

DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE

ASUR

N. /ASURDG DEL

Oggetto: Relazione sulla Performance 2021 – Approvazione

IL DIRETTORE GENERALE

ASUR

- . . . -

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, ciascuno per quanto di rispettiva competenza;

- D E T E R M I N A -

1. di approvare, per le motivazioni espresse nel documento istruttorio che qui si intendono trascritte, il documento "Relazione sulla Performance 2021" di cui all'Allegato A, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di pubblicare il suddetto documento sul sito web dell'ASUR nella sezione "Amministrazione Trasparente";
3. di trasmettere copia della presente determina all'Organismo Indipendente di Valutazione per la relativa validazione, così come disposto dall'art. 14, comma 4, lett. c) del D. Lgs. 150/2009;
4. di trasmettere copia della presente determina al Responsabile Aziendale per la Trasparenza e per la Prevenzione della Corruzione dell'ASUR Marche;
5. di trasmettere copia della presente determina all'Area Politiche del Personale per quanto di competenza;
6. di dare atto che l'adozione della presente determina non comporta oneri aggiuntivi a carico dell'Azienda;

7. di trasmettere copia della presente determina al Collegio Sindacale per il controllo di cui all'art. 17, comma 2, lett. d) della Legge Regionale 27 giugno 1996, n. 26;
8. di dare atto che il presente atto non è sottoposto a controllo e che è efficace all'atto della pubblicazione all'albo pretorio dell'Azienda.

Ancona, sede legale ASUR,

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Pierluigi Gighiacci)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dr. Remo Appignanesi)

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr.ssa Nadia Storti)

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -

(AREA DIPARTIMENTALE CONTROLLO DI GESTIONE)

Normativa di riferimento:

- Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", così come modificato dalla D.Lgs. 74/2017
- Legge regionale 28 dicembre 2010, n. 22 "Disposizioni regionali in materia di organizzazione e valutazione del personale, in adeguamento al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, sull'ottimizzazione della produttività, l'efficienza e la trasparenza della pubblica amministrazione"
- DGRM del 28 maggio 2012 n. 768 "L.R. n. 13/2003 e s.m.i. art. 3 comma 2 lett. a - Linee di indirizzo per gli enti del SSR per l'applicazione dell'art. 31, comma 1 e 2 del D.lgs 150/2009, come modificato da D.lgs 141/2011"
- Delibera CIVIT n.5/2012: "Linee guida ai sensi dell'art. 13, comma 6, lettera b), del D. Lgs. n. 150/2009, relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla performance di cui all'art. 10, comma 1, lettera b), dello stesso decreto"
- Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33: "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"
- D.Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017 "Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124"
- Nota Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 29/3/2018 ad oggetto "Relazione annuale sulla performance - scadenza del 30 giugno del termine per la pubblicazione della relazione";
- *Linee guida per la Relazione annuale sulla performance* n. 3/novembre 2018 - Dipartimento per la funzione Pubblica
- Determina del Direttore Generale Asur n. 736 del 15/12/2020 - Regolamento dei processi di misurazione e valutazione della performance - Approvazione
- D.G.R.M. del 31 dicembre 2019 n.1704 "L.R. n. 13 del 20/06/2003 e ss.mm.ii. - Autorizzazione agli Enti del SSR ed al DIRMT alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2021"
- D.G.R.M. del 26 aprile 2021 n. 510 "D. Lgs. 171/2016 e s.m.i. – Definizione degli obiettivi degli Enti del Servizio sanitario Regionale per l'anno 2021"
- D.G.R.M. del 26/04/2021 n. 511 "D. Lgs. 171/2016 e s.m.i. – procedura di valutazione dei risultati dei Direttori Generali dell'ASUR, dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona, dell'A.O. Ospedali

Riuniti Marche Nord di Pesaro, dell'INRCA e del Direttore del DIRMT rispetto agli obiettivi di budget annuali assegnati dalla Giunta regionale – definizione criteri anno 2021”

