere della competente commissione assembleare la Giunta regionale può concedere deroghe rispetto al numero degli abitanti, tenendo conto della vastità del territorio e delle caratteristiche della viabilità.”*. In base alla riorganizzazione dei punti di CA effettuata dalla Giunta Regionale con DGRM 735/13, devono essere attivate 83 postazioni di continuità assistenziale, a fronte delle attuali 92 postazioni. In effetti, dai dati ministeriali risulta una dotazione di medici titolari di guardia medica pari a 26 per 100.000 abitanti che è superiore sia alla media italiana (pari a 22 per 100.000 abitanti) sia alle regioni del centro-nord, con esclusione della Regione Umbria.

La riorganizzazione della rete prevista con la DGRM 735/13 in particolare riguardo alla riduzione della frammentazione ospedaliera è stata successivamente resa coerente con il DM 70/2015 attraverso le DGRM 1183/15 e 139/16. Questa modifica organizzativa rende necessario, rispetto a quanto già previsto dalla DGRM 735/13, incrementare la rete dell'emergenza territoriale ed i turni della continuità assistenziale al fine di garantire il trasporto dei pazienti nelle sedi ospedaliere adeguate e la presenza H24 di personale medico negli Ospedali di Comunità. Dalla lettura integrata del DM 70/14, DGRM 735/13 è nata la necessità di rivedere l'offerta assistenziale della Casa della Salute di tipo C, rinominate in Ospedali di Comunità, e rivalutare le sedi di Continuità Assistenziale e le postazioni assistenziali disponibili presso ciascun Ospedale di Comunità come previsto con DGRM 1183/15 e 139/16 recepite con DG Asur 915/16.

La tabella esplicita quanto riportato in termini di ricognizione dello stato di adeguamento al DM 70/15 per la parte relativa alla continuità assistenziale.

Sedi Distrettuali	Sedi Attuali	DGRM 735/13	DGRM 1183/15 e 139/16
Distretto 1	6,3	6	5,3 + CCA
Distretto 2	10,3	8	11
Distretto 3	8	7	7
Distretto 4	5 (*)	5	5
Distretto 5	6 (*)	5	6
Distretto 6	3 (*)	3	3
Distretto 7	12	11	10 + CCA
Distretto 8	5,3	5	5
Distretto 9	9,3	9	8 + CCA
Distretto 10	6	4	6
Distretto 11	9	8	9
Distretto 12	5	6	6
Distretto 13	4	6	6
Totale	92,2	83	90,3

(*) Una sede in doppio turno.

Anche per quanto riguarda le modalità di chiamata la situazione attuale permane invariata ed eterogenea.

- la **CO 118 AP** (AV5 – AV4) prende le chiamate solo di AP, non di SBT e non dell'AV4 dove la chiamata arriva al centralino unico di AV4 che, senza triage passa la telefonata al cellulare del medico di CA;

- **Pesaro** ha numeri attivi specifici per ogni sede di CA. La CO di Pesaro riceve le chiamate sul 118 e mette i pazienti in contatto con la CA.
- per **Ancona** ci sono numeri per ogni sede tranne Senigallia dove, da quando fu chiuso il MISA soccorso, per la CA si fa il numero 118.
- la **CO 118 di Macerata** gestisce la CA per tutta l'AV3 compreso Apiro e Cingoli AV2. A Camerino si chiama un numero verde che arriva alla CO 118. A Macerata e a Civitanova ci sono numeri diversi per ogni sede ma in ogni sede c'è un risponditore 800018013 che gira le chiamate alla CO. Ogni volta che i medici escono chiamano la CO e sono rintracciabili sul telefonino perché si trasferisce la chiamata anche in itinere.

La DGRM 735 e la DGRM 920 del 2013 prevedono la presenza di un triage per la CA effettuato da un medico della CA dislocato presso la CO 118.

La tabella che segue evidenzia una ricognizione delle segnalazioni e degli interventi 118 e delle chiamate gestite dalla C.A.

ANNO 2016 RICOGNIZIONE CHIAMATE 118 E CA-ASUR MARCHE				
	C. O. 118 Pesaro	C. O. 118 Ancona	C. O. 118 Macerata	C. O. 118 Ascoli
Chiamate 2016	32.735	62.225	29.851	65.148
Contatti Effettuati (FLS21 QUADRO F)	36.731 (ZT1)	20.570 (ZT4)	29.865 (ZT8)	33.033 (ZT11)
	30.292 (ZT2)	33.758 (ZT5)	42.142 (ZT9)	22.080 (ZT12)
	33.218 (ZT3)	12.724 (ZT6)	9.314 (ZT10)	9.699 (ZT13)
		51.304 (ZT7)		
Totale Contatti gestiti direttamente dalla C.A. (FLS21 QUADRO F)	100.241	118.356	81.321	64.812
Popolazione	363.353	490.888	308.909	387.646

Pronto soccorso e Punti di primo intervento

Il Sistema ospedaliero di accettazione in emergenza-urgenza articola la sua risposta su tre livelli costituiti dai Punti di Primo Intervento, dai Pronto Soccorso situati, di norma, presso presidi ospedalieri sedi di Dipartimenti di emergenza ed accettazione di I e di II livello.

Il Dipartimento di Emergenza di II livello, unitamente a quello pediatrico, anch'esso di II livello, sono costituiti solo presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona.

Con DG Asur 805/17 si è dato atto alla Legge Regionale 34/2017 che prevede all'art.14 l'incorporazione nell'INRCA del presidio ospedaliero SS Benvenuto e Rocco di Osimo. Pertanto si modifica l'assetto dei Pronto Soccorsi Asur che passano da n.11 a 10 restando tutti sedi di DEA di I livello.

Nel 2017 sono stati effettuati 306.481 accessi rispetto ai 291.601 del 2016 con un aumento degli accessi rispetto all'anno precedente di n. 14.880

In considerazione del fatto che l'emergenza/urgenza costituisce un'area fondamentale dell'intero sistema sanitario, che in poco tempo è chiamato a rispondere ad esigenze cliniche legate a patologie acute con situazioni di pericolo di vita o complicanze di malattie croniche e che la domanda non è

programmabile è stato istituito un tavolo multidisciplinare di lavoro con mandato di elaborare e definire un documento in grado di fornire strumenti utili e necessari per affrontare le criticità del settore. Il documento formalizzato con DG Asur 357/17 fornisce indirizzi operativi da attuare in merito a :

- accesso del paziente e gestione in pronto soccorso
- percorsi fast track
- definizione tempi di consulenze e diagnostica
- regolamento ricovero da pronto soccorso
- istituzione e ruolo del bed manager
- gestione del sovraffollamento
- monitoraggio

Al 31/12/2017 sono attivi n.5 Punti di Primo Intervento, che si aggiungono ai 16 Pronto soccorso (di cui 10 ASUR).

L'art.14 della LR 36/2008, ha definito i **Punti di primo intervento (PPI)** come una *struttura sanitaria presso cui è possibile effettuare il primo intervento medico in caso di problemi minori, stabilizzare il paziente in fase critica e, eventualmente, disporre il trasporto presso l'ospedale più idoneo*. La Legge Regionale n. 17 del 9 luglio 2013 ha inserito l'articolo 8 bis "**Punti di primo intervento territoriale**" di fatto mai attuati mentre.

Con la DGRM 139/16 è stato proposto un modello organizzativo che prevede la ridefinizione e riconversione di alcuni piccoli ospedali. Al fine di garantire le risposte ai bisogni di tipo emergenziale dei cittadini, abituati a rivolgersi a tali strutture, è stato previsto il temporaneo mantenimento del PPI, laddove la struttura è stata riclassificata come Ospedale di Comunità, collegandolo funzionalmente con la POTES. La stessa DGRM prevedeva che tali PPI restassero attivi per un massimo di h 12 diurne e che poi, in fase di adeguamento al DM 70/15 si trasformassero gradualmente in POTES contemporaneamente allo sviluppo dell'ambulatorio di continuità assistenziale con accesso diretto. La direzione Sanitaria Asur per favorire l'omogenea riconversione dei PPI in PAT ha dato mandato ad un gruppo di lavoro multidisciplinare di definire un regolamento Asur in merito che è stato formalizzato con DG Asur 670/17 "Cure Intermedie, punto di assistenza territoriale e ambulatori infermieristici".

Il totale degli accessi ai PPI nel 2017 è stato pari a 29.929 accessi con una riduzione degli accessi rispetto al 2016.

Tabella 1. Attività Pronti Soccorso ASUR – anno 2016-2017

AV	Struttura	Triage	2016	2017	Delta 2017 vs 2016	% 2017
Area Vasta 1 PU	OSPEDALE CIVILE - URBINO	Bianco – Non critico	762	315	-447	1,2%
		Giallo – Mediamente critico	7.398	8.990	1.592	35,3%
		Verde – Poco critico	16.185	15.607	-578	61,3%
		Rosso – Molto critico	487	557	70	2,2%
		non eseguito	0	11	11	0,0%
		Totale	24.832	25.480	648	0,3%
Area Vasta 2 AN	OSPEDALI RIUNITI - JESI	Bianco – Non critico	1.550	1.349	-201	4,3%
		Giallo – Mediamente critico	9.584	10.714	1.130	34,3%
		Verde – Poco critico	18.915	17.806	-1.109	57,1%
		Rosso – Molto critico	979	1.334	355	4,3%
		non eseguito	4	4	0	0,0%
		Totale	31.032	31.207	175	1,0%
	OSPEDALE CIVILE - SENIGALLIA	Bianco – Non critico	1.401	1.312	-89	4,1%
		Giallo – Mediamente critico	8.969	9.506	537	30,0%
		Verde – Poco critico	19.885	20.398	513	64,3%
		Rosso – Molto critico	520	491	-29	1,5%
		non eseguito	6	4	-2	0,0%
		Totale	30.781	31.711	930	3,0%
	OSP."S.S. BENVENUTO E ROCCO" - OSIMO	Bianco – Non critico	2.313	2.060	-253	11,9%
		Giallo – Mediamente critico	2.697	2.776	79	16,1%
		Verde – Poco critico	12.233	12.298	65	71,3%
		Rosso – Molto critico	160	118	-42	0,7%
		non eseguito	2	1	-1	0,0%
		Totale	17.405	17.253	-152	-0,9%
	OSPEDALE CIVILE "E.PROFILI" - FABRIANO	Bianco – Non critico	1.857	1.660	-197	6,0%
		Giallo – Mediamente critico	4.977	5.647	670	20,4%
		Verde – Poco critico	17.800	20.197	2.397	73,0%
		Rosso – Molto critico	152	168	16	0,6%
		non eseguito	1	0	-1	0,0%
		Totale	24.787	27.672	2.885	11,7%
Area Vasta 3 MC	OSPEDALE GEN.LE PROV.LE - MACERATA	Bianco – Non critico	1.296	1.486	190	4,1%
		Giallo – Mediamente critico	12.591	13.477	886	37,1%
		Verde – Poco critico	14.841	18.966	4.125	52,3%
		Rosso – Molto critico	1.920	2.348	428	6,5%
		non eseguito	4	1	-3	0,0%
		Totale	30.652	36.278	5.626	18,4%
	OSPEDALE GENERALE DI ZONA - CIVITANOVA MARCHE	Bianco – Non critico	191	196	5	0,7%
		Giallo – Mediamente critico	12.341	12.550	209	45,7%
		Verde – Poco critico	13.537	13.756	219	50,1%
		Rosso – Molto critico	898	961	63	3,5%
		non eseguito	5	9	4	0,0%
		Totale	26.972	27.472	500	1,9%
	OSPEDALE S.MARIA DELLA PIETA' - CAMERINO	Bianco – Non critico	739	365	-374	3,7%
		Giallo – Mediamente critico	2.574	2.539	-35	25,7%
		Verde – Poco critico	6.764	6.858	94	69,5%
		Rosso – Molto critico	118	104	-14	1,1%
		non eseguito	1	0	-1	0,0%
		Totale	10.196	9.866	-330	-3,2%

AV	Struttura	Triage	2016	2017	Delta 2017 vs 2016	% 2017
Area Vasta 4 FM	OSPEDALE CIVILE - FERMO	Bianco – Non critico	1.672	2.128	456	5,1%
		Giallo – Mediamente critico	15.480	15.913	433	38,5%
		Verde – Poco critico	19.240	21.675	2.435	52,4%
		Rosso – Molto critico	1.215	1.502	287	3,6%
			2	1	-1	0,0%
		non eseguito	140	119	-21	0,3%
		Totale	37.749	41.338	3.589	
Area Vasta 5 AP	OSPEDALE MADONNA DEL SOCCORSO - SAN BENEDETTO DEL TRONTO	Bianco – Non critico	3.158	2.137	-1.021	5,3%
		Giallo – Mediamente critico	13.906	13.896	-10	34,5%
		Verde – Poco critico	21.552	23.255	1.703	57,8%
		Rosso – Molto critico	862	964	102	2,4%
			6	5	-1	0,0%
		Totale	39.484	40.257	773	
	OSPEDALE GEN.LE PROV.LE "C.G.MAZZONI" - ASCOLI PICENO	Bianco – Non critico	965	1.243	278	4,0%
		Giallo – Mediamente critico	8.944	9.318	374	29,7%
		Verde – Poco critico	20.034	20.241	207	64,4%
		Rosso – Molto critico	473	608	135	3,3%
			12	3	-9	0,0%
		Totale	30.428	31.413	985	
Totale		304.318	319.947	15.629		

Tabella 2. Attività Punti di Primo Intervento ASUR-ANNO 2016-2017

AV	Struttura	Triage	2016	2017	Delta 2017 vs 2016	% 2017
Area Vasta 1 PU	OSPEDALE SS DONNINO E CARLO - PERGOLA	Bianco – Non critico	125	69	-56	1,0%
		Giallo – Mediamente critico	1.384	1.226	-158	17,7%
		Verde – Poco critico	5.140	5.615	475	81,1%
		Rosso – Molto critico	31	15	-16	0,2%
		non eseguito	0	2	2	0,0%
		Totale	6.680	6.927	247	
Area Vasta 3 MC	OSPEDALE "B. EUSTACCHIO" - SAN SEVERINO MARCHE	Bianco – Non critico	925	779	-146	7,8%
		Giallo – Mediamente critico	1.059	1.015	-44	10,1%
		Verde – Poco critico	8.587	8.213	-374	81,9%
		Rosso – Molto critico	35	24	-11	0,2%
		non eseguito	1	0	-1	0,0%
		Totale	10.607	10.031	-576	
Area Vasta 4 FM	OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II - AMANDOLA	Bianco – Non critico	227	66	-161	2,2%
		Giallo – Mediamente critico	586	213	-373	7,2%
		Verde – Poco critico	4.137	2.429	-1.708	81,8%
		Rosso – Molto critico	29	12	-17	0,4%
		non eseguito	456	249	-207	8,4%
		Totale	5.435	2.969	-2.466	
D			22.722	19.927	-2.795	

(*) Per l'anno 2016 non si riporta il numero di accessi ai PS degli Ospedali riconvertiti in Ospedali di Comunità, pari a complessivi 53.127; in tali strutture, nel 2017, è presente un Punto di Accesso Territoriale (PAT).

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

La programmazione aziendale, con riferimento agli obiettivi sull'organizzazione dei servizi ospedalieri, è stata avviata con determina ASUR n. 460/2018, con la quale la Direzione ASUR ha

fornito l'elenco degli obiettivi, indicatori e target da perseguire per l'anno 2018 in applicazione di quanto contenuto nella Determina n. 151/18 di approvazione del Piano della Performance 2018/2020, nonché degli obiettivi regionali assegnati all'Azienda con DGRM 470-471 del 16/04/2018 e DGRM 640 del 14/05/2018.

In particolare, con DGRM 470 del 16/04/2018, la Giunta Regionale ha individuato gli obiettivi sanitari del SSR per l'anno 2018 assegnando all'ASUR obiettivi, indicatori e target di cui all'allegato A. Successivamente, con DGRM 471 del 16 aprile 2018, la Giunta Regionale ha stabilito i criteri di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali dell'ASUR, rispetto agli obiettivi di budget annuali assegnati con DGRM 470.

Inoltre, con DGRM 640 del 14 maggio 2018, la Giunta Regionale ha approvato il Piano Regionale per il Governo dei Tempi d'Attesa 2018-2010 prevedendo azioni e obiettivi da raggiungere da parte degli Enti del SSR nel triennio.

Di seguito, si propone il prospetto riassuntivo degli obiettivi sanitari inerenti l'assistenza ospedaliera e le reti cliniche e nel proseguo l'elenco dei sub-obiettivi con relativi indicatori e target previsti per l'anno 2018.

N. Obiettivo	Des Obiettivo
B.1-5	Pronto Soccorso
B.1-7	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza
B.1-9	Miglioramento appropriatezza riabilitazione
B.1-10	Potenziamento qualità clinica
B.3-16	Obiettivi Prioritari di rilievo Nazionale
B.3-18	INCREMENTO PRODUZIONE PER CONTRASTO MOBILITA' PASSIVA
B.3-19	Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016- volumi/esiti
B.3-20	Strategia delle Aree Interne “Basso Appennino Pesarese e Anconetano” (DGR 954/2016)
B.3-17	MONITORAGGIO PDTA Attuazione DGR 987/16 Ictus in fase acuta
B.4-1	Donazione organi e tessuti
B.5-21	Implementazione PDTA regionali
B.6-22	Rischio clinico
B.7-23	Attuazione DGR 982/2016

Nr	N. Obiettivo	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2018
45.1	B.1-7	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% 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	<21%
45.1	B.1-7	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% 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 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	<20%
45.5	B.1-7	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% parti fortemente pretermine avvenuti in punti nascita senza UTIN	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		< 2017
45.2	B.1-7	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 di frattura del collo del femore	≥ 65%
45.6	B.1-7	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.	≤ 0,17
45.7	B.1-7	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)	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)	≥ 42%
45.8	B.1-7	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Riduzione % n. accessi in DH medico per pazienti residenti	N. accessi in DH medico per pazienti residenti 2018 - N. Accessi in DH medico per pazienti residenti 2017	N. Accessi in DH medico per pazienti residenti 2017	-6%
45.9	B.1-7	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% Ricoveri in DH medico diagnostici/ricoveri in DH medico	Ricoveri in DH medico diagnostici	Ricoveri in DH medico	≤ 35%
45.3	B.1-10	Potenziamento qualità clinica	Riammissioni a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio (Indicatore Agenas PNE)	Numero di ricoveri con diagnosi principale di scompenso cardiaco (non preceduti da un altro ricovero per scompenso cardiaco entro 1 anno) con riammissione entro trenta giorni dalla data di dimissione	Numero di ricoveri con diagnosi principale di scompenso cardiaco (non preceduti da un altro ricovero per scompenso cardiaco entro 1 anno)	≤ val 2017
45.4	B.1-10	Potenziamento qualità clinica	Riammissioni a 30 giorni per BPCO riacutizzata (Indicatore Agenas PNE)	Numero di ricoveri con diagnosi di BPCO riacutizzata seguiti entro 30 giorni dalla data di dimissione da almeno un ricovero ospedaliero ordinario per acuti	Numero di ricoveri con diagnosi di BPCO riacutizzata (non preceduti da ricovero con la stessa diagnosi nei 90 giorni precedenti)	100% Stabilimenti < 16%
46	B.1-7	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	≤ 5%
47.1	B.1-7	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% DRG Medici da reparti chirurgici	Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici	≤ 22,5%
47.2	B.1-7	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	DRG LEA Chirurgici: % Ricoveri in Day-Surgery	Ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici	Ricoveri effettuati in Day-Surgery e ricovero ordinario per i Drg LEA Chirurgici	≥ val 2017

Nr	N. Obiettivo	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2018
191	B.1-5	Pronto Soccorso	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	Pazienti in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti	Pazienti in PS con codice giallo (al triage) visitati entro e oltre 30 minuti	>2017
192	B.1-5	Pronto Soccorso	% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	Pazienti in PS con codice verde visitati entro 1 ora	Pazienti in PS con codice verde (al triage) visitati entro e oltre 1 ora	>2017
107	B.1-5	Pronto Soccorso	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata da parte della centrale operativa e l'arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso di tutte le missioni durante l'anno. (Contenuti informativi rilevati ai fini dell'indicatore: Data/Ora Inizio Chiamata, Data/Ora Arrivo Mezzo, Mezzo di Soccorso, Codice Intervento, Criticità Presunta, Numero missione, Esito missione, Codice tipologia mezzo di soccorso. Considerare i tempi compresi tra 1 minuto e 180 minuti. Per Criticità Presunta: considerare i codici di criticità presunta Rosso e Giallo. Selezionare come primo tempo dell'intervallo quello associato al primo mezzo di soccorso arrivato sul posto)		≤ 18 minuti
128	B.1-9	Miglioramento appropriatezza riabilitazione	Appropriatezza clinico-assistenziale	N. cartelle che presentano il piano individuale riabilitativo	Totale delle cartelle valutate di tipo riabilitativo	> 80%
129	B.1-9	Miglioramento appropriatezza riabilitazione	Garantire appropriatezza ed efficienza nelle prestazioni di ricovero ospedaliero per la riabilitazione	Numero ricoveri di riabilitazione appropriati (Dec. 8/RAO/16 e 12/RAO/16) con giornate di degenza potenzialmente inefficienti (oltre soglia DGR 709/14)	Numero totale di giornate di degenza ricoveri di riabilitazione	< 2017
195	B.1-10	Potenziamento qualità clinica	Appropriatezza clinico-assistenziale ostetricia	N. Schede di valutazione per taglio cesareo compilate	Totale parti cesarei	100%
196	B.1-7	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	≤ 1,40
197	B.1-9	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Garantire appropriatezza ed efficienza nelle prestazioni di ricovero ospedaliero per la riabilitazione	Numero ricoveri di riabilitazione inappropriati (Dec. 8/RAO/16 e 12/RAO/16)	Totale ricoveri di riabilitazione	< 2017
198	B.1-7	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche eseguite in Unità operative chirurgiche con volumi di attività > 90 interventi annui	Numero ricoveri per colecistectomia laparoscopica in reparti con volumi di attività > 90 casi annui	Numero totale ricoveri per colecistectomie laparoscopiche	≥50% per ciascun stabilimento
199	B.1-7	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% 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	≥60% per ciascun stabilimento
200	B.1-7	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in Unità operative con volumi di attività > 135 interventi annui	Numero di ricoveri per intervento tumore mammella in reparti con volume di attività > 135 casi annui	Numero totale ricoveri per interventi per tumore mammella	≥ 50% per ciascun stabilimento
201	B.1-7	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Proporzione di interventi per frattura del femore eseguiti in Unità operative chirurgiche con volumi > 75 casi annui	Numero di ricoveri int. frattura del femore eseguiti in reparti con volume di attività > 75 casi annui	Numero totale ricoveri per frattura del femore	> 95%

Allegato 1.4 – Relazione Annuale sulla programmazione Economico e Sanitaria

Nr	N. Obiettivo	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2018
202	B.3-16	Obiettivi Prioritari di rilievo Nazionale	Produzione e invio di reportistica attestante la rendicontazione analitica su ogni singolo progetto.	Documentazione inviata alla P.F. Territorio e Integrazione Ospedale Territorio		Documentazione inviata entro il 30/04/2019
222	B.3-18	INCREMENTO PRODUZIONE PER CONTRASTO MOBILITA' PASSIVA	Potenziamento ricoveri chirurgici di alta complessità in regime ordinario nei DRG specifici	$(\sum \text{DRG in R.O. 2018}) - (\sum \text{DRG in R.O. 2017})$	$(\sum \text{DRG in R.O. 2017})$	> 2017 ($\sum \text{DRG}$ 149, 303, 481, 541, 569, 520) (Tolleranza 2% in caso di mancato raggiungimento del target)
223	B.3-18	INCREMENTO PRODUZIONE PER CONTRASTO MOBILITA' PASSIVA	Incremento complessità ricoveri chirurgici in regime ordinario	N° ricoveri chirurgici in regime ordinario ad alta complessità (Peso DRG ≥ 2)	N° totale ricoveri chirurgici in regime ordinario	> 2017 (Tolleranza 2% in caso di mancato raggiungimento del target)
224	B.1-7	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Proporzione di ricoveri per infarto miocardico acuto eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 100 casi annui	Numero di ricoveri per infarto miocardico acuto eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 100 casi annui	Numero totale ricoveri per infarto miocardico acuto	> 95%
225	B.1-7	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Proporzione di ricoveri per PTCA eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui	Numero di ricoveri per PTCA eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui	Numero totale ricoveri per PTCA	> 75%
226	B.3-19	Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016- volumi/esiti	Proporzione di ricoveri per PTCA primarie in STEMI eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui totali	Numero di ricoveri per PTCA primarie in STEMI eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui totali	Numero totale ricoveri per PTCA totali eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui totali	> 30%
227	B.1-7	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% di IMA trattati con PTCA entro 2 gg	Numero di ricoveri di IMA con PTCA eseguita entro 2 giorni	Numero totale di ricoveri per IMA	$\geq 25\%$ per ciascun stabilimento
229	B.3-20	Strategia delle Aree Interne "Basso Appennino Pesarese e Anconetano" (DGR 954/2016)	Produzione e invio di reportistica attestante lo stato di avanzamento delle attività inerenti ogni singolo progetto	Documentazione inviata alla P.F. Territorio e Integrazione Ospedale Territorio a cadenza semestrale		Documentazione inviata entro 31/07/2018 e il 31/01/2019
231	B.3-17	MONITORAGGIO PDTA Attuazione DGR 987/16 Ictus in fase acuta	% pazienti con ictus ischemico sottoposti a trombolisi e.v.	N° pazienti con ictus ischemico (ICD9-CM (433.X1 e 434.X1) o (436)) sottoposti a trombolisi e.v. (ICD9-CM 99.10 o 99.20)	N° totale pazienti con ictus ischemico (ICD9-CM (433.X1 e 434.X1) o (436))	≥ 2017
232	B.3-18	MONITORAGGIO PDTA Attuazione DGR 988/16 Trauma grave	Produzione di reportistica indicante l'efficacia del percorso	N° pazienti con centralizzazione primaria al CTS	N° totale pazienti trauma maggiore	≥ 2017
277	B.3-18	MONITORAGGIO PDTA Attuazione DGR 988/16 Trauma grave	Produzione di reportistica indicante l'efficacia del percorso	N° pazienti con centralizzazione secondaria al CTS	N° totale pazienti trauma maggiore	≥ 2017
278	B.3-18	MONITORAGGIO PDTA Attuazione DGR 988/16 Trauma grave	Efficacia della presa in carico pre-ospedaliera	N° pz con trauma maggiore con cod. NERO o deceduti in PS	N° totale dei pazienti trauma maggiore	> 2017
234	B.4-1	Donazione organi e tessuti	Donazione di organi: % Accertamenti di morte con criteri neurologici su decessi per cerebrolesione acuta in rianimazione	N° accertamenti di morte con criteri neurologici	N° soggetti deceduti entro 15 giorni dal ricovero con lesione cerebrale acuta rianimazione	≥ 2017

Nr	N. Obiettivo	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2018
235	B.4-1	Donazione organi e tessuti	% di donatori di comez procurati: Consensi ottenuti e procedimenti donazione comez avviati sui decessi totali	N° donatori procurati di comez (consensi ottenuti e procedimenti donazione comez avviati)	N° decessi totali (esclusi i procedimenti a cassa aperta)	≥ 5%
236	B.4-1	Donazione organi e tessuti	% Opposizioni su accertamenti di morte	N° opposizioni	N° accertamenti di morte	< 5% rispetto a media nazionale
237	B.3-18	CHIRURGIA AMBULATORIALE	% prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in DS	Σ prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza in DS	Totale prestazioni in DS e ambulatoriali	< 2,33%
258	B.3-18	Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 gg	N° episodi di IMA, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data ricovero indice	N° episodi di IMA	100% Stabilimenti < 12%
259	B.3-18	Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 gg	N° ricoveri con dia. princ. di scompenso cardiaco in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data ricovero	N° ricoveri con dia. princ. di scompenso cardiaco	100% Stabilimenti < 14%
261	B.1-7	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Mortalità a 30 gg dai ricoveri di Ictus ischemico	N° ricoveri con dia. princ. ictus ischemico in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data ricovero	N° ricoveri con dia. princ. ictus ischemico	≤ 14% per ciascun stabilimento
262	B.1-7	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Int. TM mammella: % nuovi int. di resezione entro 120 gg da int. conservativo	N° ricoveri con nuovo int. di resezione entro 120 gg da int. TM mammella	N° ricoveri con nuovo int. di resezione per int. TM mammella	≤ 12% per ciascun stabilimento
263	B.1-7	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Int. TM polmone: mortalità a 30 gg	N° ricoveri con int. di asportazione TM polmonare, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data intervento	N° ricoveri con int. di asportazione TM polmonare	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento
264	B.3-18	Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016	Int. TM stomaco: mortalità a 30 gg	N° ricoveri con int. di asportazione TM gastrico, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data intervento	N° ricoveri con int. di asportazione TM gastrico	100% Stabilimenti < = 2017
265	B.1-7	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Int. TM colon: mortalità a 30 gg	N° ricoveri con int. di asportazione TM colon, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data intervento	N° ricoveri con int. di asportazione TM colon	< 8% per ciascun stabilimento
266	B.1-7	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Parto naturale: % complicanze	N° ricoveri per parto naturale con almeno una complicanza materna grave nel corso del ricovero o in ricoveri successivi entro 42 gg da data ammissione per parto	N° totale ricoveri per parto naturale	≤ 0,7% per ciascun stabilimento
267	B.1-7	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Parto cesareo: % complicanze	N° ricoveri per parto cesareo con almeno una complicanza materna grave nel corso del ricovero o in ricoveri successivi entro 42 gg da data ammissione per parto	N° totale ricoveri per parto cesareo	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento
286	B.3-18	INCREMENTO PRODUZIONE PER CONTRASTO MOBILITA' PASSIVA	Potenziamento ricoveri chirurgici e prestazioni ambulatoriali relativi a specifiche attività	(N° ricoveri chirurgici ortopedici [MDC 8] e prestazioni ambulatoriali ortopediche [Branca 19] anno 2018) - (N° ricoveri chirurgici ortopedici [MDC 8] e prestazioni ambulatoriali ortopediche [Branca 19] anno 2017)	(N° ricoveri chirurgici ortopedici [MDC 8] e prestazioni ambulatoriali ortopediche [Branca 19] per residenti anno 2017)	≥ 2017 (Tolleranza 2% in caso di mancato raggiungimento del target)
287	B.3-17	MONITORAGGIO PDTA Attuazione DGR 988/16 Trauma grave	Produzione di reportistica indicante l'efficacia del percorso	N° pz con decentralizzazione secondaria al CTS	N° totale pazienti trauma maggiore	≥ 2017
295	B.1-7	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	mortalità a 30 giorni dai ricover per BPCO riacutizzata	N° ricoveri indice per BPCO riacutizzata in cui il pz risulta deceduto entro 30 gg da data ricovero	N° ricoveri indice per BPCO riacutizzata	≤ 12% per ciascun stabilimento

Allegato 1.4 – Relazione Annuale sulla programmazione Economico e Sanitaria

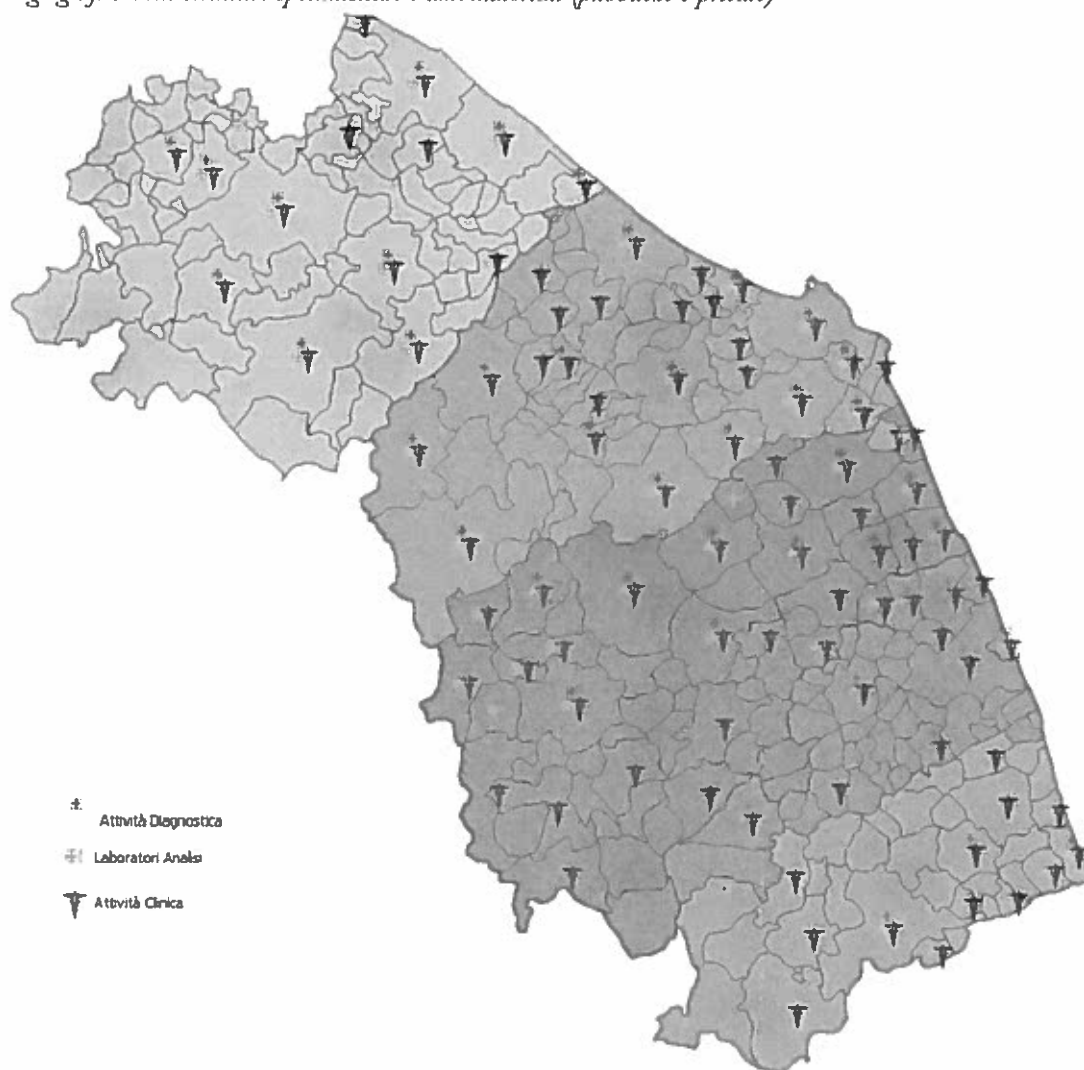
Nr	N. Obiettivo	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2018
304	B.1-7	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Riduzione % n. ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti	N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2018 - N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2017	N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2017	-36%
305	B.1-7	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	N. Parti pretermine tardi Vi (34-36 settimane di gestazione)	N. Parti pretermine tardivi (34-36 settimane di gestazione)	Totale parti cesarei	≤ 5%
317	B.4-1	Donazione organi e tessuti	Donazione di organi N. donatori procurati di organi in morte encefalica	N. donatori di organi in morte encefalica	N. pazienti deceduti con accertamenti di morte neurologica	≥ 2017
318	B.4-1	Donazione organi e tessuti	% Donatori di tessuti sottoposti ad accertamento di morte sugli accertamenti di morte	N. soggetti deceduti e sottoposti ad accertamento di morte a cui sia stata prelevata almeno una tipologia di tessuto (muscolo-scheletrico, vasi, valvole, cute sottocutanea e tessuto oculare)	N. soggetti deceduti e sottoposti ad accertamento di morte	≥ 2017
319	B.5-21	Implementazione PDTA regionali	Recepimento e attivazione PDTA regionali entro 2 mesi dalla pubblicazione	N. PDTA regionali recepiti con atto formale	N. PDTA regionali	100%
320	B.5-21	Implementazione PDTA regionali	Audit interni multidisciplinari	N. audit interni multidisciplinari	N. PDTA regionali	Almeno 2 audit previsti per PDTA
329	B.6-22	Rischio clinico	% Infezioni post-chirurgiche	Dimissioni per Sepsis post-chirurgiche entro 30 giorni dall'episodio chirurgico	Dimissioni chirurgiche	≤ 2017
343	B.7-23	Attuazione DGR 982/2016	Predisposizione protocolli trasporti (su gomma, ala fissa, ala rotante) connessi con le attività trapiantologiche	Predisposizione protocolli trasporti (su gomma, ala fissa, ala rotante) connessi con le attività trapiantologiche		Predisposizione protocolli

3.2. ASSISTENZA TERRITORIALE

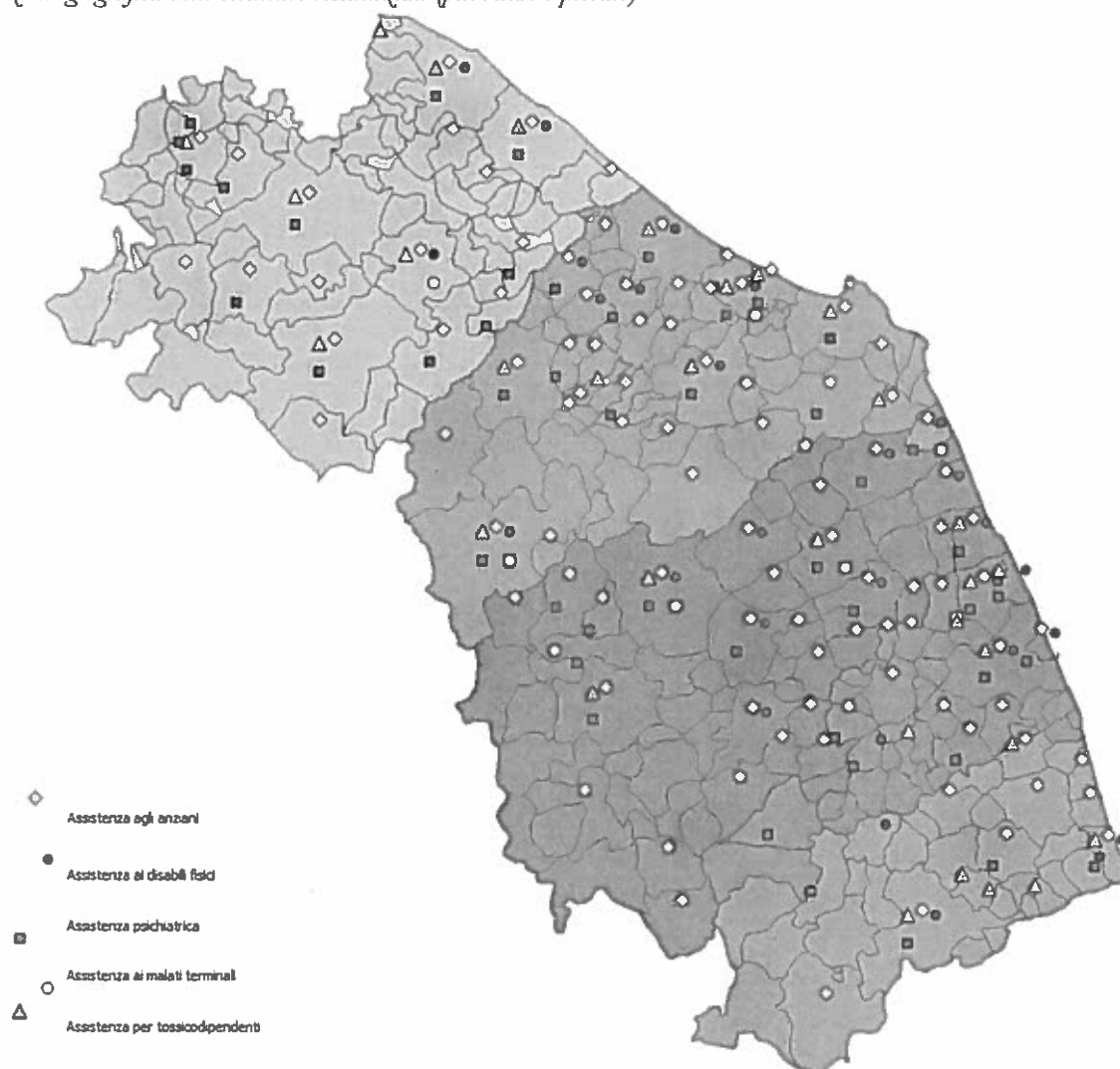
3.2.1. Stato dell'arte

L'Azienda opera mediante 308 strutture territoriali a gestione diretta e 328 strutture territoriali convenzionate (Fonte STS 11).

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



Dislocazione geografica delle strutture residenziali (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 esistenti nel 2017 suddiviso per tipologia di struttura e tipo di assistenza erogata.

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			43	2	45
ASSISTENZA AI DISABILI FISICI			3	1	4
ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI			2	3	5
ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI			7		7
ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI	19		1	3	23
ASSISTENZA PSICHIATRICA	32		28	21	81
ATTIVITA' CLINICA	105	60			165
ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO INFANTILE	72				72
ATTIVITA' DI LABORATORIO	20	26			46
DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	26	29			55
Totale complessivo	274	115	84	30	503

Si fa presente che la tipologia di assistenza erogata è stata utilizzata quella indicata in anagrafica STS 11 laddove non coincidente con quella riportata nel STS 11 – Tipologia di assistenza erogata.

Con riferimento agli istituti di riabilitazione ex art. 26 a gestione pubblica, nell'azienda esiste un centro con 10 posti letto di assistenza residenziale (Galantara di Pesaro) e 15 posti di semiresidenziale (Centro di riabilitazione Montessori di Fermo) (Fonte RIA 11).

I due prospetti seguenti evidenziano per ciascuna struttura a gestione diretta ASUR il numero di posti letto attivati nel 2017, suddivisi per posti letto residenziali e semiresidenziali.

Allegato 1.4 – Relazione Annuale sulla programmazione Economico e Sanitaria

Strutture residenziali a gestione diretta ASUR		Tipologia di assistenza erogata					
Codice struttura	Denominazione struttura	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali	Assistenza psichiatrica	Totale complessivo
000201	ZT05 SERV RIABILITATIVO RESID (SRR)					10	10
000203	ZT05 GRUPPO APPARTAMENTO					5	5
000211	ZT10 GRUPPO APP/TO CASTELRAMONDO					4	4
000212	ZT10 S R R PSICHIATRICA - GAGLIULE					8	8
000403	ZT05 DISTRETTO B FILOTTRANO RSA	20					20
000407	ZT10 R S A - MATELICA	12					12
000503	ZT05 DISTRETTO C CUPRAMONTANA RSA	20					20
000603	ZT05 DISTRETTO C MONTECAROTTO RSA	20					20
000903	ZT09 RSA CORRIDONIA	20					20
001205	ZT06 SRT DSM					5	5
002101	ZT07 RSA -PRESIDIO SANITARIO	35					35
003100	ZT13 RIABILITAZIONE RESIDENZIALE AP					20	20
004401	ZT12 RSA- RIPATRANZONE	32					32
004800	ZT13 RSA DI OFFIDA	30					30
004900	ZT13 RES PROTETTA DI ASCOLI PICENO	20					20
021001	ZT07 RSA C/O OSP DI CHIARAVALLE	20					20
040012	ZT07 DIP SALUTE MENTALE CASA ROSSA					15	15
040013	ZT07 DSM-COMUN ALLOGGIO					4	4
040014	ZT07 DSM COMUNITA' ALLOGGIO FEMMINILE					3	3
040022	ZT07 DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE					7	7
060003	ZT08 S R R RECANATI					15	15
060004	ZT08 GRUPPO APPARTAMENTO					6	6
060005	ZT08 RSA RECANATI	40					40
100025	ZT04 RSA CORINALDO	40					40
100028	ZT04 STRUT RESID RIABILIT PSICH					9	9
102315	DT02 CURE INTERMEDIE SASSOCORVARO	20					20
102903	DT02 RP ANZIANI - MACERATA FELTRIA	15					15
102904	DT02 RP ANZIANI - SANTANGELO IN VADO	18					18
103125	ZT03 RSA MONDARIO	36					36
103134	ZT03 SRR					10	10
103303	ZT03 RSA Centro Gray		8				8
103307	ZT03 HOSPICE "GIARDINO DEL DUCA"				10		10
103321	DT03 RSA MONDOLFO	16					16
103322	DT03 RIABILITAZIONE EXTRAOSPEDALIERA FOSSOMBRONE		10				10
103323	DT02 CURE INTERMEDIE CAGLI	30					30
103324	DT03 CURE INTERMEDIE FOSSOMBRONE	30					30
104303	DT04 GRUPPO APPARTAMENTO					9	9
105313	DT05 CURE INTERMEDIE - CINGOLI	10					10
106301	ZT06 HOSPICE - FABRIANO				8		8
106302	ZT06 R S A SASSOFERRATO	20					20
106309	DT06 CURE INTERMEDIE - SASSOFERRATO	20					20
106314	DT06 Gruppo Appartamento via Bellocchi - Fabriano					6	6
107306	ZT07 HOSPICE c/o OSP di LORETO				8		8
107308	ZT07 COUNTRY HOSPITAL - CASTELFIDARDO	5					5
107320	ZT07 HOSPICE c/o OSP DI CHIARAVALLE				10		10
107340	DT07 CURE INTERMEDIE CHIARAVALLE	24					24
107341	DT07 CURE INTERMEDIE LORETO	27					27
108309	DT08 CURE INTERMEDIE RECANATI	30					30
109302	ZT09 COMUNITA PROTETTA CORRIDONIA					24	24
109303	ZT09 RSA SAN GINESIO	20					20
109305	ZT09 STRUTTURA RESIDENZIALE RIABILITATIVA					12	12
109318	DT09 Hospice Macerata				8		8
109332	DT09 CURE INTERMEDIE TREIA	24					24
110018	ZT04 RSA ARCEVIA	12					12
110308	ZT10 HOSPICE SAN SEVERINO M				12		12
110309	DT10 CURE INTERMEDIE MATELICA	8					8
111111	ZT02 STRUT RIAB RESID URBINO NON CALPESTARE LE IDEE					9	9
111304	ZT11 RSA PETRITOLI	20					20
111312	ZT11 RSR PORTO SAN GIORGIO		14				14
111315	ZT11 HOSPICE MONTEGRANARO				10		10
111318	DT11 CURE INTERMEDIE SANT'ELPIDIO A MARE	20					20
111329	DT11 CURE INTERMEDIE - MONTEGIORGIO	20					20
111700	ZT01 RSA F TOMASELLO			27			27
112310	DT12 Gruppo Appartamento - San Benedetto					4	4
113001	ZT11 STRUT RIABILIT RESIDENZIALE					15	15
113308	ZT13 RSA ACQUASANTA TERME	20					20
113905	DT13 RP ANZIANI - OFFIDA	10					10
113907	ZT13 RESIDENZA PROTETTA ACQUASANTA TERME	20					20
121400	ZT01 GRUPPO APPARTAM MASCHILE 2					5	5
121401	ZT01 GRUPPO APPARTAM MASCHILE 1					5	5
121559	ZT01 GRUPPO APPARTAMENTO FEMMINILE					6	6
124501	ZT12 RSA-MONTEFIORE DELL ASO	20					20
132300	ZT13 RSA EX LUCIANI	40					40
140001	ZT01 GRUPPO APPARTAM MASCHILE 3					6	6
155602	ZT01 SRR MURAGLIA					18	18
156000	ZT01 COMUNITA PROTETTA FEMMINILE					20	20
156003	ZT01 COMUNITA PROTETTA MASCHILE					20	20
157201	ZT01 RSAR BRICCIOTTI	28		28			56
400100	ZT01 RS GALANTARA	56					56
900000	ZT02 R S A MACERATA FELTRIA	25					25
900000	ZT02 R S A URBANIA	20					20
999000	ZT02 RSA S ANGELO IN VADO	20					20
Totale complessivo		993	32	55	66	280	1.426

Strutture semiresidenziali a gestione diretta ASUR		Tipologia di assistenza erogata				
Codice struttura	Denominazione struttura	Assistenza psichiatrica	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Totale complessivo
000202	ZT05 CENTRO DIURNO (CD)	15				15
000208	ZT10 CENTRO DIURNO SAL.MEN. S.SEV.M.	10				10
002600	ZT13 CENTRO DIURNO PSICH. COMUNANZA	20				20
002900	ZT13 CENTRO DIURNO PSICH. ASCOLI PICENO	30				30
003000	ZT11 STRUTTURA SEMIRESRIABILITATIVA	15				15
003003	ZT11 STRUTT SEMIRES CENTRODIURNO	13				13
003005	ZT11 STRUTT SEMIRES RIABILITATIVA	12				12
004004	ZT07 CENTRO DIURNO "SOLEDAIA"	20				20
040011	ZT07 DIP. SALUTE MENTALE-CASA ROSSA	8				8
040021	ZT07 DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	10				10
060007	ZT08 CENTRO DIURNO ALZHEIMER RECANA		10			10
100027	ZT04 CENTRO DIURNO PSICHIATRICO	15				15
103133	ZT03 CENTRO DIURNO	15				15
106305	ZT06 CENTRO DIURNO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE FABRIANO	18				18
108302	DT08 CENTRO DIURNO CIVITANOVA MARCHE	14				14
108303	DT08 CENTRO DIURNO RECANATI	14				14
109310	ZT09 CENTRO DIURNO TOLENTINO	10				10
109321	DT09 Centro Durno Psichiatrico - Macerata	15				15
110103	ZT10 CENTRO DIURNO SAL.MEN.CAMERINO	10				10
111222	ZT02 CENTRO DIURNO NON CALPESTARE LE IDEE	15				15
111310	ZT11 CENTRO ALZHEIMER DI MONTEGRANARO		20			20
121002	ZT12 SSM: CENTRO DIURNO	20				20
155630	ZT01 CENTRO DIURNO "PEGASO"				16	16
155631	ZT01 CENTRO DIURNO VIA REDIPUGLIA	20				20
155632	ZT01 CENTRO DIURNO "MOSAICO"				8	8
155633	ZT01 CENTRO DIURNO "GABBIANO"				16	16
400101	ZT01 CENTRO DIURNO IL GIARDINO DEI RICORDI				14	14
Totale complessivo		319	30	8	46	403

Al pari di quanto riportato per le strutture territoriali a gestione diretta, le tabelle seguenti indicano in primo luogo il numero delle strutture private convenzionate, per ciascuna tipologia di assistenza erogata, nonché il numero di posti letto di assistenza residenziale e semiresidenziale attivi nel 2017.

Numero di strutture convenzionate	Tipo struttura				Totale complessivo
	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	AMBULATORIO E LABORATORIO	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	
ASSISTENZA AGLI ANZIANI			114	3	117
ASSISTENZA AI DISABILI FISICI			8	26	34
ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI			6	3	9
ASSISTENZA AIDS			1		1
ASSISTENZA IDROTERMALE	6				6
ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI			24	2	26
ASSISTENZA PSICHIATRICA			28	1	29
ATTIVITA' CLINICA	4	59			63
ATTIVITA' DI LABORATORIO		58			58
DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI		20			20
Totale complessivo	10	137	181	35	363

Allegato 1.4 – Relazione Annuale sulla programmazione Economico e Sanitaria

Strutture residenziali in convenzione		Tipologia di assistenza erogata			
Codice struttura	Denominazione struttura	Assistenza psichiatrica	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai disabili fisici
000025	ZT07 CASA PROTETTA MONTEMARCIANO	20	20		
001504	ZT07 SAL. MENT. COMUNITA' ALLOGGIO ANCONA	8			
001505	ZT07 SALUTE MENTALE-CASA GALLA	20			
001508	ZT07 ABITARE IL TEMPO RSALORETO	10	10	10	
003002	ZT11 COMUNITA' PROTETTA S. GROLAMO	40			
004701	ZT12 RSA SAN GIUSEPPE (S.B.T.)		50		
060001	ZT08 S. R. P. SAN CLAUDIO	20			
060006	ZT08 VILLA MARGHERITA		40		
071500	ZT07 NUCLEO ASS. RES. OPERA PIA CECI		65		
101900	DT01 RP ANZIANI "BEATO SANTE" - MONBAROCCIO		40		
102303	DT02 S. R. SERENTY HOUSE	4			
102305	DT02 RSA MONTEFELTRO - URBINO		40		
102306	DT02 S. R. ATENA	5			
102314	DT02 SRR CA' D'ANDREA - SASSOCORVARO	10			
102900	DT02 RP ANZIANI "S. GIUSEPPE" - ACQUALAGNA		25		
102902	DT02 RP ANZIANI "EX OSPEDALE SAVINI" - CANTIANO		34		
102905	DT02 RP ANZIANI "MASSAIOLI" - SASSOCORVARO		50		
102907	DT02 RP ANZIANI "MONTEFELTRO"		50		
103304	DT03 CASA ARGENTO		60		
103900	DT03 RP ANZIANI "FAMILIA NOVA" - FANO		65		
103901	DT03 RP ANZIANI "G. DI BART" - FANO		23		
103902	DT03 RP ANZIANI "CASTELLANI" - FOSSOMBRONE		29		
103904	DT03 RP ANZIANI "S. GIUSEPPE" - MONDADO		60		
103905	DT03 RP ANZIANI - CENTRO RESIDENZIALE PER ANZIANI - MONDOLFO		60		
103906	DT03 RP ANZIANI "RAB" - PERGOLA		61		
103907	DT03 RP ANZIANI "ISTITUTO 'ARSEN'" - PERGOLA		20		
103909	DT03 RP ANZIANI - SAN LORENZO IN CAMPO		20		
103910	DT03 RP ANZIANI "DON PAOLO TONUCCI" - FANO		20		
103913	DT03 RP ANZIANI "A. MARCONELLI" - SALTARA		20		
103914	DT03 RP ANZIANI ZAFFIRO - SAN LORENZO IN CAMPO	31	31		
104304	DT04 COMUNITA' PROTETTA "MARIA NILDE CERRI"	16			
104305	DT04 CASA DI CURA VILLA SILVIA SRT/SRPI	10			
104316	DT04 RESIDENZA PROTETTA DISABILI CORNALDO			13	
104900	DT04 RP ANZIANI FONDAZIONE "SANTA MARIA GORETTI-SERVIZIO ALLA PERSONA" - CORNALDO		36		
104901	DT04 RP ANZIANI FONDAZIONE "CASA DELL'OSPITALITA' F. MARULLI" - OSTRA VETERE		20		
104902	DT04 RP ANZIANI FONDAZIONE "OPERA PIU' AVANTI MARIANI" - RIPE		18		
104903	DT04 RP ANZIANI FONDAZIONE "CITTA' DI SENGALLIA"		40		
104904	DT04 RP ANZIANI "VILLA LEANDRA" - SERRA DE CONTI		47		
104906	DT04 RP ANZIANI STELLA MARIS		38		
105301	ZT05 Struttura Residenziale Villa Jolanda	40	40		
105303	ZT05 COMUNITA' ALLOGGIO "VILLA RICCI"			11	
105304	DT05 COMUNITA' SOTERIA			12	
105305	DT05 COSER "ALBACHARA"				10
105901	DT05 RP ANZIANI FONDAZIONE "GIOVANNI PAOLO II" - CUPRAMONTANA		49		
105902	DT05 RP ANZIANI - FLOTTIANO FONDAZIONE "IL CHOSTRO"		30		
105903	DT05 RP ANZIANI "V. EMANUELE II" - JESI		106		
105904	DT05 RP ANZIANI - MONTECAROTTO		20		
105905	DT05 RP ANZIANI "FELTRANI FILATI" - CINGOLI		22		
105906	DT05 RP ANZIANI SANTA MARIA NUOVA		22		
105907	DT05 RP ANZIANI "O. P. VERRI BERNABUCCI" - BELVEDERE OSTRENSE		28		
105908	DT05 RP ANZIANI "C. GREGORINI" - SAN MARCELLO		22		
105909	DT05 RP ANZIANI FONDAZIONE "G. SPONTINI" - MAIOLATI SPONTINI		21		
105910	DT05 RESIDENZA PROTETTA COMUNE DI STAFFOLO		22		
105911	DT05 CASA RELIGIOSA S. VINCENZO DE PAOLI F. D. M. "COLLEGIO PERGOLES" - JESI		12		
105912	DT05 FONDAZIONE CASA DI RIPOSO "A. CONTI RP" - MERGO		18		
105913	DT05 COMUNE DI MORRO D'ALBA - CASA DI RIPOSO - RESIDENZA PROTETTA		11		
105914	DT05 RP VILLA CELESTE - BFR s. r. l. ROSORA		28		
106304	DT06 CONSORZIO COSER "C'ERA L'ACCA" - FABRIANO				16
106900	DT06 RP ANZIANI - CERRETO D'ESI		25		
106901	DT06 RP ANZIANI "V. EMANUELE II" - FABRIANO		71		
106903	DT06 RP ANZIANI "S. GIUSEPPE" - SASSOFERRATO		25		
107600	ZT07 RESIDENZA ANNI AZZURRI CONERO	11	11		
107700	ZT07 FONDAZIONE GRIMANI BUTTARI	6	6		
107720	ZT07 CASA RIPOSO ZAFFIRO	20	20		
107800	ZT07 SANTA MARIA DV. PROVVIDENZA			42	42
107806	DT07 Casa Alloggio "FILO D'ARIANNA"	9			
107851	ZT07 COSER "La Compagnia del Volo" Chiaravalle				8
107900	DT07 RP RESIDENZA DORICA		20		
107901	DT07 RP ANZIANI "BENINCASA" - ANCONA		42		
107902	DT07 RP ANZIANI "VILLA ALMAGIA" - ANCONA		28		
107903	DT07 RP ANZIANI "CIRIACO MORDINI" - CASTELFIDARDO		25		
107904	DT07 RP ANZIANI "LA GNESTRA" - CHIARAVALLE		25		
107905	DT07 RP ANZIANI "OASI AVE MARIA" - LORETO		56		
107906	DT07 RP ANZIANI "PIA CASA HERMES" - LORETO		38		
107907	DT07 RP ANZIANI "E. MEDI" - MONTE SAN VITO		35		
107908	DT07 RP ANZIANI "G. B. MAROTTI" - MONTEMARCIANO		25		
107910	DT07 RP ANZIANI "RECANATESI" - V. VERDE - V. ROSA - OSIMO		60		
107913	DT07 RP ZAFFIRO & MONTESCURO - ANCONA	37	37		

Strutture residenziali in convenzione		Tipologia di assistenza erogata			
Codice struttura	Denominazione struttura	Assistenza psichiatrica	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai disabili fisici
107915	DT07 RP ANZIANI "LUCIO VISINTINI" - FALCONARA		65		
108900	DT08 RP ANZIANI "VILLA LETIZIA" - CMTANOVA MARCHE		46		
108903	DT08 RP ANZIANI "CRISTALLINI" - MONTEFANO		14		
108904	DT08 RP ANZIANI COMUNALE - POTENZA PICENA		15		
108905	DT08 RP ANZIANI "GIGLI" - RECANATI		61		
108906	DT08 RP ANZIANI COMUNALE - MONTE SAN GIUSTO		31		
108907	DT08 RP ANZIANI COMUNALE "A. GATTI" - MONTECOSARO		32		
109304	DT09 RP ANZIANI "SANTA COLOMBA" - MOGLIANO		26		
109900	DT09 RP ANZIANI - CORRIDONIA		25		
109901	DT09 RP ANZIANI "LE GRAZIE" - GUALDO		13		
109902	DT09 RP ANZIANI COMUNALE - LORO PICENO		16		
109903	DT09 RP ANZIANI "VILLA COZZA" - MACERATA		65		
109905	DT09 RP ANZIANI COMUNALE "MURRI" - MONTECASSIANO		12		
109906	DT09 RP ANZIANI "PAOLO BUROCCHI" - PENNA SAN GIOVANNI		15		
109907	DT09 RP ANZIANI - POLLENZA		26		
109908	DT09 RP ANZIANI COMUNALE - SARNANO		25		
109909	DT09 RP ANZIANI "V. PORCELLI" - TOLENTINO		64		
109911	DT09 RP ANZIANI - TREIA		24		
109912	DT09 RP ANZIANI "BUCCOLINI GIANELLI" - URBISAGLIA		53		
109913	DT09 RP ANZIANI "L'IMMACOLATA" - SANT'ANGELO IN PONTANO		10		
110016	ZT06 CASA MADONNA DELLA ROSA	18			
110017	ZT06 ROSSO DI SERA COO SS. MARCHE			9	
110900	DT10 RP ANZIANI "CASA AMICA" - CAMERINO		24		
110902	DT10 RP ANZIANI "ANGELA PAPARELLI" - CASTEL SANTANGELO SUL NERA		20		
110903	DT10 RP ANZIANI "S. M. MADDALENA" - ESANATOGLIA		36		
110904	DT10 RP ANZIANI "A. CHERICHETTI" - GAGLIDOLE		31		
110905	DT10 RP ANZIANI "E. MATTEI" - MATELICA		55		
110906	DT10 RP ANZIANI "SANT'AGOSTINO" - PIEVE TORINA		26		
110907	DT10 RP ANZIANI "A. MATALENI" - PORACO		6		
110908	DT10 RP ANZIANI "LAZZARELLI" - SAN SEVERINO MARCHE		49		
110909	DT10 RP ANZIANI "SANT' ANTONIO" - USSITA		1		
110910	DT10 RP ANZIANI "CASA OSPITALITA'" - CASTELRAMONDO		15		
111300	DT11 SRR "LA RUGIADA" - SERVIGLIANO	10			
111306	DT11 GRUPPO FAMIGLIA OMULUS - P. S. GIORGIO	15			
111319	DT11 GRUPPO APPARTAMENTO "LA RONDINE" - FALERONE	10			
111320	DT11 CASA FAMIGLIA MASCHILE - FERMO	4			
111321	DT11 CASA FAMIGLIA FEMMINILE - FERMO	4			
111900	DT11 RP ANZIANI "PIETRO PAOLO DE MINICIS" - FALERONE		20		
111901	DT11 RP Anziani "A. Sassatelli" - Fermo	60	60		
111902	DT11 RP ANZIANI OPERE PIE DECENTRATE DI CURA E RICOVERO - FRANCAVILLA D'ETE		30		
111903	DT11 RP ANZIANI "OPERA PIA ARPLI" - MONTE GIBERTO		61		
111904	DT11 RP ANZIANI "EX CONVENTO FRANCESCANI MINORI" - MONTE SAN PIETRANGELI		25		
111905	DT11 RP ANZIANI "VECCHI POVERI" - MONTEGIORGIO		20		
111907	DT11 RP ANZIANI "P. MARINI" - PETRITOLI		27		
111908	DT11 RP ANZIANI "SUORE S. GAETANO" - PORTO SAN GIORGIO		32		
111909	DT11 RP ANZIANI COMUNALE - SANTELPIDIO A MARE		18		
111910	DT11 RP ANZIANI "DON MANZETTI" - MONTERUBBIANO		23		
112852	DT12 CASA FAMIGLIA				10
112900	DT12 RP ANZIANI "CLEMENTI E NELLA CICCARELLI" - CUPRAMARITTIMA		15		
112901	DT12 RP ANZIANI FONDAZIONE "M. PELAGALLO" - GROTTOAMARE		40		
112902	DT12 RP ANZIANI "SANTA MARIA" - GROTTOAMARE		8		
112903	DT12 RP ANZIANI "V. GALLI" - MONTALTO		20		
112904	DT12 RP ANZIANI "SAN GIUSEPPE" - SAN BENEDETTO		40		
112905	DT12 RP ANZIANI "CENTRO SOCIALE PRIMAVERA" - SAN BENEDETTO		40		
113302	ZT13 RESIDENZA PROTETTA SAN GIUSEPPE (A. P.)	40			
113305	DT13 Opera pia "Don Giovanni Bergalucci" - Offida	15		15	
113315	DT13 CoSerFratelli Lepri - Force				12
113900	DT13 RP ISTITUTO SANTA MARTA		20		
113901	DT13 RP ANZIANI "ANCELLE DEL SIGNORE" - ASCOLI		20		
113902	DT13 RP ANZIANI ISTITUTO "PREZIOSISSIMO SANGUE" - ASCOLI		30		
113906	DT13 RP ANZIANI "FORLINI" - OFFIDA		30		
113908	DT13 RP ANZIANI SANTAS		40		
200015	ZT04 RP ANZIANI FONDAZIONE OPERA PIA "MASTAI FERRETTI" - SENIGALLIA	20	20		
200017	ZT04 RP ANZIANI FONDAZIONE "MORONI ANTONINI MORGANTI" - OSTRA		56		
300000	ZT01 CASA PROTETTA "SANTA COLOMBA"		183		
Totale complessivo		613	3.871	99	111

Allegato 1.4 – Relazione Annuale sulla programmazione Economico e Sanitaria

Strutture semiresidenziali in convenzione		Tipologia di assistenza erogata				Totale complessivo
Codice struttura	Denominazione struttura	Assistenza psichiatrica	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	
001510	ZT07 SAL. MENT. COMUNITA' ALLOGGIO	2				2
001511	ZT07 FONDAZIONE GRIMANI BUTTARI		30			30
104308	DT04 CENTRO DIURNO INTERCOMUNALE 'ROMITA'			16		16
104309	DT04 CENTRO DIURNO LA 'GIOSTRA'			14		14
104310	DT04 CENTRO SOCIO EDUCATIVO DIURNO 'ARENA'			16		16
104311	DT04 IL CASOLARE			24		24
104315	DT04 CENTRO DIURNO ALZHEIMER OPERA PIA MASTAI FERRETTI		20			20
106308	DT06 CENTRO DIURNO 'V. EMANUELE II' FABRIANO		24			24
106311	DT06 CSER 'UN MONDO A COLORI'			24		24
106312	DT06 CSER			16		16
106313	DT06 CSER 'EMPORIO GUAZZABUGLIO'			8		8
107330	ZT07 CENTRO SOCIO EDUCATIVO RIABILITATIVO			16		16
108305	DT08 C S E R IL GABBIANO			18		18
108306	DT08 CENTRO DIURNO L'INFINITO VILLA TERESA			8		8
108307	DT08 ANFFAS ONLUS POTENZA PICENA			16		16
109323	DT09 CSER EX SAN LORENZO			25		25
109324	DT09 CSER 'IL CICLAMINO'			16		16
109325	DT09 CENTRO DIURNO GABELLA MONTI AZZURRI			15		15
109326	DT09 CENTRO DIURNO ARANCIA			23		23
110340	DT10 CSER 'IL GIRASOLE'			16		16
111323	DT11 MONTEPACINI (SAN GIULIANO)			16		16
111324	DT11 BOTTEGA DELLE IDEE			16		16
111325	DT11 L'ALBERO DEI TALENTI			16		16
111326	DT11 IL GIRASOLE			25		25
111327	DT11 LA SERRA			25		25
111328	DT11 CENTRO SOCIO EDUCATIVO RIABILITATIVO 'LA CITTADELLA DEL SOLE'			25		25
112311	DT12 BIANCOAZZURRO			18		18
112312	DT12 L'ARCOBALENO			32		32
112314	DT12 LA CLESSIDRA			16		16
112315	DT12 ANFFAS ONLUS GROTTAMMARE				19	19
113316	DT13 CENTRO DIURNO 'IL COLIBRI'			24		24
113317	DT13 ANFFAS ONLUS ASCOLI PICENO				18	18
113318	DT13 L'ORTO DI PAOLO				16	16
Totale complessivo		2	74	484	53	613

Con riferimento agli istituti di riabilitazione ex art. 26 privati, nel 2017 hanno operato 14 centri di riabilitazione residenziale con 779 posti letto di assistenza residenziale e 221 posti di semiresidenziale (Fonte RIA 11, Anno 2017).

Strutture residenziali riabilitative ex art. 26		Posti letto		
Codice	Descrizione	RESID.	SEMIR.	Totale complessivo
110014	ZT06 COMUNITA LA BUONA NOVELLA	4	16	20
110301	ZT02 ISTITUTO RIAB. S. STEFANO	10	40	50
110302	ZT07 ABITARE IL TEMPO - LORETO	0	50	50
110306	ZT07 IST. RIAB. VILLA ADRIA	15	35	50
110310	ZT07 LEGA DEL FILO D'ORO ONLUS	15	56	71
110311	ZT07 FONDAZIONE DON GNOCCHI	40	60	100
110314	ZT08 RIABILITAZIONE S. STEFANO	20	334	354
110316	ZT08 ISTITUTO PAOLO RICCI	25	20	45
110317	ZT08 VILLAGGIO DELLE GINESTRE	27	40	67
110324	ZT11 CENTRO RIAB. MONTESSORI	15	0	15
110325	ZT11 COMUNITA' CAPODARCO FERMO	40	45	85
110329	ZT13 IST. RIA. S. STEFANO ASCOLI	0	34	34
110330	ZT11 ISTITUTO MANCINELLI	0	30	30
110332	ZT07 RESIDENZA DORICA S. STEFANO	0	19	19
Totale complessivo		211	779	990

Relativamente alla medicina di base, l'Azienda opera mediante 1.125 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 1.335.410 unità, e 179 pediatri di libera scelta, che assistono 164.607 assistiti (Fonte: Modello FLS 12, Anno 2017).

3.2.2. L'analisi delle attività del livello territoriale

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.

Atteso ciò occorre definire gli elementi caratterizzanti relativamente ai processi di implementazione del sistema distrettuale aziendale in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale.

Tavoli tecnici per la riorganizzazione del livello territoriale

Rete Vulnologica

La Rete Vulnologica è stata formalizzata nell'anno 2015 con Det. Dir. Gen. ASUR 916 dove sono stati definiti i livelli di presa in carico del paziente con lesioni difficili ed è stato approvato il profilo di cura "Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione". Nel corso dell'anno 2017, grazie alla costituzione di un Tavolo di Lavoro interaziendale (ASUR, AOU Ospedali Riuniti di Ancona, AO Marche Nord e INRCA), è stato redatto un documento approvato con Det. Dir. Gen. ASUR 559/2017 dal titolo "Prevenzione e cura delle Lesioni da Pressione (LdP): documento interaziendale di esperti". Nel corso dell'anno 2018 si intende svolgere specifica formazione nelle Aree Vaste per l'implementazione del documento e si intende realizzare la prima indagine ospedale-territorio sulla prevalenza delle lesioni da pressione. Tale studio, approvato dal Comitato Etico Regionale nella seduta del 14/12/2017, coinvolgerà tutti i presidi ospedalieri per acuti ASUR, gli Ospedali di Comunità e le RSA a gestione diretta nella seconda settimana di febbraio 2018. L'indagine ha come obiettivo principale quello di stimare la prevalenza delle LdP tra i pazienti ricoverati nei Presidi Ospedalieri, Ospedali di Comunità e RSA a gestione diretta nella Regione Marche e come obiettivi secondari quelli di valutare l'applicazione di misure preventive idonee e la completezza delle informazioni raccolte in cartella relativamente a valutazione del rischio, cambio posturale e scheda di rilevazione della lesione.

Rete Diabetologica

La Legge Regionale 24 marzo 2015, n. 9 "Disposizioni in materia di prevenzione, diagnosi precoce e cura del diabete mellito" ha istituito presso l'ASUR il Dipartimento funzionale di Diabetologia "con il compito di assicurare l'esercizio unitario delle funzioni di prevenzione, diagnosi e cura, il coordinamento delle attività dei Centri di assistenza specialistica per adulti dell'ASUR, finalizzata all'integrazione e all'ottimizzazione delle procedure". L'Art. 4 della Legge declina in modo dettagliato i compiti e gli obiettivi. La Direzione Generale ASUR con Det. Dir. Gen. ASUR 361/2017 ha formalizzato il Dipartimento Funzionale individuando le UU.OO. in Area Vasta afferenti al Dipartimento. Al fine di promuovere percorsi omogenei in Area Vasta di presa in carico del paziente diabetico, anche in un'ottica di medicina integrata con l'Assistenza Primaria e di medicina di iniziativa, la Direzione Sanitaria ASUR ha costituito un apposito Tavolo di Lavoro nell'anno 2017 che ha coinvolto i responsabili delle UU.OO. del Dipartimento. I lavori proseguiranno nel corso dell'anno 2018 e si concluderanno con la definizione del percorso che verrà approvata con apposito atto.

Rete delle 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 intende costituire nell'anno 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.

3.2.2.1. Dimissioni Protette Ospedaliere

A partire dall'anno 2016, attraverso la costituzione di appositi Tavoli di Lavoro, è stato sviluppato il modulo Dimissioni Protette per la definizione della richiesta informatizzata di presa in carico del paziente fragile in dimissione da una U.O. per acuti verso il sistema territoriale. Nel 2017 è stata avviata una fase di sperimentazione che ha coinvolto l'Area Vasta 3 (Macerata) e l'Area Vasta 4 (Fermo). Il software è stato collaudato e approvato dalla commissione tecnica del Servizio Salute della Regione Marche in data 21 settembre 2017 e il suo utilizzo implementato in tutte le UU.OO. Ospedaliere e distrettuali anche con il coinvolgimento dell'Azienda Ospedaliera Marche Nord. Nel corso dell'anno 2018 sarà implementato presso tutti gli Enti del SSR con condivisione del percorso a livello interaziendale e verrà sviluppata la scheda sociale al fine di completare la scheda di valutazione strutturata.

3.2.2.2. Cure domiciliari

Le Cure Domiciliari, in adempimento della DGR 791/14 avente per oggetto "Linee guida per l'organizzazione delle cure domiciliari", s'inseriscono in un contesto di aumento della complessità assistenziale dei cittadini da prendere in carico nel setting territoriale e nel panorama della nuova riorganizzazione ospedaliera che implica un profondo mutamento e potenziamento della capacità di presa in carico. Nel corso dell'anno 2014 è stato avviato il percorso di informatizzazione delle Cure Domiciliari nell'ambito dello sviluppo del Sistema Informativo per la Rete del Territorio (SIRTE) della Regione Marche che ha coinvolto i Distretti dell'Area Vasta 1, 2, 3 e 4. Nel corso dell'anno 2018 si intende svolgere le attività propedeutiche al dispiegamento in Area Vasta 5.

3.2.2.3. Cure Intermedie e Case della Salute

Con Determina n. 914 del 24/12/2015, l'ASUR ha provveduto, in ottemperanza alle Delibere di Giunta Regione Marche n. 735/2013 e smi, n. 452/2014, n. 960/2014, n. 665/2015, n. 1183/2015, n. 1218/2015, n. 139/2016 sentito anche il parere della IV commissione riunitasi in data 11/01/2016, all'approvazione del riassetto organizzativo della Rete degli Ospedali di Comunità (O.d.C.) dell'Azienda con Determina del Direttore Generale n. 144 del 7/03/2016 "Integrazione e modifica in applicazione DGRM 139 del 22/02/2016". Con la DGRM 139/2016 infatti la Regione Marche ha proceduto a

disporre l'adeguamento delle Case della Salute di tipo C ridefinite Ospedali di Comunità, in coerenza con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera di cui al DM 70/2015 ed alla revisione della DGR 735 del 2013, della DGR n. 920 del 2013 e della DGR n. 1476 del 2013.

La citata DGR n. 139 del 22/02/2016 definisce con decorrenza dal 01/01/2017 l'assetto degli Ospedali di Comunità in termini di posti letto e tipologia di servizi sanitari offerti (Allegato A alla DGRM 139/2016), prevedendo al contempo le seguenti indicazioni: "I posti letto di CI restano attivi con un mix di posti letto di LD/RB e CI presso gli Ospedali di Comunità ove già previsto dalla DGR 735/2013 e che si passi all'attivazione dei pl di CI di cui alle tabelle sotto riportate che dovranno gradualmente andare a regime, garantendo nel frattempo nelle 12 H notturne il mantenimento della presenza del Medico dipendente, adeguatamente formato, oltre al medico di continuità assistenziale nel rispetto della legge 36/98 e s.m.i. La normativa regionale prevede inoltre che negli O.d.C. siano presenti attività di specialistica ambulatoriale e ambulatori infermieristici che possono offrire alcune prestazioni (medicazioni, terapie infusive, gestione di device, attività di educazione sanitaria...) che possano potenziare l'offerta assistenziale territoriale riducendo la domanda presso gli ospedali per acuti. L'attività infermieristica infatti completa il percorso delle cure primarie che costituiscono l'area nella quale sono comprese forme essenziali di assistenza sanitaria che sono basate su tecnologie di base e metodi pratici, scientificamente validi, accessibili a tutti gli individui.

In questo modo la riorganizzazione territoriale, attraverso la costituzione degli O.d.C. si pone i seguenti obiettivi:

1. ridurre la pressione sulle strutture ospedaliere attraverso il network territoriale dei servizi sanitari;
2. assicurare un punto unico di accesso ai cittadini per la presa in carico dei bisogni sanitari e/o sociali attraverso l'integrazione multi professionale e multisettoriale tra l'ambito sanitario e socio assistenziale;
3. aggregare servizi oggi diffusi sul territorio configurando un assetto organizzativo che mette in relazione le Cure Primarie con gli altri nodi della rete (assistenza specialistica ospedaliera, salute mentale, sanità pubblica, ecc);
4. favorire l'appropriatezza clinica ed organizzativa nell'utilizzo delle strutture aziendali sviluppando programmi di prevenzione rivolti al singolo e/o a target specifici di popolazione, anche gestendo le patologie croniche attraverso il Chronic Care Model;
5. soddisfare i bisogni dei cittadini con più patologie e che richiedono una valutazione multidimensionale e una presa in carico personalizzata con il fine di evitare ricoveri impropri.

Visti i riferimenti normativi deliberati dalla Giunta Regionale, negli Ospedali di Comunità la gestione dei posti letto (10 per ogni modulo presente), necessita dal punto di vista dell'assistenza medica, di una collaborazione da ricercare nel rapporto fiduciario con il Medico di Medicina Generale.

La riorganizzazione della Sanità territoriale è un processo innovativo che vede la partecipazione di tutte le figure professionali coinvolte negli O.d.C. Già nel corso degli anni 2016 e 2017 è stato svolto un percorso di formazione presso le Aree Vaste rivolto ai professionisti che si trovano ad operare presso gli OdC con una formazione di I livello svolta in Area Vasta ed una di II livello che ha coinvolto per ciascun O.d.C. due operatori, scelti tra quelli che hanno partecipato alla formazione di I livello.

Inoltre con Det. Dir. Gen. ASUR 670/2017 è stato approvato il Regolamento aziendale Cure Intermedie, Punto di Assistenza Territoriale e Ambulatori Infermieristici, frutto del lavoro di apposito Tavolo Tecnico costituito nel corso del 2016.

Nel corso dell'anno 2018 si intende svolgere il percorso di sviluppo della cartella clinica che sarà dedicata alle Cure Intermedie e alle RSA e che rappresenta un'ulteriore evoluzione del Sistema SIRTE. Essa si integrerà sia con il modulo Cure Domiciliari che con il modulo Dimissioni Protette agevolando così non solo la gestione clinica del paziente assistito, ma anche il passaggio delle informazioni da un livello ad un altro dell'assistenza territoriale e dal setting ospedaliero a quello territoriale. Il percorso

prevedrà la costituzione di un apposito Tavolo di Lavoro accreditato come Gruppo di Miglioramento ECM.

La DGRM 735/2013 inoltre, nel ridefinire l'offerta della rete ospedaliera riconvertendo gli ospedali di polo in strutture territoriali, definisce le Case della Salute (CdS) come un sistema integrato di servizi distrettuali dove si sviluppano le Cure primarie e Intermedie e le definisce caposaldo della nuova organizzazione del network territoriale. Successivamente, con DGRM n.452 del 14/04/2014 sono state approvate le linee guida organizzative che definiscono i tre livelli a complessità crescente previsti (Tipo A, B e C) e l'articolazione dei servizi che vi debbono essere presenti. Infine, con nota prot. N. 75141 del 02/02/2015 il Dirigente del Servizio Sanità sono state trasmesse le linee guida concordate con il Comitato Regionale della Medicina Generale per l'avvio delle CdS di tipo A e ha dato mandato alla Direzione Generale dell'ASUR di avviare presso le Aree Vaste il percorso per la progettazione di una Casa della Salute di tipo A e quindi per l'implementazione delle CdS sul territorio regionale. Nell'anno 2018 si intende intraprendere un percorso di confronto con i Direttori di Area Vasta, Direttori di Distretto e Responsabili Amministrativi per definire e formalizzare l'assetto aziendale delle CdS di tipo A e B attive che soddisfano i requisiti previsti dalla normativa vigente. Verrà anche definita la programmazione territoriale per lo sviluppo e l'implementazione delle strutture che potranno essere attivate nel triennio 2018-2020, compatibilmente con le risorse finanziarie ed organizzative disponibili.

3.2.2.4. La Rete Socio-sanitaria

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.

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2012/2014 ha definito i “macroprocessi del livello territoriale” di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale:

- governo della domanda
- autorizzazione/accreditamento
- fabbisogno
- sistema tariffario e compartecipazione
- sistema informativo

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

Nello specifico nell’anno 2018 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 particolare, attraverso un continuo monitoraggio, il quadro degli accordi contrattuali con le strutture sanitarie e socio-sanitarie si può considerare assestato. Le Direzioni amministrative del territorio hanno operato per la definizione degli schemi di accordo contrattuale a valenza aziendale per le diverse tipologie di struttura.

Ciò permette di rendere efficiente, tempestivo e certo il rapporto con gli enti gestori ed in particolare con la contrattualizzazione a valenza aziendale delle strutture utilizzate da tutte le Aree Vaste si da certezza rispetto ai posti letto contrattualizzati effettivamente utilizzabili per l’inserimento dei pazienti.

Nell’ambito delle Convenzioni quadro aziendali con le strutture sanitarie e socio/sanitarie autorizzate accreditate ex DGRM 1331/2014 è stata inserita una modalità di verifica della capacità ricettiva dei posti contrattualizzati. Di fatti, al fine di permettere a tutte le Aree Vaste dell’ASUR eventualmente interessate di effettuare gli inserimenti di prestare una particolare attenzione ad attivare tutte le procedure idonee per verificare in tempo reale, all’atto dell’inserimento degli utenti da parte delle Aree Vaste, l’effettiva disponibilità di posti letto contrattualizzati dall’ASUR con ciascuna struttura.

A tal fine ogni Area Vasta individua un responsabile degli inserimenti nelle strutture per ogni Area (anziani, disabili, salute mentale) che deve essere riportato nella Determina di approvazione dell’accordo contrattuale; 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.

Sempre nell'ambito della residenzialità sanitaria extra ospedaliera l'Area Integrazione Socio Sanitaria prosegue a svolgere una funzione di supporto per l'impostazione dell'atto di revisione del fabbisogno. In particolare effettuata una valutazione complessiva dei posti letto in base alle effettive necessità a livello territoriale e alla riconversione dei livelli di intensità assistenziale in ragione dell'effettivo utilizzo da parte delle AA.VV.

Nell'anno 2018, per effetto delle delibere sopra richiamate le Aree Vaste, è terminato il processo di costituzione delle U.O.SeS attraverso la definizione dello schema di accordo (art 8 D.lgs. 18 agosto 2000 n. 267) allegato alla DGRM 110/2015 e sono altresì impegnate nell'applicazione della DGR 111/2015 attraverso l'organizzazione dei Punti Unici di Accesso e l'implementazione del nuovo modello organizzativo riportato nell'atto regionale. Tali attività sono state svolte con il pieno coinvolgimento dei Coordinatori degli Ambiti Territoriali Sociali.

Le linee di attività dell'Area Integrazione socio-sanitaria nell'ambito delle Aree di intervento specifiche sono state le seguenti:

1) Approvazione, con Determina del Direttore Generale ASUR, n. 627 del 13/11/2018, delle linee guida ed istruzioni operative circa interventi sanitari di contenzione meccanica in psichiatria finalizzate alla sicurezza del paziente ricoverato e degli operatori;

2) 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;

3) Costituzione di un gruppo di coordinamento delle procedure di verifica e controllo degli accordi contrattuali con strutture residenziali e semiresidenziali delle aree sanitaria extraospedaliera e socio-sanitaria;

4) Attuazione della DGRM 31/12/2018 Interventi di sostegno alle famiglie di persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) con Determina del Direttore Generale ASUR n. 248 del 20/04/2018 e 292 del 15/05/2018, consistenti in un contributo mensile pari a € 300,00.

In tema di programmazione dei Piani organizzativi dei servizi territoriali strategici da inserire in Atto di Fabbisogno sono stati realizzati 5 incontri con le Aree Vaste e gli Ambiti territoriali sociali di riferimento, i cui esiti sono stati riportati in appositi verbali, nelle seguenti date:

- 26/11/2018 presso la Direzione Generale dell'ASUR con AV 1 e gli Ambiti Territoriali Sociali n. 1, 3, 4, 5, 6, 7;

- 03/12/2018 presso la Direzione Generale dell'ASUR con AV 2 e gli Ambiti Territoriali Sociali n. 8, 9, 10, 11, 12, 13;

- 10/12/2018 presso la Direzione Generale dell'ASUR con AV 3 e gli Ambiti Territoriali Sociali n. 14, 15, 16, 17, 18;

- 17/12/2018 presso la Direzione Generale dell'ASUR con AV 4 e gli Ambiti Territoriali Sociali n. 19, 20;

- 09/11/2018 presso la sede della Direzione dell'AV n. 5 con gli Ambiti Territoriali Sociali n. 21, 22, 23, 24.

In esecuzione della L.R. 28 giugno 2018, n. 21 - art. 7 "Comitato tecnico regionale per la vita indipendente", in data 28 giugno 2018, il Consiglio regionale ha approvato la legge regionale n.21 concernente "Interventi regionali per favorire la vita indipendente delle persone con disabilità". Tra le varie disposizioni, la legge prevede all'art.7 l'istituzione del Comitato tecnico regionale in seno al quale

sono stati individuati cinque referenti delle unità multidisciplinari o multiprofessionali (UMEA - DSM) di cui al comma 1 dell'art. 5 della medesima legge, uno per ciascuna Area vasta.

In esecuzione delle DGRM 449/2010 "Gestione di Comunità socio-educative-riabilitative residenziali per disabili gravi – Criteri e disposizioni attuative", DGRM 1415/17 "Attivazione di una sperimentazione di assistenza in struttura residenziale e semi-residenziale per soggetti affetti da disturbi dello spettro autistico nella Regione Marche" e DGRM 1564/17 "L.r. 25/2014 art. 7 – avvio procedura per l'attivazione di strutture dedicate a persone con disturbi dello spettro autistico", sono state avviate:

- L'attivazione della gestione sperimentale della struttura residenziale "Azzeruolo" per soggetti adulti affetti da disturbi dello spettro autistico a cura dell'ASP Ambito 9 Jesi
- la costituzione del Gruppo Tecnico di progettazione per la definizione delle caratteristiche sanitarie e assistenziali inerenti all'attivazione di n. 2 strutture dedicate a persone con disturbi dello spettro autistico di cui alla DGRM 1564/2017 con determina del Direttore Generale dell'ASUR n. 604 del 22/10/2018.

Nel corso del 2018 è stata effettuata una ricognizione del personale esistente e delle attività di tutte le Arce Vaste dell'ASUR afferenti ai seguenti servizi e funzioni:

- Consultori familiari
- Unità multidisciplinari per l'età evolutiva UMEE
- Unità multidisciplinari per l'età adulta UMEA
- Unità Valutative Integrate UVI

Detta rilevazione ha consentito di verificare lo stato dell'organizzazione di riferimento ed individuare criticità in termini di: numero di personale, impegno orario lavorativo per ogni servizio o funzione e tipologia contrattuale.

Nell'ambito del Piano formativo aziendale 2018, l'Area integrazione socio sanitaria ha realizzato i seguenti 11 percorsi formativi (Gruppi di miglioramento):

- La presa incarico adolescente psichiatrico
- Salute mentale giudiziaria
- Valutazione e presa in carico nel consultorio
- Aspetti medico legali dei servizi territoriali dipendenze patologiche
- Gestione dei disturbi comportamentali cronici delle demenze
- Valutazione e presa in carico nelle UMEE
- Aspetti organizzativi e gestionali nell'accoglienza ed accettazione territoriale integrata: Punto Unico di Accesso – PUA (DGR 111/2015)
- Miglioramento e innovazione nei metodi organizzativi e nella qualità del servizio sanitario penitenziario, tenendo conto dei risultati delle sperimentazioni effettuate
- Dimissioni protette e cartella clinica informatizzata per residenze. Governance della realizzazione progettuale
- Valutazione e presa in carico nelle UMEA
- Emergenza urgenza: integrazione delle fasi di soccorso per rendere l'intervento più efficace ed appropriato.

La prosecuzione dell'attività di accreditamento ECM e la realizzazione delle attività formative sono iniziate subito dopo l'approvazione dei due importanti atti regionali in materia (in attuazione del PSSR 2012-2014) relativi a "Governo della Domanda sociosanitaria" (DGR 110/2015) e "U.O. Sociale e Sanitaria" (DRG 111/2015).

Nel citato Decreto n. 36/RAO/ARS i costi relativi all'erogazione di ciascun progetto formativo e il conseguente finanziamento sono a carico dell'Ente del SSR nell'ambito dei budget assegnati, in questo caso cioè dell'ASUR.

Residenze Protette per Anziani

	R3.2 - RPA	R3.1 - RPD	B5 Quota sanitaria PL RP3.2 DGRM 146/2017 - DGRM 1009/2017 - obiettivi 2017 compl.trasf. ADI		B 4 Quota sanitaria PL RP3.2 completamento allocazione 64 pl		B1 Valore assitenza diretta fornita RP da AV/ASUR Anno 2017	B7 Importo massimo della convenzione anno 2017	IVA 5%	B7 Importo massimo della convenzione anno 2017
AV 1	855	61	0			0	541.571,00	10.917.987,25	200.751,28	11.118.738,53
AV 2	1395	132	22	44.970,42	0	0,00	-	19.443.293,27	112.159,51	19.555.452,78
AV 3	829	32*	*	83.877,00	0	0	-	10.665.223,35	11.008,04	10.676.231,39
AV 4	346	10	0	-	0	0	0	4.396.227,90	17.123,61	4.413.351,51
AV 5	277	20	4	10980	64	251.593,08	94.170,00	3.884.931,63	20.211,56	3.905.143,19
ASUR	3702	255		139.827,42	64	251.593,08	635.741,00	49.307.663,40	361.253,99	49.668.917,39

Con Determina n. 624/ASUR DG del 13/11/2018 il Direttore Generale dell'ASUR, ha preso atto che per effetto dell'applicazione di quanto disposto dalla DGRM 1115/2018 Allegato E, utilizzando come base di calcolo della quota minima del 66% i dati forniti dal Servizio Salute con note prot 14755858/17/09/2018/MOB e s.m.i. prot. 1202060/26/10/2018/R_Marche/GRM/SAN/P, per il 2018 la dotazione prevista dal Piano di Convenzionamento 2017 per la tipologia R3 viene incrementata di n. 370 posti letto con la decorrenza indicata in Delibera, il Dirigente Servizio Salute con nota prot. in entrata n. 0032839|22/11/2018|ASUR|AAGG|A, nell'approvare la Determina n. 624 ASURDG del 13/11/2018 prendendo atto della maggior costo rispetto a quello previsto dalla DGRM 1115 , ha chiesto di integrare la dotazione dei posti letto contrattualizzabili di R3 modificando il Piano di allocazione proposto con Det. 624 tenendo in considerazione per la

struttura Associazione San Terenzio Opere per il Sociale di Pesaro Codice ORPS 603282, un autorizzazione per un maggior numero di posti rispetto a quelli precedentemente comunicati e un incremento di n. 17 pl anziché 1 , pertanto l'allocazione in incremento passa da 370 a 386 pl. la tipologia R3D viene incrementata di n. 186 posti letto, attraverso la riqualificazione di un numero equivalente di posti letto già convenzionati afferenti alla tipologia R3, secondo le modalità meglio specificate nel documento istruttorio.