- Determina del Direttore Generale Asur n. 395 del 27/07/2021 " DGRM 1704/2020, DGRM 510/21 e DGRM 511/21 – Determinazioni "
- Determina del Direttore Generale Asur n. 70 del 01/02/2021 "Piano della Performance 2021-2023 - Adozione"
- DGRM del 13 dicembre 2021 n. 1568 “L.R. n. 13 del 20/06/2003 - Disposizioni agli Enti del SSR per la redazione del Bilancio Preventivo Economico 2021 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2021-2023”
- Determina del Direttore Generale Asur n. 665 del 20/12/2021- “LR 13/2003, Art 8 bis, comma 2, lettera b) - Approvazione dei Budget di Area Vasta per l’anno 2021”.
- Determina del Direttore Generale Asur n. 649/DG del 20/12/2021 – Adozione del Bilancio economico preventivo anno 2021 e preventivo 2021-2023”.
- DGRM del 31 gennaio 2022 n.63 “Controllo atti. L.R. n. 26/96, art. 28. Determina del direttore generale dell’ASUR n. 649 del 20.12.2021, avente ad oggetto: “Adozione del bilancio economico preventivo anno 2021 e pluriennale 2021-2023”. – Approvazione.

Motivazione ed esito dell’istruttoria:

L’art. 10 al comma 1, lett. a), del D.lgs. 150/2009 dispone che le amministrazioni pubbliche redigano annualmente, entro il 31 gennaio, il Piano della Performance, documento programmatico triennale da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Con riferimento all’anno 2021, il Piano delle Performance 2021-2023 è stato approvato con Determina del Direttore Generale n. 70 del 01/02/2021; tale documento individua per il triennio gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi, nonché gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell’amministrazione e gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e di relativi indicatori.

Con determina del Direttore Generale Asur n. 736 del 15/12/2020 è stato approvato il Regolamento dei processi di misurazione e valutazione della performance.

In riferimento allo stato di emergenza da Covid-19 dichiarato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità il 30 gennaio 2020, nel corso del 2020 e 2021 si sono susseguite delibere del Consiglio dei Ministri che hanno prolungato lo stato di emergenza. Il Decreto Legge 24 dicembre 2021, n. 221 ha da ultimo disposto la cessazione dello stato di emergenza da COVID-19 al 31/03/2022.

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

Con Determina ASUR/DG n. 665 del 23 dicembre 2021, l'Azienda ha approvato in via definitiva il Budget delle Aree Vaste per l'anno 2021 ai sensi della LR 13/2003, art 8 bis, comma 2, lettera b), individuando i tetti definitivi in termini di costi di esercizio e investimenti con fondi correnti e livello di ricavi minimi (allegato 1 alla determina) e rinviando alla Determina ASUR/DG n. 395/2021 l'assegnazione degli obiettivi sanitari.

L'art. 10 al comma 1, lett. b), del D.lgs. 150/2009 dispone che le amministrazioni pubbliche redigano annualmente a consuntivo un documento denominato Relazione sulla performance, che illustri ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder, interni ed esterni, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti e il bilancio di genere realizzato.

La struttura e le modalità di redazione della Relazione sulla performance sono state aggiornate nelle linee guida del Dipartimento della funzione Pubblica n.3/2018. Tali linee guida sono redatte ai sensi del D.lgs. 150/2009, così come modificato dal D.lgs n. 74/2017, che attribuisce al Dipartimento della Funzione Pubblica le funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance.

La relazione, secondo le citate linee guida, deve essere caratterizzata dalla presenza di alcuni contenuti minimi che devono necessariamente trovare spazio nell'articolazione della Relazione stessa:

- analisi del contesto e delle risorse;
- misurazione e valutazione, da intendersi, come chiarito nelle Linee guida n. 2/2017, come attività complementari ma distinte, della performance organizzativa e della performance individuale.