I costi previsti in incremento su base annua per effetto dell'applicazione della DGRM 1115 nella Determina n. 624 Asur DG sono i seguenti :

Riqualificazione di P.L. da Residenze Protette Anziani a Residenze Protette Demenze	
Aumento di Posti Letto in A.V. 1,2,3	115
Aumento di posti Letto in A.V. 4, 5	71
Totale aumento di Posti Letto	186
Valore economico annuo in A. V 1, 2, 3	482.292,75
Valore economico annuo in A. V 4, 5	297.763,35
Valore economico complessivo annuo	780.056,10
Incremento convenzionamento P.L. di Residenze Protette Anziani	
Aumento di Posti Letto in A.V. 1,2,3 per arrivare al 66%	244
Aumento di posti Letto in A.V. 4, 5 per arrivare al 100%	126
Totale aumento di Posti Letto	370
Valore economico annuo in A. V 1, 2, 3	2.984.400,60
Valore economico annuo in A. V 4, 5	1.541.124,90
Totale valore economico complessivo annuo	4.488.832,05
Totale valore economico applicazione DGRM 1115/2018	5.305.581,60

Considerando l'incremento compresa la segnalazione del Servizio Salute di cui alla nota 0032839|22/11/2018|ASUR|AAGG|A, con la decorrenza prevista della DRG 1115 l'impatto incrementale per l'anno 2018 è il seguente :

	INCREMENTO PL RPA	INCREMENTO PL RPD	COSTI EM. RPA VALORE ANNUO	COSTI EM RPD VALORE ANNUO	TOTALE AAVV COSTI EM VALORE ANNUO	TOTALE AAVV COSTI EM DAL 6/08/2018 AL 31/12/2018 (147 GG.)
Totale A.V. 1	89	42	1.088.572,35	176.141,70	1.264.714,05	509.350,59
Totale A.V. 2	158	24	1.932.521,70	100.652,40	2.033.174,10	818.839,98
Totale A.V. 3	13	49	159.004,95	205.498,65	364.503,60	146.800,08
Totale A.V. 4	42	36	513.708,30	150.978,60	664.686,90	267.695,82
Totale A.V. 5	84	35	1.027.416,60	146.784,75	1.174.201,35	472.897,53
ASUR	386	186	4.721.223,90	780.056,10	5.501.280,00	2.215.584,00

Area Dipendenze Patologiche

Attività istituzionale

L'area dipendenze patologiche ha come compito istituzionale la consulenza, la cura e l'assistenza alle persone che hanno o potrebbero avere problemi di dipendenza. In altre parole, se una persona ha il dubbio o sente di avere un problema di dipendenza patologica, può rivolgersi al Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche (S.T.D.P.) per un consulto e, nel caso, ricevere cure e assistenza.

Si occupa dei problemi correlati all'uso di sostanze (legali o illegali) che danno dipendenza: droghe, alcol, farmaci, tabacco.

Si è in presenza di una dipendenza patologica quando la persona non può fare a meno di una sostanza senza andare incontro a conseguenze e per questo non riesce a smettere, malgrado i danni fisici, psicologici, legali, familiari, che l'uso di queste sostanze procura.

La dipendenza patologica può derivare quindi anche da alcuni comportamenti, che diventano il centro della vita e tendono a ripetersi in maniera abnorme, senza che la persona riesca a frenarsi: il gioco d'azzardo, gli acquisti (shopping) compulsivi, l'uso di videogiochi, cellulari, internet.

Per tutte queste situazioni il Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche S.T.D.P. può offrire terapie e assistenza.

Possono accedere anche familiari o persone vicine a chi presenta una dipendenza; saranno aiutati a risolvere i problemi che questa situazione procura loro e possibilmente a coinvolgere l'interessato.

Altro compito è la prevenzione.

I S.T.D.P. sono presenti nel territorio per informare e sensibilizzare sui rischi e le conseguenze derivanti dall'uso di sostanze; interviene inoltre per contrastare i fattori di rischio che aumentano la probabilità che nella popolazione si sviluppino problemi di dipendenza patologica e promuove invece i fattori protettivi che migliorano la salute collettiva.

Per questo collabora con le scuole, promuove azioni negli ambienti di lavoro e nei luoghi di aggregazione, gestisce attività di consulenza rivolta a giovani ed adolescenti.

Dunque l'ASUR tramite i dipartimenti delle dipendenze patologiche eroga:

- Attività trattamentali
- Ambulatori pubblici
- 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)
- Trattamenti non compresi nei Livelli Essenziali di Assistenza
- Attività di riduzione del danno e dei rischi
- Interventi di strada sanitari finalizzati alla riduzione del danno
- Interventi di strada rivolti a persone che si prostituiscono e fanno uso di sostanze stupefacenti
- Altre Attività prevalenti del settore Dipendenze Patologiche (DDP)
- Organizzazione e risorse umane: ufficio di staff che eroga servizi alle Unità Operative del Dipartimento, anche al privato sociale accreditato
- Equipe integrata di valutazione e diagnosi, composta da personale pubblico e del privato sociale
- Attività di prevenzione:
- 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 counselling telefonico (numero verde regionale) sulle dipendenze
- 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

- Attività del Centro didattico multimediale di prevenzione dell'ASUR, a valenza regionale, ubicato a Camerano (AN) che propone percorsi di prevenzione prevalentemente dall'uso di tabacco ed alcol (droghe legali), attraverso:
- itinerari didattici interattivi per bambini, ragazzi e giovani di Scuole dell'Infanzia, Scuole Primarie, Scuole Secondarie di 1° e 2° grado e studenti universitari
- percorsi di formazione e aggiornamento per adulti come operatori socio-sanitari, insegnanti, genitori, personale delle associazioni e del terzo settore
- Attività residenziali e territoriali di reinserimento socio-lavorativo attraverso un progetto regionale finalizzato alla sperimentazione ed alla valutazione di un modello per l'inclusione socio-lavorativa di persone tossicodipendenti.

L'Accordo Quadro 2015-2017 di cui alla DGR n. 1221/2015 ha terminato il periodo di vigenza al 31/12/2017.

Successivamente, a seguito di un incontro con il Presidente della Giunta, si è costituito un tavolo d'indirizzo politico per il nuovo Accordo 2018-2020, composto dal Consigliere regionale delegato alla Sanità e politiche sociali nonché Presidente della IV^a Commissione Consiliare, e dalle figure apicali dei seguenti enti firmatari o dai loro delegati:

- Coordinamento Regionale degli Enti Accreditati (CREA);
- Associazione italiana per la Cura Dipendenze Patologiche (ACUDIPA);
- ASUR

Le due associazioni CREA ed ACUDIPA rappresentano il 100% degli enti accreditati delle Marche.

Il tavolo ha definito gli indirizzi per la stesura dell'Accordo quadro, declinati poi in un documento che sancisce precisi impegni dei firmatari, definiti da un tavolo tecnico composto da:

- tre delegati del Direttore dei servizi d'integrazione sociosanitaria dell'ASUR;
- due rappresentanti del Coordinamento Regionale degli Enti Accreditati (CREA);
- un rappresentante dell'Associazione Cura Dipendenze Patologiche (ACUDIPA);
- due rappresentanti del Servizio Politiche Sociali e sport della Regione;
- un rappresentante del Servizio Sanità della Regione.

Il documento che sarà prodotto dal tavolo tecnico dovrà essere coerente con gli indirizzi politici Regionali che in particolare si occuperà dei seguenti aspetti:

1. Programmazione della spesa LEA per servizi e progetti nel triennio 2018-2020;
2. Riqualificazione dell'offerta dei trattamenti residenziali, semiresidenziali ed ambulatoriali;
3. Integrazione sociosanitaria;
4. Criteri standard per la valutazione dell'accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali e per le dimissioni dalle stesse
5. Formazione degli operatori
6. Sistema informatico ed informativo
7. Monitoraggio e valutazione
8. Conferenza regionale periodica
9. Monitoraggio dell'accordo

L'intera programmazione delle attività dell'Area Dipendenze Patologiche potrà beneficiare delle risorse economiche destinate al contrasto delle dipendenze patologiche in attuazione dell'Accordo quadro per il triennio 2018-2020 che sarà approvato nel corso dell'anno.

Si prevede dunque che il nuovo accordo quadro che sarà siglato tra Regione, Associazioni di categoria degli Enti Accreditati (CREA, ACUDIPA) possa occuparsi in particolare di:

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

Le risorse destinate alle “attività dipartimentali dell’ASUR” saranno destinate, come nell’accordo precedente, ai soggetti che afferiscono ad ogni Dipartimento per le Dipendenze Patologiche, secondo le specifiche competenze e attribuzioni.

Tali risorse copriranno le spese sostenute dall’ASUR e dagli enti accreditati dalla data di approvazione Regionale dei Piani.

La realizzazione di parte dei progetti saranno assegnati con procedura di evidenza pubblica per la quota destinata alle attività da realizzarsi a cura di enti accreditati.

La Regione esaminerà i Piani e procederà alla loro approvazione ed alla liquidazione delle relative risorse all’ASUR, che si occupata di tutti gli aspetti gestionali, contabili.

Aree d’intervento dei programmi dipartimentali

1. Organizzazione e risorse umane

L’Ufficio di Staff garantisce funzioni in Area Vasta.

A tal fine, una quota del budget assegnato all’ASUR può essere utilizzata da ciascun DDP.

L’Ufficio di Staff di ciascun DDP eroga servizi a tutte le Unità Operative del Dipartimento stesso, quindi anche a quelle del privato sociale accreditato, secondo modalità definite dal Comitato di DDP.

Il Comitato definisce altresì le modalità di incentivazione dell’equipe integrata di valutazione e diagnosi.

Le eventuali risorse non utilizzate per l’Ufficio di Staff vengono utilizzate secondo modalità deliberate dal Comitato di Dipartimento.

Una quota del fondo può essere utilizzata per le attività di supervisione e di prevenzione del burn-out degli operatori del DDP.

Le azioni o i progetti possono prevedere anche la destinazione parziale di risorse economiche nel contesto organizzativo dei DDP per l’eventuale incremento di risorse umane dedicate, a tempo determinato, a progetti, tenuto conto:

- a. delle risorse umane già impiegate, in servizio a tempo indeterminato e determinato;
- b. dell’eventuale fabbisogno aggiuntivo che si rende necessario per intraprendere le azioni e per realizzare gli obiettivi sopra descritti, avendo cura di quantificare le unità, il profilo professionale e le funzioni (adeguatezza del profilo rispetto alle funzioni da svolgere), il costo annuo lordo, la durata e tipologia del contratto di lavoro, che deve essere stipulato nel rispetto della normativa contrattuale e legislativa nazionale vigente.

2. Trattamenti

Rientra in quest’area il potenziamento dei trattamenti compresi nei Livelli Essenziali di Assistenza definiti ai sensi del DPCM 29 Novembre 2001.

Una quota del fondo può essere destinata a trattamenti ergoterapici.

3. Integrazione socio-sanitaria

Gli interventi ad integrazione socio-sanitaria devono essere 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 dai co-titolari.

Gli interventi di prevenzione si realizzano in Area Vasta, con la collaborazione dei Dipartimenti di Prevenzione, degli Ambiti Territoriali Sociali e degli enti accreditati o convenzionati con ASUR, come interventi di sistema.

Ciascun progetto deve contenere le modalità di valutazione e gli indicatori.

4. Interventi di strada sanitari finalizzati alla prevenzione ed alla riduzione del danno

Ciascun DDP titolare di Unità di strada, sulla base delle scelte del relativo Comitato, può destinare una quota del budget complessivo assegnato al funzionamento dell’Unità di strada.

La quota ripartita, utilizzata nello scorso esercizio finanziario non è vincolante per il Comitato, che può destinare all'Unità di strada risorse di entità pari, maggiori o inferiori sulla base delle effettive esigenze rilevate, sempre nell'ambito del budget complessivo assegnato.

Laddove nell'area vasta siano attive diverse Unità di strada, anche a titolarità del Comune/ATS, le attività e gli interventi sono coordinati all'interno del Coordinamento delle UDS in area vasta previsto con DGR 1646/2011 secondo modalità organizzative definite dal Comitato di Dipartimento. Del Coordinamento di AV fanno parte anche tutte le organizzazioni del privato sociale attive nel settore della prostituzione.

Attività ergoterapiche, formative e d'inclusione lavorativa nell'ambito dei piani dipartimentali

Per la realizzazione delle attività ergoterapiche, formative e d'inclusione lavorativa possono essere progettati i seguenti tipi di tirocini:

1. "tirocini finalizzati all'inclusione sociale" (TIS), con scopi terapeutici;
2. "tirocini di formazione e orientamento" (TFO), per l'inclusione lavorativa.

Per la progettazione dei TIS si fa riferimento alla DGR 293/2016, mentre per la progettazione dei TFO si fa riferimento generale a quanto stabilito dalla DGR 1134/2013.

Una quota del budget viene utilizzata per interventi per il decoro urbano e per la manutenzione di aree verdi pubbliche, o per progetti di formazione individualizzata nei diversi settori lavorativi e contesti (es. aziende private o cooperative sociali), purché con medesime finalità terapeutiche o d'inclusione lavorativa.

Ove necessario, tali interventi sono realizzati in modo coordinato con gli Ambiti Territoriali Sociali e con le Aziende municipalizzate o private delegate alla cura dell'ambiente urbano.

Gli interventi di cura e manutenzione delle aree verdi possono coinvolgere le cooperative sociali iscritte negli albi regionali.

I relativi rapporti sono regolati da apposite convenzioni.

Nel caso di interventi specifici per il decoro urbano, i progetti di ciascun DDP devono prevedere:

- la mappatura degli edifici o delle aree verdi su cui si interviene
- un adeguato training formativo per i soggetti svantaggiati individuati
- una o più figure di assistenza (tutor)
- la previsione di autorizzazioni, accordi formali o convenzioni tra le varie organizzazioni pubbliche e private coinvolte
- rilievi fotografici dell'area d'intervento

Il programma delle attività ergoterapiche viene inserito all'interno del Piano Dipartimentale di AV.

I progetti esecutivi dei tirocini individuali devono essere inseriti nella piattaforma informatica all'indirizzo: <http://soclab.regione.marche.it/> entro il mese successivo all'avvio di ogni attività individualizzata, al fine di consentire un monitoraggio costante del progetto.

I Progetti finalizzati all'innovazione dei servizi residenziali e semiresidenziali trattasi di progetti a cura dell'ASUR e /o degli Enti Accreditati, e riguardano progetti di riconversione e/o miglioramento della qualità dei servizi residenziali e semiresidenziali pubblici e del privato sociale accreditato.

Piano Regionale integrato per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio da Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) -L.R. 3/2017, art. 9, c. 1

La L. 208/2015, art. 1, comma 946 stabilisce che "Al fine di garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico (GAP), ... , presso il Ministero della Salute è istituito il Fondo per il gioco d'azzardo patologico (GAP). Il Fondo è ripartito tra le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulla base di criteri determinati con Decreto del Ministro della Salute".

L'art. 2 del DMS prevede che ciascuna Regione presenti al Ministero un Piano di Attività per il contrasto al GAP; per la Regione Marche il Piano di Attività è stato predisposto con durata biennale 2017-2018 con la responsabilità scientifica del dr Rodolfo Rabboni, psicologo psicoterapeuta dell'ASUR Dipartimento per le Dipendenze Patologiche area vasta 2 Ancona.

Durante il periodo di elaborazione del documento:

- l'assistenza alle persone con disturbo da GAP è stata inserita nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), con DPCM 12 Gennaio 2017, art. 28;
- è stata approvata la L.R. n. 3 del 7 Febbraio 2017 "Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico e della dipendenza da nuove tecnologie e social network". La L.R. n° 3 del 7 febbraio 2017, art. 4 ("Competenze della Regione"), comma 1, lettera a) prevede che "La Regione garantisce l'attività di programmazione per la prevenzione, il trattamento terapeutico, il recupero sociale ed il contrasto della dipendenza dal gioco, ... attraverso il Piano regionale integrato previsto all'articolo 9". L'art. 9, comma 1, della medesima legge regionale prevede che "Il Consiglio-Assemblea legislativa regionale approva, annualmente, su proposta della Giunta regionale, il Piano regionale integrato per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio da GAP".

Tenuto conto dei termini indicati dal Ministero, il Piano è stato quindi predisposto sotto la responsabilità scientifica del dotto Rodolfo Maria Rabboni, psicologo psicoterapeuta presso ASUR Area Vasta 2 -Dipartimento per le Dipendenze Patologiche, designato dai Direttori dei DDP ASUR, per quanto possibile anche considerando le sopraggiunte disposizioni nazionali sui nuovi LEA ed il recente dettato legislativo Regionale.

Il documento predisposto è stato regolarmente trasmesso al Ministero della Salute nei termini previsti dallo stesso (14 Febbraio 2017), e con nota del Ministero della Salute-DG Prevenzione alla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome prot. 0013924-05/05/20 17-DGPRE-MDS-P del 5 Maggio 2017 ne è stata comunicata l'approvazione, sentito l'Osservatorio nazionale sul GAP.

Con il presente atto quindi la Giunta Regionale trasmette al Consiglio-Assemblea Legislativa la proposta di atto deliberativo concernente l'approvazione del "Piano Regionale integrato 2017-2018 per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio da Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)" per la relativa deliberazione amministrativa, ai sensi della L.R. 3/2017, art. 9, c. 1.

La durata biennale del Piano è determinata in parte da indicazioni del Ministero (ente finanziatore del Piano), ed in parte dagli obiettivi vincoli temporali (approvazione ministeriale comunicata il 5 Maggio 2017, approvazione Regionale verosimilmente entro la metà del 2017, tempi di programmazione territoriale ASUR, approvazione dei programmi territoriali da parte della Regione e loro concreta attuazione) che non ne consentirebbero piena realizzazione entro il 2017. La proposta è stata ampiamente discussa con i Direttori dei DDP ASUR e con i due organismi di rappresentanza degli enti privati accreditati (CREA ed Acudipa); è stata infine presentata alla Conferenza permanente dei Coordinatori di ATS nella seduta del 14 Giugno 2017, senza rilievi.

I fondi previsti sono da considerarsi risorse vincolate per il GAP all'interno del fondo sanitario indistinto 2016, 2017 e 2018, oggetto di variazione compensativa con DGR del 26/06/2017, per le quali si applica il Titolo II del D.Lgs. 118/2, e s.m.i.

Trattasi per ASUR di attività aggiuntive rispetto ai costi autorizzati con DGR 1640/2014 considerato che l'attività nel 2016 è stata svolta dalla Regione tramite soggetti terzi.

Le disposizioni relative all' ASUR contenute nel Piano in oggetto costituiscono direttiva vincolante per il Direttore Generale dell' ASUR, ai sensi della L.R. 13/2003, art. 3, comma c.

Con DA 65/2017 il Consiglio Regionale ha adottato il Piano Regionale integrato 2017-2018 per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio da Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) e della dipendenza da nuove tecnologie e da social network, ai sensi della L.R. 3/2017, art. 9, c.1.

Il Piano prevede che l'ASUR, gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) capofila provinciali e gli Enti Accreditati co - progettino e realizzino , in modo integrato , un Programma territoriale in ciascuna Area Vasta ASUR, in attuazione del Piano Regionale sopra indicato.

Entro i termini previsti i Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche (DDP) hanno inviato alla Regione Marche i Programmi di Area Vasta e, come previsto nel Piano Regionale al paragrafo 10 , sono stati valutati e con DGR 357/2018 sono stati approvati.

L'assegnazione e l'impegno delle risorse all'ASUR, si è basata su criteri indicati nella DA e la quota relativa all'annualità 2018 ammonta complessivamente ad € 1.231.128,75 ed è stata ripartita come segue:

beneficiario Annualità 2018

ASUR	€ 1.075.617,75
ATS/Comuni	€ 155.511,00
TOTALE	€ 1.231.128,75

Al punto 9 del Piano Regionale 2017-2018, sono previste le attività di coordinamento e valutazione del Piano stesso, espletate tramite le funzioni del "Comitato Regionale di Coordinamento".

Il Coordinamento del Piano Regionale è istituito presso la Regione Marche ed è così composto:

- 2 rappresentanti della struttura Regionale competente in materia di dipendenze;
- 2 rappresentanti dell'ASUR
- 2 rappresentanti degli ATS

Il Comitato si riunirà periodicamente per verificare lo stato di attuazione del Piano a livello territoriale e per esaminare eventuali criticità attuative, formulando le relative proposte di soluzione.

Al Comitato Regionale di Coordinamento, in collaborazione con l'Osservatorio Regionale Dipendenze istituito presso l'Agenzia Regionale Sanitaria, sono affidate inoltre le attività per la valutazione delle azioni previste dal Piano e la redazione di un "Rapporto Annuale di Monitoraggio e Valutazione".

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

La programmazione aziendale, con riferimento agli obiettivi sull'organizzazione dei servizi territoriali, è stata avviata con determina ASUR n. 460/2018, con la quale la Direzione ASUR ha fornito l'elenco degli obiettivi, indicatori e target da perseguire per l'anno 2018 in applicazione di quanto contenuto nella Determina n. 151/18 di approvazione del Piano della Performance 2018/2020, nonché degli obiettivi regionali assegnati all'Azienda con DGRM 470-471 del 16/04/2018 e DGRM 640 del 14/05/2018.

In particolare, con DGRM 470 del 16/04/2018, la Giunta Regionale ha individuato gli obiettivi sanitari del SSR per l'anno 2018 assegnando all'ASUR obiettivi, indicatori e target di cui all'allegato A. Successivamente, con DGRM 471 del 16 aprile 2018, la Giunta Regionale ha stabilito i criteri di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali dell'ASUR, rispetto agli obiettivi di budget annuali assegnati con DGRM 470.

Inoltre, con DGRM 640 del 14 maggio 2018, la Giunta Regionale ha approvato il Piano Regionale per il Governo dei Tempi d'Attesa 2018-2010 prevedendo azioni e obiettivi da raggiungere da parte degli Enti del SSR nel triennio.

Di seguito, si propone il prospetto riassuntivo degli obiettivi sanitari inerenti l'assistenza territoriale, integrazione socio-sanitaria, assistenza farmaceutica e liste di attesa, e nel proseguo l'elenco dei sub-obiettivi con relativi indicatori e target previsti per l'anno 2018.

N. Obiettivo		Des Obiettivo
ASSISTENZA TERRITORIALE	D.2-2	Cure domiciliari Sub1: Potenziamento Cure Domiciliari secondo le indicazioni di cui all' Accordo con le OOSS DGR n.149/14 e 791/14.
	D.2-4	Cure Domiciliari
	D.3-1	Potenziamento dell'offerta
	D.4-2	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti
	D.5.1	Consultorio
	D.7-1	Contenimento dell'accesso improprio al pronto soccorso
	D.8-1	Potenziamento della Rete delle Cure Palliative
	D.9-1	Assistenza Domiciliare
	D.10-1	Attuazione DGR 215/2018
	D.11-1	Interruzioni volontarie di gravidanza
	D.12-1	Potenziamento della Rete delle Cure Palliative
	D.13-1	Ospedali di Comunità/Case della salute

N. Obiettivo		Des Obiettivo
INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	E.1-3	Superamento OPG
	E.2.17	Convenzionamenti strutture extra ospedaliere residenziali e semiresidenziali
	E.2-5	Operatività dell'organizzazione dell'integrazione sociale e sanitaria nei territori
	E.3-1	Attuazione della DGRM 1/2015 e 13 indicatori di cui al punto d)
	E.3-2	Aumento n. sedi n. ore e n. giorni di apertura ambulatori STP/ENI in relazione alla domanda territoriale
	E.3-4	Attuazione DGR 857/2015
	E.4-1	Assistenza residenziale e semiresidenziale: DGR 1331/2014; DGR 289/2015; DGR 1105/17
	E.5-1	Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologia psichiatrica
	E.6-1	Assistenza residenziale
	E.7-1	Continuità assistenziale Ospedale-Territorio
	E.8-1	Assistenza semiresidenziale

N. Obiettivo		Des Obiettivo
SPESA FARMACEUTICA	F.1-3	Farmaci oncologici
	F.1-4	Razionalizzazione dei costi dei dispositivi medici
	F.1-5	Riduzione farmaceutica ospedaliera "pura" in relazione alla produzione erogata
	F.1-6	Utilizzo PTO di AV (DRG 1696/2012)
	F.1-7	Incremento segnalazioni ADR
	F.1-8	Rispetto della compilazione Registri AIFA
	F.2-10	Incremento utilizzo farmaci in distribuzione diretta e per conto di classe A con brevetto scaduto
	F.2-11	Riduzione consumo antidepressivo per pazienti residenti, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata
	F.2-2	Attivazione monitoraggio prescrizioni nella farmaceutica convenzionata (DGR 140/2009)
	F.2-3	Incremento utilizzo farmaci in farmaceutica convenzionata di classe A con brevetto scaduto
	F.2-6	Incremento distribuzione diretta (ad esclusione delle classi ATC J01, N06AX, N06AB, A02BC, C09DA e C10AA)
	F.2-7	Incremento utilizzo farmaci biosimilari (DRG 974/2014)
	F.2-8	Rispetto del tetto della spesa farmaceutica convenzionata
	F.2-9	Incremento copertura delle trasmissioni con targatura (per i farmaci con AIC)
	F.3.1	Riduzione spesa per dispositivi medici in relazione alla produzione erogata
	F.4-1	Incremento consumo di farmaci oppioidi maggiori su tutti i canali distributivi

N. Obiettivo	Des Obiettivo
B.4-1	OTTIMIZZAZIONE DELLA PRESA IN CARICO
C.1-4	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione)
C.1-10	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione)
C.2-9	Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up
C.2-10	Ottimizzazione prenotazione prime visite
C.2-11	Programmazione delle prestazioni offerte dal Privato Accreditato
C.2-12	Utilizzo massimale delle attrezzature sanitarie
C.2-14	Produzione reportistica dell'avvenuta attivazione di ambulatori aggiuntivi avviati con il fondo 5% della legge "Balduzzi"
C.3-1	Liste di attesa

Allegato 1.4 – Relazione Annuale sulla programmazione Economico e Sanitaria

Nr	N. Obiettivo	Desc Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2018
10.1	D 4-2	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti	tempo medio attesa I C	n giorni medi di attesa da ricezione domanda a effettuazione visita M.L.	n giorni di attesa max indicati da normativa nazionale per tipologia di visita Medico legale	<= 1
10.2	D 4-2	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti	tempo medio attesa I. 104	n giorni medi di attesa da ricezione domanda a effettuazione visita M.L.	n giorni di attesa max indicati da normativa nazionale per tipologia di visita Medico legale	<= 1
10.3	D 4-2	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti	tempo medio attesa pz. Oncologici	n giorni medi di attesa da ricezione domanda a effettuazione visita M.L.	n giorni di attesa max indicati da normativa nazionale per tipologia di visita Medico legale	tempo di attesa previsto 20 giorni
10.4	D 4-2	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti	tempi medio attesa non vedenti e non udenti	n giorni medi di attesa da ricezione domanda a effettuazione visita M.L.	n giorni di attesa max indicati da normativa nazionale per tipologia di visita Medico legale	tempo di attesa previsto 3 Mesi
10.5	D 4-2	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti	tempo medio attesa commissione pazienti	n giorni medi di attesa da ricezione domanda a effettuazione visita M.L.	n giorni di attesa max indicati da normativa nazionale per tipologia di visita Medico legale	45 gg medi
205	D 2-4	Cure Domiciliari	Percentuale di anziani ≥ 65 anni valutati con il sistema RUG III HC	Numero di anziani trattati in Cure domiciliari residenti nella regione	Popolazione anziana (≥65 anni) residente	valutazione e costante monitoraggio con il sistema RUG III HC di tutti i pazienti con età ≥ 65 anni in regime di cure domiciliari
214	D 3-1	Potenziamento dell'offerta	Incremento raccolta associativa (DGR 736/2016) in collaborazione con l'AVIS	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza - Urgenza, Ricerca e Formazione, attestante il potenziamento della raccolta associativa su ciascuna AV		Documentazione inviata entro il 31/01/2019
221	D 13-1	Ospedali di Comunità/Case della salute	Implementare moduli ospedali di comunità/case della salute con i Medici di Medicina Generale	Implementare moduli ospedali di comunità/case della salute nei distretti gestiti con i Medici di Medicina Generale ai sensi delle DDGRR 746/2016 e 1587/2017		Implementare almeno 1 modulo di ospedale di comunità / casa della salute in ciascun distretto entro il 31/12/2018
239	D 5-1	Consultorio	Attivazione Cartella Informatizzata Consultoriale	Numero di Cartelle Attivate		100%
272	D 2-2	Cure domiciliari Subl. Potenziamento Cure Domiciliari secondo le indicazioni di cui all'Accordo con le DOSS DGR n.149/14 e 791/14	Messa a regime della riorganizzazione delle Cure Domiciliari secondo gli standard della DGR 791/14	Mantenimento dello standard DGR 791/14		S/NO
297	D 2-4	Cure Domiciliari	Numero di giornate di sospensione delle cure domiciliari per ricoveri nell'ultimo mese di vita del paziente terminale	N° di giornate di sospensione ADI per ricoveri nell'ultimo mese di vita del paziente terminale	N° pazienti terminali	< anno precedente
298	D 7-1	Contenimento dell'accesso improprio al pronto soccorso	Monitoraggio degli accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8 alle ore 20,00 di adulti residenti con codice di dimissione bianco/verde	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza ospedaliera, Emergenza - Urgenza, Ricerca e Formazione, relativa al monitoraggio degli accessi nei giorni feriali dalle ore 08,00 alle ore 20,00 di minori (età < 14 anni) residenti codice di priorità (bianco/verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS		Documentazione inviata entro il 30/04/2019
299	D 7-1	Contenimento dell'accesso improprio al pronto soccorso	Monitoraggio degli accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8 alle ore 20,00 di minori residenti con codice di dimissione bianco/verde	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza ospedaliera, Emergenza - Urgenza, Ricerca e Formazione, relativa al monitoraggio degli accessi nei giorni feriali dalle ore 08,00 alle ore 20,00 di adulti (età ≥ 14 anni) residenti codice di priorità (bianco/verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS		Documentazione inviata entro il 30/04/2019
300	D 7-1	Contenimento dell'accesso improprio al pronto soccorso	Monitoraggio degli accessi in PS ore notturne, festivi e prefestivi di adulti residenti con codice di dimissione bianco/verde	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza ospedaliera, Emergenza - Urgenza, Ricerca e Formazione, relativa al monitoraggio degli accessi nei giorni festivi e prefestivi e nei giorni feriali (dalle ore 20,00 alle ore 08,00) di adulti (età ≥ 14 anni) residenti codice di priorità (bianco/verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS		Documentazione inviata entro il 30/04/2019

Nr	N. Obiettivo	Desc Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2018
301	D 7-1	Contenimento dell'accesso improprio al pronto soccorso	Monitoraggio degli accessi in PS ore notturne, festivi e prefestivi di adulti residenti con codice di dimissione bianco/verde	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza ospedaliera, Emergenza - Urgenza, Ricerca e Formazione, relativa al monitoraggio degli accessi nei giorni festivi e prefestivi e nei giorni feriali (dalle ore 20.00 alle ore 08.00) di minori (età < 14 anni) residenti codice di priorità (bianco/verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS		Documentazione inviata entro il 30/04/2019
306	D 12-1	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	$\sum$ Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore + $\sum$ 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%
308	D 9-1	Assistenza Domiciliare	N. prese in carico (PIC) domiciliari integrate per pazienti residenti con CIA 1	N. prese in carico (PIC) domiciliari integrate per pazienti residenti con CIA 1 (0,14-0,30)		≥ 120
309	D 9-1	Assistenza Domiciliare	N. prese in carico (PIC) domiciliari integrate per pazienti residenti con CIA 2	N. prese in carico (PIC) domiciliari integrate per pazienti residenti con CIA 2 (0,31-0,50)		≥ 3770
310	D 9-1	Assistenza Domiciliare	N. prese in carico (PIC) domiciliari integrate per pazienti residenti con CIA 3	N. prese in carico (PIC) domiciliari integrate per pazienti residenti con CIA 3 (0,51-0,60)		≥ 590
321	D 10-1	Attuazione DGR 215/2018	Adozione provvedimenti per istituzione/adequamento Comitati Buon Uso Sangue (Co-BuS)	Adozione provvedimenti per istituzione/adequamento Comitati Buon Uso Sangue (Co-BuS)		Adozione provvedimento formale
325	D 11-1	Interruzioni volontarie di gravidanza	% IVG ripetute da donne residenti in rapporto al totale delle IVG da donne residenti	IVG effettuate da donne residenti che nel modello D12 - campo R riportano "IVC>1"	Totale IVG effettuate dalle donne residenti	$\leq 1\%$
326	D 11-1	Interruzioni volontarie di gravidanza	% IVG da donne residenti con certificazione rilasciata dal Consultorio familiare sul totale delle IVG da donne residenti	IVG da donne residenti con certificazione rilasciata dal Consultorio familiare	Totale IVG effettuate dalle donne residenti	$\leq 42\%$
327	D 12-1	Potenziamento della Rete delle Cure Palliative	% Giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti per tumore rispetto al numero dei deceduti per tumore	N. Giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti per tumore	Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili	Incremento del 2,5% rispetto al 2017
328	D 12-1	Potenziamento della Rete delle Cure Palliative	% Ricoveri in Hospice per patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito, con periodo di ricovero in Hospice ≤ 7 gg, sul totale dei ricoveri in Hospice per	N. Ricoveri in Hospice per patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito, con periodo di ricovero in Hospice ≤ 7 gg	Totale dei ricoveri in Hospice per patologia oncologica	< 25%
161	E 3-1	Attuazione della DGRM 1/2015 e 13 indicatori di cui al punto d)	Attuazione 13 indicatori di cui al punto D) DGR 1/2015	Attuazione indicatori al punto "D"		Relazione sulle attività avviate per contribuire al consolidamento del punto "D" entro il 31/01/2019
162	E 3-2	Aumento n. sedi, n. ore e n. giorni di apertura ambulatori STP/ENI in relazione alla domanda territoriale	n. sedi, n. ore, n. giorni di apertura	n. sedi, n. ore, n. giorni di apertura ambulatori STP/ENI per A.V. rilevate nell'anno 2018	n. sedi, n. ore, n. giorni di apertura ambulatori STP/ENI per A.V. rilevate nell'anno 2017	$\geq$ Valore 2016
206	E 1-3	Superamento OPG	Registrazione nell'apposito Sistema Informativo di tutti gli internati della REMS provvisoria	Documentazione inviata alla PF Assistenza territoriale		Presenza in carico informatizzata da parte dei DSM di competenza di tutti gli internati nella REMS provvisoria
213	E 3-4	Attuazione DGR 857/2015	Indicatori di cui ai punti d), art. 5 e allegato D) DGR 857/2015	Attività di cui d), art. 5 e allegato D) DGR 857/2015 realizzate per AAVV		Relazione su stato attuazione d), art. 5 e allegato D) entro il 31/01/2019
238	E 2.17	Convenzionamenti strutture extra ospedaliere residenziali e semiresidenziali	Atti di convenzionamento	Trasmissione completa dei convenzionamenti attivati dall'ASUR per l'anno 2018 divisi per tipologia di struttura di cui alla DGR 1331/2014		100% delle convenzioni

Allegato 1.4 – Relazione Annuale sulla programmazione Economico e Sanitaria

Nr	N. Obiettivo	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2018
232	E 2-5	Operatività dell'organizzazione dell'integrazione sociale e sanitaria nei territori	Monitoraggio periodico dell'applicazione delle DD GG RR. 110/15 e 111/15 secondo la tempistica concordata nel Gruppo regionale di cui ai Decreti 31/SAN 2016 e 62/SAN 2016	Per ogni periodo monitorato Numero Questionari correttamente compilati pervenuti	Numero Questionari previsti (13)	100%
138	E 4-1	Assistenza residenziale e semiresidenziale DGR 1331/2014, DGR 289/2015, DGR 1105/17	Acquisire stabilmente i dati che garantiscano il monitoraggio dei costi dell'assistenza residenziale e semiresidenziale distinti per tipologia di destinatari e tipologie di prestazioni	Report trimestrali (disaggregati per Area Vasta) attestanti l'insediamento completo di tutte le prestazioni residenziali e semiresidenziali 2018, con i quantitativi di ordini e fatture distinti per codice prodotto e per codice ORPS nell'applicativo di gestione del listino multiplo per coppie prodotto/fornitore del sistema AREAS AMC		≥ 70 %
307	E 5-1	Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologia psichiatrica	N contatti con i DSM per soggetti residenti di età ≥ 18 anni	N soggetti residenti di età ≥ 18 anni con almeno un contatto nell'anno con le strutture dei Dipartimenti di salute mentale (DSM) e le Strutture private accreditate		≥ 21.850
311	E 8-1	Assistenza residenziale	N residenti anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale	Numero di anziani (età >65 anni) non autosufficienti residenti presenti nelle strutture residenziali, per le tipologie di trattamento R1, R2, R2D, R3		≥ 10600
322	E 7-1	Continuità assistenziale Ospedale-Territorio	Avvio richieste di dimissioni protette digitalizzate mediante Sistema informativo regionale per la rete del territorio (SIRTE)	Documentazione inviata P.F. Territorio e Integrazione Ospedale Territorio		Documentazione inviata entro 30/01/2019
323	E 7-1	Continuità assistenziale Ospedale-Territorio	Implementazione di gruppi di valutazione integrata Ospedale - Territorio per le dimissioni protette	Documentazione inviata P.F. Territorio e Integrazione Ospedale Territorio		Documentazione inviata entro 30/01/2019
330	E 8-1	Assistenza semiresidenziale	N residenti anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario semiresidenziale	Numero di anziani (età >65 anni) non autosufficienti residenti presenti nelle strutture semiresidenziali, per le tipologie di trattamento SR1 e SR2		> 2017
90	F 2-2	Attivazione monitoraggio prescrizioni nella farmaceutica convenzionata (DGR 140/2009)	Produzione di documentazione attestante lo svolgimento a dell'analisi dei comportamenti prescrittivi dei MMG/PLS, specialmente sui farmaci che determinano incrementi della spesa e dei consumi			Relazione
91.1	F 2-3	Incremento utilizzo farmaci in farmaceutica convenzionata di classe A con brevetto scaduto	% DDD farmaci classe A in farmaceutica convenzionata a brevetto scaduto	DDD farmaci classe A in farmaceutica convenzionata a brevetto scaduto	DDD farmaci classe A in farmaceutica convenzionata	Incremento del 10% rispetto al 2017
92	F 1-6	Utilizzo PTO di AV (DRG 1696/2012)	% Controlli a campione sulle schede di dimissione per verificare la prescrizione della presenza nel PTO di AV dei farmaci prescritti (percentuale massima 20%)	Controlli a campione effettuati su cartelle cliniche per verifica della presenza nel PTO di AV dei farmaci prescritti	Totale cartelle cliniche	≥ 3%
99	F 1-3	Farmaci oncologici	Produzione di documentazione attestante il completamento delle centralizzazioni dei laboratori di allestimento delle terapie oncologiche	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Documentazione attestante la centralizzazione
100.1	F 2-6	Incremento distribuzione diretta (ad esclusione delle classi ATC J01, N06AX, N06AB, A02BC, C09DA e C10AA)	Variazione % DDD farmaci in distribuzione diretta rispetto al 2017	(DDD in distribuzione diretta anno 2018 - DDD in distribuzione diretta anno 2017)	DDD in distribuzione diretta anno 2017	> 2017 (ad esclusione delle classi ATC J01, N06AX, N06AB, A02BC, C09DA e C10AA)

Nr	N. Obiettivo	Desc Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2018
100 2	F 2-6	Potenziamento della farmaceutica in distribuzione diretta	Produzione di documentazione attestante: a. la realizzazione di incontri con i medici delle UU OO per la definizione dei principi attivi (specialmente a brevetto scaduto) erogabili e dei corretti percorsi assistenziali; b. l'incentivazione delle collaborazioni tra medici delle UU OO e farmacisti; c. la realizzazione di una programmazione delle dimissioni e delle visite specialistiche per l'ottimizzazione degli accessi degli utenti alle farmacie; d. la predisposizione di un prontuario delle case di riposo al quale i medici presettori dovranno attenersi; e. l'implementazione delle risorse umane per il corretto adempimento delle attività sovraccitate	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione
102	F 1-4	Razionalizzazione dei costi dei dispositivi medici	Produzione di documentazione attestante l'attività della commissione dei DM in merito: a. alla gestione ed omogeneizzazione dei singoli repertori dei DM; b. alla valutazione tramite criteri di costo-efficacia dei nuovi DM da inserire nella pratica clinica e in un repertorio; c. al monitoraggio di spesa e consumi dei DM; d. al confronto dei dati sui DM tra strutture di analoga complessità; e. alla promozione della vigilanza sui DM	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione
150	B.1-14	Incremento consumo di farmaci oppioidi maggiori su tutti i canali distributivi	Variazione % DDD farmaci oppioidi maggiori	(N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2018) - (N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2017)	(N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2017)	> 2017
202	F 2-7	Incremento utilizzo farmaci biosimilari (DRG 974/2014)	% PT verificati sul totale PT	N° PT verificati	N° totale di PT	100%
202 1	F 2-7	Incremento utilizzo farmaci biosimilari (DRG 974/2014)	% PT Naive con prescrizione biosimilari su totale PT Naive	N° PT Naive con prescrizione biosimilari	N° tot. PT Naive	≥ 80%
202 2	F 2-7	Incremento utilizzo farmaci biosimilari (DRG 974/2014)	Audit con i clinici su incremento prescrizione biosimilari su Naive	N° Audit con i clinici su incremento prescrizione biosimilari su Naive		≥ 3
208	F 2-8	Rispetto del tetto della spesa farmaceutica convenzionata	Variazione % DDD farmaci antibiotici per pazienti residenti	(N° DDD (ATC2 J01) anno 2018) - (N° DDD (ATC2 J01) anno 2017)	(N° DDD (ATC2 J01) anno 2017)	-11%
211	F 2-3	Rispetto del tetto della spesa farmaceutica convenzionata	Riduzione della spesa farmaceutica convenzionata netta dalle "distinte contabili"	Spesa farmaceutica convenzionata 2018		≤ 235.219.986
211	F 1-5	Riduzione farmaceutica ospedaliera "pura" in relazione alla produzione erogata	Andamento spesa farmaceutica ospedaliera "pura" in relazione alla produzione erogata nell'anno 2018	Spesa farmaceutica ospedaliera "pura" anno 2017 (Totale produzione ospedaliera e specialistica ambulatoriale degli stabilimenti ospedalieri anno 2018)		< 2017
270	F 2-9	Incremento copertura delle trasmissioni con targatura (per farmaci con AIC)	% copertura delle trasmissioni con targatura in distribuzione diretta	N° trasmissioni con targatura	Totale trasmissioni	≥ 90%
280	F 2-9	Incremento copertura delle trasmissioni con targatura (per farmaci con AIC)	% copertura delle trasmissioni con targatura in distribuzione per conto	N° trasmissioni con targatura	Totale trasmissioni	≥ 90%

Allegato 1.4 – Relazione Annuale sulla programmazione Economico e Sanitaria

Nr	N. Obiettivo	Desc Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2018
245	F 2-10	Incremento utilizzo farmaci in distribuzione diretta e per conto di classe A con brevetto scaduto	% DDD farmaci classe A in distribuzione diretta e per conto a brevetto scaduto	N° DDD farmaci classe A in distribuzione diretta e per conto a brevetto scaduto	N° DDD farmaci classe A in distribuzione diretta e per conto	> 2017
246	F.1-7	Incremento segnalazioni ADR	% Segnalazioni di ADR rispetto al 2017	N° segnalazioni ADR	Totale dimessi	≥ 3%
247	F.1-8	Rispetto della compilazione Registri AIFA	% compilazione registri AIFA per farmaci sottoposti a registri AIFA	N° registri AIFA compilati	N° farmaci dispensati sottoposti a registri AIFA	100%
248	F.3.1	Riduzione spesa per dispositivi medici in relazione alla produzione erogata	Δ% Spesa annuale per dispositivi medici (BA0220 + BA0230 + BA0240) in relazione alla produzione erogata nell'anno 2018	(Spesa BA0220 + BA0230 + BA0240 anno 2017) / (Totale produzione ospedaliera e specialistica ambulatoriale anno 2018)		≤ 2017
346	F.2-11	Riduzione consumo antidepressivo per pazienti residenti, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata	Variazione % DDD farmaci antidepressivi per pazienti residenti	(N° DDD (ATC N06AX e N06AB) anno 2018) - (N° DDD (ATC N06AX e N06AB) anno 2017)	(N° DDD (ATC N06AX e N06AB) anno 2017)	<2017
347	F.2-11	Riduzione consumo antidepressivo per pazienti residenti, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata	Variazione % DDD farmaci inibitori di pompa per pazienti residenti	(N° DDD (ATC A02BC) anno 2018) - (N° DDD (ATC A02BC) anno 2017)	(N° DDD (ATC A02BC) anno 2017)	<2017
348	F.2-11	Riduzione consumo antidepressivo per pazienti residenti, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata	Variazione % DDD farmaci antipertensivi per pazienti residenti	(N° DDD (ATC C09DA) anno 2018) - (N° DDD (ATC C09DA) anno 2017)	(N° DDD (ATC C09DA) anno 2017)	<2017
349	F.2-11	Riduzione consumo antidepressivo per pazienti residenti, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata	Variazione % DDD statine per pazienti residenti	(N° DDD (ATC C10AA) anno 2018) - (N° DDD (ATC C10AA) anno 2017)	(N° DDD (ATC C10AA) anno 2017)	<2017
113	C 3-1	Liste di attesa	Inserimento dell'indicatore relativo al volume delle attività istituzionali e delle attività in libera professione nella scheda di Budget di Centro di Responsabilità			100%
166	C 2-13	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa Obiettivo obbligatorio (prerequisito della valutazione)	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	N totale di prestazioni richieste	>90%
171	C 2-12	Utilizzo massimale delle attrezzature sanitarie	Ore di utilizzo giornaliere per la diagnostica strumentale e alcune apparecchiature medicali			Mantenimento almeno 12 ore di utilizzo per la diagnostica strumentale e per alcune apparecchiature medicali
172	C 2-10	Ottimizzazione prenotazione prime visite	Numero di case della salute - equipe territoriali attivate per AV presso cui è possibile effettuare le prenotazioni per prime visite ed esami strumentali			Mantenimento di una sede attiva per AV
174	C 2-11	Programmazione delle prestazioni offerte dal Privato Accreditato	Attivazione e inserimento a CUP di agende differenziate (ognuna con almeno 10 disponibilità/settimana) per prima visita/esame con classe di priorità per prestazioni critiche per ogni erogatore del privato accreditato			Mantenimento delle 10 agende
187	C 2-14	Produzione reportistica dell'avvenuta attivazione di ambulatori aggiuntivi avviati con il fondo 5% della legge "Balduzzi"	Almeno 1 agenda differenziata per almeno 7 prestazioni critiche per stabilimento del POU sottoposte a monitoraggio PNGLA entro il 31/12/2018	Numero di posti/settimana disponibili per le 7 agende attivate		7 agende attivate

Nr	N. Obiettivo	Desc Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2018
188	C 1-8	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 805/2015 Tempi di attesa. Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione)	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%
189	C 1-8	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 805/2015 Tempi di attesa. Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione)	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%
190	C 1-9	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 805/2015 Tempi di attesa. Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione)	Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D delle altre prime visite monitorizzate 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%
191	C 1-9	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 805/2015 Tempi di attesa. Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione)	Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D delle altre prime visite monitorizzate dal PNGLA	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D (30 gg)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%
192	C 1-10	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 805/2015 Tempi di attesa. Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione)	Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D dei primi esami diagnostici 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%
193	C 1-10	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 805/2015 Tempi di attesa. Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione)	Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D dei primi esami diagnostici monitorizzati dal PNGLA	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D (60gg)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%
230	B 4-1	OTTIMIZZAZIONE DELLA PRESA IN CARICO	Reportistica dell'avvenuta attivazione di agende per la presa in carico di pazienti con patologia oncologica (per le prestazioni da erogare entro 12 mesi successivi)	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione attestante l'avvenuta attivazione delle agende per la presa in carico di TUTTI i pazienti con patologia oncologica nel 100% delle	Documentazione inviata trimestralmente (marzo, giugno, settembre, dicembre 2017)	
324	C 1-10	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 805/2015 Tempi di attesa. Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione)	N prestazioni per esterni di laboratorio analisi erogate ai pazienti residenti	N prestazioni afferenti alla branca di laboratorio analisi erogate ai pazienti residenti		< 2017
350	C 2-9	Ottimizzazione offerta attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione reportistica attestante l'attivazione di agende dedicate per il 100% Disciplina Neurologica - VISITE, EEG, EMG-ENG, RMN cervello, tronco encefalico, colonna vertebrale, TAC capo, rachide e speco vertebrale, ECO color doppler tronchi sovraortici	Numero di posti/settimana disponibili per la presa in carico di VISITE, EEG, EMG-ENG, RMN cervello, tronco encefalico, colonna vertebrale, TAC capo, rachide e		> 0 entro il 30/09/2018
351	C 2-9	Ottimizzazione offerta attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione reportistica attestante l'attivazione di agende dedicate per il 100% Disciplina Endocrinologica - VISITE, ECO, TAC, RMN, MOC	Numero di posti/settimana disponibili per la presa in carico di VISITE, ECO, TAC, RMN, MOC		> 0 entro il 30/09/2018
352	C 2-9	Ottimizzazione offerta attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione reportistica attestante l'attivazione di agende dedicate per il 100% Disciplina Chirurgia vascolare - VISITE, ANGIOTAC, ECOCOLORDOPPLER	Numero di posti/settimana disponibili per la presa in carico di VISITE, ANGIOTAC, ECOCOLORDOPPLER		> 0 entro il 30/09/2018
353	C 2-9	Ottimizzazione offerta attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione reportistica attestante l'attivazione di agende dedicate per il 100% Disciplina Oculistica - VISITE, CAMPO VISIVO, FONDO OCULARE, OCT	Numero di posti/settimana disponibili per la presa in carico di VISITE, CAMPO VISIVO, FONDO OCULARE, OCT		> 0 entro il 30/09/2018
354	C 2-9	Ottimizzazione offerta attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione reportistica attestante l'attivazione di agende dedicate per il 100% Disciplina Ortopedica - VISITE, RX, ECO, TAC, RMN, EMG-ENG	Numero di posti/settimana disponibili per la presa in carico di VISITE, RX, ECO, TAC, RMN, EMG-ENG		> 0 entro il 30/09/2018

Allegato 1.4 – Relazione Annuale sulla programmazione Economico e Sanitaria

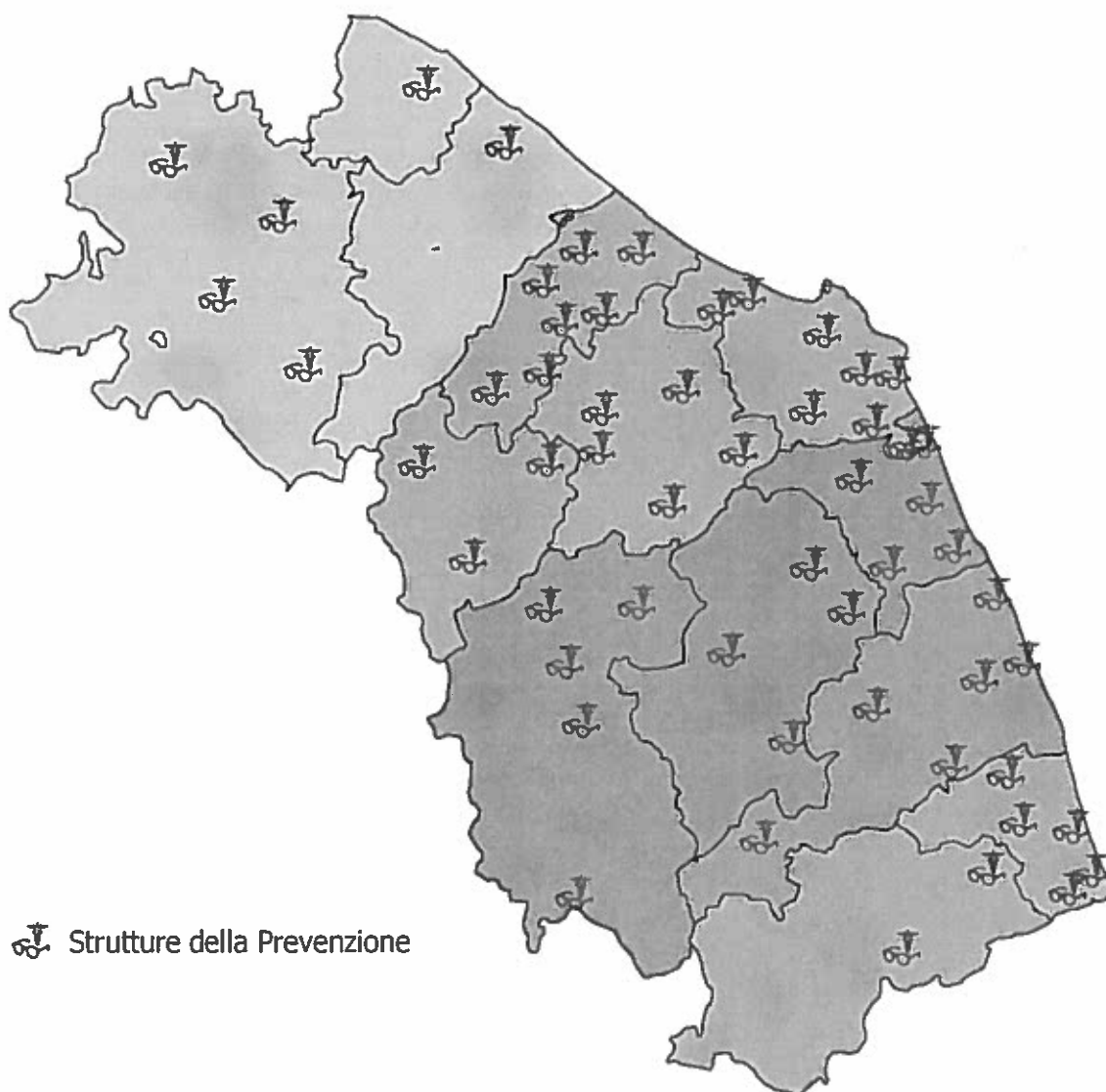
Nr	N. Obiettivo	Desc Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2018
355	C 2-9	Ottimizzazione offerta attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione reportistica attestante l'attivazione di agende dedicate per il 100% Disciplina Ginecologica - VISITE, ECO, ISTEROSCOPIA	Numero di posti/settimana disponibili per la presa in carico di VISITE, ECO, ISTEROSCOPIA		> 0 entro il 30/09/2018
356	C 2-9	Ottimizzazione offerta attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione reportistica attestante l'attivazione di agende dedicate per il 100% Disciplina Dermatologica - VISITE, VIDEO- DERMATOSCOPIA, ECO, TAC	Numero di posti/settimana disponibili per la presa in carico di VISITE, VIDEO- DERMATOSCOPIA, ECO, TAC		> 0 entro il 30/09/2018
357	C 2-9	Ottimizzazione offerta attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione reportistica attestante l'attivazione di agende dedicate per il 100% Disciplina Otorinolaringoiatrica - VISITE, AUDIOMETRIA, LARINGOSCOPIA, RINOSCOPIA, ECO, TAC, RMN	Numero di posti/settimana disponibili per la presa in carico di VISITE, AUDIOMETRIA, LARINGOSCOPIA, RINOSCOPIA, ECO, TAC, RMN		> 0 entro il 30/09/2018
358	C 2-9	Ottimizzazione offerta attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione reportistica attestante l'attivazione di agende dedicate per il 100% Disciplina Urologica - VISITE, ECO TRANSRETTALE, ECO ADDOME, CISTOSCOPIA, UROFLUSSIMETRIA, TAC	Numero di posti/settimana disponibili per la presa in carico di VISITE, ECO TRANSRETTALE, ECO ADDOME, CISTOSCOPIA, UROFLUSSIMETRIA, TAC		> 0 entro il 30/09/2018
359	C 2-9	Ottimizzazione offerta attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione reportistica attestante l'attivazione di agende dedicate per il 100% Disciplina Fisiatrica - VISITE, RX, ECO, RMN	Numero di posti/settimana disponibili per la presa in carico di VISITE, RX, ECO, RMN		> 0 entro il 30/09/2018
360	C 2-9	Ottimizzazione offerta attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione reportistica attestante l'attivazione di agende dedicate per il 100% Disciplina Gastroenterologica - VISITE, EGDS, COLONSCOPIA, TAC	Numero di posti/settimana disponibili per la presa in carico di VISITE, EGDS, COLONSCOPIA, TAC		> 0 entro il 30/09/2018
361	C 2-9	Ottimizzazione offerta attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione reportistica attestante l'attivazione di agende dedicate per il 100% Disciplina Pneumologica - VISITE, RX, TAC	Numero di posti/settimana disponibili per la presa in carico di VISITE, RX, TAC		> 0 entro il 30/09/2018
362	C 2-9	Ottimizzazione offerta attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione reportistica attestante l'attivazione di agende dedicate per il 100% Disciplina Senologica - VISITE, MAMMOGRAFIA, ECO, RMN, AGOASPIRATO/BIOPSIA	Numero di posti/settimana disponibili per la presa in carico di VISITE, MAMMOGRAFIA, ECO, RMN, AGOASPIRATO/BIOPSIA		> 0 entro il 30/09/2018
363	C 2-9	Ottimizzazione offerta attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Garanzia di erogazione entro il tempo massimo di attesa previsto dal PRGLA per la classe di priorità P	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità P (≤ 180gg)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità P	50% entro il 31/12/2018
364	C 2-9	Ottimizzazione offerta prime visite delle branche specialistiche sottoposte a monitoraggio	% di agende con il 20% in più di posti disponibili, rispetto alle agende attuali (al 15 maggio 2018), per le visite specialistiche	Numero di posti/settimana disponibili al 15 giugno 2018 - Numero di posti/settimana disponibili al 30/09/2018, per le visite specialistiche	Numero di posti/settimana disponibili al 15 giugno 2018 per le visite specialistiche	>20%
365	C 2-10	Ottimizzazione offerta primi accessi per le prestazioni di diagnostica strumentale sottoposte a monitoraggio	% di agende con il 20% in più di posti disponibili, rispetto alle agende attuali (al 15 maggio 2018), per le 29 prestazioni di diagnostica strumentale	Numero di posti/settimana disponibili al 15 giugno 2018 - Numero di posti/settimana disponibili al 30/09/2018, per le 29 prestazioni di diagnostica strumentale	Numero di posti/settimana disponibili al 15 giugno 2018 per le 29 prestazioni di diagnostica strumentale	>20%
52.1	C 1-4	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa Obiettivo obbligatorio (prerequisito della valutazione)	Presa in carico con prescrizione, prenotazione e disponibilità di slot dedicati per pazienti oncologici in tutte le strutture che trattano pazienti neoplastici (per le prestazioni da erogare entro i 12 mesi successivi)	Documentazione inviata alla P.F. Territorio e Integrazione Ospedale - Territorio attestante l'avvenuta presa in carico con prescrizione, prenotazione e l'attivazione di slot dedicati per TUTTI i pazienti con patologia oncologica nel 100% delle strutture che trattano pazienti neoplastici per Az/AV		Documentazione inviata (maggio, giugno, settembre, dicembre 2018)
52.2	C 1-4	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa Obiettivo obbligatorio (prerequisito della valutazione)	Disponibilità di slot dedicati in agende di diabetologia per la presa in carico di pazienti cronici sottoposti a follow up	Produzione reportistica da inviare alla P.F. Territorio e Integrazione Ospedale - Territorio attestante la disponibilità di agende per la presa in carico nelle discipline previste nel 100% delle strutture eroganti per Az/AV		Documentazione inviata (maggio, giugno, settembre, dicembre 2018)
52.3	C 1-4	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa Obiettivo obbligatorio (prerequisito della valutazione)	Disponibilità di slot dedicati in agende di nefrologia per la presa in carico di pazienti cronici sottoposti a follow up	Produzione reportistica da inviare alla P.F. Territorio e Integrazione Ospedale - Territorio attestante la disponibilità di agende per la presa in carico nelle discipline previste nel 100% delle strutture eroganti per Az/AV		Documentazione inviata (maggio, giugno, settembre, dicembre 2018)
52.4	C 1-4	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa Obiettivo obbligatorio (prerequisito della valutazione)	Disponibilità di slot dedicati in agende di cardiologia per la presa in carico di pazienti cronici sottoposti a follow up	Produzione reportistica da inviare alla P.F. Territorio e Integrazione Ospedale - Territorio attestante la disponibilità di agende per la presa in carico nelle discipline previste nel 100% delle strutture eroganti per Az/AV		Documentazione inviata (maggio, giugno, settembre, dicembre 2018)

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



83

3.3.2. L'analisi delle attività del livello prevenzione

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

Le strutture operanti nell'ambito dei Dipartimenti assicurano ogni giorno migliaia di prestazioni in materia di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, con risultati che sono documentati da solide evidenze epidemiologiche. In particolare, ogni anno nelle Marche vengono somministrate centinaia di migliaia di dosi di vaccino, sia sulla popolazione infantile che su quella adulta; garantiti gli screening citologico e mammografico nonché lo screening del carcinoma del colon; effettuati migliaia di controlli nei luoghi di lavoro, che hanno contribuito a ridurre in modo significativo gli infortuni e le morti occupazionali; assicurati migliaia di controlli nell'ambito della sicurezza alimentare e della sanità pubblica veterinaria.

L'assetto organizzativo dei Dipartimenti di Prevenzione, in più occasione, si è dimostrato inoltre efficace nel rispondere a situazioni epidemiche ed emergenziali molto impegnative, oltre che capace di coniugare efficacia e contenimento dei costi; basti pensare alla sempre attuale emergenza migranti che, in sinergia con le altre componenti istituzionali coinvolte, vede le strutture dipartimentali impegnate a garantire una risposta tempestiva ed appropriata in termini di salute pubblica.

Se da un lato non si può disconoscere che 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: Igiene e Sanità Pubblica (ISP), Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (PSAL), Igiene degli Alimenti e Nutrizione (IAN), Sanità Animale (SA), Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (IAPZ), Igiene degli Alimenti di Origine Animale (IAOA), dall'altro non si può disconoscere l'esigenza di restare al passo con i tempi e indirizzare necessariamente la politica della Prevenzione verso nuovi "bisogni emergenti", che negli ultimi anni sono emersi come imprescindibili per il territorio.

I rapporti tra salute ed ambiente, l'epidemiologia, gli screening prevenzionistici, l'igiene industriale, la medicina dello sport, la promozione della salute sono oramai tematiche centrali nella politica sanitaria orientata alla prevenzione e devono costituire le fondamenta per uno sviluppo della materia che superi una visione statica degli ambiti di intervento.

In tale direzione è quasi completata la revisione organizzativa della rete della prevenzione, a seguito della approvazione del nuovo assetto organizzativo aziendale.

Nell'ambito della consueta e consolidata collaborazione con l'Agenzia Regionale Sanitaria, attraverso la continuazione delle attività di "gruppi di lavoro" nel cui ambito sono confluite competenze professionali ASUR nei diversi settori strategici dell'area della prevenzione, si concorrerà all'attuazione delle azioni previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2014/2018, in attuazione del Piano Nazionale Prevenzione.

La programmazione delle attività proprie dei diversi Servizi afferenti alle strutture dipartimentali sarà indirizzata allo sviluppo e consolidamento delle linee progettuali del Piano Regionale della Prevenzione di cui alla DGR n. 540 del 15/07/2015 e s.m.i.; le diverse attività verranno quindi rimodulate anche sulla base delle nuove linee di programma definite dal nuovo PRP, per la cui attuazione sono già stati definiti, in ciascuna Area Vasta, dei gruppi tecnici di coordinamento.

Si procederà, quindi, allo sviluppo, in particolare, dei seguenti programmi di lavoro:

Servizi ISP

- prosecuzione delle attività di supporto alla prevenzione vaccinale applicazione della L.119/2017 che sta determinando però un fortissimo incremento nei carichi di lavoro sia di erogazione dei servizi che di tipo burocratico amministrativo.

In tale contesto occorre sottolineare che negli ultimi anni, nelle Marche in particolare, si è assistito ad un progressivo e costante calo delle coperture vaccinali, che la L.119/2017 ha l'obiettivo di contrastare.

Occorrerà pertanto garantire la prosecuzione di un'adeguata, capillare e continua formazione del personale dei Servizi vaccinali e degli altri operatori sanitari coinvolti nel percorso di supporto alle attività vaccinali diffondendo la cultura della prevenzione vaccinale come scelta consapevole della popolazione generale e promuovendo un'adeguata opera educativo/informativa in merito ai benefici della vaccinazione quale misura di prevenzione individuale e collettiva. I dati al termine del 2017 sembrano confermare un rialzo dei tassi di copertura.

- sorveglianza normativa piscine ad uso natatorio;
- sorveglianza sulle strutture sanitarie private;
- sorveglianza in materia di edilizia abitativa, sulle strutture ad uso collettivo, sull'esercizio delle attività turistico-ricreative;
- sviluppo delle attività di preparazione alle emergenze in sanità pubblica, in coordinamento con il Gruppo Regionale Emergenze Sanitarie;
- mantenimento degli "sportelli informativi" per i cittadini, le imprese e le associazioni in materia di sicurezza alimentare, veterinaria ed igiene e sanità pubblica;
- applicazione in tutte le AA.VV. delle procedure integrate ASUR/ARPAM per la valutazione dei siti inquinati definite come esito della specifica linea progettuale del PRP 2010 – 2013
- definizione di procedure integrate ASUR/ARPAM per la valutazione degli aspetti sanitari connessi alle VIA
- prevenzione amianto ed aggiornamento del censimento regionale in collaborazione con ARPAM
- miglioramento dell'efficacia dei programmi di screening oncologici
- controllo dei fattori di rischio in ambiente scolastico
- vigilanza igienico-sanitaria in materia di polizia mortuaria

Epidemiologia

- effettuazione sorveglianza "PASSI" sugli stili di vita
- effettuazione della rilevazione del sistema di sorveglianza "PASSI D'ARGENTO", successivamente alla effettuazione del percorso formativo degli operatori

Promozione Salute

Sviluppo in tutte le AA.VV. delle azioni previste dai programmi 1, 2, 3, 4 del PRP 2014-2018 ed in particolare:

- Azioni di formazione integrata e consolidamento della rete di “scuole che promuovono salute”, comprensiva del supporto alla realizzazione del sito specifico a cura della scuola polo identificata da USR
- estensione della attuazione di programmi per la promozione della attività motoria che hanno evidenza di efficacia, quali ad esempio i “gruppi di cammino” e “pedibus” in tutte le AA.VV.;
- avvio del primo anno dei progetti per il sostegno alle attività motorie come corretto stile di vita (DGR1118/2017)
- attuazione in tutte le A.V. di programmi di promozione della sana alimentazione per giovani in età scolastica, in collaborazione con Istituzioni scolastiche, nonché di percorsi formativi per personale sanitario sulla “identificazione precoce del consumo di alcol”, propedeutici alla realizzazione dei programmi di intervento nei territori.
- Attuazione dei programmi per il sostegno all’allattamento al seno e la dissuasione dall’abitudine al fumo durante la gravidanza

Servizi PSAL

- miglioramento delle sinergie trasversali tra istituzioni mediante l’attività degli Organismi Provinciali discendenti dal Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 del D. Lgs. 81/08)
- rispetto dei livelli di copertura previsti dai LEA (controllo del 5% delle aziende previste dall’indicatore E 4 della griglia LEA)
- attuazione attività previste dal programma 6 “lavorare per vivere” del PRP 2014 – 2018 ed in particolare:
 - o Prevenzione in Agricoltura con realizzazione piano di vigilanza 2017 e collaborazione con ARS, Servizio agricoltura Regione Marche ed INAIL regionale per realizzazione piano di supporto alle parti sociali (DGR a cura Servizio Agricoltura)
 - o Prevenzione in Edilizia e sperimentazione software per notifiche preliminari ex art. 99 on - line
 - o Prevenzione rischio cancerogeno e da tumori occupazionali e utilizzo del programma CAR-Map, interrotto a fine 2016 per problematiche amministrative
 - o Realizzazione secondo anno piano di prevenzione dello stress lavoro – correlato
- mantenimento degli “sportelli informativi” e delle attività di supporto agli RR.LL.SS., con particolare riferimento alle attività informative e formative derivanti dal programma INAIL – Regione Marche “giornate degli RR.LL.SS.” con realizzazione di almeno 5 seminari informativi rivolti agli RR.LL.SS.
- attuazione in tutte le AA.VV. del piano regionale dei controlli sulla applicazione dei Regolamenti REACH e CLP – anno 2017 ed avvio sperimentale di piano campionamenti previsto da programma europeo REF 5.
- Messa a regime del sistema di notifiche on-line dei nuovi cantieri (ex articolo 99 DL. 81/08)

Prevenzione veterinaria e sicurezza alimentare

Le funzioni di prevenzione veterinaria e sicurezza alimentare sono vincolate ad una stringente normativa europea e nazionale (cosiddetto “pacchetto igiene”) e sono espletate sul territorio dai seguenti Servizi/UUOO dei Dipartimenti di prevenzione: Igiene Alimenti e Nutrizione (IAN), Igiene Alimenti di origine Animale (IAOA), Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche (IAPZ) e Sanità Animale (SA). Le complessità delle attività sanitarie sviluppate in questi ambiti richiedono un’alta specializzazione professionale di settore. Nei rispettivi Servizi/UUOO (IAN-IAOA-IAPZ-SA) di Area Vasta, sono individuate le Autorità competenti per la 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.

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 2015-2018 (DGRM 880/2015) che raccorda i macro-obiettivi del Piano Nazionale Prevenzione 2015-2019 ed i rispettivi programmi individuati dal Piano Regionale Prevenzione (DGRM 540/2014, DGRM 202/2016).

Si procederà, quindi, allo sviluppo, in particolare, dei seguenti programmi di lavoro:

Servizi IAN

- programma prevenzione 11-6 relativo all’uso consapevole di sale ma iodato nella dieta;
- programma delle verifiche ufficiali di conformità dell’acqua immessa nelle reti delle acque potabili;
- programma delle verifiche ufficiali di conformità per la sicurezza degli alimenti di origine vegetale lungo le filiere, dalla produzione fino alla somministrazione; attività volte alla verifica di presenza di OGM negli alimenti;
- programma integrato delle attività di controllo ufficiale sull’uso corretto e sostenibile dei fitosanitari in agricoltura nell’ambito della produzione di alimenti;
- gestione delle allerte – RASFF – (Rapid Alert System for Food and Feed) settore alimenti di origine vegetale e sorveglianza epidemiologica delle malattie trasmesse da alimenti;
- prevenzione nelle collettività degli squilibri nutrizionali, promozione di stili alimentari corretti e interventi a tutela della salute del consumatore celiaco.

Servizi IAOA

- programma prevenzione 11 – sicurezza alimentare che, nella sua articolazione, persegue l’obiettivo di migliorare il sistema integrato dei controlli ufficiali lungo le filiere alimentari dalla produzione alla distribuzione;
- programma delle verifiche ufficiali di conformità per la sicurezza degli alimenti di origine animale dei loro derivati (carni, latte, prodotti base di latte, uova, prodotti d’uovo, miele, molluschi eduli, prodotti della pesca alla commercializzazione fino al consumo);
- gestione delle allerte – RASFF – (Rapid Alert System for Food and Feed) settore alimenti di origine animale e loro derivati, nonché sorveglianza epidemiologica delle malattie trasmesse da alimenti di origine animale;
- piano di monitoraggio sanitario delle acque nelle zone di produzione di molluschi finalizzato alla classificazione delle stesse per il controllo dei rischi sanitari a tutela della sicurezza alimentare;

Servizi IAPZ

- programma dei controlli ufficiali lungo le filiere di produzione di alimenti per la ricerca di sostanze, farmaci e/o molecole farmacologicamente attive il cui uso è vietato in quanto pericolose per la salute;
- programma prevenzione sulla antibiotico-resistenza attraverso azioni di sensibilizzazione per la riduzione dell'utilizzo degli antibiotici nel settore zootecnico, tracciabilità elettronica dei farmaci ad uso veterinario e campagne di formazione/formazione specifica;
- programma delle attività finalizzate alla tutela del benessere degli animali in coerenza con gli obiettivi del Piano Nazionale del Benessere degli Animali (PNBA)
- programma dei controlli ufficiali sulle filiere di produzione dei mangimi e alimentazione degli animali destinati alla produzione di alimenti per l'uomo;
- gestione delle allerte – RASFF – (Rapid Alert System for Food and Feed) settore mangimi;
- controllo dei fattori di rischio legati alla gestione dei Sottoprodotti di Origine Animale (SOA);
- programma dei controlli ufficiali sulla filiera latte per garantirne la qualità sanitaria contrastando le contaminazioni indesiderate.

Servizi SA

- Azioni rivolte alla prevenzione ed alla eradicazione delle malattie infettive ed infettive degli animali (piani di vaccinazione, risanamento, sorveglianza, monitoraggio, ecc.), con particolare riguardo a quelle emergenti e riemergenti, a carattere zoonosico e non;
- programma prevenzione 9 relativo alle emergenze epidemiche e non epidemiche;
- programma prevenzione 10 relativo al contrasto al fenomeno del randagismo e corretto rapporto uomo-animali;
- implementazione di un sistema a rete per l'erogazione degli interventi di pronto soccorso agli animali incidentati ed in stato di necessità;
- sorveglianza epidemiologica a carico delle popolazioni di animali allevati, selvatici e da compagnia;
- controllo degli animali sinantropi e profilassi delle malattie esotiche;
- vigilanza sanitaria nell'ambito dell'import-export degli animali

I programmi di prevenzione che coinvolgono trasversalmente i Servizi/UUOO (IAN-IAOA-IAPZ-SA) e di cui occorre garantirne la prosecuzione, sono i seguenti:

- implementazione delle attività di formazione e comunicazione del rischio in sicurezza alimentare che è una funzione primaria che attualmente è garantita attraverso progettualità specifiche finalizzate allo sviluppo del portale VeSA-Marche a valenza regionale;
- programma prevenzione n. 9 relativo alle emergenze epidemiche e non epidemiche;
- implementazione delle attività di audit in materia di sicurezza alimentare;
- sviluppo della rete di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare “epivet” che è necessaria come supporto al risk management elaborato dai singoli Servizi;
- gestione dei flussi informativi dell'area veterinaria e sicurezza alimentare;
- attività di formazione del personale, dirigente e tecnico, su argomenti di interesse strategico.

3.3.3. Obiettivi dell'esercizio relativi alla struttura e all'organizzazione dei servizi di prevenzione

La programmazione aziendale, con riferimento agli obiettivi sull'organizzazione dei servizi per la prevenzione, è stata avviata con determina ASUR n. 460/2018, con la quale la Direzione ASUR ha fornito l'elenco degli obiettivi, indicatori e target da perseguire per l'anno 2018 in applicazione di quanto contenuto nella Determina n. 151/18 di approvazione del Piano della Performance 2018/2020, nonché degli obiettivi regionali assegnati all'Azienda con DGRM 470-471 del 16/04/2018 e DGRM 640 del 14/05/2018.

In particolare, con DGRM 470 del 16/04/2018, la Giunta Regionale ha individuato gli obiettivi sanitari del SSR per l'anno 2018 assegnando all'ASUR obiettivi, indicatori e target di cui all'allegato A. Successivamente, con DGRM 471 del 16 aprile 2018, la Giunta Regionale ha stabilito i criteri di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali dell'ASUR, rispetto agli obiettivi di budget annuali assegnati con DGRM 470.

Inoltre, con DGRM 640 del 14 maggio 2018, la Giunta Regionale ha approvato il Piano Regionale per il Governo dei Tempi d'Attesa 2018-2010 prevedendo azioni e obiettivi da raggiungere da parte degli Enti del SSR nel triennio.

Di seguito, si propone il prospetto riassuntivo degli obiettivi sanitari inerenti i servizi per la prevenzione e nel proseguo l'elenco dei sub-obiettivi con relativi indicatori e target previsti per l'anno 2018.

N. Obiettivo		Des Obiettivo
PREVENZIONE	A.1-1	Copertura vaccinale
	A.1-2	Rispetto LEA per Screening Oncologici
	A.1-3	Prevenzione salute nei luoghi di lavoro
	A.1-5	effettuazione sorveglianza epidemiologica (***)
	A.1-6	messa a regime sistema informativo "marche prevenzione" (****)
	A.1-10	Costo procapite assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro
	A.1-13	DGR 540/2015 Screening neonatali visivo ed oculare
	A.1-14	attuazione DGR 540/2015 e 202/2016 (PRP 2014 - 2018)
	A.2-9	Sicurezza dei prodotti chimici Controlli nelle fasi di produzione, importazione, immisione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP

N. Obiettivo		Des Obiettivo
VETERINARIA	A.2-1	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (28 febbraio) per l'Annual Report
	A.2-2	AUDIT SU OSA- controlli ufficiali previsti dai Reg. 882/04 e Reg. 854/04. DDPFVSA n. 49 del 20/03/2017
	A.2-4	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante
	A.2-5	FARMACOSORVEGLIANZA - Attività di ispezione e verifica - D.Lg.vo 6 aprile 2006, n. 193 e nota DGSA n.1466 del 26/01/2012; DM 14/05/2009 e nota DGSA n. 13986 del 15/07/2013
	A.2-6	FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale
	A.2-7	Potenziamento della attività di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare (Reg. 178/2002, all. 2 DGRM n. 1803 del 09/12/2008)
	A.2-8	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAF n.1618 del 28/01/2013 - LEA vincolante
	A.2-9	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003- alimenti e mangimi geneticamente modificati.
	A.2-10	PIANO SORVEGLIANZA MBV - zone di produzione e stabulazione dei molluschi bivalvi vivi ai sensi del Reg. CE 854/04
	A.2-11	PIANO NAZIONALE MICOTOSSINE 2016-2018-Controllo ufficiale delle micotossine in alimenti. Nota DGSAN n.14944 del 14/4/2016 (PAMA 2018)
	A.2-12	PNR- PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006
	A.2-13	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"
	A.2-14	SALMONELLOSI ZOONOTICHE - Reg. 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; nota DGSAF 1618 n. del 28/01/2013 e relativa registrazione dati nel SIS-BDN

Nr	N. Obiettivo	Desc Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2018
4.1	A.1-1	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite e rosolia (MPR)	N° di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con 1 dose vaccino MPR		≥ 95%
4.3	A.1-1	Copertura vaccinale	copertura vaccinale antipneumococcica	numero di soggetti entro 24 mesi di età vaccinati con ciclo completo, per età, per antipneumococcica	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	≥ 95%
4.4	A.1-1	Copertura vaccinale	copertura vaccinale antiMeningococcica C	numero di soggetti entro 24 mesi di età vaccinati cicli completi (1 dose nel secondo anno di vita, ovvero tre dosi nel corso del primo anno di vita se a rischio) per anti-meningococcica C	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	≥ 95%
115	A.1-1	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	numero di soggetti di età superiore o uguale a 65 anni vaccinati per influenza	Popolazione ultra 65enni residente	≥ 75%
5.3	A.1-2	rispetto LEA per Screening Oncologici	Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	N° dei cancri invasivi screen-detected	N° di tutti i cancri screen-detected * 100	< 25%
116	A.1-2	rispetto LEA per Screening Oncologici	Aumento persone che effettuano il test di screening mammella e colon-retto	Numero slot dedicati allo screening colon-retto, mammella per AV/Azienda	N. strutture eroganti per AV/AZ	Mantenimento di almeno due ore struttura per AV/AZ per ogni screening
6.1	A.1-3	Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	N. aziende controllate	numero aziende con almeno 1 dipendente	> 5%
117.2	A.1-3	rispetto LEA e accordi Stato Regione (programmazione ex art. 5 D Lgs 81/08 e progetti prioritari di piano) per TSLI	Cantieri edili controllati	Numero cantieri edili ispezionati	Numero di notifiche ex art. 99 D. Lgs 81/08 pervenute	> 10%
8	A.1-5	effettuazione sorveglianza epidemiologica (***)	Realizzazione sorveglianza PASSI per monitoraggio PRP	n. di interviste effettuate	n. interviste da effettuare	≥ 90%
9.2	A.1-6	messa a regime sistema informativo "marche prevenzione" (****)	implementazione anagrafe vaccinale informatizzata	Messa a regime in almeno 2 A.V. ASUR		Relazione direzione Generale ASUR
119	A.1-10	Costo procapite assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro	Costo procapite assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro	Costo Modello La voce 19999 (escluso Ribaltamento 2 e 3)	Popolazione residente ISTAT 1/1/anno	> 80 euro o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente
12	A.1-1	Copertura vaccinale	copertura vaccinale anti HPV	N. bambine nel corso del 12° anno di vita vaccinate con cicli completi	N° di bambine della rispettiva coorte di nascita	≥ 95%
182	A.1-13	DGR 540/2015 Screening neonatali visivo ed oculare	asso di copertura neonati sottoposti a screening	n. neonati sottoposti a screening/ n. neonati dimessi		95%
182.1	A.1-13	DGR 540/2015 Screening neonatali visivo ed oculare	% inserimento dati neonati sottoposti a screening in applicativo regionale	numero neonati con dati inseriti in sistema informativo/numero neonati sottoposti a screening		95%
183	A.1-1	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomelite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	>= 95%
184	A.1-2	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che effettuano test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della mammella	Persone in età target che eseguono nel 2018 il test di screening per carcinoma mammella	Popolazione target 2018	> 50%
185	A.1-2	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che effettuano test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della cervice uterina	Persone in età target che eseguono nel 2018 il test di screening per cervice uterina	Popolazione target 2018	> 45%
186	A.1-2	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che effettuano test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro del colon retto	Persone in età target che eseguono nel 2018 il test di screening per tumore colon retto	Popolazione target 2018	> 40%
216	A.1.14	attuazione DGR 540/2015 e 202/2016 (PRP 2014-2018)	raggiungimento obiettivi di processo indicatori "sentinella" paragrafo 1.5 DGR 540/15 e smi DGR 202/16	valori previsti per anno 2017 descritti in all. A DGR 202/16. (Tutti tranne indicatori 3-3, 4-3, 6-7, 7-2, 7-5, 9-2, 11-7, 12-4, 12-8, 12-10, 12-11)		relazione ASUR
262	A.1-1	Copertura vaccinale	Offerta attiva vaccino Meningo B nella coorte dei nati 2016	N° di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo, per età, per meningio B	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	≥ 30%

Allegato 1.4 – Relazione Annuale sulla programmazione Economico e Sanitaria

Nr	N. Obiettivo	Descrittore Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2018
270	A.1-1	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale agli adolescenti (range 11 - 18 anni) di una dose anti-meningococco ACWY	N° di adolescenti vaccinati entro un anno per anti-Meningococco C	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	> = 95% o in miglioramento rispetto all'anno precedente
272	A.1-1	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale a tutti i maschi nati a partire dall'anno 2007 per il vaccino HPV anti Papilloma Virus	N° di soggetti vaccinati, nati a partire dall'anno 2007	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	> = 60%
273	A.1-1	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale agli adolescenti (range 11 - 18 anni) con la quinta dose di vaccino anti-poliomielite, da effettuare con richiamo (dTpa IPV)	N° di adolescenti vaccinati	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	> = 90% o in miglioramento rispetto all'anno precedente
274	A.1-1	Copertura vaccinale	Campagna vaccinazione antipneumococcica nell'anziano 65enne	N° di soggetti di età = 65 anni vaccinati per antipneumococcica	Popolazione 65enni residente	> = 55%
275	A.1-1	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale Herpes Zoster nei soggetti di 65 anni di età	N° di soggetti vaccinati anni 65	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	> = 20%
284	A.1-2	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% Aree Vaste che hanno attivato percorso screening cancro cervicouterina con HPV come test primario	N° AAVV con percorso HPV-TEST attivato	Totale AAVV	Avvio su tutte AAVV
285	A.1-2	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% Aree Vaste che hanno attivato percorso screening cancro mammella su base eredo-familiare	N° AAVV con percorso cancro mammella su base eredo-familiare attivato	Totale AAVV	Avvio su tutte AAVV
312	A.2-9	Sicurezza dei prodotti chimici Controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)	% campioni effettuati su controlli programmati	N. controlli effettuati	N. di controlli programmati	> = 95 %
345	A.1-1	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini di 5 - 6 anni di età contro difterite, tetano, pertosse e poliomielite	N° di soggetti di 5-6 anni di età vaccinati contro difterite, tetano, pertosse e poliomielite	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	> = 95%
13	A.2-7	Potenziamento della attività di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare (Reg. 178/2002, all. 2 DGRM n. 1803 del 09/12/2008)	Atti formali relativi alla pianificazione delle 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 dic 2018		Report interdisciplinare di Area vasta dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare
14.1	A.2-8	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAF n. 1618 del 28/01/2013 - LEA vincolante	% allevamenti controllati sugli allevamenti bovini da controllare per TBC come previsto dai piani di risanamento	Allevamenti bovini controllati per TBC	Allevamenti bovini da controllare per TBC	100%
14.2	A.2-8	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAF n. 1618 del 28/01/2013 - LEA vincolante	% allevamenti controllati sugli allevamenti bovini, ovini e caprini da controllare per BRC come previsto dai piani di risanamento	Allevamenti delle tre specie controllati per BRC	Allevamenti delle tre specie da controllare per BRC	100%
15.1	A.2-4	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% di capi bovini morti sottoposti al test per BSE sul totale degli attesi	Numero di bovini morti testati per BSE	Numero totale dei bovini morti	> = 85%
15.2	A.2-4	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% di capi ovini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per ogni specie	N capi ovini i morti sottoposti al test TSE/Scrapie	N totale dei capi ovini morti	> = 85% di ovini morti e testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie

Nr	N. Obiettivo	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2018
15.2	A.2-4	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% di caprini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per ogni specie	N. capi caprini morti sottoposti al test TSE/Scrapie	N. totale dei capi caprini morti	≥ 70% di caprini morti e testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie
16	A.2-12	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
19	A.2-6	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
18	A.2-5	FARMACOSORVEGLIANZA - Attività di ispezione e verifica - D.Lg.vo 6 aprile 2006, n. 193 e nota DGSA n.1466 del 26/01/2012; DM 14/05/2009 e nota DGSA n. 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	Numero di operatori controllati	Numero di operatori controllabili previsti dal programma	Attività comprendente almeno il 90 % degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite
20.1	A.2-1	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (28 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende ovi-caprini 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
20.1	A.2-1	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Capi ovi-caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle aziende e 5% dei capi)	N. totale capi ovi-caprini controllati	N. totale capi ovi-caprini	> 5% dei capi
20.2	A.2-1	ANAGRAFI ZOOTECNICHE 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 -art. 8 comma 2, dlgs 200/2010 (1% aziende)	N. aziende suinicole controllate I&R	N. totale aziende suinicole	1%
22	A.2-9	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003- alimenti e mangimi geneticamente modificati	% campioni eseguiti sul totale dei previsti dal Piano OGM	N. campioni eseguiti	N. totale campioni previsti dal Piano OGM	>60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione
23	A.2-10	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%
24	A.2-13	SALMONELLOSI ZOONOTICHE - Reg. 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; nota DGSAF 1618 n. del 28/01/2013 e relativa registrazione dati nel SIS-BDN	% campionamenti sul totale dei campioni previsti dal "piano salmonellosi" in allevamento	Campioni effettuati	Totale campioni previsti dal piano salmonellosi	100%
25	A.2-2	AUDIT SU OSA- controlli ufficiali previsti dal 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

Allegato 1.4 – Relazione Annuale sulla programmazione Economico e Sanitaria

Nr	N. Obiettivo	Desc Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2018
313	A.2-10	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%
314	A.2-10	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%
315	A.2-10	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%
316	A.2-11	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/matric e previste dalle tabelle 2 e 3 del PNMA (programmi di campionamento) con almeno il 90 % dei campioni svolti per ciascuna coppia
344	A.2-13	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"	% campioni effettuati sul totale dei programmi negli esercizi di produzione e distribuzione ri negli alimenti vegetali	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

SERVIZIO VETERINARIO

N. Obiettivo	Des Obiettivo
A.2-1	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (28 febbraio) per l'Annual Report
A.2-2	AUDIT SU OSA- controlli ufficiali previsti dai Reg. 882/04 e Reg. 854/04. DDPFVSA n. 49 del 20/03/2017
A.2-4	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante
A.2-5	FARMACOSORVEGLIANZA - Attività di ispezione e verifica - D.Lg.vo 6 aprile 2006, n. 193 e nota DGSA n.1466 del 26/01/2012; DM 14/05/2009 e nota DGSA n. 13986 del 15/07/2013
A.2-6	FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale
A.2-7	Potenziamento della attività di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare (Reg. 178/2002, all. 2 DGRM n. 1803 del 09/12/2008)
A.2-8	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAF n.1618 del 28/01/2013 - LEA vincolante
A.2-9	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003- alimenti e mangimi geneticamente modificati.
A.2-10	PIANO SORVEGLIANZA MBV - zone di produzione e stabulazione dei molluschi bivalvi vivi ai sensi del Reg. CE 854/04
A.2-11	PIANO NAZIONALE MICOTOSSINE 2016-2018-Controllo ufficiale delle micotossine in alimenti. Nota DGSAN n.14944 del 14/4/2016 (PAMA 2018)
A.2-12	PNR- PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006
A.2-13	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"
A.2-14	SALMONELLOSI ZOONOTICHE - Reg. 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; nota DGSAF 1618 n. del 28/01/2013 e relativa registrazione dati nel SIS-BDN

Allegato 1.4 – Relazione Annuale sulla programmazione Economico e Sanitaria

Nr.	N. Obiettivo	Descr Obiettivo	Fonte	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2018
13	A 2-7	Potenziamento della attività di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare (Reg. 178/2002 all. 2 DGRM n. 1803 del 09/12/2008)	ASUR-Rilevanza ad hoc	Atti formali relativi alla pianificazione delle 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 dic 2018		Report interdisciplinare di Area vasta dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare
14.1	A 2-8	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSF n. 1618 del 28/01/2013 - LEA vincolante	SIVA - VETINFO	% allevamenti controllati sugli allevamenti bovini da controllare per TBC come previsto dai piani di risanamento	Allevamenti bovini controllati per TBC	Allevamenti bovini da controllare per TBC	100%
14.2	A 2-8	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSF n. 1618 del 28/01/2013 - LEA vincolante	SIVA - VETINFO	% allevamenti controllati sugli allevamenti bovini, ovini e caprini da controllare per BRC come previsto dai piani di risanamento	Allevamenti delle tre specie controllati per BRC	Allevamenti delle tre specie da controllare per BRC	100%
15.1	A 2-4	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg. 999/2001 e Nota DGSF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	SIVA-VETINFO (NSO)	% di capi bovini morti sottoposti al test per BSE sul totale degli attesi	Numero di bovini morti testati per BSE	Numero totale dei bovini morti	≥ 85%
15.2	A 2-4	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg. 999/2001 e Nota DGSF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	SIVA-SIOLA	% di capi ovini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per ogni specie	N capi ovini i morti sottoposti al test TSE/Scrapie	N totale dei capi ovini morti	≥ 85% di ovini morti e testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie
15.2	A 2-4	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg. 999/2001 e Nota DGSF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	SIVA-SIOLA	% di caprini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per ogni specie	N capi caprini morti sottoposti al test TSE/Scrapie	N totale dei capi caprini morti	≥ 70% di caprini morti e testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie
16	A 2-12	PNR- PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	SIVA - VETINFO (NSO)	% 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
19	A 2-6	FIITOSANTARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	SIVA - VETINFO	% 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
18	A 2-5	FARMACOSORVEGLIANZA - Attività di ispezione e verifica - D.Lgs. 6 aprile 2006, n. 193 e nota DGSF n. 1466 del 26/01/2012, DM 14/05/2009 e nota DGSF n. 13986 del 15/07/2013	SIVA	Attività svolta sul totale degli operatori controllabili in base all'art. 68 comma 3, art. 71 comma 3, art. 70 comma 1, art. 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs. n. 193/2006	Numero di operatori controllati	Numero di operatori controllabili previsti dal programma	Attività comprendente almeno il 90 % degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite
20.1	A 2-1	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (28 febbraio) per l'Annual Report	SIVA-BDN	% Aziende ovi-caprini 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
20.1	A 2-1	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	SIVA - VETINFO	% Capi ovi-caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle aziende e 5% dei capi)	N totale capi ovi-caprini controllati	N totale capi ovi-caprini	≥ 5% dei capi
20.2	A 2-1	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	SIVA - VETINFO	% Aziende suinicole controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R - art. 8 comma 2, dlgs 200/2010 (1% aziende)	N aziende suinicole controllate I&R	N totale aziende suinicole	1%
22	A 2-9	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003 - alimenti e mangimi geneticamente modificati	SIVA - VETINFO	% campioni eseguiti sul totale dei previsti dal Piano OGM	N campioni eseguiti	N totale campioni previsti dal Piano OGM	≥ 60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione
21	A 2-10	PIANO SORVEGLIANZA MBV - zone di produzione e stabulazione dei molluschi bivalvi vivi ai sensi del Reg. CE 854/04	SIVA - VETINFO (NSO)	% 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%
24	A 2-13	SALMONELLOSI ZOONOTICHE - Reg. 2160/03 e s.m.i.; nota DGSF 3457-26/02/2010; nota DGSF 1618 n. del 28/01/2013 e realtiva registrazione dati nel SIS-BDN	SIVA - VETINFO	% campionamenti sul totale dei campioni previsti dal "piano salmonellosi" in allevamento	Campioni effettuati	Totale campioni previsti dal piano salmonellosi	100%
25	A 2-2	AUDIT SU OSA- controlli ufficiali previsti dal Reg. 882/04 e Reg. 854/04 DDPFVSA n. 49 del 20/03/2017	ASUR- (NSO)	% 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
31.3	A 2-10	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	SIVA-VETINFO (NSO)	% 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%

Nr.	N. Obiettivo	Desc. Obiettivo	Fonte	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2018
314	A 2-10	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	SIVA-VETINFO (NSG)	% 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%
315	A 2-10	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	SIVA-VETINFO (NSG)	% controllo per benessere negli impianti di macellazione	N controlli per il rispetto del benessere negli impianti di macellazione (regolamento 1099/2009)	% di stabilimenti controllabili in attuazione del medesimo Piano	100%
316	A 2-11	PIANO NAZIONALE MICOTOSSINE 2016-2018 - Controllo ufficiale delle micotossine in alimenti. Nota DGSAN n 14944 del 14/4/2016 (PAMA 2018)	SIVA-VETINFO	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
344	A 2-13	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"	SIVA - VETINFO (NSG)	% campioni effettuati sul totale dei programmi negli esercizi di produzione e distribuzione ri negli alimenti vegetali	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

4. LA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA DELL'AZIENDA

4.1. SINTESI DEGLI OBIETTIVI ECONOMICO-FINANZIARI

La Regione ha assegnato il Budget definitivo per l'anno 2018 con DGRM n. 1778 del 27 dicembre 2018 avente ad oggetto "L.R. n. 13 del 20/06/2003 – Disposizioni agli Enti del SSR per la redazione del Bilancio Preventivo Economico 2018 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2018-2020 degli Enti del SSR / Modifica della DGR n. 1250/2017".