In riferimento alle finalità definite dalle Linee guida n. 3/2018, la relazione alla Performance persegue i seguenti obiettivi:

- il miglioramento gestionale grazie al quale l'azienda può riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente e migliorando progressivamente il funzionamento del ciclo della performance;
- la predisposizione e diffusione di uno strumento di accountability attraverso il quale l'amministrazione può rendicontare a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel periodo considerato e gli eventuali scostamenti – e le relative cause – rispetto agli obiettivi programmati.

In coerenza con le indicazioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) contenute nella Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interna dell'anno 2019, nel documento di validazione della Relazione sulla Performance 2020 e nelle disposizioni di cui alla Nota Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 29/3/2018 e nelle Linee guida del Dipartimento per la funzione Pubblica (n. 3/novembre 2018), si è provveduto a predisporre la Relazione sulla Performance 2021, così come risultante nell'Allegato A al presente atto.

Tale relazione espone le schede riassuntive degli obiettivi sanitari dell'area dei servizi ospedalieri, territoriali e della prevenzione, con l'evidenziazione degli indicatori, i valori attesi ed i risultati raggiunti dall'Amministrazione nel suo complesso. Si precisa, tuttavia, che la valutazione individuale e il percorso di misurazione degli obiettivi individuali assegnati ai Dirigenti e inseriti nel Piano della Performance non sono ancora conclusi, come anche il perfezionamento della contrattazione integrativa da parte di tutte le 5 Aree Vaste e della Direzione Centrale.

La Relazione è trasmessa all'Organismo Indipendente di Valutazione aziendale per la relativa validazione, così come disposto dall'art. 14, comma 4, lett. c) del D. Lgs. 150/2009, e al Responsabile Aziendale per la Trasparenza e per la Prevenzione della Corruzione dell'ASUR Marche.

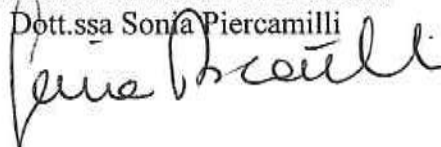
L'adozione della Relazione sulla performance non comporta, per sua natura, nessun onere a carico del Bilancio aziendale.

Per quanto sopra esposto, si propone l'approvazione del seguente dispositivo.

1. di approvare, per le motivazioni espresse nel documento istruttorio che qui si intendono trascritte, il documento "Relazione sulla Performance 2021" di cui all'Allegato A, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di pubblicare il suddetto documento sul sito web dell'ASUR nella sezione "Amministrazione Trasparente";
3. di trasmettere copia della presente determina all'Organismo Indipendente di Valutazione per la relativa validazione, così come disposto dall'art. 14, comma 4, lett. c) del D. Lgs. 150/2009;
4. di trasmettere copia della presente determina al Responsabile Aziendale per la Trasparenza e per la Prevenzione della Corruzione dell'ASUR Marche;
5. di trasmettere copia della presente determina all'Area Politiche del Personale per quanto di competenza;
6. di dare atto che l'adozione della presente determina non comporta oneri aggiuntivi a carico dell'Azienda;
7. di trasmettere copia della presente determina al Collegio Sindacale per il controllo di cui all'art. 17, comma 2, lett. d) della Legge Regionale 27 giugno 1996, n. 26;
8. di dare atto che il presente atto non è sottoposto a controllo e che è efficace all'atto della pubblicazione all'albo pretorio dell'Azienda.