Nelle more dell'assegnazione definitiva del Budget, con DGRM n. 1617 del 28 dicembre 2017, la Regione Marche ha autorizzato gli Enti del Servizio Sanitario Regionale, e quindi anche l'ASUR, alla gestione provvisoria dei rispettivi Bilanci economici preventivi anno 2018 per lo svolgimento delle sole attività istituzionali. Per l'esercizio provvisorio, la Regione assegna all'ASUR un tetto di spesa di 2.329.068.069 euro (Allegato A alla DGRM 1617/2017). Con riferimento al livello minimo dei ricavi, la delibera prevede che il livello dei costi sia garantito con un livello di entrate pari a 86.000.000 euro. Di contro, la Giunta Regionale rinvia la definizione del tetto di costi da destinare agli investimenti con fondi correnti ad atto successivo.

Successivamente con DGRM n. 364 del 26/03/2018, sempre nelle more della quantificazione complessiva dei costi del Presidio SS. Benvenuto e Rocco di Osimo già trasferito all'INRCA ai sensi dell'art. 14 della LR n. 34 del 06/12/2017, la Giunta Regionale ha modificato l'assegnazione dell'ASUR decurtando il tetto precedentemente approvato con DGRM 1617/17 della somma di 11.701.030 euro, al fine di consentire ad INRCA di far fronte agli impegni finanziari derivanti dal trasferimento. Il nuovo tetto di spesa per l'ASUR, di cui all'allegato A della delibera, è rideterminato in 2.317.367.039 euro. La DGRM ribadisce che, in applicazione all'art. 14 della LR n. 34 del 06/12/2017, il trasferimento di tutti i costi ad INRCA avverrà successivamente alla loro individuazione di concerto con gli Enti interessati.

L'approvazione degli obiettivi sanitari degli Enti del SSR per l'anno 2018 è avvenuta con DGRM n. 470 del 16/04/2018. Gli stessi obiettivi sono stati oggetto di specifica pesatura con DGRM 471 del 16/04/2018, la quale ha definito i criteri di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori generali degli Enti del SSR.

La programmazione regionale è stata recepita con Determina ASUR/DG n. 460 del 9 agosto 2018, atto con il quale la Direzione ASUR ha fatto proprio il contenuto della DGRM n. 1617/2017 e 364/18 di autorizzazione alla gestione provvisoria dei Bilanci economici preventivi ed ha assegnato ai Direttori di Area Vasta gli obiettivi sanitari da perseguire nell'anno 2018 in coerenza con quanto approvato dalla Giunta regionale con la DGRM 470/2018 citata.

Al fine dell'assegnazione definitiva del Budget agli Enti del SSR, il Servizio Sanità ed il Servizio Ragioneria della Regione Marche hanno comunicato le disponibilità regionali da assegnare all'ASUR come di seguito riportato:

- a) 12 milioni di euro circa di maggiori risorse per la copertura dei costi gestionali;
- b) 27,6 milioni di euro per la maggiore mobilità passiva extra regionale (per 14,5 milioni di euro coperti da maggiore mobilità attiva extra regionale;
- c) 10,5 milioni di euro di maggiori accantonamenti per i rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato;
- d) 3,8 milioni di euro di copertura dei maggiori costi d'impatto del CCNL del comparto rispetto all'accantonamento.

Inoltre, è stato effettuato il confronto tra i costi sostenuti nel 2018 da INRCA per il Presidio ospedaliero di Osimo ed i costi cessanti registrati da ASUR per effetto dello scorporo, nonché è stato

riconciato il valore degli scambi 2018 per prestazioni e/o beni forniti da ASUR ad INRCA; i valori definitivamente concordati sono stati i seguenti:

- a) Budget complessivo del Presidio Ospedaliero di Osimo al netto degli scambi SSR pari a 16.135.570 euro;
- b) Livello dei ricavi propri del Presidio Ospedaliero di Osimo pari a 976 mila euro;
- c) Valori degli scambi tra ASUR e INRCA pari a 3.536.445 al netto degli scambi SSR.

ASUR		BUDGET EX DGRM 1617	- BUDGET DEFINITIVO OSIMO	+ SCAMBI ASUR INRCA 2018	+CCNL COMPARTO	ULTERIORI RISORSE	BUDGET DEFINITIVO 2018
h	TOTALE COSTI	2.329.068.069	- 16.135.570	3.536.445	3.824.551	49.977.981	2.370.271.477
h1-5	Costi gestionali	2.153.938.608	- 16.090.570	3.536.445	10.794.103	11.954.897	2.164.133.484
h2	Mobilità SSN	160.945.100				27.560.732	188.505.832
h4	Accantonamenti per rinnovi contrattuali	14.184.361	- 45.000		- 6.969.552	10.462.352	17.632.161
f	ENTRATE PROPRIE DEGLI ENTI DEL SSR	86.000.000	- 976.000				85.024.000

Il Budget definitivamente assegnato all'ASUR è stato approvato con DGRM 1778 del 27 dicembre 2018, la quale prevede un obiettivo di costi pari a 2.370.271.477 euro, al netto degli scambi infragruppo, a cui si aggiungono contributi in conto capitale di 15.000.000 euro per gli investimenti ed un livello di Entrate proprie pari a 85.024.000 euro.

La tabella seguente riporta il Budget assegnato dalla Giunta Regionale con la DGRM 1778 citata.

ASUR		Bilancio di Previsione 2018
a4	FSR indistinto agli Enti del SSR di cui:	2.123.604.776
a4.1a	da destinare alla spesa corrente degli Enti del SSR	2.118.531.461
a4.1b	da destinare al F.do di riequilibrio	
a4.2	da destinare a spesa corrente con vincolo di destinazione regionale	5.073.315
a4.3	da destinare agli investimenti ai sensi del D.Lgvo 118/2011	
b	Mobilità attiva interregionale ed internazionale	79.549.673
c	Fondo Sanitario Regionale vincolato di cui:	62.694.259
c1	Obiettivi di carattere prioritario	28.638.101
c2	Medicina Penitenziaria	2.685.277
c3	Altre quote vincolate (assistenza detenuti tossicodipendenti, assistenza agli stranieri, OPG, fondo di esclusività, borse di studio di MMG, adeguamento tariffe prestazioni termali)	4.953.102
c4	Farmaci innovativi	26.417.779
d	Ulteriori trasferimenti agli Enti del SSR di cui:	19.398.769
d1	Pay Back	11.298.769
d2	Risorse regionali aggiuntive	8.100.000
e=(a4+b+c+d)	TOTALE TRASFERIMENTI DA REGIONE AGLI ENTI DEL SSR	2.285.247.477
f	ENTRATE PROPRIE DEGLI ENTI DEL SSR DI CUI:	85.024.000
f1	Ricavi propri	78.259.208
f2	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione	2.066.000
f3	Ricavi straordinari	4.698.792
g=e+f	TOTALE RISORSE DISPONIBILI PER GLI ENTI DEL SSR	2.370.271.477
h	TOTALE COSTI	2.370.271.477
h1	Costi gestionali (al netto della mobilità passiva)	2.164.133.484
h2	Mobilità passiva interregionale	188.505.832
h3	Costi da destinare agli investimenti ai sensi del D.Lgvo 118/2011 (riferimento voce a4.3)	
h4	Accantonamenti rinnovi contrattuali	17.632.161
j = (g-h)	Avanzo/disavanzo programmato	0

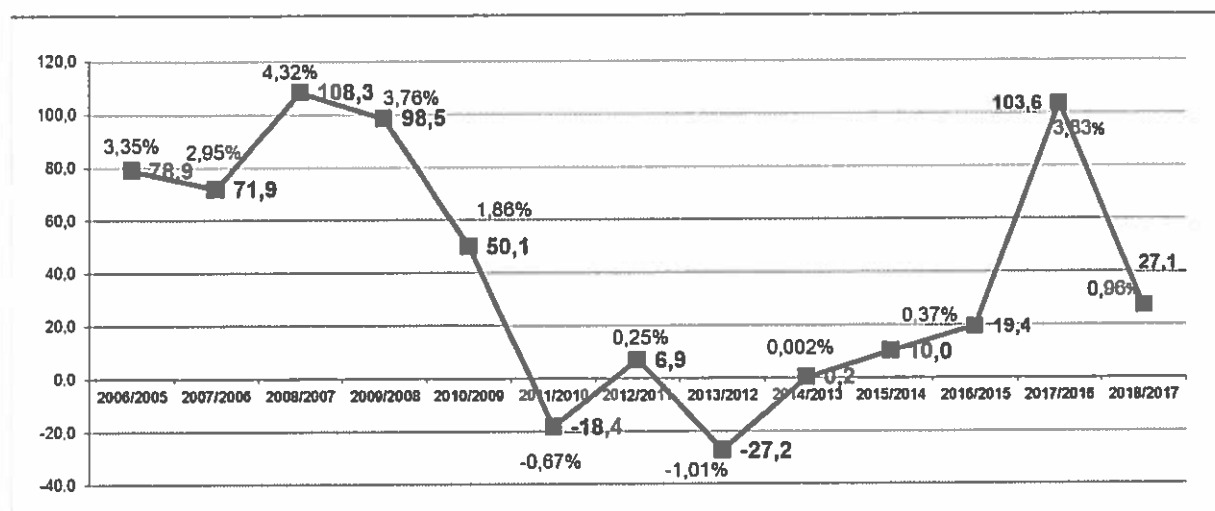
Di conseguenza, il presente Bilancio di previsione è stato predisposto sulla base della previsione di chiusura annua comprensiva delle azioni di rientro predisposte in occasione della chiusura del report di giugno e settembre 2018, reso coerente con il quadro programmatico regionale precedentemente rappresentato mediante il completamento della revisione dei fondi accantonamento avviata nel 2017 e prevista per il 2018 in 28,5 milioni di euro. Tale facoltà è esplicitamente prevista dalla DGRM 1778/18 che dispone quanto segue: “Gli Enti del SSR potranno programmare maggiori costi solo se finanziati da maggiori entrate proprie”. Di seguito, si rappresenta la tabella di confronto tra il Budget definitivo assegnato dalla Regione ed il Bilancio preventivo ASUR 2018.

ASUR		BUDGET DEFINITIVO 2018	BILANCIO PREVENTIVO 2018	BILANCIO PREVENTIVO 2018 - BUDGET DEFINITIVO 2018	
		a	b	ASS	%
				b-a	
h	TOTALE COSTI	2.370.271.477	2.398.763.132	28.491.655	1,2%
h1-5	Costi gestionali	2.164.133.484	2.192.625.139	28.491.655	1,3%
h2	Mobilità SSN	188.505.832	188.505.832	-	
h4	Accantonamenti per rinnovi contrattuali	17.632.161	17.632.161	-	
f	ENTRATE PROPRIE DEGLI ENTI DEL SSR	85.024.000	113.515.655	28.491.655	33,5%

La Relazione sulla programmazione economica e sanitaria riporta la descrizione compiuta dell'andamento previsto per singolo fattore produttivo, analizzando le variazioni attese rispetto al Bilancio d'esercizio 2017, depurato dei costi del Presidio ospedaliero di Osimo ai fini dell'omogeneo confronto. Di seguito si rappresenta il confronto per aggregati economici dei valori consuntivi 2017 e quelli previsionali 2018.

Cod	Descrizione	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	BIL PREVENTIVO 2018 - BIL CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO	%
A	RISULTATO DI ESERCIZIO	0	0	-	0	-100,0%
A1	TOTALE RICAVI	2.809.045.656	2.806.844.220	2.836.114.191	29.269.971	1,0%
A11	CONTRIBUTI REGIONALI	2.620.602.191	2.619.376.756	2.640.400.417	21.023.661	0,8%
A12	ALTRI CONTRIBUTI	1.337.289	1.337.289	551.027	786.262	-58,8%
A13	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE	74.371.637	74.366.337	87.959.761	13.593.424	18,3%
A14	ENTRATE PROPRIE	63.532.685	62.561.985	70.438.413	7.876.429	12,6%
A15	RICAVI STRAORDINARI	49.201.853	49.201.853	36.764.572	12.437.281	-25,3%
A16	COSTI CAPITALIZZATI	-	-	-	-	0,0%
A17	RICAVI INTRA-AZIENDALI	-	-	-	-	0,0%
A2	TOTALE COSTI	2.809.045.656	2.806.844.220	2.836.114.191	29.269.971	1,0%
A21	PERSONALE	754.988.392	744.653.688	752.238.042	7.584.354	1,0%
A22	RENTI	377.250.457	374.364.214	392.903.005	18.538.792	5,0%
A23	SERVIZI	176.921.841	174.648.413	176.398.401	1.749.987	1,0%
A24	OSP. CONVENZIONATA E ACQUISTO DI BICICLERI	525.048.256	533.152.164	554.212.117	21.059.953	4,0%
A25	SPECIALISTICA ESTERNA	170.960.681	176.790.907	173.418.815	3.372.092	-1,9%
A26	SPECIALISTICA INTERNA	20.745.183	20.745.183	20.777.224	32.042	0,2%
A27	FARMACEUTICA	293.991.173	293.991.173	270.357.135	23.634.039	-8,0%
A28	MEDICINA DI BASE	172.393.197	172.393.197	171.868.498	524.699	-0,3%
A29	ALTRE PRESTAZIONI	251.380.948	251.050.753	264.941.232	13.890.479	5,5%
A30	LIBERA PROFESSIONE	17.536.850	17.270.850	17.734.708	463.858	2,7%
A31	AMMORTAMENTI	6.471.300	6.471.300	5.073.310	1.397.990	-21,6%
A32	ACCANTONAMENTI	27.582.822	27.537.822	31.816.576	4.278.754	15,5%
A33	TRASFERIMENTI	129.771	129.771	129.771	-	0,0%
A34	ONERI FINANZIARI	140.810	140.810	90.972	49.838	-35,4%
A35	ONERI STRAORDINARI	13.503.977	13.503.977	4.154.386	9.349.591	-69,2%

Dopo la crescita registrata nell'esercizio 2017 pari al 3,5%, il Bilancio di Previsione 2018 torna a registrare un trend più contenuto, con una variazione complessiva di 27,1 milioni di euro rispetto all'anno precedente, corrispondente ad una crescita di appena 0,96%.



Tale previsione complessiva è in realtà il risultato di variazioni significative sia positive sia negative dei fattori produttivi, che sono analizzate di seguito in via generale e dettagliate per singolo aggregato di costo nel proseguo della presente relazione.

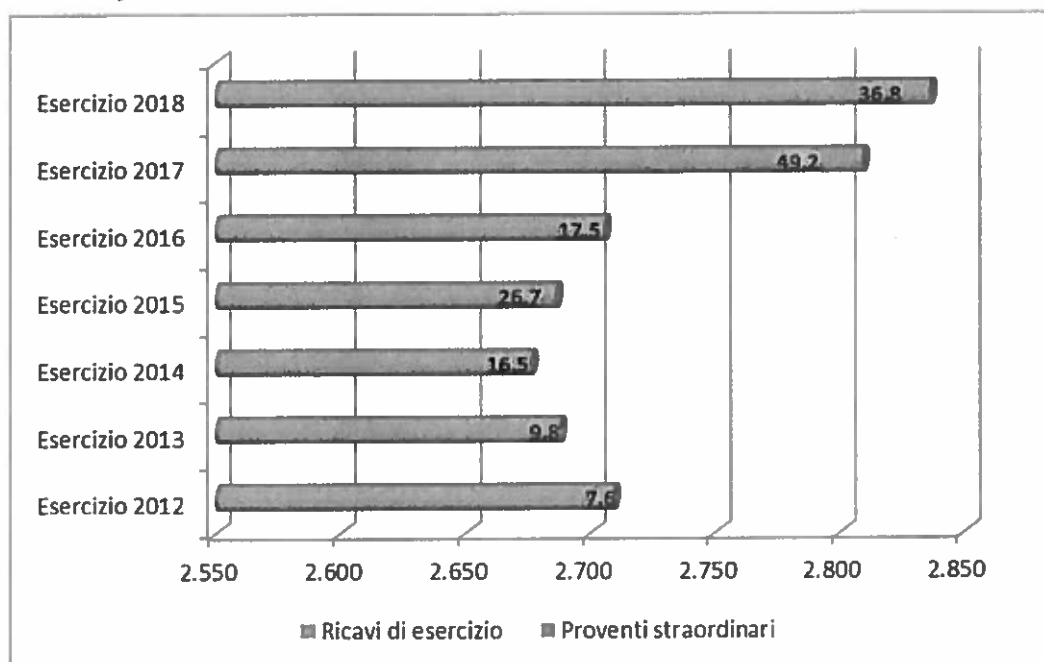
Tra i fattori produttivi previsti in crescita nell'anno 2018 emergono i seguenti:

- aumenti legati al nuovo CCNL 2016-2018 del comparto per 10,8 milioni di euro e accantonamenti per il personale dipendente (dirigenza) e convenzionato per ulteriori 10 milioni di euro;
- aumento dei costi per la mobilità passiva extra regionale per 27,6 milioni di euro;
- incremento della distribuzione diretta di farmaci (cod. 1-2-3-4-5 relativi al post dimissione, visita, diretta a cronici e assistenza domiciliare e residenziale) pari a 6,8 milioni di euro, in parte legata al passaggio dal consumo interno dei NAO al canale della DPC (a fronte della riduzione del consumo interno di 8,8 milioni di euro, il progetto Marche aumenta di 11,5 milioni di euro).
- Incremento del consumo dei farmaci innovativi oncologici di 5,9 milioni di euro;
- Maggior consumo di dispositivi medici riconducibile alla maggiore attività ospedaliera per circa 2,9 milioni di euro (soprattutto nei reparti di laboratorio analisi, ortopedia, dialisi, oculistica) e altresì all'attività territoriale (principalmente ai nuovi dispositivi per la diabetologia -sensori) per circa 1 milione di euro;
- Maggiore attività del privato accreditato per residenti marchigiani legati essenzialmente alla messa a regime di progettualità avviate nel 2017 ed entrate a regime nel 2018, nonché la previsione di ricostituzione dei tetti previsti dagli accordi regionali, per circa 12 milioni di euro come da prospetto di seguito riportato.

PRIVATO ACCREDITATO - COSTI CORRELATI A DGRM		Impatto anno 2018 (in migliaia di euro)
DGRM n. 1577 del 19/12/2016 - AIUDAPDS E LAISAN - ACCORDO PER GLI ANNI 2016-2017-2018	DGRM n. 1577/2016 è stato recepito l'Accordo per gli anni 2016-2017-2018 con gli erogatori privati accreditati per prestazioni multispecialistiche Ambulatoriali e di Day Surgery ed ospedaliere, aderenti all'Associazione Italiana delle Unità Dedicate Autonome Private di Day Surgery e dei centri di chirurgia ambulatoriali (AIUDAPDS) e Libera Associazione Imprese Sanitarie Ambulatoriali Nazionali (LAISAN). L'incremento complessivo dei tetti (intra ed extra regione) per entrambe le Associazioni risulta pari a € 749.000, contro un incremento di costi registrato a consuntivo 2017, rispetto all'anno precedente, pari a € 620.585.	119
DGRM n. 1636 del 27/12/2016 - CASE DI CURA MULTISPECIALISTICHE - ACCORDO PER GLI ANNI 2016-2017-2018	Deroga tetto per prestazioni di alta specialità	500
DGRM 605/2016 - CONVENZIONE VILLA MONTEFELTRO IN AVI	Determina del Direttore AVI n. 136 del 07/02/2018 - Nota DG ASUR prot 14220 del 18/05/2018 avente oggetto "Piano delle prestazioni anno 2018 per la struttura denominata "Rete Villa Montefeltro" e per Kos Care presso la struttura di Cagli e conseguente adeguamento del bdg di AVI con cui vengono riconosciute le risorse nel Budget relativo all'AVI	698
ATTIVAZIONE 10 pi LPA e SPECIALISTICA AMBUL. - CAGLI (KOS CARE)	Accordo siglato dal DAV nel 2017 su delega del DG, Nota DG ASUR prot 14220 del 18/05/2018 avente oggetto "Piano delle prestazioni anno 2018 per la struttura denominata "Rete Villa Montefeltro" e per Kos Care presso la struttura di Cagli e conseguente adeguamento del bdg di AVI con cui vengono riconosciute le risorse nel Budget relativo all'AVI	1.422
DGRM n. 1438 del 23/11/2016 - STRUTTURE DI RIABILITAZIONE - ANNI 2016-2017-2018	Per l'anno 2017 la DGRM 1438/2016 prevede, rispetto all'anno precedente, un incremento dei tetti economici per complessivi € 731.667 (ricoveri e residenziale): aumento per la sede del S. Stefano di Ascoli Piceno pari a € 631.667 per l'attivazione di ulteriori 13 p.l. di riabilitazione ospedaliera, incremento per la Lega del Fido D'Oro per l'attivazione di ulteriori 8 p.l. per un importo pari a € +70.000 (scolato nel 2018) ed incremento per la Struttura Villaggio delle Ginestre per l'aumento delle giornate di degenza per € 30.000.	340
DGRM n. 1114 del 29/9/17 - ARIS - ACCORDO PER GLI ANNI 2016-2017-2018 - INTEGRAZIONE PER PROGETTO RIABILITATIVO ETA' EVOLUTIVA	Con DGRM 1114/2017 la Regione ha integrato i precedenti tetti ARIS, prevedendo un progetto finalizzato all'incremento di prestazioni erogate nei Centri Ambulatoriali di Riabilitazione a pazienti in Età Evolutiva. L'impatto economico di tale atto per l'anno 2017 (settembre-dicembre 2017) risulta essere pari a € 478.078, per l'anno 2018, invece, l'impatto annuo risulterà essere pari a € 981.318 (+503.240 rispetto al 2017)	480
RSA MONTEFELTRO	Determina ASUR DG n.410 del 6/7/2016. Nota DG ASUR prot 19814 del 10/07/2018 avente oggetto "Convenzione Residenza Montefeltro Urbino": nell'ultimo capoverso si specifica che la spesa derivante dall'atto convenzionale dovrà essere ricompresa nel budget assegnato all'AVI. Consuntivo 2016 pari a € 929.397, contro una previsione max pari a € 1.236.000 (+306.603)	140
Determina ASUR DG n. 334 del 1/06/2017 - Accordo contrattuale per RSA S. Maria in Chienti e Villa Margherita		755
DGRM n. 1009 del 4/9/2017 - CASE DI CURA MONOSPECIALISTICHE - ACCORDO PER GLI ANNI 2016-2017-2018	Incremento correlato al ricalcolo delle tariffe ed al parziale convenzionamento di pi di RPD. Occorre evidenziare, inoltre, l'acquisto da parte del gruppo Kos Car della struttura Villa Jolanda e la correlata compensazione nell'ambito del gruppo Kos Car (nota Kos Care prot 383 del 28/09/18).	120
DGRM n. 184 del 7/3/2017 - LABORATORI ANALISI	Con DGRM 184/2017 sono stati assegnati i nuovi tetti economici per gli anni 2016/2018, comportando un incremento di budget annuale dal 2016 pari a € 1.710.000, calcolato su un budget storico al lordo della spending review, riconoscendo, inoltre, un pregresso per gli anni 2011/2015 pari a € 1.000.000. L'impatto di tale atto sull'anno 2017 risulta in incremento di ulteriori € 150.000 per la sottoscrizione di due nuovi rapporti contrattuali con decorrenza dal 1° gennaio 2017 (€ 75.000 ciascuno) e la stipula di specifici contratti per le attività di PRELIEVO DOMICILIARE, presso le abitazioni o strutture residenziali, con le strutture private di laboratorio analisi.	451
DGRM n. 247 del 30/03/2015 - ATTIVAZIONE DCA	Con DGRM n. 247/2015 ad oggetto "Linee di indirizzo per la realizzazione di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) nella Regione Marche" è stato individuato il DSM dell'Area Vasta n. 4 di Fermo come ambulatorio specialistico di riferimento per le Aree Vaste 3, 4 e 5 per il trattamento dei DCA. La formalizzazione della struttura operativa U.O.S.D. D.C.A. è avvenuta con Determina ASUR n. 481 del 2/8/2016. L'attività in questione ha visto l'avvio formale nel mese di gennaio 2017 e pieno sviluppo nell'anno corrente.	92
DGRM 851/2016 - RESIDENZE PROTETTE	L'incremento del 2018 rispetto all'anno precedente è correlato al trascinarsi dell'attivazione di pi nell'ultimo trimestre 2017 (2° step DGRM 1013/2014 - obiettivi per l'annualità 2017)	3.654
DGRM 1115/2018 - riqualificazione di pi da RPA a RPD ed incremento convenzionamento pi RPA	Impatto annuo pari a € 5.097.652.	606
Maggiori INSERIMENTI pazienti Disabili e pazienti con disturbi mentali		1.951
Riapertura Acquasanta Terme		380
		11.706

A fronte degli incrementi sopra descritti, si evidenziano dei costi cessanti, legati al passaggio all'ipotesi di pagamento diretto dei pazienti cronici da parte delle altre Regioni d'Italia dal 1/1/2018 (-3,5 milioni di euro), alla cessazione di parte dei costi indotti dal sisma del 2016, ai risparmi sulla spesa farmaceutica convenzionata (-23,6 milioni di euro), alla riduzione dei tetti del privato accreditato per prestazioni rese a non residenti e rimborsate in mobilità attiva extra regionale (-10 milioni di euro rispetto ai tetti approvati dalla Regione e -3,7 milioni di euro rispetto al consuntivo 2017) e, infine, dalla previsione in riduzione degli oneri straordinari (-9,3 milioni di euro).

Passando al fronte dei ricavi, si registra un aumento delle risorse disponibili provenienti dal Fondo Sanitario Regionale, ancorché viene confermato anche nella programmazione 2018 il contributo significativo delle operazioni straordinarie di revisione dei fondi accantonamento per il raggiungimento dell'equilibrio economico aziendale. In particolare, il prospetto seguente evidenzia per ciascuna annualità dal 2012 al 2018 l'ammontare di proventi straordinari registrati/programmati rispetto alla restante quota di ricavo di esercizio.



4.2. ANALISI DEGLI SCOSTAMENTI

Si riportano di seguito gli aggregati economici del Bilancio Preventivo Economico 2018 dell'ASUR, i quali comprendono il valore complessivo della mobilità intra-regionale pari a € 421.289.484 e le cessioni e consulenze intra-regionali pari a € 16.061.576. Al fine di descrivere compiutamente i fattori che determinano il risultato atteso finale, nei paragrafi successivi si propone un'analisi dei dati riportati nella successiva tabella 4.2.1 per singolo aggregato economico, evidenziando le variazioni attese rispetto al Bilancio d'esercizio 2017 ridotto dei costi cessanti inerenti il Presidio ospedaliero di Osimo, oggetto di scorporo dall'1/1/2018.

Tab. 4.2.1

Cod	Descrizione	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	BIL PREVENTIVO 2018 BIL CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO	%
A	RISULTATO DI ESERCIZIO	0	0	-	0	-100,0%
A1	TOTALE RICAVI	2.809.045.656	2.806.844.220	2.836.114.191	29.269.971	1,0%
A11	CONTRIBUTI REGIONALI	2.620.602.191	2.619.376.756	2.640.400.417	21.023.661	0,8%
A12	ALTRI CONTRIBUTI	1.337.289	1.337.289	551.027	786.262	-58,8%
A13	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE	74.371.637	74.366.337	87.959.761	13.593.424	18,3%
A14	ENTRATE PROPRIE	63.532.685	62.561.985	70.438.413	7.876.429	12,6%
A15	RICAVI STRAORDINARI	49.201.853	49.201.853	36.764.572	12.437.281	-25,3%
A16	COSTI CAPITALIZZATI	-	-	-	-	0,0%
A2	TOTALE COSTI	2.809.045.656	2.806.844.220	2.836.114.191	29.269.971	1,0%
A21	PERSONALE	754.988.392	744.653.688	752.238.042	7.584.354	1,0%
A22	REMI	377.250.457	374.364.214	392.903.005	18.538.792	5,0%
A23	SERVIZI	176.921.841	174.648.413	176.398.401	1.749.987	1,0%
A24	OSP. CONVENZIONATA E ACQUISTO DI RICOVERI	525.048.256	533.152.164	554.212.117	21.059.953	4,0%
A25	SPECIALISTICA ESTERNA	170.960.681	176.790.907	173.418.815	3.372.092	-1,9%
A26	SPECIALISTICA INTERNA	20.745.183	20.745.183	20.777.224	32.042	0,2%
A27	FARMACEUTICA	293.991.173	293.991.173	270.357.135	23.634.039	-8,0%
A28	MEDICINA DI BASE	172.393.197	172.393.197	171.868.498	524.699	-0,3%
A29	ALTRE PRESTAZIONI	251.380.948	251.050.753	264.941.232	13.890.479	5,5%
A30	LIBERA PROFESSIONE	17.536.850	17.270.850	17.734.708	463.858	2,7%
A31	AMMORTAMENTI	6.471.300	6.471.300	5.073.310	1.397.990	-21,6%
A32	ACCANTINAMENTI	27.582.822	27.537.822	31.816.576	4.278.754	15,5%
A33	TRASFERIMENTI	129.771	129.771	129.771	-	0,0%
A34	ONERI FINANZIARI	140.810	140.810	90.972	49.838	-35,4%
A35	ONERI STRAORDINARI	13.503.977	13.503.977	4.154.386	9.349.591	-69,2%
Riepilogo						
	COSTI SSR	429.925.458	443.859.592	437.351.059	6.508.533	-1,5%
MPSSR	Costi per Mobilità passiva intra-regionale	412.305.421	426.239.555	421.289.484	4.950.071	-1,2%
RDSSR	Costi per scambi in regolazione diretta intra-regionale	17.620.037	17.620.037	16.061.576	1.558.461	-8,8%
SPSSR	Sopravv. passive per Mobilità passiva intra-regionale	-	-	-	-	0,0%
	COSTI SSN	161.352.728	161.352.728	188.948.436	27.595.708	17,1%
MPSSN	Costi per Mobilità passiva extra-regionale	160.945.100	160.945.100	188.505.832	27.560.732	17,1%
RDSSN	Costi per scambi in regolazione diretta extra-regionale	407.628	407.628	442.604	34.976	8,6%
SPSSN	Sopravv. passive per Mobilità passiva extra-regionale	-	-	-	-	0,0%
	RICAVI SSR	1.280.454	1.280.454	4.714.446	3.433.992	268,2%
MASSR	Ricavi per Mobilità attiva intra-regionale	542.211	542.211	-	542.211	-100,0%
RDASSR	Ricavi per scambi in regolazione diretta intra-regionale	738.243	738.243	4.714.446	3.976.202	538,6%
SASSR	Sopravv. attive per Mobilità attiva intra-regionale	-	-	-	-	0,0%
	RICAVI SSN	65.203.514	65.203.514	79.610.577	14.407.063	22,1%
MASSN	Ricavi per Mobilità attiva extra-regionale	65.044.688	65.044.688	79.549.673	14.504.985	22,3%
RDASSN	Ricavi per scambi in regolazione diretta extra-regionale	158.826	158.826	60.904	97.922	-61,7%
SASSN	Sopravv. attive per Mobilità attiva extra-regionale	-	-	-	-	0,0%

4.1.1.1. Ricavi

Cod	Descrizione	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	BIL PREVENTIVO 2018 BIL CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO	%
A1	TOTALE RICAVI	2.809.045.656	2.806.844.220	2.836.114.191	29.269.971	1,0%
A11	CONTRIBUTI REGIONALI	2.620.602.191	2.619.376.756	2.640.400.417	21.023.661	0,8%
A12	ALTRI CONTRIBUTI	1.337.289	1.337.289	551.027	786.262	-58,8%
A13	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE	74.371.637	74.366.337	87.959.761	13.593.424	18,3%
A14	ENTRATE PROPRIE	63.532.685	62.561.985	70.438.413	7.876.429	12,6%
A15	RICAVI STRAORDINARI	49.201.853	49.201.853	36.764.572	12.437.281	-25,3%
A16	COSTI CAPITALIZZATI	-	-	-	-	0,0%

L'ammontare complessivo dei ricavi, in previsione pari a 2.836 milioni di euro (al netto delle poste rettificative dei costi, quali il recupero per personale comandato e in aspettativa, i rimborsi INAIL e le sterilizzazioni degli ammortamenti coperti da finanziamento specifico) è per il 93,1% determinato dai contributi regionali, pari a 2.640 milioni di euro, il cui ammontare è principalmente dato dall'entità del Fondo Sanitario Regionale (F.S.R.). Le restanti voci, pari a circa 195,7 milioni di euro, rappresentano complessivamente il 6,9% dei ricavi complessivi.

Il totale ricavi del Bilancio preventivo 2018 risulta in aumento rispetto all'anno precedente per 29,2 milioni di euro (+1%), riflettendo prioritariamente la variazione registrata nel Fondo Sanitario Regionale assegnato dalla Regione all'Azienda (+37 milioni di euro pari allo 1,5%) poiché risultano in riduzione gli altri contributi regionali quali quelli da destinare alla spesa corrente con vincolo di destinazione (-23 milioni di euro pari al -82%), gli obiettivi prioritari (-3,5 milioni di euro pari al -10,9%), il finanziamento dei farmaci innovativi (-2,6 milioni di euro pari al -8,8%).

In particolare, per quanto riguarda i **"Contributi regionali" (A11)**, si prevede per l'anno 2018 un incremento di 21 milioni di euro (+0,8%); tale voce accoglie sia l'entità del Fondo Sanitario Regionale di competenza del 2018 nella voce relativa ai contributi indistinti da Regione (A111), sia i contributi assegnati dalla Regione all'Azienda a destinazione vincolata per il finanziamento di attività particolari (A112-A113-A114), così come rappresentato di seguito.

Cod	Descrizione	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	BIL PREVENTIVO 2018 BIL CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO	%
A1	TOTALE RICAVI	2.809.045.656	2.806.844.220	2.836.114.191	29.269.971	1,0%
A11	CONTRIBUTI REGIONALI	2.620.602.191	2.619.376.756	2.640.400.417	21.023.661	0,8%
A111	CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO INDISTINTI DA REGIONE	2.543.481.977	2.542.256.541	2.556.241.389	13.984.848	0,6%
A112	CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO VINCOLATI DA REGIONE	83.158.482	83.158.482	82.093.028	1.065.454	-1,3%
A113	RETTE E CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO DESTINATI AD INVESTIMENTI	6.052.297	6.052.297	-	6.052.297	+100,0%
A114	UTILIZZO FONDI PER QUOTE UTILIZZATE CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO PROCESSIONI DA REGIONE	14.029	14.029	2.066.000	2.051.971	146,26%

La voce di ricavo A111 relativa ai contributi in c/esercizio indistinti da Regione comprende l'entità del Fondo Sanitario Regionale assegnato all'Azienda per complessivi 2.556,2 milioni di euro, con un incremento rispetto all'anno precedente di 14 milioni di euro, riflettendo la maggiore assegnazione di FSR (di 37 milioni di euro) a fronte della riduzione dei contributi a destinazione vincolata (-23,1 milioni di euro), così come comunicato dalla Regione con l'assegnazione definitiva di Budget 2018.

Con riferimento ai contributi in c/esercizio vincolati da Regione, tale voce include la sommatoria dei contributi erogati per lo svolgimento di specifiche attività, così come comunicate dalla Regione Marche, il cui andamento è direttamente correlato con quello dei costi a cui afferiscono. Il dato previsionale di 82 milioni di euro include, come da tabella sottostante, i contributi vincolati per gli obiettivi prioritari (28 milioni di euro), i contributi per i farmaci innovativi (26,4 milioni di euro), i contributi per l'assistenza penitenziaria (2,6 milioni di euro) e gli ulteriori contributi regionali per 4,9 milioni di euro (esclusività, assistenza agli stranieri, borse di studio MMG, assistenza detenuti e

tossicodipendenti e screening neonatale); sono inoltre previsti ricavi da regione per l'assegnazione del pay back sulla spesa farmaceutica di 11,2 milioni di euro (pari a 12,6 nel 2017).

	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018
Fondo Sanitario Regionale vincolato post DL n. 95 del 06/07/12 di cui:	67.277.991	62.694.259
Obiettivi di carattere prioritario	32.127.772	28.638.101
Farmaci innovativi	28.974.682	26.417.779
Medicina Penitenziaria	2.467.931	2.685.277
Altre quote vincolate (borse di studio MMG, assistenza detenuti tossic., OPG e screening)	3.707.606	4.953.102

Per quanto riguarda la rettifica dei contributi in conto esercizio destinati ad investimenti (A113), la voce di ricavo comprende l'entità degli investimenti con fondi correnti programmati nel 2018, che sono interamente finanziati mediante contributi in conto capitale assegnati dalla Regione di 15 milioni di euro con la delibera di assegnazione definitiva del budget e per la parte residua si prevede di utilizzare gli utili di esercizio accantonati nell'apposita riserva del bilancio aziendale e le plusvalenze derivanti da alienazioni patrimoniali così come risultanti dal bilancio 2017 approvato, rispettivamente pari a 594.416 euro e 5.371.349 euro. Sono state altresì utilizzate euro 131.047 accantonati a tal fine nel bilancio d'esercizio 2017 ai sensi della DGRM 638 del 04/05/2018.

L'aggregato **"Altri contributi" (A12)** comprende sia l'assegnazione di contributi vincolati da soggetti diversi dalla Regione Marche, sia l'utilizzo di quote di contributi vincolati inutilizzate negli anni precedenti da tali soggetti. La previsione annua 2018 prevede un decremento di circa 786 mila euro correlato principalmente alla riduzione dell'utilizzo dei fondi per quote inutilizzate dei contributi erogati negli esercizi precedenti, in particolare quelli vincolati (extra fondo) erogati da soggetti pubblici.

Cod	Descrizione	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	BIL PREVENTIVO 2018 BIL CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO	%
A12	ALTRI CONTRIBUTI	1.337.289	1.337.289	551.027	786.262	-58,8%
A121	ALTRI CONTRIBUTI	1.337.289	1.337.289	551.027	786.262	-58,8%

L'aggregato **"Ricavi per Prestazioni sanitarie"** accoglie le prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e private in mobilità a pazienti non residenti nella Regione Marche o erogate in regolazione diretta a favore di altre aziende marchigiane o extra regionali, nonché i proventi per prestazioni rese a soggetti privati (ricavi del pronto soccorso, del dipartimento di prevenzione, rimborsi per ricoveri, ecc.). Tale aggregato registra un incremento significativo rispetto all'anno precedente, per effetto dell'iscrizione nel nuovo valore della mobilità attiva extra regionale comunicato dalla Regione con l'assegnazione definitiva del Budget 2018.

Allegato 1.4 – Relazione Annuale sulla programmazione Economico e Sanitaria

Cod	Descrizione	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	BIL PREVENTIVO 2018 BIL CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO	%
A13	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE	74.371.637	74.366.137	87.959.761	13.593.424	18,3%
A131	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE EXTRA-REGIONALI	1.134.183	1.134.183	1.249.243	115.060	10,1%
A132	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE EXTRA-REGIONALI	65.117.181	65.117.181	79.524.244	14.407.063	22,1%
A133	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE DA PRIVATO	8.120.273	8.114.973	7.186.274	928.699	-11,4%

L'aggregato delle "Entrate proprie" si compone di varie voci, dalla compartecipazione alla spesa dei privati, ai ricavi per la libera professione aziendale, agli altri ricavi derivanti dall'erogazione di prestazioni a privati paganti (ad esempio ricavi del Dipartimento di Prevenzione, ricavi derivanti da prestazioni, beni e servizi resi a pagamento, ecc.).

Cod	Descrizione	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	BIL PREVENTIVO 2018 BIL CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO	%
A14	ENTRATE PROPRIE	63.532.685	62.561.985	70.438.413	7.876.429	12,6%
A141	COMPARTICIPAZIONI	29.163.030	28.575.361	31.380.810	2.805.449	9,8%
A142	LIBERA PROFESSIONE	20.148.848	19.808.923	20.741.172	932.250	4,7%
A143	ALTRI RICAVI CARATTERISTICI	11.270.885	11.227.779	14.436.047	3.208.268	28,6%
A144	RICAVI NON CARATTERISTICI	2.948.784	2.948.784	3.880.233	931.450	31,6%
A145	RICAVI DELLA GESTIONE FINANZIARIA	1.138	1.138	150	988	-86,8%

Per quanto riguarda il confronto con l'anno precedente, la programmazione 2018 prevede un incremento rispetto al valore 2017 di circa 7,8 milioni di euro, pari allo 12,6%.

Nel dettaglio, le previsioni di introito sono le seguenti:

- le compartecipazioni sono previste in incremento di 2,8 milioni di euro per effetto della cessazione dell'esenzione T 16 dalle prestazioni specialistiche;
- la libera professione è prevista in aumento per 932 mila euro in conseguenza dell'incremento registrato nelle prestazioni erogate in tale regime;
- i ricavi caratteristici sono previsti in aumento di 3,2 milioni di euro, correlati per circa 1 milione di euro all'aumento delle sanzioni amministrative (AV5) e per circa 2 milioni di euro all'aumento dei "rimborsi per acquisto di beni sanitari" previsti per i costi sostenuti dall'AV2 nella fase transitoria di passaggio del presidio di Osimo dall'AV2 all'INRCA, al fine di garantire la continuità dei servizi e dell'attività ospedaliera;
- i ricavi non caratteristici sono previsti in aumento per 931 mila euro, aumento correlato principalmente all'incremento dei "ricavi per convenzioni amministrative e gestionali" per circa 1,1 milione di euro, come rimborso dei costi sostenuti dall'AV2 durante la fase transitoria di passaggio del presidio di Osimo all'INRCA;
- i ricavi della gestione finanziaria confermano sostanzialmente il dato storico.

L'aggregato "Proventi straordinari", che accoglie tutte le poste il cui manifestarsi non è prevedibile (tipicamente sopravvenienze e insussistenze), registra per definizione un andamento irregolare nel tempo, in funzione del diverso verificarsi di eventi occasionali e straordinari nel corso dei vari esercizi; ad ogni modo, la voce in questione presume una riduzione rispetto all'anno precedente di 12,4 milioni di euro, pari al -25,3%.

Cod	Descrizione	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	BIL PREVENTIVO 2018 BIL CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO	%
A15	RICAVI STRAORDINARI	49.201.853	49.201.853	36.764.572	12.437.281	-25,3%
A151	SOPRAVV. ATTIVE, INSUSSISTENZE DEL PASSIVO E RIVALUTAZ.	49.158.660	49.158.660	36.764.572	12.394.088	-25,2%
A152	PLUSVALENZE	43.193	43.193	-	43.193	-100,0%

In particolare, il Bilancio preventivo include l'entità dei ricavi straordinari conosciuti al momento di redazione del bilancio, nonché il completamento della revisione dei fondi rischi ed oneri già avviata nel

2017 e prevista nel 2018 per ulteriori 28,5 milioni di euro. La revisione dei fondi accantonamento ha interessato le voci seguenti:

1. Fondo rischi per cause civili e oneri processuali e Fondi rischi per contenzioso personale dipendente (entità complessiva al 31/12/2017 di 42,9 milioni di euro); la valutazione puntuale dell'elenco delle cause così come riportate nell'allegato 32 al Bilancio 2017 da parte dell'Area Ufficio Legale in collaborazione con gli Affari Generali e Contenzioso ha evidenziato una insussistenza pari a 8,2 milioni di euro;
2. Altri fondi rischi (entità complessiva al 31/12/2017 di 58,8 milioni di euro): la valutazione da parte dell'Area Affari Generali e contenzioso in merito alla quota accantonata per le franchigie assicurative per il periodo precedente alla gestione in autoassicurazione dell'Azienda ha evidenziato un'economia di 8 milioni di euro (entità complessiva al 31/12/2017 di 10 milioni di euro);
3. Fondo imposte e tasse (entità complessiva al 31/12/2017 di 12 milioni di euro): la possibilità di accedere alla definizione agevolata della controversia in essere in merito agli avvisi di accertamento IRES degli anni 2006-2008, di cui alla L. 119 del 23/10/2018, consente di ridurre il fondo in questione di 2,5 milioni di euro, come da valutazione dell'Area Contabilità e Bilancio;
4. Fondo premio operosità SUMAI (entità complessiva al 31/12/2017 di 15,4 milioni di euro): nel corso dell'anno, l'Area di Coordinamento dei Servizi Amministrativi Territoriali ha avviato un'attività di ricognizione dei criteri adottati dalle singole Aree Vaste al fine della determinazione del fondo in questione; l'applicazione di una metodologia unica di determinazione del premio operosità SUMAI, che rappresenta un obiettivo specifico assegnato dalla Direzione Amministrativa, può comportare una riduzione del fondo accantonato di 1,2 milioni di euro;
5. Oneri da liquidare alla medicina convenzionata (entità complessiva al 31/12/2017 di 16,3 milioni di euro): l'analisi della effettiva sussistenza del debito effettuata nel 2017 dall'AV1 non si era conclusa per quanto riguardava una posta di 1.094.072 euro risalente agli anni precedenti il 2012 e che è poi risulta non più dovuta;
6. Altri fondi oneri e spese (entità complessiva al 31/12/2017 di 19 milioni di euro): per quanto riguarda la quota relativa ai trasporti sanitari, la verifica effettuata dai servizi amministrativi territoriali sui conguagli da riconoscere alle associazioni di volontariato e CRI, attualmente in corso, ha già evidenziato un esubero della consistenza del fondo accantonamento degli esercizi 2015 e 2016 di 3 milioni di euro, così come riportato dal Coordinatore con nota prot. 35883 del 20/12/2018; la stessa verifica ha fatto emergere in alcune realtà territoriali un costo superiore a quanto le associazioni siano ad ora riuscite a rendicontare con la possibilità di registrare un'insussistenza pari a circa 1,4 milioni di euro. Inoltre, la regolazione diretta per premi assicurativi degli anni precedenti il 2016 è stata rivalutata da parte dell'Area Affari Generali e contenzioso e stralciata per euro 544.000; allo stesso modo, la consistenza fondi accantonati dall'AV3 per il territorio ha evidenziato un'economia di 800 mila euro;
7. Manovre di rientro sui fondi accantonamenti di competenza dell'AV3 (Insussistenze del passivo relative all'acquisto prestaz. Sanitarie da operatori accreditati per 821 mila euro, in seguito alla sentenza favorevole sulla controversia con Villa Serena di Pescara) e dell'AV5 (Insussistenze del passivo relative al personale 620 mila euro ed Insussistenze del passivo relative alle convenzioni con medici di base 600 mila euro).