**Il Direttore dell'Area
Dipartimentale Controllo di Gestione**

Dott.ssa Sonia Piercamilli



- ALLEGATI -

Allegato "A": Relazione sulla Performance 2021

Allegato A

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2021

INDICE

Presentazione della Relazione sulla Performance	3
1) Sintesi dei principali risultati raggiunti	5
1 - L'Azienda Sanitaria Unica Regionale	5
2- Principali risultati raggiunti	8
1.Prevenzione e Sanità Pubblica	8
Assistenza territoriale.....	17
Assistenza ospedaliera	25
Anticorruzione e Trasparenza	32
Bilancio di Genere	33
2) Analisi del contesto esterno e delle risorse	36
1 -Analisi del contesto esterno	36
2- Le risorse economiche e finanziarie	36
3 - Le risorse professionali.....	40
4 - La struttura dell'offerta.....	41
5 - I servizi sanitari erogati	49
3) Misurazione e valutazione della performance organizzativa	51
1 – Obiettivi annuali e specifici (triennali)	51
2 – Performance organizzativa complessiva	51
4) Misurazione e valutazione degli Obiettivi individuali	56
5) Il processo di misurazione e valutazione.....	57

Presentazione della Relazione sulla Performance

Con Determina n. 70/DG del 01/02/2021, l'ASUR ha approvato il Piano delle Performance per il triennio 2021-2023. In esso sono evidenziati gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi, nonché gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Azienda ASUR, in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente (art. 10 del D.lgs. 150/2009, così come modificato dal D.lgs n. 74/2017 e art. 10, comma 8, D. Lgs. 33/2013); ciò nel convincimento che la misurazione e la valutazione della performance rappresentano strumenti di miglioramento, di crescita e di responsabilizzazione di tutto il personale.

Se con detto Piano delle Performance, l'ASUR ha dato avvio al Ciclo di Gestione della performance per l'anno 2021, con la Relazione sulla Performance l'Azienda si dovrebbe concludere tale ciclo illustrando ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno 2021 e adempiendo alle disposizioni contenute nell'art. 10, comma 1, lettera b), del D. Lgs. n. 150 del 2009.

La relazione è stata predisposta recependo le indicazioni di cui alle linee guida del Dipartimento della funzione Pubblica n.3/2018. Tali linee guida sono redatte ai sensi del D.lgs. 150/2009, così come modificato dal D.lgs n. 74/2017, che attribuisce al Dipartimento della Funzione Pubblica le funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance.

In coerenza con le finalità indicate dalle suddette linee guida, la presente relazione persegue i seguenti obiettivi:

- di miglioramento gestionale grazie al quale l'azienda può riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente e migliorando progressivamente il funzionamento del ciclo della performance;
- disporre di uno strumento di accountability attraverso il quale l'amministrazione può rendicontare a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel periodo considerato e gli eventuali scostamenti – e le relative cause – rispetto agli obiettivi programmati.

Gli obiettivi analizzati nella presente Relazione corrispondono a quelli presentati nel Piano della performance relativo al 2021 approvato con determina n. 70/DG del 01/02/2021, adeguati agli indicatori e ai target delle delibere di Giunta relative agli obiettivi sanitari 2021 di cui alle DGR 510/21 e DGR 511/2021.

In particolare, Con DGRM n. 510/2021 la Giunta regionale ha definito gli obiettivi sanitari del 2021, sulla base delle conseguenze della pandemia da covid-19, che ha fortemente condizionato l'intero servizio sanitario stravolgendo le modalità di erogazione di servizi e prestazioni e mettendo a dura prova la capacità di risposta del sistema a livello ospedaliero e territoriale. Pertanto gli obiettivi 2021 sono stati disposti per la messa in sicurezza della popolazione attraverso una campagna di vaccinazione di massa dei cittadini marchigiani, per il ritorno alle condizioni di una ordinaria programmazione dei servizi necessari a garantire livelli di assistenza.

Con DGRM n. 511/2021, in riferimento agli obiettivi di cui alla DGR 510/2021 sono stati definiti i criteri di valutazione e procedura di valutazione dei risultati dei Direttori Generali.

I vincoli economici della gestione 2021 sono stati definiti dalla alla DGRM n. 1704 del 31/12/2020 con la quale la Regione ha assegnato in via provvisoria le risorse gli enti del SSR per l'esercizio 2021. Successivamente, con DGRM n. 1568 del 13/12/2021 sono state assegnate agli Enti del SSR le risorse definitive per l'anno 2021.