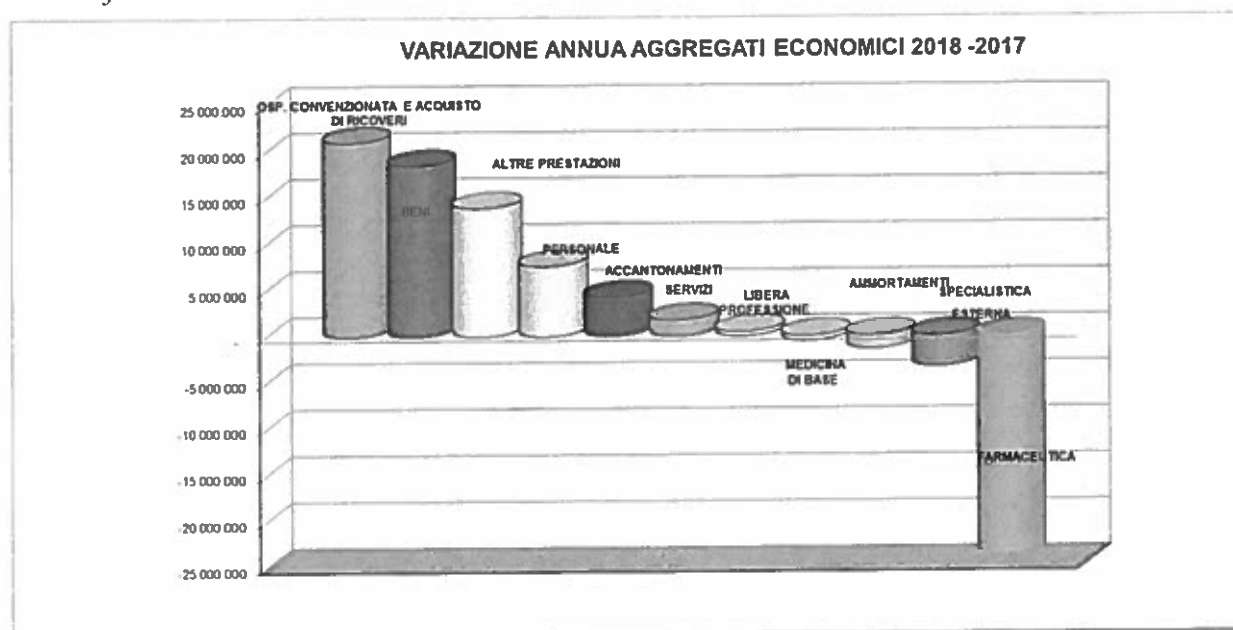
4.1.1.2. Costi

Cod	Descrizione	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	BIL PREVENTIVO 2018 BIL CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO	%
A2	TOTALE COSTI	2.809.045.656	2.806.844.220	2.836.114.191	29.269.971	1,0%
A21	PERSINALE	754.988.392	744.653.688	752.238.042	7.584.354	1,0%
A22	BENI	377.250.457	374.364.214	392.903.005	18.538.792	5,0%
A23	SERVIZI	176.921.841	174.648.413	176.398.401	1.749.987	1,0%
A24	OSP. CONVENZIONATA E ACQUISTO DI RICOVERI	525.048.256	533.152.164	554.212.117	21.059.953	4,0%
A25	SPECIALISTICA ESTERNA	170.960.681	176.790.907	173.418.815	3.372.092	-1,9%
A26	SPECIALISTICA INTERNA	20.745.183	20.745.183	20.777.224	32.042	0,2%
A27	FARMACEUTICA	293.991.173	293.991.173	270.357.135	23.634.039	-8,0%
A28	MEDICINA DI BASE	172.393.197	172.393.197	171.868.498	524.699	-0,3%
A29	ALTRE PRESTAZIONI	251.380.948	251.050.753	264.941.232	13.890.479	5,5%
A30	LIBERA PROFESSIONE	17.536.850	17.270.850	17.734.708	463.858	2,7%
A31	AMMORTAMENTI	6.471.300	6.471.300	5.073.318	1.397.990	-21,6%
A32	ACCANTONAMENTI	27.582.822	27.537.822	31.816.576	4.278.754	15,5%
A33	TRASFERIMENTI	129.771	129.771	129.771	-	0,0%
A34	ONERI FINANZIARI	140.810	140.810	90.972	49.838	-35,4%
A35	ONERI STRAORDINARI	13.503.977	13.503.977	4.154.386	9.349.591	-69,2%

L'ammontare complessivo dei costi al netto di poste di ricavo rettificative (quali il recupero per personale comandato e in aspettativa, i rimborsi INAIL e le sterilizzazioni degli ammortamenti coperti da finanziamento specifico) è previsto pari a circa 2.836,1 milioni di euro nell'esercizio 2018. Tale valore complessivo evidenzia un incremento dei costi rispetto al bilancio d'esercizio 2017 per 29,3 milioni di euro (+1%).

Di seguito si rappresenta la composizione dei costi per aggregati economici, analizzata nel dettaglio nei paragrafi successivi.

Grafico 4.1



□ Aggregato Personale

Il Bilancio di Previsione 2018 è stato predisposto in coerenza con la programmazione del fabbisogno di personale considerata nel PTFP approvato con Determina n. 741/DG del 19/12/2018. In particolare, si prevede di coprire a fine anno un turn over pari al 102,7%, comprensivo delle stabilizzazioni ex D.Lgs 75/17 e DGR 247/16, della prosecuzione del piano vaccinale e del sisma dell'anno 2017.

Rispetto al consuntivo 2017, la previsione di spesa del personale prevede al netto del passaggio di Osimo all'INRCA una variazione complessiva in aumento di 7,6 milioni di euro, pari all'1%, per effetto dei seguenti fattori:

1. impatto del nuovo CCNL del comparto per 10,8 milioni di euro; tale impatto è stato parzialmente coperto dagli accantonamenti per rinnovi contrattuali effettuati gli anni precedenti pari a 6,9 milioni di euro;
2. riduzione dei costi iscritti a bilancio 2017 (per 2,6 milioni di euro) non ripetibili, relativi ai progetti incentivanti per la razionalizzazione ex L. 111/2011;
3. previsione di riduzione dei costi sostenuti per la retribuzione individuale di anzianità nel 2018 rispetto al 2017 (-1,1 milioni di euro);
4. aumento dei fondi contrattuali provvisori 2018 rispetto ai definitivi 2017 di circa 500 mila euro (Det. n. 691 del 3/12/2018);
5. previsione d'impatto del piano di rientro dal fondo del disagio dell'AV 2 e AV5 per complessivi 642 mila euro;
6. previsione di aumento dei costi per l'esclusività del rapporto per 360 mila euro;
7. riduzione dei costi dell'IRAP in seguito all'applicazione della deducibilità del premio INAIL ai sensi della sentenza della Cassazione n. 9447/2018 per 931 mila euro;
8. impatto del piano assunzioni e cessazioni dell'anno 2018 di +1,5 milioni di euro, a cui si aggiunge un trascinamento del piano assunzioni/cessazioni dell'anno 2017 di 221 mila euro;
9. maggior costi alla voce Altri costi del Personale dipendente per 116 mila euro, correlata ai costi per le prestazioni aggiuntive, personale comandato e spese per la formazione.
10. diminuzione della rettifica dei costi del personale dipendente (85 mila euro) essenzialmente correlata ai rimborsi del personale comandato e in aspettativa;
11. decremento del Personale non dipendente (-614 mila euro), essenzialmente per personale del ruolo sanitario in coerenza con il PO approvato.

Cod	Descrizione	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	BIL PREVENTIVO 2018 - BIL CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO	%
A21	PERSONALE	754.988.392	744.653.688	752.238.042	7.584.354	1,0%
A211-212	PERSONALE DIPENDENTE	742.837.886	732.586.761	740.584.080	7.997.319	1,1%
A213	ALTRI COSTI PERSONALE DIPENDENTE	9.763.369	9.702.570	9.818.922	116.353	1,2%
A214	RETTIFICA COSTI DEL PERSONALE DIPENDENTE (-)	- 2.220.021	- 2.220.021	- 2.134.350	85.671	+3,9%
A215	PERSONALE NON DIPENDENTE	4.607.158	4.584.378	3.969.390	- 614.988	-13,4%

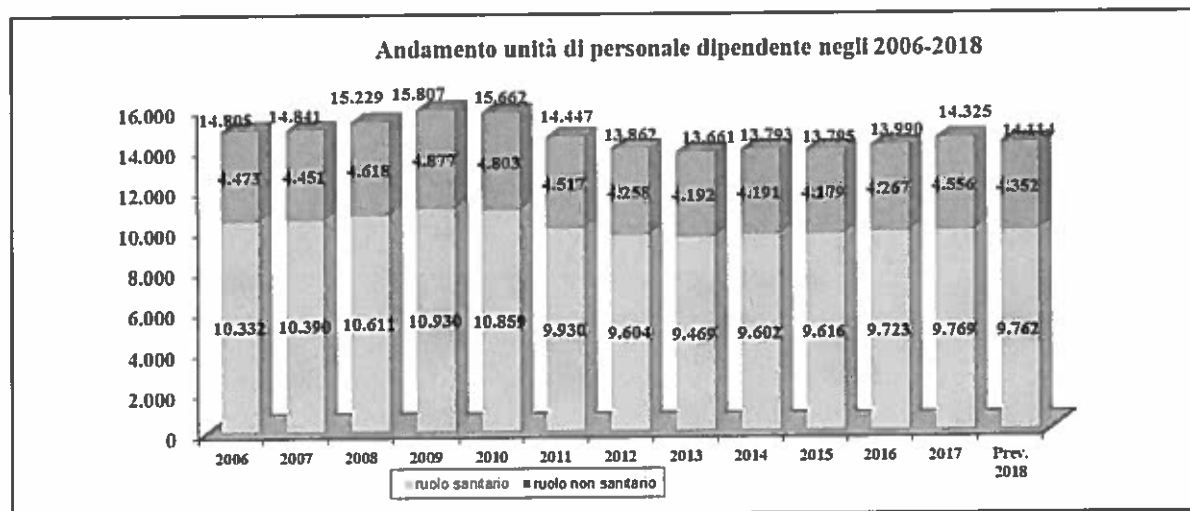
Di seguito, si propone la suddivisione del costo del personale dipendente per ruolo economico e per area contrattuale.

tabella 5.1.2a

COSTO DEL PERSONALE PER RUOLO E AREA		Bilancio di esercizio	Consuntivo senza P.O. OSIMO	Bilancio di previsione anno	Variazione vs bilancio 2017	
		2017	2017	2018	assoluto	%
ruolo sanitario	dirigenza medica	253.744.211	249.211.172	242.714.139	-6.497.033	-2,6%
	dirigenza non m.	29.263.779	28.873.104	29.417.513	544.410	1,9%
	comparto	306.206.298	301.990.753	307.669.515	5.678.762	1,9%
ruolo professionale	dirigenza	1.752.285	1.752.285	1.869.385	117.100	6,7%
	comparto	0	0	0	0	0,0%
ruolo tecnico	dirigenza	3.764.228	2.801.442	3.529.772	728.330	19,3%
	comparto	94.389.861	94.389.861	99.140.315	4.750.454	5,0%
ruolo amministrativo	dirigenza	6.940.721	6.791.640	7.378.089	586.449	8,4%
	comparto	46.776.505	46.776.505	48.865.352	2.088.848	4,5%
TOTALE		742.837.886	732.586.761	740.584.080	7.997.319	1,1%

Valori in €

Dal punto di vista del numero complessivo di risorse umane, la dinamica ASUR prevista per l'anno 2018 è rappresentata nel grafico seguente; considerato il passaggio di Osimo all'INRCA per un totale di 195 teste a decorrere dal 01/01/2018, si prevede un mantenimento complessivo di personale dipendente presente al 31/12/2018 rispetto all'anno precedente con una differenza di 16 teste in riduzione.



Nota: Scorporo dei Comuni della Valmarecchia a decorrere dall' 1/1/2010 per 176 teste e del Presidio Ospedaliero S. Croce a decorrere dall' 1/1/2011 per 768 teste, passaggio di Amandola da AV5 ad AV4 a decorrere dall'1/1/2013 per 125 teste, passaggio di Osimo da AV2 a INRCA a decorrere dal 1/1/2018 per 195 teste.

In termini di figure professionali, la tabella che segue evidenzia come sono ripartite le unità di personale tra il 01/01/2018 ed il 31/12/2018 al netto dello scorporo del Presidio ospedaliero di Osimo.

DOTAZIONE ORGANICA		Teste al	n. assunti**		n. cessati		Teste previste al
RUOLO	AREA	1/1/2018 al netto di Osimo	T.I.	T.D.	T.I.	T.D.	31/12/2018
sanitario	dirigenza medica	2.290	273	269	223	379	2.260
	dirigenza non m.	323	34	81	31	93	314
	comparto san	7.186	397	921	319	997	7.188
professionale	dirigenza	16	-	7	2	4	17
	comparto	10	-	-	-	-	10
tecnico	dirigenza	32	2	5	3	-	36
	comparto tec	2.858	297	474	169	578	2.882
amministrativo	dirigenza	71	15	5	9	13	69
	comparto	1.344	72	29	61	46	1.338
		14.130	1.090	1.821	817	2.110	14.114

di cui							
Area Vasta 1		2.157	193	218	147	250	2.171
Area Vasta 2		4.312	350	843	223	1.017	4.265
Area Vasta 3		3.455	241	197	180	232	3.481
Area Vasta 4		1.675	187	174	138	215	1.683
Area Vasta 5		2.531	119	389	129	396	2.514

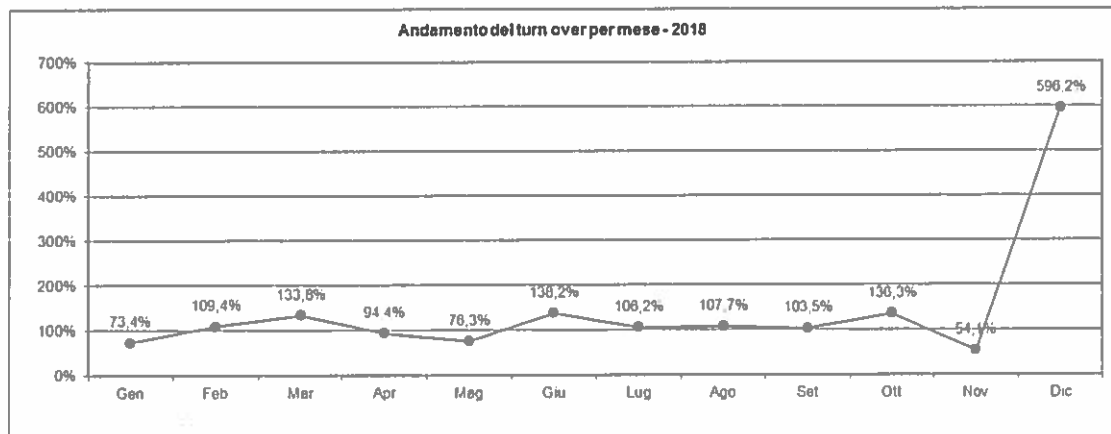
* comprese le cessazioni al 31/12/2017 ma escluse le cessazioni previste con decorrenza 31/12/2018

In termini di unità equivalenti il movimento del personale è rappresentato nella tabella seguente:

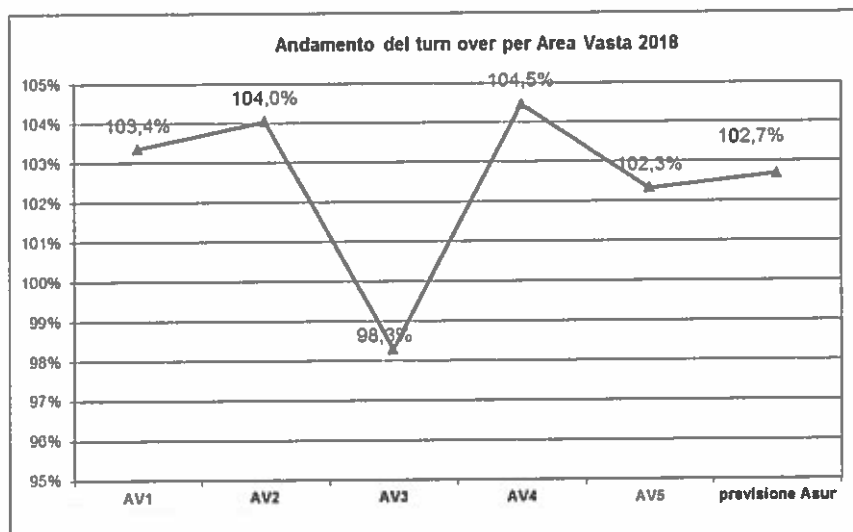
DOTAZIONE ORGANICA		UE 2017 senza OSIMO	Previsione UE 2018
sanitario	dirigenza medica	2.233,0	2.213,4
	dirigenza non m.	323,9	336,3
	comparto san	7.060,8	7.091,8
professionale	dirigenza prof	16,8	18,5
	comparto prof	10,2	9,7
tecnico	dirigenza tecn	33,4	30,9
	comparto tec	2.817,3	2.852,6
amministrativo	dirigenza amm	59,5	66,8
	comparto amm	1.336,8	1.328,7
totale		13.891,8	13.948,8

di cui			
Area Vasta 1		2.172,5	2.195,8
Area Vasta 2		4.171,2	4.208,2
Area Vasta 3		3.395,2	3.380,5
Area Vasta 4		1.666,9	1.674,4
Area Vasta 5		2.486,0	2.489,9

Nel grafico che segue viene rappresentata la previsione dell'andamento mensile del turn over 2018: si evidenzia un turn over al di sopra del 102.7%.



Nel grafico successivo, il turn over viene rappresentato in termini di confronto tra le Aree Vaste (saldo assunzioni su cessazioni a costo standard).



□ Aggregato Beni

L'Aggregato Beni A22 evidenzia un incremento dei costi rispetto al consuntivo 2017 di 18,5 milioni di euro (pari al 5%) incremento correlato in via principale ai Farmaci che registrano un aumento di 14,8 milioni di euro (pari al 6%) e solo secondariamente ai beni sanitari che prevedono un aumento per 3,5 milioni di euro (pari al 3,1%) e beni non sanitari in leggero incremento di circa 125 mila euro (pari al 1,3%).

Cod	Descrizione	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	BIL. PREVENTIVO 2018 - BIL. CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO	%
A22	BENI	377.250.457	374.364.214	392.903.005	18.538.792	5,0%
A220	FARMACI	249.185.640	248.539.674	263.385.211	14.845.536	6,0%
A221	BENI SANITARI	118.622.218	116.484.767	120.052.627	3.567.860	3,1%
A222	BENI NON SANITARI	9.442.599	9.339.773	9.465.168	125.395	1,3%

Prima di procedere all'analisi dettagliata della spesa prevista per il 2018 per farmaci (aggregato A220), specificata nel prospetto seguente, occorre ricordare brevemente che con Decreto del Dirigente del Servizio Sanità n. 59/SAN del 28/12/2017, avente ad oggetto "Integrazione del Piano dei Conti Unico Integrato del SSR", dal primo gennaio 2018 sono state apportate delle importanti modifiche ed integrazioni al piano dei conti, in particolare per gli "acquisti di medicinali con AIC, ad eccezione dei vaccini ed emoderivati di produzione regionale" rispetto al passato, è stata prevista la suddivisione tra "acquisti di medicinali con AIC, ad eccezione dei vaccini ed emoderivati di produzione regionale" e gli "acquisti in DPC di medicinali con AIC, ad eccezione dei vaccini ed emoderivati di produzione regionale" il tutto al fine di avere un immediato riscontro dell'entità della spesa dei farmaci in relazione alla tipologia di acquisizione. Se si analizzano gli scostamenti tra la previsione 2018 e il consuntivo 2017 suddividendo il dato relativo agli acquisti di medicinali con AIC del 2017 in base al nuovo piano dei conti risulta che gli "acquisti in DPC di medicinali con AIC, ad eccezione dei vaccini ed emoderivati di produzione regionale" registrano un incremento di 11,2 milioni di euro, pari al 21,3%, mentre acquisti di medicinali con AIC, ad eccezione dei vaccini ed emoderivati di produzione regionale" rilevano un incremento di 3,1 milioni di euro, pari al +1,6%. L'incremento rilevato

nella previsione per il 2018 per i farmaci in DPC è in parte imputabile al passaggio dal consumo interno dei NAO al canale della DPC.

Conto	DESCRIZIONE	PREVISIONE 2018 - BIL. CONS. 2017 SENZA P.O. OSIMO
0501010103	Acquisti di medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	3.123.621
0501020107	Acquisti in DPC di medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	11.234.396
0501010105	Acquisti di medicinali senza AIC	488.246
0501020105	Acquisti di sangue ed emocomponenti	726

Ai fini di un'analisi globale della spesa farmaceutica relativa alla previsione per il 2018 si analizzano i valori di spesa per tipologia di prestazione erogata, infatti a partire dal 2017, in recepimento delle nuove "Specifiche tecniche e operative per la Distribuzione Diretta e altre prestazioni farmaceutiche rilevate con tracciato "File F" di cui alla DGRM 1610/2016", si rappresenta la spesa farmaceutica per tipologia di prestazione farmaceutica erogata direttamente all'assistito e destinata al proprio consumo secondo le codifiche per tipologia di erogazione codificate dal Ministero, ovvero si individua la spesa per dimissione da ricovero (codice 01), per post visita (codice 02), la spesa diretta a cronici (codice 03), la spesa in assistenza domiciliare (codice 04) e la spesa in assistenza residenziale e semiresidenziale (codice 05) che tutte insieme costituiscono la Distribuzione Diretta e la spesa della Distribuzione per conto (codice 03 bis). La Distribuzione Diretta e per DPC evidenzia un incremento rispetto al consuntivo 2017 di 6,8 milioni di euro, pari al +3,53%, incremento determinato dall'aumento della DPC (solo parzialmente compensato da una riduzione dei consumi interni per circa 8,8 milioni di euro) e del Post Visita che si accompagna da una riduzione dei consumi previsti per la Distribuzione diretta ai cronici e alla diminuzione prevista nel post ricovero e nell'assistenza domiciliare.

FARMACI IN DISTRIBUZIONE DIRETTA

CODICE	TIPOLOGIA DI EROGAZIONE PRESTAZIONE	BILANCIO 2017	BILANCIO PREVISIONE 2018	Scostamento VA Bilancio Previsione 2018- Consuntivo 2017	Scostamento % Bilancio Previsione 2018- Consuntivo 2017
01	DIMISSIONE DA RICOVERO	3.038.918	2.206.568	- 832.350	-27,39%
Sub 02	POST VISITA SPECIALISTICA	25.718.269	27.250.987	1.532.718	5,96%
03	DIRETTA A CRONICI	106.534.963	101.916.693	- 4.618.270	-4,33%
03 bis	DISTRIBUZIONE PER CONTO	52.835.208	64.069.604	11.234.396	21,26%
di cui 03 bis/A	Progetto Marche	49.412.162	60.966.480	11.554.318	23,38%
di cui 03 bis/B	Progetto Ossigeno	3.423.046	3.103.124	- 319.922	-9,35%
Sub 04	ASSISTENZA DOMICILIARE	4.144.825	3.492.364	- 652.461	-15,74%
Sub 5	ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	2.624.005	2.835.200	211.195	8,05%
TOTALE DISTRIBUZIONE DIRETTA E DPC		194.896.188	201.771.415	6.875.227	3,53%

Per quanto riguarda le previsioni di ulteriore incremento del consumo di farmaci, si prevede un incremento di circa 6 milioni di euro dei Farmaci Innovativi Oncologici, per i quali la Regione Marche finanzia l'ASUR e attraverso il circuito della mobilità le Aziende ospedaliere con un contributo di complessivi 26,4 milioni di euro comprensivo anche dei farmaci oncologici previsti in 13,1 milioni di euro, come da prospetto di seguito riportato.

Farmaci innovativi oncologici

DESCRIZIONE PRODOTTO	2017	Previsione 2018	Variazione Assoluta Previsione 2018- Consumi anno 2017	Variazione % Previsione 2018- Consumi anno 2017
254762 - ABRAXANE*INF 50ML 100MG 5MG/ML	462.033	526.362	64.329	14%
391946 - PERJETA*EV 1F 420MG 30MG/ML	1.438.533	1.559.180	120.647	8%
488405 - ZYDELIG*FL 60CPR RIV 100MG	52.360	149.033	96.673	185%
488385 - ZYDELIG*FL 60CPR RIV 150MG	274.121	208.078	-66.043	-24%
503827 - IMBRUVICA*FL 90CPS 140MG	824.898	1.985.948	1.161.050	141%
504147 - IMBRUVICA*FL 120CPS 140MG	754.028	894.809	140.781	19%
541087 - OPDIVO*INFUS 1F 4ML 10MG/ML	296.283	599.456	303.173	102%
490246 - OPDIVO*INFUS 1F 10ML 10MG/ML	3.500.500	4.457.882	957.382	27%
531790 - KEYTRUDA*1FL POLV EV 50MG	605.771	248.916	-356.855	-59%
572517 - KEYTRUDA*1FL 25MG/ML 100MG	735.299	3.950.855	3.215.556	437%
414857 - IMNOVID*21CPS 4MG	111.810	294.390	182.580	163%
488007 - IMNOVID*21CPS 3MG	120.413	0	-120.413	-100%
488025 - IMNOVID*21CPS 2MG	197.818	252.926	55.108	28%
576039 - DARZALEX*EV 1FL 20ML 20MG/ML	59.853	258.116	198.263	331%
576058 - DARZALEX*EV 1FL 5ML 20MG/ML	11.222	29.926	18.704	167%
Totale	9.444.942	15.415.876	5.970.934	63%

Farmaci non oncologici (Epatite C)

DESCRIZIONE PRODOTTO	2017	Previsione 2018	Variazione Assoluta Previsione 2018- Consumi anno 2017	Variazione % Previsione 2018- Consumi anno 2017
460745 - SOVALDI*1FL 28CPR RIV 400MG	2.686.199	0	-2.686.199	-100%
467645 - OLYSIO*28CPS 150MG	7.333	0	-7.333	-100%
477757 - DAKLINZA*28CPR RIV 60MG	616.135	3.300	-612.835	-99%
478385 - HARVONI*1FL 28CPR RIV 90+400MG	2.089.267	0	-2.089.267	-100%
478505 - OLYSIO*7CPS 150MG	3.667	0	-3.667	-100%
479757 - VIEKIRAX*56CPR 12,5+75+50MG	407.148	6.071	-401.077	-99%
479759 - EXVIERA*56CPR RIV 250MG	31.657	528	-31.129	-98%
480905 - DAKLINZA*28CPR RIV 30MG	19.800	0	-19.800	-100%
556247 - ZEPATIER*28CPR RIV 50MG+100MG	665.500	391.234	-274.267	-41%
566576 - EPCLUSA*1FL 28CPR 400+100MG	7.189.181	9.439.169	2.249.987	31%
585178 - MAVIRET*84CPR RIV 100MG+40MG	105.806	1.989.280	1.883.473	1780%
588396 - SPINRAZA*1FL 12MG 5ML 2,4MG/ML	77.000	1.256.640	1.179.640	1532%
604936 - OXERVATE*COLL 7FL 20MCG/ML 1ML	-	30.668	30.668	0%
Totale	13.898.694	13.116.889	-781.805	-6%

Per quanto riguarda la spesa in beni sanitari diversi da farmaci, in aumento rispetto all'anno precedente di 3,5 ml di euro, pari al 3,1%, si riscontra un incremento nel consumo previsto per il 2018 per i dispositivi medici e dispositivi medici diagnostici in vitro, che rilevano un incremento

rispettivamente di 3,4 milioni di euro e di 1,1 milioni di euro. Contestualmente la previsione per il 2018 rileva un decremento del valore degli acquisti dispositivi medici impiantabili attivi pari a 692 mila euro ed un decremento degli acquisti di materiali per la profilassi igienico-sanitaria pari a -480 mila euro, come riepilogato per conto economico nel prospetto seguente.

Il maggior consumo di dispositivi medici è programmato in coerenza con la maggiore attività ospedaliera per circa 2,9 milioni di euro, soprattutto nei reparti di laboratorio analisi, ortopedia, dialisi, oculistica) e altresì all'attività territoriale principalmente ai nuovi dispositivi per la diabetologia (sensori) che si prevedono in incremento per 1 milione di euro.

Conto	DESCRIZIONE	PREVISIONE 2018 - BIL CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO
0501040101	Acquisti di prodotti dietetici	159.797
0501050101	Acquisti di materiali per la profilassi igienico-sanitaria	- 480.810
0501110101	Acquisti di prodotti farmaceutici ad uso veterinario	19.165
0501120101	Acquisti di materiali chirurgici, sanitari e diagnostici ad uso veterinario	- 14.020
0501130101	Acquisti di dispositivi medici	3.416.839
0501140101	Acquisti di dispositivi medici impiantabili attivi	- 692.986
0501150101	Acquisti di dispositivi medici diagnostici in vitro	1.183.554
0501150103	Acquisti di prodotti chimici	- 5.951
0501160101	Acquisti di altri beni e prodotti sanitari	19.990
0501160101	Acquisti di altri beni e prodotti sanitari	- 37.718

Per quanto riguarda la spesa in **beni non sanitari**, si prevede per il 2018 un incremento di 125 mila euro rispetto all'anno precedente, pari al 1,3%, incremento correlato all'aumento dei combustibili, carburanti e lubrificanti e all'aumento dei materiali per guardaroba, pulizia e convivenza e al materiale tecnico strumentale per manutenzioni e riparazioni.

Conto	DESCRIZIONE	PREVISIONE 2018 - BIL CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO
0503010101	Acquisti di prodotti alimentari	- 23.029
0503020101	Acquisti di materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza	77.345
0503030101	Acquisti di combustibili, carburanti e lubrificanti	208.629
0503040101	Acquisti di supporti informatici, cancelleria e stampati	- 139.317
0503050101	Acquisti di materiale tecnico strumentale per manutenzioni e riparazioni	64.350
0503060101	Acquisti di altri materiali non sanitari	- 62.583
0503060101	Acquisti di altri materiali non sanitari	-

□ Aggregato Servizi

L'Aggregato Servizi (A23) evidenzia, rispetto al consuntivo 2017, scorporato dei costi del P.O. di Osimo 2017, un incremento dei costi pari a 1,7 milioni di euro, correlato essenzialmente all'incremento dei servizi appaltati (+2,1 milioni di euro), delle manutenzioni (+ 0,7 milioni di euro) e dei costi generali (+0,1 milioni di euro).

Cod	Descrizione	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	PREVISIONE 2018 - BIL CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO	%
A23	SERVIZI	176.921.841	174.648.413	176.398.401	1.749.987	1,0%
A231	APPALTI	99.819.428	98.568.901	100.721.603	2.152.702	2,2%
A232	MANUTENZIONI	24.169.734	23.860.364	24.524.361	663.997	2,8%
A233	UTENZE	23.070.220	22.684.590	21.712.759	971.832	-4,3%
A234	CONSULENZE AMMINISTRATIVE E GESTIONALI	10.151	10.151	15.771	5.620	55,4%
A235	CONSULENZE SANITARIE	35.191	35.191	10.475	24.716	-70,2%
A236	Godimento Beni di Terzi	20.243.557	19.915.656	19.785.021	130.636	-0,7%
A237	COSTI GENERALI	8.424.912	8.424.912	8.578.411	153.498	1,8%
A238	IMPOSTE DI ESERCIZIO	1.148.647	1.148.647	1.050.000	98.647	-8,6%

I Servizi Appaltati rilevano una previsione 2018 in incremento rispetto all'anno precedente essenzialmente per:

- i servizi di trasporto sanitario – eliambulanza per i quali si prevede un incremento di 75 mila euro per effetto di una nuova convenzione Asur per il servizio trasporto organi in aeromobile;
- i servizi igienico sanitario degli ambienti e per quelli rivolti alla persona, lavanderia e pulizie, per i quali la previsione prevede un aumento dell'attività e degli spazi nonché la possibilità di pulizie straordinarie, per complessive 731 mila euro (2,13%);
- il servizio di ristorazione mensa il cui aumento di 687 mila euro (7,31%) è dato in parte dai costi di trascinamento per contratti avviati nel corso dell'anno precedente ed in parte dall'aumento del volume di attività a seguito dell'aggiornamento dei regolamenti di accesso alla mensa;
- il servizio di riscaldamento e gestione calore per cui si prevede un aumento dei costi di 516 mila euro (3,58%) per l'avvio di nuove attività in corso d'anno, previste all'interno dello stesso contratto e per costi di trascinamento di esternalizzazioni avviate lo corso anno;
- i servizi di vigilanza per i quali si prevede un aumento di 348 mila euro (25,25%) a seguito dell'attivazione di nuovi servizi di vigilanza armata per le strutture ospedaliere ed extra (farmacia ospedaliere) e per le nuove sedi, resisi necessari a seguito dei furti subiti;
- altri servizi esternalizzati che prevede l'aumento di 195 mila euro (4%) per l'aumento di volume dell'attività di servizi igienico sanitari di comunità presso le strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere e per servizi di attività professionale specializzata inerente la prevenzione incendi.

Per le altre attività, sempre inerenti all'aggregato in questione, si prevedono economie soprattutto per i trasporti sanitari dove si riscontra una riduzione di 654 mila euro (-2,72%). Tale economia è originata in primo luogo dalla cessazione di rapporti convenzionali con alcune Associazioni ed alla gestione diretta da parte dell'Area Vasta di competenza. Altro fattore di contrazione di tale spesa è correlato al contenuto della Determina ASUR 487/2017, la quale richiamando le disposizioni della DGRM 301/2017, ha provveduto a definire sia i tetti di budget per gli anni 2017-2018, che i criteri per l'espletamento delle procedure di trasporto sanitario.

Conto	DESCRIZIONE	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	PREVISIONE 2018 BIL CONS 2017
0505030101	Acquisti di servizi di trasporto sanitario - autoambulanza	632.320	632.320	611.984	20.336
0505030101	Acquisti di servizi di trasporto sanitario - autoambulanza	-	-	-	-
0505030101	Acquisti di servizi di trasporto sanitario - autoambulanza	24.118.900	24.118.900	23.464.401	654.499
0505030103	Acquisti di servizi di trasporto sanitario - eliambulanza	-	-	-	-
0505030103	Acquisti di servizi di trasporto sanitario - eliambulanza	-	-	-	-
0505030103	Acquisti di servizi di trasporto sanitario - eliambulanza	2.602	2.602	77.602	75.000
0509010101	Lavanderia e lavanoio	13.550.003	13.365.113	13.695.080	329.968
0509010103	Pulizia e lavaggio stoviglie	20.802.336	20.464.336	20.865.989	401.652
0509010105	Servizio di ristorazione e mensa	9.396.293	9.115.532	9.803.300	687.768
0509010107	Riscaldamento e gestione calore	14.381.330	14.104.756	14.620.397	515.641
0509010109	Servizi di elaborazione dati	1.174.779	1.174.779	1.246.493	71.713
0509010111	Servizi di trasporto	2.014.950	1.953.197	1.941.132	12.086
0509010113	Smaltimento rifiuti	4.025.955	3.934.339	3.867.465	66.874
0509010115	Servizi di vigilanza	1.390.530	1.390.530	1.738.507	347.977
0509010117	Servizio di distribuzione farmaci e altri prodotti sanitari	3.099.614	3.099.614	3.115.386	15.772
0509010117	Servizio di distribuzione farmaci e altri prodotti sanitari	364	364	364	-
0509010119	Altri servizi esternalizzati	-	-	275.979	275.979
0509010119	Altri servizi esternalizzati	24.526	24.526	21.452	3.074
0509010119	Altri servizi esternalizzati	4.873.861	4.856.829	5.051.993	195.065
0509010121	Servizio di distribuzione farmaci e altri prodotti sanitari da privati vs residenti extraregione	-	-	-	-
0509030401	Costi per altri servizi non sanitari	10.784	10.784	4.180	6.604
0509030401	Costi per altri servizi non sanitari	226.473	226.473	219.570	6.903
0509030401	Costi per altri servizi non sanitari	93.806	93.806	100.328	6.522
		99.819.428	98.568.901	100.721.603	2.152.702

Per quanto riguarda le **Manutenzioni** (aggregato A232) l'incremento evidenziato in precedenza è essenzialmente correlato all'incremento delle manutenzioni e riparazioni di attrezzature sanitarie, per le quali si prevede, rispetto all'anno precedente, un incremento pari a 457 mila euro (3,54%). La previsione ha tenuto conto della necessità di stipula di nuovi contratti di manutenzione per apparecchiature elettromedicali la cui garanzia è scaduta nell'anno in corso o in quello precedente; inoltre sono previste anche manutenzioni straordinarie fuori contratto, per quelle apparecchiature più obsolete (tubo radiogeno) la cui avaria potrebbe arrecare danni all'attività sanitaria corrente e quindi prolungamento delle attese da parte dell'utenza.

Anche le spese per le manutenzioni e riparazioni di fabbricati, di impianti e macchinari sono in aumento, a causa dell'usura sia dei fabbricati che dell'impiantistica determinata dalle variabili tempo e utilizzo.

Un incremento si prevede anche per le manutenzioni software pari a 179 mila euro (7,2%), correlato alla necessità di continua manutenzione e aggiornamento degli applicativi in uso, sia dai SIA delle cinque AA.VV., che da quello dell'Asur, la cui incidenza di spesa è ovviamente più elevata.

Conto	DESCRIZIONE	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	PREVISIONE 2018 BIL CONS 2017
0510010105	Manutenzioni e riparazioni fabbricati e loro pertinenze	3.588.155	3.542.891	3.585.991	43.100
0510010107	Manutenzioni e riparazioni agli impianti e macchinari	3.339.943	3.316.859	3.432.946	116.087
0510020101	Manutenzioni e riparazioni attrezzature sanitarie	12.908.578	12.677.279	13.134.349	457.071
0510030101	Manutenzioni e riparazioni attrezzature tecnico - economici	311.770	311.214	376.234	65.020
0510040101	Manutenzioni e riparazioni attrezzature informatiche	844.640	844.396	727.275	117.120
0510050101	Manutenzioni software	2.460.478	2.456.461	2.635.502	179.041
0510060101	Manutenzioni e riparazioni automezzi	709.761	704.855	621.455	88.400
0510070101	Manutenzioni e riparazioni mobili e arredi	6.410	6.410	10.607	4.197
		24.169.734	23.860.364	24.524.361	663.997

Per le **Utenze** (aggregato A233) si prevede un'economia aziendale dovuta:

- ai contratti della gestione calore avviati nel corso dell'anno precedente che incorporano parte dei costi del gas;
- ai minori costi che sostenuti nelle AA.VV. interessate dagli eventi sismici del 2016, in quanto soggette a tariffe agevolate;
- all'adesione al contratto CONSIP sull'energia elettrica (riduzione stimata nell'accordo quadro del 10%).

Per quanto concerne il costo della telefonia, si prevede un incremento correlato non tanto ai normali costi di telefonia, quanto ai contratti di alimentazione della rete internet ed al rinnovo del contratto di adesione al Sistema Pubblico di Connettività.

Conto	DESCRIZIONE	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	PREVISIONE 2018 BIL CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO
0509020101	Energia elettrica	14.439.938	14.093.590	13.478.184	615.407
0509020103	Acqua	2.715.785	2.681.987	2.603.168	78.818
0509020105	Telefonia	4.121.981	4.121.981	4.274.562	152.581
0509020107	Gas	1.763.896	1.758.819	1.320.676	438.143
0509020109	Internet	-	-	-	-
0509020111	Canoni radiotelevisivi	21.911	21.504	21.529	25
0509020113	Banche dati	6.710	6.710	14.640	7.930
		23.070.220	22.684.590	21.712.759	971.832

Analizzando l'aggregato A236 Godimento beni di terzi occorre precisare che la contrazione della spesa di circa 130 mila euro è correlata principalmente alla diminuzione dei noleggi di automezzi, per contratti di noleggio in scadenza.

Contemporaneamente si prevede, però, un incremento della spesa per i canoni di noleggio delle attrezzature sanitarie, in particolare di nuove apparecchiature elettromedicali, come il sistema monitoraggio cardiologico UTIC, il sistema per terapia Thoratec e servizio RMN mobile. Inoltre, si prevede anche l'aumento della spesa relativa al sistema antidecubito e dei ventilatori polmonari, a seguito di una maggiore richiesta del servizio territoriale.

Si segnala anche l'incremento dei fitti passivi, in particolare area non sanitaria, in aumento a seguito dei contratti stipulati nel corso dell'anno 2017, come la nuova sede amministrativa dell'AV3, in quanto la vecchia sede è inagibile per evento sisma.

Conto	DESCRIZIONE	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	PREVISIONE 2018 BIL CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO
0511010103	Fitti passivi - area non sanitaria	290.869	290.869	488.487	197.618
0511010104	Fitti passivi - area sanitaria	1.740.147	1.740.147	1.780.811	40.665
0511020109	Canoni hardware e software - area sanitaria	235.080	235.080	265.934	30.854
0511020111	Canoni hardware e software - area non sanitaria	68.101	68.101	3.906	64.195
0511020103	Canoni fotocopiatrici	623.880	614.124	617.952	3.828
0511020105	Canoni di noleggio per attrezzature sanitarie	13.684.731	13.383.789	14.066.433	682.645
0511020113	Canoni noleggio automezzi - area sanitaria	2.705.613	2.692.328	1.762.697	929.631
0511020115	Canoni noleggio automezzi - area non sanitaria	528.000	524.062	446.999	77.062
0511030101	Canoni di leasing operativo per attrezzature sanitarie	-	-	-	-
0511030103	Altri canoni di leasing operativo	-	-	-	-
0511040101	Canoni di leasing finanziario per attrezzature sanitarie	-	-	-	-
0511040103	Altri canoni di leasing finanziario	-	-	-	-
0511050103	Altri oneri per godimento beni di terzi - area sanitaria	277.406	277.406	239.632	37.774
0511050105	Altri oneri per godimento beni di terzi - area non sanitaria	89.751	89.751	112.169	22.418
		20.243.557	19.915.656	19.785.021	130.636

Per quanto riguarda i Costi generali (aggregato A237), l'incremento è correlato principalmente ai maggiori costi sostenuti per le "altre assicurazioni" pari a 132 mila euro, in quanto, nel 2017 nell'espletamento della gara, un ramo di assicurazione non era stato aggiudicato, cosa che invece è avvenuta nel corso dell'anno 2018.

Altri costi in aumento sono relativi alle spese legali, alle imposte comunali ed alle imposte e tasse diverse. Per il conto delle spese legali si è valutato la mole delle controversie prossime alla chiusura del contenzioso, mentre per le imposte si è tenuto conto dell'ampliamento, sia degli spazi nelle strutture adibite ad attività istituzionale, sia di maggiori diritti di segreteria e cancelleria per trascrizioni di contratti, citazioni, etc.

Conto	DESCRIZIONE	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	PREVISIONE 2018 BIL CONS 2017
0509030301	Compensi per membri esterni di commissioni	937.399	937.399	877.330	60.069
0509030303	Rimborso spese per membri esterni di commissioni	2.777	2.777	3.037	259
0509030304	Oneri sociali per membri esterni di commissioni	825	825	825	-
0509030305	IRAP per membri esterni di commissioni	3.842	3.842	3.944	101
0521010101	IRAP su compensi agli organi direttivi	1.170.396	1.170.396	1.120.068	50.330
0521010201	Rimborso spese organi direttivi	2.294	2.294	2.280	14
0521010301	Oneri sociali organi direttivi	313.293	313.293	286.750	26.543
0521010401	IRAP su compensi agli organi direttivi	99.705	99.705	96.311	3.394
0521020101	Indennità collegio sindacale	58.304	58.304	58.766	462
0521020201	Rimborso spese collegio sindacale	3.496	3.496	3.000	496
0521020301	Oneri sociali collegio sindacale	-	-	-	-
0521020401	IRAP su compensi al collegio sindacale	-	-	1.318	1.318
0521030101	Spese di rappresentanza	-	-	5	5
0521030201	Spese per pubblicità e inserzioni	113.829	113.829	99.810	14.019
0521030301	Spese legali	188.531	188.531	256.505	67.975
0521030401	Spese bancarie	7.933	7.933	15.665	7.732
0521030403	Spese postali	1.464.262	1.464.262	1.468.489	4.227
0521030501	Quote per spese condominiali	112.815	112.815	126.027	13.212
0521030601	Abbonamenti, riviste e libri	237.118	237.118	211.020	26.098
0521030701	Premi di assicurazione - R.C. Professionale	-	-	-	-
0521030703	Altri premi di assicurazione	1.274.398	1.274.398	1.406.735	132.337
0521030801	Contravvenzioni	15.403	15.403	16.504	1.101
0521030901	Ribassi e arrotondamenti passivi	1.804	1.804	1.767	36
0521031001	Altre spese generali e amministrative	56.620	56.620	73.130	16.510
0521031101	Perdite su crediti	-	-	-	-
0901020101	Imposte di registro	28.790	28.790	60.087	31.297
0901030101	Imposte di bollo	312.977	312.977	324.958	11.982
0901040101	Tasse di concessione governative	94.081	94.081	78.660	15.421
0901050101	Imposte comunali	1.564.015	1.564.015	1.594.645	30.630
0901060101	Dazi	-	-	-	-
0901070101	Tasse di circolazione automezzi	66.121	66.121	67.251	1.130
0901080101	Permessi di transito e sosta	425	425	280	145
0901090101	Iva indebitabile	-	-	-	-
0901100101	Imposte e tasse diverse	293.461	293.461	323.246	29.784
		8.424.912	8.424.912	8.578.411	153.498

☐ Aggregato Ospedaliera convenzionata e acquisto di ricoveri

L'aggregato in oggetto comprende gli Acquisti di Ricovero da strutture pubbliche, regionali e non, e dalle Case di Cura private, nonché eventuali rimborsi per ricoveri in Italia e all'Estero.

La tabella successiva mette in evidenza gli scostamenti tra il Bilancio d'Esercizio 2017 ed il Bilancio di Previsione 2018.

Cod	Descrizione	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	BIL. PREVENTIVO 2018 BIL. CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO	%
A24	OSP. CONVENZIONATA E ACQUISTO DI RICOVERI	525.048.256	533.152.164	554.212.117	21.059.953	-4,0%
A241	ACQUISTO DI RICOVERI DA AZIENDE PUBBL. INTRA-REGIONALI	290.044.402	298.148.310	292.980.168	5.168.141	-1,7%
A242	ACQUISTO DI RICOVERI DA AZIENDE PUBBL. EXTRA-REGIONALI	124.556.163	124.556.163	152.116.895	27.560.732	22,1%
A243	ACQUISTO DI RICOVERI DA AZIENDE PRIVATE	110.447.691	110.447.691	109.115.053	1.332.637	-1,2%

Lo scostamento complessivo pari a 21 milioni di euro (+4%) è essenzialmente correlato all'aumento dei valori di mobilità extra regionale per 27,5 milioni di euro (+22,1%).

In particolare per la mobilità passiva intra-regionale si prevede, rispetto al Bilancio 2017, un decremento di costi pari al -1,7%, in linea con i valori concordati per il report del terzo trimestre 2018.

Per quanto riguarda la mobilità passiva extra-regionale complessiva, si precisa che sulla base alle disposizioni del D.Lgs. 118/2011 le Aziende sono tenute ad iscrivere obbligatoriamente il valore della mobilità passiva approvata dal CIPE nell'atto di riparto ultimo disponibile (di norma riferita a due anni precedenti); inoltre, sulla base delle indicazioni ministeriali e regionali, il conguaglio che si genera tra il saldo considerato nell'anno di riferimento e quello effettivamente approvato dal CIPE deve essere iscritto nei conti della mobilità attiva o passiva a seconda che si tratti di un credito o di un debito. Per l'anno 2018, l'atto di riparto CIPE definisce per la Regione Marche un valore della mobilità passiva extra regionale di 188,5 milioni di euro, come da assegnazione definitiva del Budget ASUR.

Per quanto attiene al privato accreditato, si precisa che per l'**acquisto di ricoveri**, la previsione di spesa per l'assistenza erogata ai residenti marchigiani è stata elaborata secondo i tetti economici individuati dalla DGRM 1636/2016 per le Case di Cura Multispecialistiche, dalla DGRM 1009/2017 per le Case di Cura Monospecialistiche e dalla DGRM 1438/2016 per le strutture private di Riabilitazione.

Come si evince dalla tabella sottostante, la suddetta spesa prevista per l'anno 2018 risulta essere pari a 70,1 milioni di euro, in decremento rispetto all'anno precedente di circa 336 mila euro, per effetto di trasferimenti di budget (in particolare AV3 per 1,9 milioni euro rispetto al 2017) che assorbono l'incremento registrato in questo conto in AV1 per la struttura Villa Montefeltro per 263 mila euro, a seguito della valorizzazione a regime dell'attività avviata nel corso dell'anno 2017 (accordo siglato ai sensi della DGRM 605/2016) e per la struttura S.Stefano di Cagli per 564 mila euro (trascinamento dell'accordo siglato nel 2017 per l'attivazione di n. 10 pl di LPA ed incremento della specialistica ambulatoriale), e l'incremento previsto in AV5 per effetto del ripristino dell'attività delle strutture Multispecialistiche (+718 mila euro rispetto al 2017).

Per quanto concerne l'attività erogata ai pazienti residenti fuori regione Marche, si evidenzia che la previsione di spesa 2018 è stata elaborata secondo le risultanze concordate nell'incontro del 22/10/2018 con le Associazioni degli erogatori privati (AIOP e ARIS) che individuano dei nuovi tetti di mobilità attiva coerenti con gli obiettivi dell'ASUR di riduzione della suddetta spesa (Determina DG ASUR 460/2018), aggiornando i tetti previsti dagli Accordi Regionali e prevedendo la possibilità di derogare ai tetti per le prestazioni di alta complessità.

A seguito di tale Accordo, rispetto all'anno precedente per l'attività di ricovero extra regione, si prevede un decremento di circa 978 mila euro; in particolare, per l'AV1 si prevede un incremento di circa 60 mila euro per il S. Stefano di Cagli, per l'AV2 si prevede complessivamente un leggero decremento di circa 80 mila euro, per l'AV3 si prevede complessivamente un decremento di circa 300 mila euro, per l'AV4 un incremento di 404 mila euro ed, infine, per l'AV5 un decremento di 1,5 milioni di euro.

Per quanto riguarda l'erogazione di prestazioni di alta complessità nelle singole AA.VV. è stato previsto un incremento dello splafonamento di budget registrato l'anno precedente correlato a tale tipologia produzione, prevedendo in sede centrale un accantonamento pari a 500 mila euro.

CONTO ECONOMICO		BILANCIO 2017	BILANCIO DI PREVISIONE 2018	DIFF BIL PREV 2018 / BIL CONS 2017
0505010101	Acquisti di prestazioni di ricovero	70.493.060	70.156.903	- 336.158
0505010103	Acquisti di prestazioni di ricovero da privati vs residenti extraregione	39.687.307	38.708.727	- 978.580
Totale Prestazioni di Ricovero		110.180.367	108.865.630	- 1.314.737

☐ Aggregato Specialistica esterna

L'aggregato denominato Specialistica esterna comprende gli acquisiti di prestazioni da pubblico (in regolazione diretta e in mobilità, regione e fuori regione) e da privato accreditato. Per quanto concerne la specialistica in mobilità intra regione (A251) si prevede un decremento di 1,9 milioni di euro, mentre per la mobilità extra regione (A252) si prevede lo stesso importo.

Cod	Descrizione	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	BIL PREVENTIVO 2018 BIL CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO	%
A25	SPECIALISTICA ESTERNA	170.960.681	176.790.907	173.418.815	- 3.372.092	-1,9%
A251	SPECIALISTICA ESTERNA DA AZIENDE PUBBLICHE INTRA-REGIONALI	92.677.591	98.507.817	96.582.287	- 1.925.529	-2,0%
A252	SPECIALISTICA ESTERNA DA AZIENDE PUBBLICHE EXTRA-REGIONALI	21.851.970	21.851.970	21.851.125	- 846	0,0%
A253	SPECIALISTICA ESTERNA DA AZIENDE PRIVATE	56.431.120	56.431.120	54.985.403	- 1.445.717	-2,6%

Per quanto riguarda l'aggregato A253 Specialistica esterna da Aziende private, occorre specificare che in questa voce oltre alla specialistica dettagliata di seguito, ci viene imputata anche tutta l'assistenza territoriale ambulatoriale relativa a pazienti tossicodipendenti, con disturbi mentali, anziani e disabili (tale assistenza verrà analizzata nell'ambito della propria macro-categoria).

Come si evince dal prospetto sottostante, per l'assistenza specialistica e ambulatoriale intra regione, si prevede, rispetto all'anno precedente, un decremento di circa 1,9 milioni di euro, in realtà fittizio in quanto in sede di chiusura di bilancio consuntivo 2017 i costi sono stati rettificati dell'incasso della quota fissa ticket (10 euro), di conseguenza lo scostamento risulta essere solo di -725 mila euro legate ai valori di mobilità SSR concordati nel report del terzo trimestre 2018 con la regione.

Analizzando nel dettaglio la tipologia di struttura erogatrice, si evidenzia che per quanto riguarda le strutture Monospecialistiche i costi previsti in sede di Bilancio di previsione 2018 sono coerenti alle indicazioni della DGRM 1009/2017; per Villa Silvia, in virtù del budget flessibile, si prevede rispetto all'anno precedente un incremento per circa 90 mila euro, mentre per la Casa di Cura S.Giuseppe l'incremento risulta minimo, pari a circa euro 1.500.

Per quanto riguarda le Case di Cura Multispecialistiche (DGRM 1636/2016) rispetto all'anno precedente si prevede un decremento complessivo di circa 2,2 milioni di euro, in particolare per le strutture insite in AV2 (Villa Serena e Villa Igea) si prevede un decremento di spesa di circa 300 mila euro, per le strutture presenti in AV3 si prevede un decremento di attività pari a circa 745 mila euro, per Villa Verde insita in AV4 una riduzione pari a circa 150 mila euro ed, infine, in AV5 una significativa riduzione pari a circa 1 milione di euro.

Per i Presidi di Riabilitazione la spesa prevista per l'anno 2018 risulta leggermente maggiore all'anno precedente (+63 mila euro, correlato all'incremento in AV5 per trasferimento budget), anno in cui le Delibere di Giunta non hanno fornito indicazioni ed i costi a consuntivo sono stati imputati pari ai tetti del 2015 ridotti dello 0,5% (nota ASUR DG prot. n. 28029 del 29/09/2016).

Anche per la Specialistica ambulatoriale è stata seguita la stessa valorizzazione dell'attività riabilitativa suddetta, ma per l'anno 2018 si prevede complessivamente un incremento di circa 1,7 milioni di euro; tale aumento riguarda prevalentemente l'AV1 in quanto, come precedentemente

accennato per i ricoveri, si prevede il trascinarsi della convenzione con Villa Montefeltro con maggiori costi per la specialistica pari a 432 mila euro e la nuova erogazione di specialistica dalla struttura S.Stefano di Cagli per 857 mila euro.

Per quanto concerne i **Laboratori Analisi** con la DGRM 184 del 7/3/2017 sono stati assegnati i nuovi tetti economici per gli anni 2016/2018, comportando un incremento di budget annuale dal 2016 pari a euro 1.710.000, calcolato su un budget storico al lordo della spending review.

L'impatto di tale atto sull'anno 2017, rispetto all'anno precedente, riguardava esclusivamente l'avvio di nuovi laboratori (in AV2 Bioasis e AV5 Biolab) e l'avvio dell'attività domiciliare; l'incremento previsto per l'anno 2018 risulta correlato esclusivamente al trascinarsi di suddetta attività di prelievo domiciliare, per la quale si prevedono costi incrementativi pari a euro 451 mila euro.

Per quanto concerne la **specialistica ambulatoriale extra regione (mobilità attiva)**, come si evince dalla tabella sottostante, per l'anno 2018 si prevede un decremento della spesa, rispetto all'anno precedente, di circa 2,9 milioni di euro, scostamento che aumenta a 3 milioni se si considera la quota fissa ticket (in sede di Bilancio consuntivo 2017 i costi sono stati rettificati per l'incasso della quota fissa ticket per un importo pari a € 138.110).

Tale previsione è stata elaborata, come accennato in precedenza per i ricoveri, in base alle risultanze concordate nell'incontro del 22/10/2018 con le Associazioni degli erogatori privati (AIOP e ARIS) che individuano dei nuovi tetti di mobilità attiva coerenti con gli obiettivi dell'ASUR di riduzione della suddetta spesa (Determina DG ASUR 460/2018), aggiornando i tetti previsti dagli Accordi Regionali. Al riguardo occorre specificare che tale accordo nell'individuare i nuovi tetti non distingue tra ricoveri e specialistica, ed essendo quest'ultimi di importo minore, in sede di previsione i nuovi tetti sono stati inseriti nel conto dei ricoveri extra regione.

Per l'assistenza specialistica erogata dalle altre tipologie di strutture, Presidi di Riabilitazione, strutture di specialistica ambulatoriale e laboratori analisi, per i quali le Delibere di Giunta non hanno fornito indicazioni, i costi previsti per l'anno 2018 sono stati elaborati secondo i criteri utilizzati nel 2017 ossia tetti economici pari a quelli del 2015, ridotti dello 0,5% per effetto della DGRM 1224/2015 (nota ASUR DG prot. n. 28029 del 29/09/2016).

Analizzando nel dettaglio le singole AA.VV., si evidenzia che l'AV1 risulta allineata all'anno precedente. L'AV2, invece, risulta in riduzione di 362 mila euro, l'AV3 in riduzione di circa 90 mila euro, l'AV4 di 225 mila euro e l'AV5 in riduzione di 2,5 milioni di euro (escluso AIUDAPDS); tali scostamenti, come accennato in precedenza, in parte sono correlati al fatto che in sede di previsione i nuovi tetti (Multi, Mono, Riabilitazione) sono stati previsti sul conto dei ricoveri extra regione.

Infine, occorre ricordare che per l'AV5 con DGRM 1577/2016 è stato recepito l'Accordo per gli anni 2016-2017-2018 con gli erogatori privati accreditati per prestazioni multi specialistiche Ambulatoriali e di Day Surgery extraospedaliere, aderenti all'Associazione Italiana delle Unità Dedicate Autonome Private di Day Surgery e dei centri di chirurgia ambulatoriali (AIUDAPDS) e Libera Associazione Imprese Sanitarie Ambulatoriali Nazionali (LAISAN); rispetto all'anno precedente per l'AIUDAPDS (Studio Medico Chirurgico Polispecialistico srl), si prevede un incremento di circa 100 mila euro.

CONTO ECONOMICO		BILANCIO 2017	BILANCIO DI PREVISIONE 2018	DIFF BIL PREV 2018 / BIL CONS 2017
0505060101	Acquisti di prestazioni di assistenza specialistica	29.365.988	30.411.138	1.045.149
0505060103	Acquisti di prestazioni di assistenza specialistica da privati vs residenti extraregione	4.978.554	2.027.715	- 2.950.839
Totale Assistenza specialistica ed ambulatoriale		34.344.542	32.438.853	- 1.905.689

Come accennato in precedenza per il dettaglio delle voci sottostanti si rinvia ad apposita macro-categoria.

CONTO ECONOMICO		BILANCIO 2017	BILANCIO DI PREVISIONE 2018	DIFF BIL PREV 2018 / BIL CONS 2017
0505080103	Acquisti di prestazioni di assistenza territoriale ambulatoriale alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope o da alcool	94.169	106.169	12.000
0505080107	Acquisti di prestazioni di assistenza territoriale ambulatoriale alle persone con disturbi mentali	42.329	48.781	6.452
0505080109	Acquisti di prestazioni di assistenza territoriale ambulatoriale alle persone anziane	6.878	6.878	-
0505080111	Acquisti di prestazioni di assistenza territoriale ambulatoriale riabilitativa alle persone con disabilità	21.866.478	22.283.341	416.863
Totale Territoriale Ambulatoriale		22.009.855	22.445.170	435.315

□ Aggregato Specialistica interna

L'aggregato A26 relativo alla Specialistica Interna, comprende oltre ai costi sostenuti nei confronti dei Medici Sumaisti, anche quelli derivanti dalla Medicina dei Servizi, essa comprende inoltre sia le competenze fisse, sia quelle accessorie nonché gli oneri sociali e l'IRAP. La previsione per l'esercizio 2018 evidenzia un leggero incremento per l'anno 2018, pari ad euro 32 mila euro, tale incremento è quasi totalmente correlato all'aumento previsto per i specialisti ambulatoriali, che prevedono un incremento in valore assoluto pari a 30,7 mila euro, (pari al 0,15%).

Cod	Descrizione	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	BIL PREVENTIVO 2018 BIL CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO	%
A26	SPECIALISTICA INTERNA	20.745.183	20.745.183	20.777.224	32.042	0,2%
A261	SPECIALISTICA INTERNA	20.745.183	20.745.183	20.777.224	32.042	0,2%

Di seguito viene evidenziato il dettaglio dei costi previsto per l'anno 2018 per gli Specialisti interni, raffrontato con il dettaglio dei costi rilevati nel Bilancio Consuntivo 2017; non si prevedono per l'anno in corso, rilevanti variazioni rispetto al costo storico.

SPECIALISTICA INTERNA

Valori in €

Convenzioni per assistenza specialistica ambulatoriale interna		BILANCIO PREVISIONE 2018	BILANCIO ESERCIZIO 2017	SCOSTAMENTO BILANCIO PREVISIONE 2018 - BILANCIO 2017	
		2018	2017	1	0,05%
Convenzioni per medici specialisti ambulatoriali interni		20.411.170	20.380.464	30.706	0,15%
0505060201	Compensi per assistenza medico specialistica	16.793.133	16.850.935	-	-0,34%
0505060202	Oneri sociali per assistenza medico	2.301.410	2.248.536	52.874	2,35%
0505060203	IRAP per assistenza medico specialistica	1.316.626	1.280.993	35.633	2,78%
Convenzione per medicina dei servizi		366.055	364.719	1.336	0,37%
0505060301	Compensi per medicina dei servizi	298.710	298.710	-	0,00%
0505060302	Oneri sociali per medicina dei servizi	42.153	40.817	1.336	3,27%
0505060303	IRAP per medicina dei servizi	25.191	25.191	-	0,00%

□ Aggregato Farmaceutica

L'analisi della spesa della **Farmaceutica** (aggregato A27), così come evidenziato nel prospetto che segue di confronto tra il costo previsto per il 2018 e quello sostenuto nel 2017, evidenzia una previsione in contrazione significativa della spesa farmaceutica rispetto al consuntivo 2017, pari a -23 milioni di euro, corrispondenti al -9,8%. Tale decremento è il risultato combinato della realizzazione di azioni di contenimento della spesa per effetto della messa a regime delle azioni di razionalizzazione di cui alla DGRM 961/2017 avviate nel 2017 e della cessazione dell'esenzione del Ticket T16 per il sisma del 2016.

Cod	Descrizione	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	BIL PREVENTIVO 2018 BIL CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO	%
A27	FARMACEUTICA	293.991.173	293.991.173	270.357.135	- 23.634.039	-8,0%
A271	FARMACEUTICA DA AZIENDE PUBBL. INTRA-REGIONALI	42.679.689	42.679.689	42.679.689	-	0,0%
A272	FARMACEUTICA DA AZIENDE PUBBL. EXTRA-REGIONALI	9.390.479	9.390.479	9.390.479	-	0,0%
A273	FARMACEUTICA DA AZIENDE PRIVATE	241.921.006	241.921.006	218.286.967	- 23.634.039	-9,8%

Di seguito, si rappresentano le previsioni di spesa per singolo conto economico.

DESCRIZIONE	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	PREVISIONE 2018 - BIL CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO
Acquisti di prestazioni di assistenza farmaceutica in convenzione	241.419.472	241.419.472	217.785.433	- 23.634.039
Indennità di disagiata residenza alle farmacie rurali	501.534	501.534	501.534	-
Totale Aggregato 273	241.921.006	241.921.006	218.286.967	- 23.634.039

Per meglio spiegare il decremento rilevato per la farmaceutica convenzionata con la previsione di spesa per l'anno 2018 si procede all'analisi del confronto del dato consuntivo della farmaceutica convenzionata di novembre 2018 verso il dato consuntivo di novembre 2017 e si rileva che il decremento della spesa è in parte collegato ad una riduzione delle ricette prescritte, che diminuiscono del -4,18%, in parte connesso con l'incremento del ticket del 11,80% che deriva prevalentemente dall'interruzione del T16 per il sisma e infine si evidenzia infine che l'andamento degli sconti rileva un trend in riduzione del -12,96%. Nell'ultima colonna viene rilevata la variazione percentuale della spesa netta della farmaceutica convenzionata di gennaio-novembre 2018 verso il dato consuntivo di gennaio-novembre 2017 per Area vasta, al fine di evidenziare come la previsione economica sia stata già registrata nelle distinte riepilogative consuntive e che la previsione del mese di dicembre tenga conto delle riduzioni di consumi e di prezzi registrati in tale periodo.

Area Vasta	Numero Ricette	Var %	Lordo	Var %	Sconto	Var %	Ticket	Var %	Netto 11 Mesi 2018	Var %
Totale	15.263.359	-4,18	244.353.637	-7,66	13.998.641	-12,96	28.853.933	11,80	201.501.063	-9,54
AV1	3.474.221	-0,46	53.899.178	-3,97	2.763.604	-13,81	6.246.897	6,76	44.888.677	-4,63
AV2	4.851.125	-3,72	81.181.314	-7,45	5.064.552	-11,55	9.145.250	5,40	66.971.512	-8,65
AV3	3.068.552	-7,26	49.995.773	-9,97	2.953.617	-12,59	6.098.120	29,31	40.944.036	-13,69
AV4	1.805.787	-4,67	28.187.294	-8,32	1.521.089	-13,85	3.481.954	11,65	23.184.251	-10,35
AV5	2.063.674	-6,05	31.090.077	-9,94	1.695.780	-15,49	3.881.711	12,66	25.512.587	-12,23

□ Aggregato Medicina di Base

L'aggregato A28 Medicina di Base e nello specifico l'aggregato A283 Medicina di Base da Aziende Private comprende 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 ai medici dell'Emergenza Territoriale - 118.

Per l'aggregato A283 Medicina di Base da Aziende Private si prevede complessivamente per l'anno 2018 un decremento di -524 mila euro, pari al -0,3% rispetto al costo rilevato a consuntivo per il 2017.

Cod	Descrizione	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	BIL PREVENTIVO 2018 BIL CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO	%
A28	MEDICINA DI BASE	172.393.197	172.393.197	171.868.498	- 524.699	-0,3%
A281	MEDICINA DI BASE DA AZIENDE PUBBL. INTRA-REGIONALI	-	-	-	-	0,0%
A282	MEDICINA DI BASE DA AZIENDE PUBBL. EXTRA-REGIONALI	720.596	720.596	720.596	-	0,0%
A283	MEDICINA DI BASE DA AZIENDE PRIVATE	171.672.601	171.672.601	171.147.902	- 524.699	-0,3%

Di seguito viene evidenziato il dettaglio dei costi previsti per l'anno 2018 per le convenzioni per la medicina di base, raffrontato con il dettaglio dei costi registrati a consuntivo nel 2017.

Tabella 5.2

MEDICINA DI BASE

Valori in €

Convenzioni per medicina di base		BILANCIO PREVISIONE	BILANCIO ESERCIZIO	SCOSTAMENTO BILANCIO PREVISIONE 2018 - BILANCIO 2017	
		2018	2017	assoluta	%
Convenzioni per medici di medicina generale/assistenza primaria		118.840.760	120.776.577	- 1.935.817	-1,60%
0505020101	Compensi per assistenza medico generica in co	71.887.431	72.612.249	- 724.818	-0,009982
0505020102	Compensi accessori per assistenza	35.351.523	36.497.482	- 1.145.958	-3,14%
0505020103	Oneri sociali/premi assicurativi malattia	11.601.805	11.666.846	- 65.041	-0,56%
Convenzioni per servizio di continuità assistenziale		20.047.375	19.521.754	525.620	2,69%
0505020201	Compensi per servizio continuità assistenziale	14.660.181	14.389.293	270.888	1,88%
0505020202	Compensi accessori per servizio continuità	2.864.132	2.627.418	236.714	9,01%
0505020203	Oneri sociali/premi assicurativi malattia per	1.924.986	1.912.389	12.597	0,66%
0505020204	IRAP per servizio continuità assistenziale	598.076	592.654	5.422	0,91%
Convenzioni per ass. guardia medica turistica		264.965	250.902	14.063	5,60%
0505020301	Compensi per assistenza guardia medica	193.339	198.781	- 5.442	-2,74%
0505020302	Compensi accessori per assistenza guardia	47.104	28.792	18.312	63,60%
0505020303	Oneri sociali/premi assicurativi malattia per	24.522	23.329	1.193	5,11%
Convenzioni per emergenza territoriale - 118		9.127.717	8.022.082	1.105.636	13,78%
0505020501	Compensi per convenzioni per emergenza	4.759.040	4.082.758	676.283	16,56%
0505020502	Compensi accessori per convenzioni per	3.027.591	2.753.946	273.645	9,94%
0505020503	Oneri sociali/premi assicurativi malattia per	840.378	735.021	105.358	14,33%
0505020504	IRAP per convenzioni per emergenza	500.707	450.357	50.351	11,18%
Convenzioni per pediatri di libera scelta		22.867.085	23.101.286	- 234.201	-1,01%
0505020401	Compensi per assistenza pediatrica in	16.953.399	17.010.835	- 57.436	-0,34%
0505020402	Compensi accessori per assistenza pediatrica	3.945.795	4.109.080	- 163.285	-3,97%
0505020403	Oneri sociali/premi assicurativi malattia per	1.967.891	1.981.371	- 13.479	-0,68%

Analizzando il dettaglio della previsione di spesa 2018, si evidenzia che il decremento rilevato per l'aggregato "A28 Medicina di Base" è determinato da un lato dall'aumento dei costi previsti per la

continuità assistenziale e per l'emergenza territoriale, che evidenziano rispettivamente un incremento di +525 mila euro (pari al +2,69%) e di 1,1 milioni di euro (pari al +13,78%), e dall'altro lato dal decremento dei costi previsti per i medici di medicina generale e per i pediatri di libera scelta, che diminuiscono rispettivamente di -1,9 milioni di euro (pari al -1,6%) e -234 mila euro (pari al -1%). Le riduzioni di costo previste interessano prevalentemente la componente accessoria dei compensi e riguardano i seguenti fenomeni:

- il costo cessante registrato nel 2017 per il progetto di dematerializzazione della ricetta, il quale prevedeva un compenso ai MMG per 335 mila euro;
- la riduzione dei compensi dei MMG prevista in AV4 in seguito all'applicazione dei controlli delle note AIFA sulle prescrizioni dei medici dell'anno 2016;
- la mancata riconferma nel 2018 di quote di accantonamento effettuate dall'AV1 nel bilancio 2017.

Si rileva infine anche una previsione in leggero incremento per la guardia medica turistica che in termini assoluti ha un impatto ridotto, si rileva un incremento di appena 14 mila euro, corrispondenti al +5%.

Per quanto riguarda i medici convenzionati e i medici specialistici ambulatoriali, in data 29 marzo 2018 è stato sottoscritto l'Accordo Collettivo Nazionale di Lavoro per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale nelle quale le parti convocate hanno preso atto delle disposizioni finanziarie assunte dal Governo in materia e, considerata la scelta di addivenire alla sottoscrizione dell'ACN in attesa di definire compiutamente la revisione contrattuale normativa ed economica relativa al triennio 2016-2018, le parti hanno concordato l'erogazione delle risorse relative agli arretrati previsti per il periodo 2010-2015. Su quanto sopra esposto questa azienda ha provveduto ad effettuare i relativi conteggi e al pagamento delle quote dovute già debitamente accantonate negli esercizi precedenti nell'apposito conto dei Fondi. Si presenta di seguito la tabella riassuntiva delle quote liquidate per tipologia di convenzione:

RINNOVI CONTRATTUALI 2010-2015 medicina convenzionata			
AAVV	SPECIALISTI	MEDICINA DI BASE	Totale
AV1	172.246,07	1.460.005,78	1.632.251,85
AV2	210.213,58	1.963.987,44	2.174.201,02
AV3	133.051,00	1.252.907,19	1.385.958,19
AV4	56.907,34	742.438,85	799.346,19
AV5	120.572,34	790.168,35	910.740,69
TOTALI	692.990,33	6.209.507,61	6.902.497,94

☐ Aggregato Altre prestazioni

Come si evince dal prospetto sottostante, la spesa prevista nel Bilancio di Previsione 2018 relativa all'aggregato **Altre Prestazioni (A29)** registra un incremento di 13,8 milioni di euro (5,5%), imputabili all'incremento delle prestazioni erogate da Aziende private (A293).

Cod	Descrizione	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	BIL PREVENTIVO 2018 BIL CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO	%
A29	ALTRE PRESTAZIONI	251.380.948	251.050.753	264.941.232	13.890.479	5,5%
A291	ALTRE PRESTAZIONI DA AZIENDE PUBBL. INTRA-REGIONALI	4.278.396	4.278.396	4.205.341	73.056	-1,7%
A292	ALTRE PRESTAZIONI DA AZIENDE PUBBL. EXTRA-REGIONALI	4.771.623	4.771.623	4.807.444	35.822	0,8%
A293	ALTRE PRESTAZIONI DA AZIENDE PRIVATE	242.330.929	242.000.734	255.928.447	13.927.713	5,8%

Alla voce **A293 Altre Prestazioni da Aziende Private** si prevede, infatti, un importo pari a 255,9 milioni di euro, in incremento rispetto all'anno precedente di 13,9 milioni di euro (5,8%).

Cod	Descrizione	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	BIL PREVENTIVO 2018 BIL CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO	%
A293	ALTRE PRESTAZIONI DA AZIENDE PRIVATE	242.330.929	242.000.734	255.928.447	13.927.713	5,8%
A293a	Prestazioni di assistenza integrativa e protesica	41.352.430	41.352.430	42.508.811	1.156.381	2,8%
A293b	Prestazioni di assistenza alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope o da alcool e persone con infezione da HIV	9.852.127	9.852.127	10.712.448	860.321	8,7%
A293c	Prestazioni di assistenza alle persone con disabilità psichiche	25.379.385	25.379.385	27.792.999	2.413.614	9,5%
A293d	Prestazioni di assistenza alle persone anziane e disabili	79.319.045	79.319.045	85.926.820	6.607.775	8,3%
A293e	Prestazioni di assistenza riabilitativa ex art. 26 Legge 833/79	51.610.426	51.610.426	51.140.505	-469.921	-0,9%
A293f	Convenzioni per assistenza infermieristica e altri	15.784.919	15.454.724	16.450.599	995.875	6,4%
A293g	Acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare integrata (ADI)	4.455.301	4.455.301	4.782.119	326.818	7,3%
A293h	Altre prestazioni (oltre prestazioni sanitarie, convenzioni sanitarie, termale, consultoriale, contributi agli assistiti e enti)	14.577.296	14.577.296	16.614.147	2.036.850	14,0%

Analizzando nel dettaglio gli scostamenti, alla voce **A293a Prestazioni di assistenza integrativa e protesica** si prevede un incremento di spesa, rispetto al consuntivo dell'anno precedente, di 1,1 milioni di euro, correlato per 955 mila euro all'aumento della spesa per somministrazione di beni sanitari per assistenza integrativa (dietetici, materiale per incontinenti, diabetici) a seguito dell'ampiamiento della domanda e dei nuovi LEA (DGRM 716/2017) ed all'effetto del passaggio dell'AV4 dalla distribuzione diretta a quella mediante le farmacie convenzionate (su disposizione regionale); il restante incremento pari a circa 193 mila euro è previsto per gli Acquisti di prestazioni di assistenza protesica, correlato all'ampiamiento della domanda.

Al successivo sub aggregato **A293b relativo alle Dipendenze patologiche**, l'incremento rispetto all'anno precedente di circa 860 mila euro è essenzialmente correlato all'incremento dell'assistenza residenziale di pazienti dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope o da alcool per 730 mila euro (decremento semiresidenziale) e all'incremento, sempre dell'assistenza residenziale, di pazienti malati di HIV per 195 mila euro.

Per quanto concerne l'assistenza a persone dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope o da alcool occorre evidenziare che attraverso le esperienze maturate negli ultimi anni, nella Regione Marche si è consolidato, nel settore del trattamento e cura delle persone con problemi di dipendenza, un modello di offerta di servizi in rete; 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 ed 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 un accordo tra la Regione Marche, il Coordinamento Regionale degli Enti Ausiliari accreditati delle Marche (CREA) e l'ASUR.

Alla luce di evidenze epidemiologiche che indicavano costanti mutamenti, qualitativi e quantitativi, in aumento del fenomeno, le parti hanno siglato un primo accordo pluriennale (2012-2014) per regolare in modo più efficiente ed efficace i rapporti ed alcuni fondamentali processi di lavoro; tale accordo recepito ed approvato dalla Regione Marche con DGRM 1245/2012, mirava a favorire il miglioramento della rete del rapporto della collaborazione tra i STDP e le strutture del privato sociale. Gli esiti di tale accordo sono stati oggetto di confronto e di riflessione tra le parti ed hanno indotto alla stesura di un nuovo accordo pluriennale finalizzato a consolidare alcuni importanti risultati conseguiti, a perseguire alcuni obiettivi non pienamente realizzati e ad individuare nuove azioni di sistema.

L'accordo approvato dalla Regione con DGRM n. 1221 del 30/12/2015, è stato recepito dall'ASUR con Determina DG n. 278 del 21/04/2016 avente ad oggetto "DGRM 1221/2015 - recepimento Accordo quadro per il triennio 2015-2017 tra la Regione Marche, il CREA, l'ACUDIPA e l'ASUR Marche. Determinazioni". Con tale accordo è stato stabilito, per ciascun anno 2015-2017, il tetto di

spesa per gli inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali erogate a persone con dipendenze patologiche.

In particolare, per l'anno 2015 veniva fissato un tetto economico pari a euro 8.617.882, contro una spesa consuntiva pari a euro 7.866.832, al netto del progetto regionale (Pitucchio di Arcevia - Villa Silvia pari a euro 371.832).

Per l'anno 2016, tale atto prevedeva una spesa complessiva aziendale pari a euro 8.741.712, da confrontare con una spesa consuntiva 2016 pari a euro 8.125.171, alla quale si aggiunge il suddetto progetto regionale Pitucchio di Arcevia per ulteriori euro 388.062 (Determina DG ASUR 372 del 26/05/2015), per un costo complessivo pari a euro 8.513.233.

Per l'anno 2017, la determina conferma lo stesso tetto economico complessivo aziendale dell'anno precedente, da confrontare con una spesa consuntiva 2017 pari a 8,3 milioni di euro, alla quale va aggiunto il progetto di Villa Silvia per euro 418.544, per raggiungere un costo complessivo registrato nei tre conti pari a 8,7 milioni di euro.

Per l'anno 2018, in attesa del recepimento di un nuovo accordo, la programmazione, rispetto al tetto economico 2017, risulta complessivamente maggiore di circa 320 mila euro, conseguente ad un incremento di spesa, rispetto all'anno precedente, previsto per l'assistenza residenziale in AV1 – AV3 e AV5, al quale, come si evince nella tabella sottostante, si aggiunge, invece, una leggera contrazione della spesa per Villa Silvia.

CONTO ECONOMICO		BILANCIO 2017	BILANCIO DI PREVISIONE 2018	DIFF BIL PREV 2018 / BIL CONS 2017
0505080103	Acquisti di prestazioni di assistenza territoriale ambulatoriale alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope o da alcool	94.169	106.169	12.000
0505090101	Acquisti di prestazioni di assistenza semi-residenziale alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope o da alcool	424.490	363.830	60.660
0505100101	Acquisti di prestazioni di assistenza residenziale alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope o da alcool	7.771.307	8.595.053	823.746
0505100101	Acquisti di prestazioni di assistenza residenziale alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope o da alcool (VILLA SILVIA)	418.544	325.000	93.544
Totale Assistenza Tossicodipendenti		8.708.510	9.390.053	681.542

Per quanto riguarda l'assistenza residenziale alle persone con infezione da HIV/AIDS per l'anno 2018, come si evince nello schema sottostante, si prevede una spesa pari a 1,4 milioni di euro, in incremento rispetto all'anno precedente di circa euro 195.000. Al riguardo occorre ricordare che da gennaio 2018 è iniziata da parte delle strutture la fatturazione diretta alle singole Aree Vaste di residenza del paziente, come già avveniva per i pazienti tossicodipendenti, tale spesa in precedenza transitava in mobilità intra ASUR.

CONTO ECONOMICO		BILANCIO 2017	BILANCIO DI PREVISIONE 2018	DIFF BIL PREV 2018 / BIL CONS 2017
0505080105	Acquisti di prestazioni di assistenza territoriale ambulatoriale alle persone con infezione da HIV		-	-
0505100103	Acquisti di prestazioni di assistenza residenziale alle persone con infezione da HIV	1.233.547	1.428.565	195.018
Totale Assistenza HIV		1.233.547	1.428.565	195.018

Per quanto concerne l'assistenza alle **persone con disturbi mentali** la spesa prevista per l'anno 2018 nei tre conti economici, ambulatoriale, semi-residenziale, residenziale, risulta, rispetto all'anno

precedente, in incremento di 2,4 milioni di euro (si ricorda che come aggregato l'ambulatoriale viene imputata al A253).

Tale incremento, come si evince nella tabella sottostante, è correlato all'aumento dell'assistenza residenziale in particolare in AV3 (+350 mila euro) e AV4 (+610 mila euro) e ad una riclassificazione della spesa prevista per la struttura Beata Corte di Caccamo in AV3 per euro 848.850, in precedenza imputata al conto residenziale anziani per euro 469.125. Occorre, inoltre, ricordare l'incremento degli inserimenti di pazienti presso la struttura REMS insita in AV1.

CONTO ECONOMICO		BILANCIO 2017	BILANCIO DI PREVISIONE 2018	DIFF BIL PREV 2018 / BIL CONS 2017
0505080107	Acquisti di prestazioni di assistenza territoriale ambulatoriale alle persone con disturbi mentali	42.329	48.781	6.452
0505090105	Acquisti di prestazioni di assistenza semi-residenziale alle persone con disturbi mentali	158.055	191.316	33.261
0505100105	Acquisti di prestazioni di assistenza residenziale alle persone con disturbi mentali	25.221.330	27.601.682	2.380.353
Totale Assistenza Disturbi mentali		25.421.714	27.841.780	2.420.066

Per quanto concerne la voce **A293d Prestazioni di assistenza alle persone anziane e disabili** l'incremento complessivo previsto rispetto all'anno precedente risulta di 6,6 milioni di euro (-11,7 milioni anziani e +18,3 disabili).

Per questa tipologia di assistenza occorre ricordare brevemente che con Decreto del Dirigente del Servizio Sanità n. 59/SAN del 28/12/2017, avente ad oggetto "Integrazione del Piano dei Conti Unico Integrato del SSR", dal primo gennaio 2018 sono state apportate delle importanti modifiche ed integrazioni al piano dei conti, in particolare per il privato accreditato, rispetto al passato, è stata prevista la suddivisione tra l'assistenza erogata agli anziani e l'assistenza erogata ai disabili e contemporaneamente sono state riviste delle denominazione di conto, il tutto al fine di avere un immediato riscontro dell'entità della spesa in relazione alla tipologia di prestazioni acquistate, riferita alle diverse categorie di destinatari e distinta tra i diversi livelli assistenziali a cui fanno riferimento le diverse tipologie di servizi residenziali e semiresidenziali: sanitari extra-ospedalieri, sociosanitari, sociali.

Per quanto concerne l'assistenza agli anziani, dalla tabella sottostante, risulta un decremento della spesa di 11,7 milioni di euro assolutamente fittizio in quanto, come accennato in precedenza, a seguito dell'utilizzo dei nuovi conti economici la spesa per i pazienti disabili, in precedenza registrata in questi conti economici (ambulatoriale, semi-residenziale, residenziale), dal primo gennaio 2018 viene imputata nei nuovi conti economici.

In particolare, al conto semiresidenziale anziani si prevede una diminuzione di spesa di 7,2 milioni di euro, correlata essenzialmente al trasferimento al nuovo conto economico 0505090111 "Acquisti di prestazioni di assistenza semi-residenziale alle persone con disabilità" dell'imputazione della spesa dei Centri Socio Educativi Riabilitativi diurni (CDSER) il cui costo registrato nel Bilancio di esercizio 2017 risultava essere pari a 7,5 milioni di euro, contro una previsione di spesa 2018 pari a 7,7 milioni di euro. Dal 2018 in questo conto vengono imputati i costi sostenuti per i centri diurni, in particolare i centri diurni per pazienti con Alzheimer avviati a seguito della DGRM 1013/2014, per i quali si prevede l'incremento di spesa per 290 mila euro.

Per quanto concerne la residenzialità per anziani, anche per questo conto il decremento di 4,4 milioni di euro risulta fittizio, in quanto la spesa relativa ai disabili registrata nel corso dell'anno 2017 in questo conto, dal 2018 viene imputata al nuovo conto economico 0505100111 "Acquisti di prestazioni di assistenza residenziale alle persone con disabilità". Nel conto della residenzialità anziani, invece, va segnalato l'incremento dei costi a seguito del trascinarsi dell'accordo contrattuale per l'erogazione di prestazioni presso la RSA S.Maria in Chienti/Villa Margherita per 755 mila euro (Determina ASUR DG n. 334 del 1/6/2017) e, sempre in AV3, l'incremento dei costi sostenuti per l'erogazione delle Cure

Intermedie presso la Casa di Cura Marchetti per 370 mila euro (l'anno precedente trasferito budget in altro conto).

Sempre in questo conto, inoltre, va segnalato il trascinamento dei posti letto attivati con diversa tempistica nel corso dell'anno 2017 (obiettivo 2017 assegnato dalla Direzione Generale a ciascuna AA.VV con singole note nel mese di febbraio 2017, ai sensi della DGRM 1013/2017), al quale si aggiunge l'impatto stimato sull'anno 2018 di 606.000 euro (Determina ASUR DG n. 624 del 13/11/2018) derivante dall'attuazione dell'allegato B della DGRM 1115/2018; la previsione è stata effettuata dall'Area Integrazione socio sanitaria sulla base delle date di valutazione dell'UVI dei nuovi posti letto e a condizione che il paziente non abbia sostenuto già il costo della retta. Per quanto riguarda, invece, i 186 posti letto da trasformare da RPA a RPD, l'impatto sui costi di bilancio si avrà a partire dall'anno 2019.

CONTO ECONOMICO		BILANCIO 2017	BILANCIO DI PREVISIONE 2018	DIFF BIL PREV 2018 / BIL CONS 2017
0505080109	Acquisti di prestazioni di assistenza territoriale ambulatoriale alle persone anziane	6.878	6.878	-
0505090107	Acquisti di prestazioni di assistenza semi-residenziale alle persone anziane	8.773.269	1.509.973	- 7.263.296
0505100107	Acquisti di prestazioni di assistenza residenziale alle persone anziane	70.545.776	66.048.999	- 4.496.777
Totale Assistenza Anziani		79.325.923	67.565.850	- 11.760.073

Come accennato in precedenza, nei nuovi conti economici sottostanti, relativi all'assistenza a pazienti disabili, vengono previsti nel conto della semiresidenziale essenzialmente i costi per i CDSER (7,7 milioni di euro), mentre nel conto della residenziale i costi sostenuti per gli inserimenti a valenza sanitaria e/o socio-sanitaria effettuati dall'UMEE/UMEA e Consultori di pazienti disabili presso le seguenti strutture: Comunità educative, COSER, RSA Disabili, RP Disabili, etc.

CONTO ECONOMICO		BILANCIO 2017	BILANCIO DI PREVISIONE 2018	DIFF BIL PREV 2018 / BIL CONS 2017
0505090111	Acquisti di prestazioni di assistenza semi-residenziale alle persone con disabilità	0	8.166.192	8.166.192
0505100111	Acquisti di prestazioni di assistenza residenziale alle persone con disabilità	0	10.201.656	10.201.656
Totale Assistenza Disabili		-	18.367.848	18.367.848

Analizzando la voce **A293e Prestazioni di assistenza riabilitativa**, comprendente l'assistenza semiresidenziale e residenziale (territoriale ambulatoriale imputata al A253), per l'anno 2018 si prevede un leggero decremento pari a -469 mila euro.

Analizzando nel dettaglio tutta l'assistenza Riabilitativa (assistenza ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale), come si evince dal prospetto sottostante, la previsione annua 2018 risulta allineata all'anno precedente.

In particolare, sul conto **territoriale ambulatoriale** si prevede un incremento di costi di circa 416 mila euro, correlato sia a trasferimenti di budget sia al trascinamento per circa 480 mila euro delle prestazioni erogate a pazienti in età evolutiva, autorizzate con DGRM 1114/2017, il cui impatto economico nell'ultimo quadrimestre dell'anno 2017 era risultato pari a circa 478 mila euro; in AV4 tale attività viene registrato al conto economico semi-residenziale riabilitativa.

Per quanto concerne il conto **semiresidenziale riabilitativa** si prevede, sempre rispetto all'anno precedente, un decremento complessivo di circa 630 mila euro, correlato per circa 160 mila euro alla conversione dell'attività di seminternato di Villa Adria (attività interrotta nel maggio del 2017), alla riduzione di tale tipologia di attività per 407 mila euro erogata in AV3, in particolare dal S.Stefano di Porto Potenza, e alla riduzione in AV4 per circa 72 mila euro.

Sul conto della **residenziale**, invece, si prevede un incremento di 160 mila euro; in particolare, in AV1 si prevede, rispetto all'anno precedente, una leggera contrazione di spesa, in AV2 un incremento di 180 mila euro, in AV3 un incremento di 155 mila euro, in AV4 un decremento di 190 mila euro, mentre l'AV5 risulta allineata all'anno precedente.

Al riguardo occorre ricordare, però, che il Bilancio 2017 in tale voce comprendeva i costi per l'attività erogata a pazienti disabili cronici fuori regione, fatturati in precedenza direttamente alle ASL di residenza del paziente coerentemente alle indicazioni del Servizio Sanità (prot. n. 191519 del 24/03/2016), rientranti, sulla base della decisione della Commissione Salute (nota Servizio Salute prot. n. 1191441 del 28/11/2017), nella compensazione della mobilità sanitaria interregionale; in sede di bilancio 2017, a competenza, erano stati registrati costi complessivi aziendali pari a € 3.571.859.

In sede di bilancio di previsione 2018, si è ipotizzato l'avvio della regolazione diretta con le altre Regioni così come risultante dall'ultima decisione della Conferenza Stato Regioni sull'anno 2017, stante il mancato chiarimento pervenuto da Regione Marche circa la richiesta di chiarimenti dell'ASUR sulle disposizioni regionali contenute nella nota prot. 748842 del 29/06/2018. Infatti, si chiedeva all'ASUR di provvedere con il proprio budget, fino a diversa comunicazione, al riconoscimento ed al pagamento dell'assistenza ai pazienti disabili cronici provenienti fuori regione anche per l'anno 2018, in attesa di puntuali indicazioni da parte della Conferenza ed in mancanza di apposito finanziamento aggiuntivo.