Con Determina ASUR/DG n. 665 del 23 dicembre 2021, l'Azienda ha approvato in via definitiva il Budget delle Aree Vaste per l'anno 2021 ai sensi della LR 13/2003, art 8 bis, comma 2, lettera b), individuando i tetti definitivi in termini di costi di esercizio e investimenti con fondi correnti e livello di ricavi minimi.

Nel corso del 2020 e 2021 si sono susseguite delibere del Consiglio dei Ministri che hanno prolungato lo stato di emergenza fino al 31/03/2022; tale data sancisce la fine dello stato di emergenza disposto con Decreto Legge 24 dicembre 2021, n. 221.

Da ultimo, nella presente introduzione alla Relazione che rappresenta la chiusura annuale della performance si ritiene opportuno accennare alla recente modifica normativa introdotta dall'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, che ha previsto che le Pubbliche Amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO). Tale Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di

massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni, tra cui il Piano della Performance.

Il decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 228 “Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi” ha differito, in sede di prima applicazione, al 30 aprile 2022, il termine del 31 gennaio 2022 fissato dal decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80 per l'adozione del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO). Da ultimo, anche con DL 36/2022, la proroga è stata ulteriormente differita al 31/07/2022.

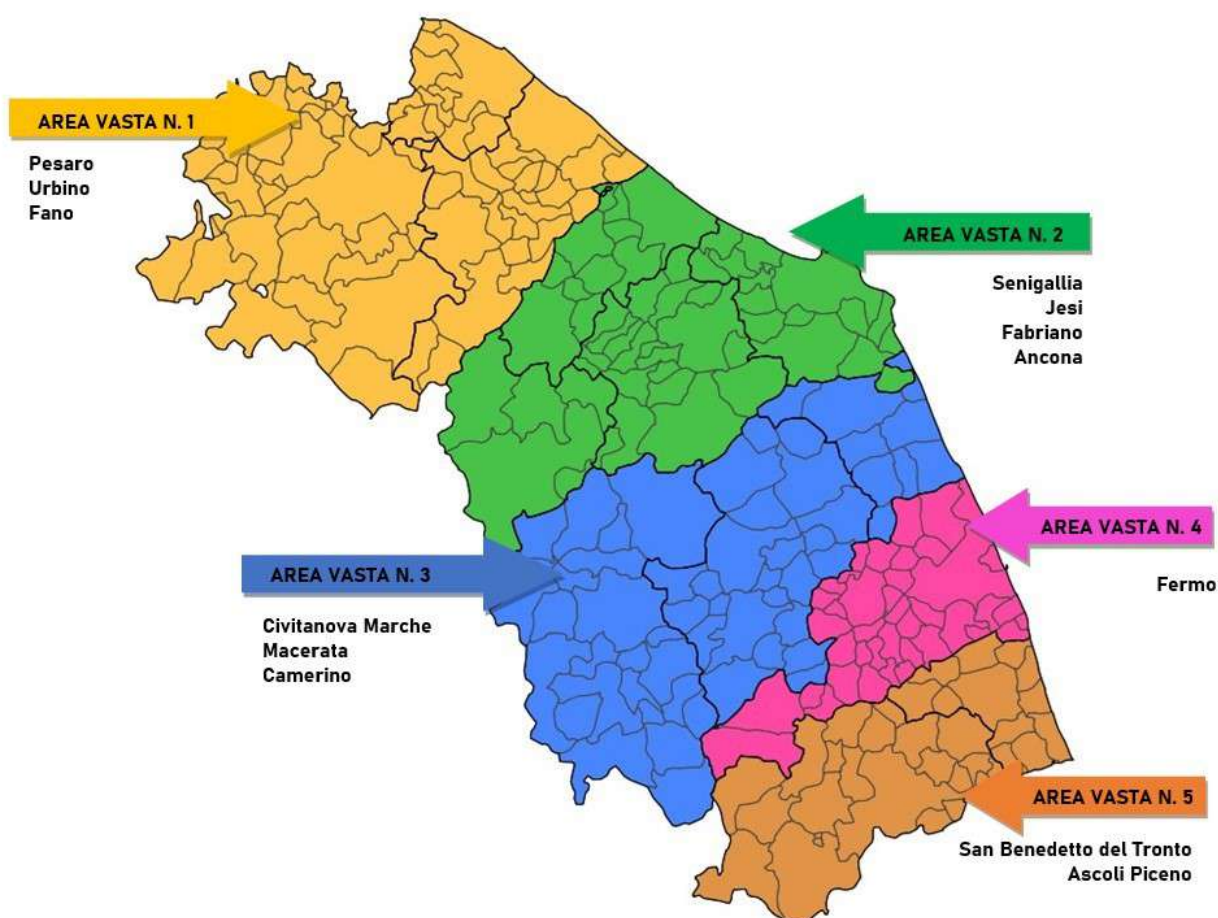
1) Sintesi dei principali risultati raggiunti