CONTO ECONOMICO		BILANCIO 2017	BILANCIO DI PREVISIONE 2018	DIFF BIL PREV 2018 / BIL CONS 2017
0505080111	Acquisti di prestazioni di assistenza territoriale ambulatoriale riabilitativa alle persone con disabilità	21.866.478	22.283.341	416.863
0505090109	Acquisti di prestazioni di assistenza semi-residenziale riabilitativa alle persone con disabilità	5.068.272	4.438.221	- 630.052
0505100109	Acquisti di prestazioni di assistenza residenziale riabilitativa alle persone con disabilità	46.542.154	46.702.284	160.130
Totale Assistenza Riabilitativa		73.476.904	73.423.846	- 53.058

Per quanto concerne la voce **A293f Convenzioni per assistenza infermieristica e altri**, si registra, rispetto all'anno precedente, un incremento complessivo di costi pari a 995 mila euro, imputabile essenzialmente all'attivazione in AV4 di nuovi servizi presso la RSA di Montegranaro ed altre attività territoriali (698 mila euro).

Al sub aggregato **A293g Acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare integrata (ADI)** si prevede un incremento di 326 mila euro, essenzialmente correlato ad incrementi previsti per tale tipologia assistenziale in AV4 (+282 mila euro).

Per la voce residuale **A293h Altre prestazioni** (altre prestazioni sanitarie, convenzioni sanitarie, termale, consultoriale, contributi agli assistiti e enti) si prevede, rispetto all'anno precedente, un incremento di spesa pari a 2 milioni di euro.

In particolare, si prevede un incremento di 1 milione di euro per convenzioni sanitarie conseguenti all'avvio del progetto regionale "Marche in movimento con lo sport di classe" ed al progetto "sport senza età".

In questa voce, inoltre, si prevede l'aumento dei contributi agli assistiti per circa 119 mila euro.

Per quanto concerne l'acquisto di prestazioni da strutture deputate all'erogazione di **assistenza termale**, in sede di Bilancio di previsione 2018 si prevede un costo complessivo pari a 3 milioni di euro (intra ed extra regione), in incremento, rispetto alla spesa registrata nell'anno precedente, di circa 867 mila euro, dovuta principalmente alla riapertura delle Terme di Acquasanta in AV5 (chiusura conseguente al sisma) e ad una maggiore produzione, sempre nell'ambito dei tetti vigenti.

I tetti economici attualmente vigenti sono previsti dalla DGRM 1065 del 22/09/2014, con la quale è stato recepito l'Accordo nazionale per l'erogazione delle prestazioni termali per il triennio 2013/2015.

Con successiva DGRM n. 1357 del 20/11/2017 avente ad oggetto il "Recepimento Intesa della Conferenza Stato-Regioni, ai sensi dell'art. 4 della legge 323/2000, sull'accordo nazionale per l'erogazione delle prestazioni termali per il biennio 2016/2018. Rep. Atti n.18/CSR del 09/02/2017. Definizione valore della produzione termale anno 2016", è stato ribadito che il budget assegnato agli Stabilimenti Termali è al netto del ticket e che l'Accordo regionale consente la compensazione, nell'ambito del budget del singolo stabilimento termale, tra attività per residenti e attività in mobilità attiva. Tale Accordo, inoltre, stabilisce che, qualora vi siano degli stabilimenti termali che non raggiungono il budget assegnato, si riconoscono gli eventuali extra budget prodotti dagli altri stabilimenti, fino a concorrenza del tetto di spesa complessivo regionale per gli stessi anni.

In sede di previsione vengono confermati gli accantonati effettuati nel Bilancio consuntivo 2017.

CONTO ECONOMICO		BILANCIO 2017	BILANCIO DI PREVISIONE 2018	DIFF.BIL PREV 2018 / BIL CONS 2017
0505110101	Acquisti di prestazioni di assistenza termale	1.970.114	2.611.773	641.659
0505110103	Acquisti di prestazioni di assistenza termale da privati vs residenti extraregione	170.479	396.695	226.215
Totale Assistenza Termale		2.140.593	3.008.467	867.874

☐ Aggregato Libera professione

Cod	Descrizione	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	BIL PREVENTIVO 2018 - BIL CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO	%
A30	LIBERA PROFESSIONE	17.536.850	17.270.850	17.734.708	463.858	2,7%
A301	LIBERA PROFESSIONE	17.536.850	17.270.850	17.734.708	463.858	2,7%

L'aggregato dedicato alla "Libera Professione" accoglie i costi retrocessi al personale per l'erogazione delle prestazioni in regime di libera professione. Per l'anno 2018, in coerenza con l'andamento dei ricavi, si prevede un incremento dei costi pari a 463 mila euro, (pari al + 2,7%), rispetto al valore del consuntivo 2017 rilevato al netto dei costi afferenti al Presidio Ospedaliero di Osimo.

☐ Ammortamenti non sterilizzati

Cod	Descrizione	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	PREVISIONE 2018 - BIL CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO	%
A31	AMMORTAMENTI	6.471.300	6.471.300	5.073.310	1.397.990	-21,6%
A311	AMMORTAMENTI	39.638.062	39.638.062	38.240.072	1.397.990	-3,5%
A312	STERILIZZAZIONE AMMORTAMENTI (-)	33.166.762	33.166.762	33.166.762	-	0,0%

L'Aggregato degli "Ammortamenti non sterilizzati" è determinato come differenza tra l'ammontare complessivo degli ammortamenti (A311) e la quota di utilizzo dei contributi in conto capitale per l'acquisto di immobilizzazioni (beni a fecondità ripetuta) (A312).

La previsione 2018 è in coerenza con il D.L.g.s. 118/11, che prevede l'ammortamento dei beni acquistati con fondi correnti sulla base del 100% del valore di acquisto dei beni. In particolare, l'ammontare complessivo degli investimenti di 21,1 milioni di euro è stato finanziato con contributi in conto capitale senza gravare sul Budget aziendale:

- 15 milioni di euro di contributi in conto capitale assegnati con la Delibera di Budget definitivo;
- 594.416 euro di contributi in conto capitale costituiti mediante utilizzo degli utili di esercizio accantonati nell'apposita riserva del bilancio aziendale;
- 5.371.349 euro di contributi in conto capitale costituiti mediante utilizzo delle plusvalenze derivanti da alienazioni patrimoniali così come risultanti dal bilancio 2017 approvato;
- euro 131.047 accantonati a tal fine nel bilancio d'esercizio 2017, come previsto dalla DGRM 638 del 04/05/2018.

Nell'elaborazione del Bilancio preventivo 2018 si è tenuto conto della conclusione dei piani di ammortamento dei beni acquistati con fondi correnti negli anni precedenti il 2010, che porterà ad un beneficio stimato di 1,4 milioni di euro rispetto all'anno precedente.

□ Accantonamenti

L'aggregato in oggetto fa riferimento essenzialmente agli accantonamenti rischi e oneri, compresi i rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato.

Cod	Descrizione	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	PREVISIONE 2018 - BIL. CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO	%
A32	ACCANTONAMENTI	27.582.822	27.537.822	31.816.576	4.278.754	15,5%
A321	ACCANTONAMENTI RINNOVI PERSONALE	7.515.441	7.470.441	9.537.545	2.067.104	27,7%
A322	ACCANTONAMENTI RINNOVO CONVENZIONE MEDICI	3.149.461	3.149.461	7.296.521	4.147.060	131,7%
A323	ACCANTONAMENTI RINNOVO CONVENZIONE SUMAI	1.022.483	1.022.483	1.190.968	168.485	16,5%
A324	ALTRI ACCANTONAMENTI	15.895.437	15.895.437	13.791.542	2.103.896	-13,2%

Per quanto riguarda il confronto con l'anno precedente, si prevedono incrementi per complessivi 4,3 milioni di euro legati prioritariamente agli accantonamenti per rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato sulla base di quanto comunicato dalla Regione Marche nell'assegnazione definitiva del Budget 2018, in applicazione del D.P.C.M. 27/02/2017 che prevede un accantonamento per il 2018 pari al 3,48% del monte salari competenza 2016. Gli accantonamenti sono i seguenti:

- il personale dipendente rientrante nelle categorie Dirigenza sanitaria e non sanitaria (A321) per circa 6,9 milioni di euro;
- il personale medico convenzionato (A 322) per 4,1 milioni di euro;
- il personale medico specialista interno (A323) per circa 0,5 milioni di euro.

Inoltre, a seguito della stipula del relativo contratto collettivo nazionale per il triennio 2016/2018, si rileva l'assenza di accantonamenti contrattuali per il comparto del ruolo sanitario e non sanitario per complessivi 4,5 milioni di euro rispetto all'anno precedente e di 6,9 rispetto al Budget provvisorio assegnato per l'anno 2018.

Da rilevare rispetto all'anno precedente minori accantonamenti per:

- fondi rischi per cause civili e per il contenzioso personale dipendente per un importo complessivo di 0,7 milioni di euro in coerenza con la revisione del fondo;

Allegato 1.4 – Relazione Annuale sulla programmazione Economico e Sanitaria

- la copertura diretta dei rischi (autoassicurazione) per 0,3 milioni di euro in coerenza con il CE preventivo 2018;
- fondo premio operosità SUMAI per circa 0,3 milioni di euro in applicazione della metodologia di calcolo unitaria aziendale del premio tra le Aree Vaste;
- interessi di mora per 0,2 milioni di euro, sulla base di quanto conosciuto al momento della stesura della relazione nonché al miglioramento generale dei tempi di pagamento;
- infine, gli accantonamenti per quote non utilizzate dei diversi tipi di contributi non avendo un andamento costante negli anni sono state stimate pari a zero al pari delle partite di ricavo relative alle quote di contributi inutilizzati di anni precedenti.

Conto	DESCRIZIONE	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	PREVISIONE 2018 BIL CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO
0524010204	Accantonamento al fondo svalutazione crediti venti regionali	73	73	73	-
0524010207	Accantonamento al fondo Svalutazione crediti vAziende Sanitarie Pubbliche Extraregione	76.841	76.841	76.841	-
0524010209	Accantonamento al fondo Svalutazione crediti vprefettura	5.497	5.497	5.497	-
0524010210	Accantonamento al fondo Svalutazione crediti vcomuni	28.287	28.287	28.287	-
0524010211	Accantonamento al fondo Svalutazione crediti v'altri soggetti pubblici	119.543	119.543	119.543	-
0524010301	Accantonamenti al fondo svalutazione crediti verso soggetti privati	366.668	366.668	366.668	-
0524010501	Accantonamenti al fondo svalutazione crediti verso assistiti	164.620	164.620	164.620	-
0526030101	Accantonamenti al fondo rischi per cause civili ed oneri processuali	2.535.680	2.535.680	2.185.680	350.000
0526030103	Accantonamenti al fondo rischi per contenzioso personale dipendente	2.797.853	2.797.853	2.447.853	350.000
0526030105	Accantonamenti altri fondi per rischi	265.893	265.893	265.893	-
0526030109	Accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)	5.000.000	5.000.000	4.700.000	300.000
0526030201	Accantonamento per quote inutilizzate contributi da Regione per quota FS vincolato	209.092	209.092	-	209.092
0526030202	Accantonamento per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati	149.258	149.258	-	149.258
0526030203	Accantonamento per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici per ricerca	53.516	53.516	-	53.516
0526030204	Accantonamento per quote inutilizzate contributi vincolati da privati	232.030	232.030	-	232.030
0526040105	Accantonamenti al fondo rinnovo convenzioni per assistenza sanitaria di base	3.149.461	3.149.461	7.296.521	4.147.060
0526040107	Accantonamenti al fondo rinnovo convenzioni per assistenza specialistica interna	344.276	344.276	798.095	453.819
0526040109	Accantonamenti al fondo premio operosità (SUMAI)	678.207	678.207	392.873	285.333
0526040111	Accantonamenti altri fondi	2.390.588	2.390.588	2.130.588	260.000
0526040113	Accantonamenti per rinnovi contrattuali - ruolo sanitario - dirigenza non medica	281.365	281.365	898.303	616.938
0526040114	Accantonamenti per rinnovi contrattuali - ruolo sanitario - comparto	3.079.452	3.079.452	-	3.079.452
0526040115	Accantonamenti per rinnovi contrattuali - ruolo professionale - dirigenza	16.001	16.001	51.086	35.085
0526040116	Accantonamenti per rinnovi contrattuali - ruolo professionale - comparto	19	19	-	19
0526040117	Accantonamenti per rinnovi contrattuali - ruolo tecnico - dirigenza	35.866	35.866	114.508	78.642
0526040118	Accantonamenti per rinnovi contrattuali - ruolo tecnico - comparto	918.082	918.082	-	918.082
0526040119	Accantonamenti per rinnovi contrattuali - ruolo amministrativo - dirigenza	71.180	71.180	227.254	156.074
0526040120	Accantonamenti per rinnovi contrattuali - ruolo amministrativo - comparto	489.835	489.835	-	489.835
0526040121	Accantonamenti per interessi di mora	1.500.000	1.500.000	1.300.000	200.000
0526040122	Accantonamenti al fondo oneri per rinnovi contrattuali - ruolo sanitario - dirigenza medica	2.623.641	2.578.641	8.246.395	5.667.754
		27.582.822	27.537.822	31.816.576	4.278.754

☐ Oneri finanziari

Cod	Descrizione	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	PREVISIONE 2018 - BIL CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO	%
A34	ONERI FINANZIARI	140.810	140.810	90.972	49.838	-35,4%
A341	ONERI FINANZIARI	140.810	140.810	90.972	49.838	-35,4%

L'aggregato oneri finanziari rileva una previsione in calo rispetto all'anno precedente nel conto degli interessi moratori, in quanto si prevedono minore richieste di interessi, conseguenti al rispetto dei tempi di liquidazione e pagamento delle forniture/servizi.

Conto	DESCRIZIONE	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	PREVISIONE 2018 - BIL CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO
		7.341	7.341	7.341	-
0602020101	Interessi passivi su mutui				
0602030103	Interessi moratori e rivalutazione monetaria	133.239	133.239	63.401	49.838
0602030108	Altri interessi passivi	230	230	230	-

☐ Oneri straordinari

L'aggregato in questione comprende partite il cui manifestarsi è occasionale e del tutto imprevedibile, quali le sopravvenienze passive, le insussistenze dell'attivo, le minusvalenze, etc.. La previsione è stata effettuata tenendo conto di quanto risultante in contabilità al momento di elaborazione del bilancio preventivo.

Ad ogni modo, l'entità degli oneri straordinari dell'anno scorso sono state influenzate dai seguenti eventi straordinari:

- sulla base delle indicazioni fornite con prot. 7314 del 06/03/2017, le Aree vaste hanno riconosciuto un acconto ulteriore alle Croci per i trasporti sanitari in emergenza degli anni 2013 e 2014 originando quindi costi straordinari;
- nel conto delle sopravvenienze passive per acquisti di prestazioni sanitarie da operatori accreditati dell'anno 2017 ha influito il riconoscimento delle quote extra budget sia per l'assistenza ospedaliera estensiva per disabili cronici fuori regione (1,7 milioni di euro) che per le prestazioni di laboratorio per esenzione T16 eseguite dalle strutture private accreditate.

Cod	Descrizione	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO PREVENTIVO 2018	PREVISIONE 2018 - BIL CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO	%
A35	ONERI STRAORDINARI	13.503.977	13.503.977	4.154.386	9.349.591	-69,2%
A351	SOPRAVV. PASSIVE, INSUSSISTENZE DEL PASSIVO E RIV.	13.463.203	13.463.203	4.144.955	9.318.248	-69,2%
A352	MINUSVALENZE	40.774	40.774	9.431	31.343	-76,9%

Di seguito si espongono le previsioni degli oneri straordinari per singolo conto economico.

Allegato 1.4 – Relazione Annuale sulla programmazione Economico e Sanitaria

Conto	DESCRIZIONE	CONSUNTIVO 2017	BILANCIO PREVENTIVO 2018	PREVISIONE 2018 BIL. CONS. 2017 SENZA P.O. OSIMO
0802010105	Minusvalenze alienazione fabbricati disponibili	24.774	9.272	15.502
0802010108	Minusvalenze alienazione attrezzature sanitarie e scientifiche	7.010	-	7.010
0802010109	Minusvalenze alienazione mobili e arredi	2.714	0	2.714
0802010110	Minusvalenze alienazione automezzi	5.116	-	5.116
0802010111	Minusvalenze alienazione altri beni	1.161	159	1.002
0802020101	Sopravvenienze passive per acquisti di beni e servizi	6.606.575	2.751.808	3.944.769
0802020102	Sopravvenienze passive per acquisti di prestazioni sanitarie da operatori accreditati	2.450.517	91.601	2.358.916
0802020106	Sopravvenienze passive per costi del personale universitario	31.380	38.734	7.354
0802020107	Altre sopravvenienze passive	907.680	435.526	472.354
0802020110	Sopravvenienze passive per costi del personale - ruolo sanitario - comparto	1.553	93.816	92.263
0802020114	Sopravvenienze passive per costi del personale - ruolo tecnico - comparto	-	802	802
0802020116	Sopravvenienze passive per costi del personale - ruolo amministrativo - comparto	410	800	390
0802020117	Sopravvenienze passive per costi del personale convenzionato per specialistica interna	569	14.250	13.682
0802020119	Insussistenze dell'attivo relative al personale	4.548	-	4.548
0802020122	Insussistenze dell'attivo relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati	2.785.907	195.303	2.590.604
0802020123	Insussistenze dell'attivo relative all'acquisto di beni e servizi	1.969	7.626	5.659
0802020124	Sopravvenienze passive per costi del personale - ruolo sanitario - dirigenza medica	23.292	28.909	5.617
0802020125	Sopravvenienze passive per costi del personale convenzionato per assistenza sanitaria di base	-	44.582	44.582
0802020126	Altre insussistenze dell'attivo	352.443	9.231	343.212
0802020126	Altre insussistenze dell'attivo	2.329	350.217	347.886
0802030103	Oneri straordinari tributari da esercizi precedenti	22.731	-	22.731
0802030104	Oneri straordinari da cause civili o oneri processuali	181.074	61.660	99.414
		13.603.977	4.154.386	9.349.591

4.3. INVESTIMENTI

Si riporta di seguito il riepilogo complessivo degli investimenti programmati nel presente Bilancio preventivo 2018, con il dettaglio della tipologia di investimento e della fonte di finanziamento. Per l'anno 2018, con autorizzazione della Giunta Regionale di cui alla DGRM di approvazione del Budget definitivo 2018, oltre al finanziamento regionale di 15 milioni di euro si prevede di utilizzare gli utili di esercizio accantonati nell'apposita riserva del bilancio aziendale e le plusvalenze derivanti da alienazioni patrimoniali così come risultanti dal bilancio 2017 approvato, rispettivamente pari a 594.416 euro e 5.371.349 euro. Sono state altresì utilizzate euro 131.047 accantonati a tal fine nel bilancio d'esercizio 2017 ai sensi della DGRM 638 del 04/05/2018.

Per il dettaglio di tali interventi si rinvia all'Allegato D riportato in allegato alla presente relazione.

INVESTIMENTI DELL'ANNO 2018 PER FONTE DI FINANZIAMENTO								
Conto di riferimento investimento	Contributi in c/capitale finalizzati	Altri contributi in c/capitale	Finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in c/esercizio - da Regione per quota F.S. regionale	Riserva donazioni e lasciti vincolati ad investimenti	Altre riserve	Riserve da plusvalenze da reinvestire	Totale	Note
Investimenti Immobiliari	9.793.229	-	-	-	-	-	9.793.229	
Impianti e Macchinari	589.982	-	-	6.066	-	-	596.048	
Attrezzature Sanitarie	2.797.596	14.919	131.054	479.600	594.416	5.371.353	9.388.939	
Immobilizzazioni Immateriali	919.298	-	-	-	-	-	919.298	
Mobili e Arredi	1.947.209	7.433	-	1.508	-	-	1.956.150	
Automezzi e Ambulanze	568.574	38.081	-	-	-	-	606.655	
Altri Beni	1.025.321	25.417	-	18.123	-	-	1.068.861	
TOTALE	17.641.208	85.851	131.054	505.297	594.416	5.371.353	24.329.179	

4.3.1. Investimenti strutturali ed infrastrutturali

Il piano degli investimenti strutturali e infrastrutturali è il risultato di un processo di graduale potenziamento teso a promuovere l'innovazione tecnologica e l'adeguamento strutturale.

Nel corso del 2018 si intende provvedere essenzialmente a dare seguito agli investimenti programmati nei precedenti anni seguendo le linee di indirizzo già indicate in passato e cioè:

1. privilegiare l'adeguamento alle norme di sicurezza ai per quanto riguarda l'antincendio che le verifiche/adeguamenti sismici e, quando possibile, ai requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie, al fine di poter programmare interventi mirati e, contemporaneamente, ricercare eventuali fonti di finanziamento specifiche se disponibili a livello ministeriale/regionale;
2. procedere negli interventi relativi ai finanziamenti art. 20 L. 67/88 oggetto dell'Accordo di Programma 2009 e 2010 (AdP 2009 e AdP 2010), per quegli interventi per i quali si è avuta la conferma dei finanziamenti ministeriali e che risultano ancora in fase di esecuzione;
3. continuare il piano di investimenti in campo energetico utilizzando per quanto possibile fondi europei;
4. provvedere al completamento di interventi già iniziati e finanziati nelle precedenti annualità.

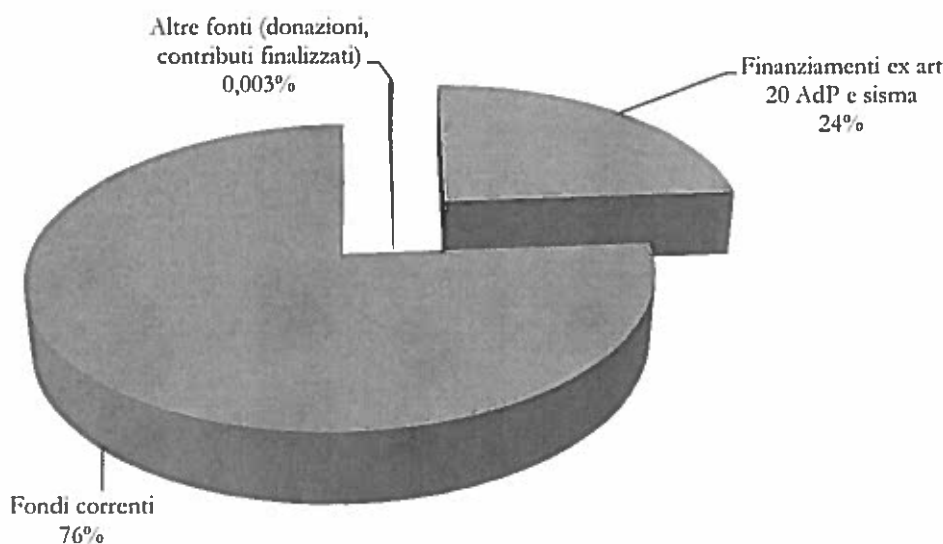
In merito a quanto indicato al precedente punto 3 si ritiene opportuno rilevare che l'ASUR ha presentato un progetto alla Comunità Europea per ottenerne il finanziamento. Tale progetto "Marche Region Technical assistance for healthcare buildings Energy retrofit" (acronimo **MARTE**) ha l'obiettivo principale di realizzare investimenti energetici creando un modello di finanziamento innovativo con il contributo dei fondi strutturali 2014 – 2020. Ad oggi l'accordo sul quadro finanziario 2014 – 2020 assegna alle Marche circa 630 milioni di euro di fondi strutturali tra FESR e FSE. Le risorse per il solo obiettivo tematico n. 03 (che riguarda la riduzione del fabbisogno energetico e la mobilità sostenibile) nelle Marche ammontano a circa 65 milioni di euro di fondi FESR nei sette anni di programmazione. Il tema dell' "Efficienza energetica" diventa quindi strategico, pertanto nell'ambito dell'esercizio 2106 si intende dar seguito agli adempimenti attuativi del richiamato intervento, almeno con l'avvio delle fasi di progettazione e quindi successiva realizzazione.

Partners del progetto sono:

- Regione Marche (CAPOFILA)
- Azienda Sanitaria Unica Regionale
- Agenzia Energia Sviluppo Sostenibile (AEES - Modena)
- Università Politecnica delle Marche
- SIAIS (Società Italiana Architettura e Ingegneria per la Sanità).

L'attuazione degli interventi strutturali, in ragione del loro impatto, è strettamente correlata sia alle disponibilità economico-finanziarie (vedasi fonti tipo ex art. 20 L. 67/88) sia ai tempi di realizzazione delle procedure amministrative, per cui si dovrà far fronte con le disponibilità regionali.

La ripartizione economica degli interventi strutturali previsti per l'anno 2018, complessivamente pari a circa 10 milioni di euro, viene sintetizzata nel seguente grafico:



Nell'allegato "D" relativo agli investimenti è possibile analizzare dettagliatamente ogni intervento previsto, si riporta di seguito sinteticamente il dettaglio dei principali investimenti, sia per quanto riguarda la componente legata ai nuovi finanziamenti, sia per quanto riguarda quella collegata ad investimenti già avviati, per i quali si continueranno le fasi di attuazioni tuttora in corso.

A - Interventi con finanziamento ex art.20 L. 67/88

Nel corso dell'anno si cercherà, pur nella complessità attuativa attesa, di garantire la realizzazione di parte delle opere per la messa in servizio dei Padiglioni 1 e 2 dell'Ex Umberto I di Ancona (AdP 2009), in modo da favorire la loro conclusione, nelle principali aree di intervento, nell'anno 2019.

AAVV	Descrizione intervento	Destinazione Ospedale /Territorio	Valore complessivo dell'Intervento € (iva inclusa)	Previsione 2018 € (iva inclusa)
AV2	Ristrutturazione e messa a norma padiglioni 1 e 2 ex Umberto I di Ancona da adibire a strutture territoriali (esecuzione lavori e onorari professionali)	Ex Umberto I (ancona)	12.000.000,00	2.096.272,15
AV2	Esecuzione di lavori di installazione sistema di illuminazione esterna per strada e percorsi pedonali presso il vecchio ospedale Murri di Jesi.	Ospedale Jesi	240.251,5	16.617,00
AV3	Riorganizzazione Dea - Ospedale di Civitanova Marche	Ospedale Civitanova		56.596,68
AV3	Condotte Ala Ovest - Ospedale di Macerata	Ospedale Macerata		132.486,38

B – Interventi con fondi in conto corrente

Nell'ambito degli investimenti per lavori in fondo d'investimento corrente si darà priorità agli interventi per la messa in sicurezza sismica non procrastinabili (nelle more della conclusione delle procedure avviate dalla Regione Marche nel merito), nonché antincendio e impiantistica; congiuntamente, in assenza di specifici finanziamenti si garantirà l'attuazione di progettualità avviate negli anni precedenti di sviluppi infrastrutturali già approvati, anche correlati all'introduzione di nuove tecnologie biomediche pesanti:

AAVV	Descrizione intervento	Destinazione Ospedale /Territorio	Previsione 2018
AV3	Lavori per avvio doppia sala emodinamica	Ospedale Macerata	701.048,78
AV2	Lavori di realizzazione sito di risonanza magnetica	04 Ospedale Senigallia	603.900,00
AV3	Lavori edili e adeguamento normativo degli impianti (radiologia e altri ambulatori) lavori ex farmacia Tolentino - ambulatori	Distretto Macerata	345.997,78
AV5	Lavori di adeguamento, ampliamento e ristrutturazione	Ospedale di Ascoli Piceno	214.355,62
AV2	Generatore vapore pulito blocco operatorio e rianimazione	06 ospedale Fabriano	200.000,00
AV5	Osp. di san benedetto del T. Corpo C piano -I incremento posti letto uo di cardiologia	Ospedale di san Benedetto del Tronto	172.165,95
AV3	Messa in sicurezza palazzo delle esposte	Area vasta - servizi di supporto	167.105,10
AV2	Lavori di sistemazione sede stradale della viabilità interna	05 ospedale Jesi	236.700,75

AAVV	Descrizione intervento	Destinazione Ospedale /Territorio	Previsione 2018
AV5	RSA-Rp Luciani (Ascoli Piceno): riparazione danni sisma 24/08/2016 e riqualificazione edilizia ed impiantistica (verifica sismica - progettazione - lavori)	Strutture residenziali/semiresidenziali sanitarie a gestione diretta	132.334,10
AV2	Realizzazione servizi mortuari RSA Corinaldo e RSA Arcevia	04 distretto Senigallia	246.499,30
AV1	Realizzazione 8pl medicina urgenza	Ospedale di Urbino	275.000,00
AV4	Ripristino e miglioramento sismico Ospedale di Amandola - 1° Stralcio tetto Corpo B	OSPEDALE di Amandola	96.973,98
AV4	Messa in sicurezza e conservazione corpi A-B-C-D ospedale di Amandola - secondo stralcio	Ospedale di amandola	149.841,00
AV3	Opere per installazione acceleratore lineare	Ospedale Macerata	129.105,74
AV4	Riqualificazione ex pediatria	Ospedale di Fermo	125.859,74
AV1	Verifiche sismiche Pergola	Ospedale Pergola	114.225,00
AV2	Lavori di adeguamento alle norme antincendio del presidio ospedaliero "santa casa" di Loreto	Ospedale Loreto (cure intermedie)	114.356,27

Per quanto riguarda le altre categorie di investimenti (impianti e macchinari, mobili ed arredi, automezzi, altri beni), per il dettaglio si rinvia all'allegato D, si evidenzia come le maggiori necessità sono focalizzate nella sostituzione degli arredi prevalentemente ad uso clinico/sanitario, nonché nel potenziamento delle infrastrutture di rete informatica, postazioni pc e consolidamento delle sale server in ragione anche delle progettualità sia regionali di informatizzazione dell'area sanitaria che ministeriali di digitalizzazione delle pubbliche amministrazioni.

4.3.2. Valorizzazione del Patrimonio immobiliare disponibile e vendite

Anche nel 2018 si cercherà di valorizzare il patrimonio immobiliare (disponibile) dell'ASUR tenendo conto della Legge Regionale di assestamento bilancio n. 18/2009 (Assestamento del bilancio 2009) con la quale la regione dava indicazione di procedere all'alienazione dei beni patrimoniali disponibili.

Tali attività, che necessariamente dovranno coinvolgere l'Ente Locale competente, si concretizzano essenzialmente in modifiche ai PRG esistenti, predisposizione di Piani di Recupero (nei centri storici cittadini), cambi di destinazione d'uso di immobili ed operazioni immobiliari di più ampio respiro con pubblicazione di alienazioni di immobili disponibili.

L'attuale situazione del mercato immobiliare non permette di fare previsioni attendibili su eventuali possibilità di alienazioni che, nel contesto attuale, risultano quanto mai difficoltose.

4.3.3. Investimenti in tecnologie biomediche

Gli obiettivi generali prefissati in sede di elaborazione del bilancio di previsione annuale per gli investimenti in tecnologie biomediche sono sintetizzabili in:

- assicurare idonei livelli di sicurezza e qualità nell'erogazione delle prestazioni;
- sostituire le apparecchiature tecnologicamente obsolete o che presentino livelli critici di sicurezza e/o affidabilità;
- integrare i processi diagnostici e terapeutici tra le varie articolazioni delle specializzazioni agevolando il flusso informativo nei percorsi clinici;
- favorire l'implementazione e avvio degli Ospedali di Comunità;
- garantire l'abbattimento delle liste di attesa;
- ridurre i costi di gestione.

In tal senso, la scelta degli investimenti, da attuarsi, è stata principalmente definita dal:

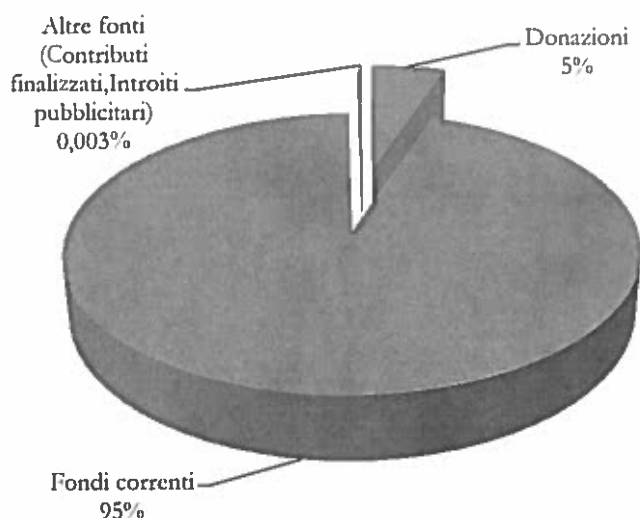
1. privilegiare interventi di ripristino dei livelli prestazionali e di sicurezza delle tecnologie obsolete in linea con i requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie;
2. privilegiare gli interventi che, nel rispetto delle linee direttrici del Servizio Salute, mirino alla ridefinizione dell'offerta regionale.

A tal fine, in fase di programmazione, gli investimenti ritenuti prioritari per l'anno 2018 per l'acquisizione di attrezzature sanitarie (circa 800) sono stati quantificati in circa 9.4 milioni di euro finalizzati:

- alla **sostituzione** di tecnologie in dotazione, per il 75% degli investimenti previsti;
- al **potenziamento** tecnologico per il 25% degli investimenti previsti.

Si vuole tuttavia evidenziare che in relazione alla tipologia, numerosità e vetustà del parco tecnologico in dotazione, per soddisfare le sole necessità di rinnovo e ripristino delle apparecchiature (**sostituzione**), l'ASUR necessiterebbe di finanziamenti per circa 15÷17 milioni di euro/anno.

In accordo con le precedenti classificazione le necessità tecnologiche e quindi economiche sono dettagliate nell'Allegato D del presente Bilancio di Previsione.



Per quanto riguarda gli investimenti in conto capitale, nel corso dell'anno si procederà con l'attuazione di alcuni interventi residuali associati a progettualità finanziate nell'ambito di passati Accordi di Programma conseguenti al completamento delle opere edili correlate.

Nonché si cercherà di avviare i procedimenti associati all'attuazione degli interventi progettuali approvati con la DGRM 1250/2017 riportati di seguito, attraverso la progettazione ed avvio dei procedimenti di gara ad evidenza europea, nonché ove temporalmente attuabile valutazione delle offerte pervenute ed individuazione dell'aggiudicatario della fornitura:

<i>Identificativo intervento</i>	<i>Descrizione intervento</i>	<i>Importo</i>
Progetto n. 1	Potenziamento della rete regionale di tomografica computerizzata di emergenza e diagnostica specialistica di elezione (escluso importo lavori inclusi nel progetto)	3.600.000
Progetto n. 2	Realizzazione di una infrastruttura hardware/software per l'archiviazione, anche legale, dei dati ed immagini sanitarie prodotte da centri erogatori afferenti all'ASUR Marche a supporto del Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale (FaSEL)	1.400.000
Progetto n. 3 (da integrarsi con contributo con DGRM n. 1282 del 24/10/2016 pari a € 241.955,00)	Realizzazione della rete regionale di gestione dell'emergenza cardiologica territoriale	1.708.245
Progetto n. 4	Realizzazione di un sistema unico di Area Vasta n. 2 di archiviazione delle bioimmagini digitali (PACS), nonché VNA ai fini della realizzazione del Fascicolo Sanitario elettronico (FaSEL)	1.900.000
Progetto n. 5	Potenziamento della rete regionale per il trattamento terapeutico oncologico	3.800.000
Progetto n. 6	Realizzazione ed integrazione della rete regionale di screening neonatale e di diagnostica ostetrica	1.525.000
Progetto n. 7	Potenziamento della rete regionale di diagnostica di medicina nucleare	900.000
Progetto n. 8	Digitalizzazione delle rete regionale di radiologia finalizzata all'attuazione della direttiva EURATOM 59/2013 sull'informativa della dose radiologica ai pazienti	2.000.000
Progetto n. 9	Aggiornamento della rete regionale di interventistica vascolare	793.000
Progetto n. 10	Riqualificazione tecnologica di alcuni reparti di Terapia Intensiva	1.058.755

Identificativo intervento	Descrizione intervento	Importo
	di Rianimazione	
Totale importo interventi € (Iva inclusa)		18.685.000

Nel corso dell'anno si cercherà altresì di completare l'installazione di tecnologie biomediche oggetto di donazione, parziale o totale, quali risonanza magnetica di Senigallia (contributo Fondazione Cariverona) e angiografo Macerata (donazione Fondazione Carima).

Per quanto riguarda infine le tecnologie riportate nell'Allegato D, che attualmente trovano copertura nell'ambito dei fondi in conto corrente, fino all'occorrenza massima disponibile nell'ambito dei fondi per investimenti annuale, si cercherà di dare priorità alle tecnologie che presenteranno i requisiti di indispensabilità, non ulteriore rinviabilità per non compromettere la qualità e sicurezza nell'assistenza o per non interrompere le prestazioni sanitarie previste dai LEA. Tali acquisizioni saranno pertanto finalizzate prevalentemente alla sostituzione di tecnologie in dotazione ai servizi ospedalieri (sia principali che di comunità) che ambulatoriali. Di seguito si riportano, per singola Area Vasta, gli investimenti a maggior impatto economico rinviando al relativo dettaglio nell'Allegato D sezione 'Attrezzature biomediche':

Area Vasta n.1

Descrizione	Ubicazione	Importo € (Iva inclusa)
Microinfusori per insulina	Territorio	152.747,16
Ventilatore polmonare	Presidio Ospedaliero Urbino	53.070,00
Apparecchiatura per terapia fisica	Varie sedi	27.472,00
Sistemi di ecografia	Presidio Ospedaliero Urbino e distretto	63.577,00

Area Vasta n.2

Descrizione	Ubicazione	Importo € (Iva inclusa)
Risonanza magnetica (a compartecipazione contributo fondazione Cariverona)	Ospedale Senigallia	507.103,00
Tecnologie di diagnostica per immagini (ortopantomografi, bobine rmn, aggiornamento rmn, workstation post-elaborazione, etc)	Presidio Ospedaliero Unico-varie sedi	335.837,00
Tecnologie per diagnostica ed interventistica ambulatoriale (videoendoscopi, riuniti odontoiatrici, laser, registratore holter, laser yag, sistema urodinamica, etc)	Presidio Ospedaliero Unico-varie sedi	280.910,00
Tecnologie per area critica blocco operatorio/terapia intensiva (stativi pensili, monitoraggio multiparametrico, elettrostimolatore, sistema endoscopia 3D, etc)	Presidio Ospedaliero Unico-varie sedi	203.361,00

Area Vasta n.3

Descrizione	Ubicazione	Importo € (Iva inclusa)
Acceleratore lineare	Ospedale Macerata	2.223.548,65
Portatili di radioscopia	Ospedale Civitanova	235.948,00
Ortopantomografi	Ospedale Civitanova, Camerino e ODC Recanati	193.248,00
Mammografi n.3	Ospedale Macerata, Civitanova, S. Severino	541.314,00
Sistema radiologia osteoarticolato	OdC Tolentino	108.580,00
Sistemi di ecografia	Ospedali Macerata e Civitanova	168.177,00
Tecnologie domiciliari (montascale,etc)	Territorio	58.383,00

Area Vasta n.4

Descrizione	Ubicazione	Importo € (Iva inclusa)
Sistema radiologia osteoarticolato	Radiologia- Ospedale Fermo	205.814,00
Sistema ecografia ginecologica	Ospedale Fermo	78.691,22
Microinfusori per insulina	Territorio	83.415,00
Tecnologie per oculistica	Ospedale Fermo	57.850,00
Tecnologie per endoscopia digestiva	Ospedale Fermo	88.548,00

Area Vasta n.5

Descrizione	Ubicazione	Importo € (Iva inclusa)
Mammografi breast unit dotati di stereotassi	Ospedale di Ascoli Piceno	268.326,80
Tecnologie per endoscopia digestiva (videoendoscopi, fibroscan, etc)	Ospedale di Ascoli Piceno e S. Benedetto del Tronto	127.595,00
Tecnologie per oculistica (ecografi, biometro ottico, tomografo corneale, etc)	Ospedale di Ascoli Piceno e S. Benedetto del Tronto	145.381,00
Apparecchiature per terapia intensiva (ventilatori polmonari, sistema intubazione, letto TI, etc)	Ospedale di Ascoli Piceno e S. Benedetto del Tronto	185.223,00
Sistema radioguidato per chirurgia del linfonodo sentinella	Ospedale di Ascoli Piceno e S. Benedetto del Tronto	64.050,00

5. BILANCIO ECONOMICO PLURIENNALE 2018-2020

Il Bilancio Pluriennale di Previsione 2018/2020 è redatto in coerenza con le disposizioni contenute nella DGRM n. 1778 del 27/12/2018, la quale dispone che unitamente al Bilancio preventivo annuale 2018, le Aziende del SSR e l'INRCA devono redigere e presentare anche il Bilancio Pluriennale di Previsione 2018-2020.

In applicazione di tali disposizioni, la prima annualità del Bilancio pluriennale di previsione 2018/2020 indica i medesimi valori del Bilancio Preventivo Economico 2018.

Per l'anno 2019, si prevede l'allineamento al tetto provvisorio stabilito dalla DGRM 1779 del 27/12/2018 che prevede un totale dei costi per l'ASUR di 2.355.254.736 euro (comprensivi di un valore della mobilità passiva extra-regionale di 181.346.731 euro).

Tale allineamento comporta una riduzione del livello dei costi rispetto alla programmazione 2018 di 43,8 milioni di euro; nel dettaglio, le previsioni di costo per l'anno 2019 si basano sulle seguenti ipotesi:

- a) Recupero di parte dello scostamento registrato sulla spesa pro-capite farmaceutica convenzionata rispetto al livello nazionale, mediante la realizzazione delle azioni di contenimento previste dalla DGRM 963/2017;
- b) Riduzione dei proventi straordinari relativamente all'operazione di revisione dei fondi rischi ed oneri effettuata nel 2017 e 2018 e non replicabile nel 2019;
- c) Riduzione del costo del personale in linea con il Programma triennale del fabbisogno del personale approvato con Det. ASUR/DG n. 741 del 19/12/2018;
- d) Riduzione dei costi dei fattori di produzione a gestione diretta (farmaci, altri beni sanitari e servizi, prestazioni aggiuntive, cooperative infermieristiche) in coerenza con la riduzione del costo del personale dipendente ed in applicazione degli standard strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera previsti dal DM 70/15, così come recepiti dalla DGRM 1554/18.

Per quanto riguarda gli investimenti, la delibera di autorizzazione provvisoria all'esercizio 2019 prevede Euro 10.000.000 da destinare agli investimenti con fondi correnti; il livello dei ricavi minimi è confermato quello assegnato con il Budget definitivo 2018.

Per l'anno 2020, si conferma la programmazione dell'anno precedente.

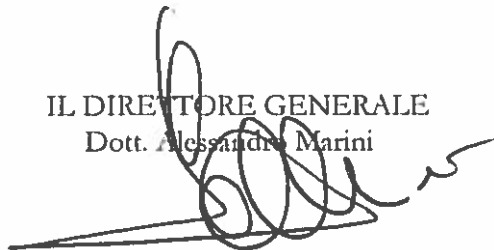
I valori dei singoli aggregati di costo del Bilancio pluriennale di previsione sono riportati nella tabella seguente.

Allegato 1.4 - Relazione Annuale sulla programmazione Economica e Sanitaria

Cod	Descrizione	BILANCIO PREVENTIVO 2018	BILANCIO PREVENTIVO 2019	BILANCIO PREVENTIVO 2020	Delta 2019-2018	%	Delta 2020-2019	%
A	RISULTATO DI ESERCIZIO							
A1	TOTALE RICAVI	2.836.114.191	2.792.255.578	2.792.255.578	43.858.613	0,0%	-	0,0%
A11	CONTRIBUTI REGIONALI	2.640.400.417	2.625.033.460	2.625.033.460	15.366.958	-1,5%	-	0,0%
A12	ALTRI CONTRIBUTI	551.027	551.027	551.027	-	-0,6%	-	0,0%
A13	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE	87.959.761	87.959.761	87.959.761	-	0,0%	-	0,0%
A14	ENTRATE PROPRIE	70.438.413	70.438.413	70.438.413	-	0,0%	-	0,0%
A15	RICAVI STRAORDINARI	36.764.572	8.272.917	8.272.917	28.491.655	-77,5%	-	0,0%
A16	COSTI CAPITALIZZATI	-	-	-	-	0,0%	-	0,0%
A2	TOTALE COSTI	2.836.114.191	2.792.255.578	2.792.255.578	43.858.613	-1,5%	-	0,0%
A21	PERSONALE	752.238.042	742.991.110	742.991.110	9.246.932	-1,2%	-	0,0%
A22	BENI	392.903.005	381.356.002	381.356.002	11.547.004	-2,9%	-	0,0%
A23	SERVIZI	176.398.401	170.378.113	170.378.113	6.020.288	-3,4%	-	0,0%
A24	IMP. CONVENZIONATA E ACQUISTO DI RICOVERI	554.212.117	547.053.016	547.053.016	7.159.101	-1,3%	-	0,0%
A25	SPECIALISTICA ESTERNA	173.418.815	173.418.815	173.418.815	-	0,0%	-	0,0%
A26	SPECIALISTICA INTERNA	20.777.224	20.714.528	20.714.528	62.696	-0,3%	-	0,0%
A27	FARMACEUTICA	270.357.135	262.571.702	262.571.702	7.785.433	-2,9%	-	0,0%
A28	MEDICINA DI BASE	171.868.498	171.749.137	171.749.137	119.361	-0,1%	-	0,0%
A29	ALTRE PRESTAZIONI	264.941.232	264.180.331	264.180.331	760.900	-0,3%	-	0,0%
A30	LIBERA PROFESSIONE	17.734.708	17.734.708	17.734.708	-	0,0%	-	0,0%
A31	AMMORTAMENTI	5.073.310	4.096.979	4.096.979	976.331	-19,2%	-	0,0%
A32	ACCANTAMENTI	31.816.576	31.816.576	31.816.576	-	0,0%	-	0,0%
A33	TRASFERIMENTI	129.771	129.771	129.771	-	0,0%	-	0,0%
A34	ONERI FINANZIARI	90.972	90.972	90.972	-	0,0%	-	0,0%
A35	ONERI STRAORDINARI	4.154.366	3.973.820	3.973.820	180.566	-4,3%	-	0,0%

Ancona, 28/12/2018

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Alessandro Marini



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