1 - L'Azienda Sanitaria Unica Regionale

La **Legge Regione Marche n. 13 del 20 giugno 2003** ha istituito l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), mediante incorporazione delle precedenti 13 Zone Territoriali e riformando l'intero assetto istituzionale del sistema sanitario della Regione Marche.

Sulla base delle modifiche introdotte con la Legge Regione Marche n. 17 del 1 agosto 2011, l'ASUR è articolata in cinque Aree Vaste (AAVV), di seguito rappresentate (Fig.1), le quali hanno il compito di assicurare alla popolazione residente le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e garantire l'equo accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione sanitaria.

Fig. 1. Le Aree Vaste



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.

Per perseguire tali finalità strategiche, l'assetto organizzativo-funzionale aziendale si rifà a quello dei sistemi a rete in cui le articolazioni organizzative rappresentano un insieme di nodi che sono legati tra loro da relazioni e

connessioni più o meno deboli e che condividono sistemi operativi a supporto del funzionamento della rete (linguaggi, codici, valori che guidano i comportamenti, gli strumenti di programmazione e controllo, strumenti di integrazione gestionale, la gestione del personale, ecc.).

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

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

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

L'ASUR Marche si estende su un territorio di 9344 Kmq (3% del territorio nazionale) con struttura geomorfologica differenziata. La popolazione assistita al 01/01/2021 è pari a 1.501.406 distribuita in 227 Comuni¹ e in 13 Distretti, con una densità di 160 abitanti per Kmq. La popolazione per Area Vasta e classe di età è riportata nella tabella seguente.

Tab. 1.

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

Nelle Marche la speranza di vita alla nascita, ovvero il numero medio di anni che restano da vivere ad un neonato, è per gli uomini di 80,9 anni di vita e per le donne di 85,1 anni di vita (dati Istat Tavole di mortalità della popolazione residente - Anno 2021), i valori di vita media della Regione Marche sono tra i più alti rilevati tra tutte le regioni italiane, il dato medio nazionale è di 80,1 per i maschi e di 84,6 per le femmine.

Tab. 2.

	Popolazione Over 65 anni	Totale Popolazione Assistita	Incidenza % Over 65
Anno 2018	375.511	1.531.753	24,5%
Anno 2019	378.321	1.525.271	24,8%
Anno 2020	381.026	1.512.672	25,2%
Anno 2021	381.251	1.501.406	25,4%

Seppur in attesa dei dati definitivi relativi alla popolazione al 31/12/2021 che saranno pubblicati dall'ISTAT nel mese di luglio 2022, di seguito si espongono i dati di mortalità Covid dal rapporto ISTAT – ISS pubblicato il 02/03/2022 “Impatto dell'epidemia covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente. Anni 2020-2021 e Gennaio 2022”.

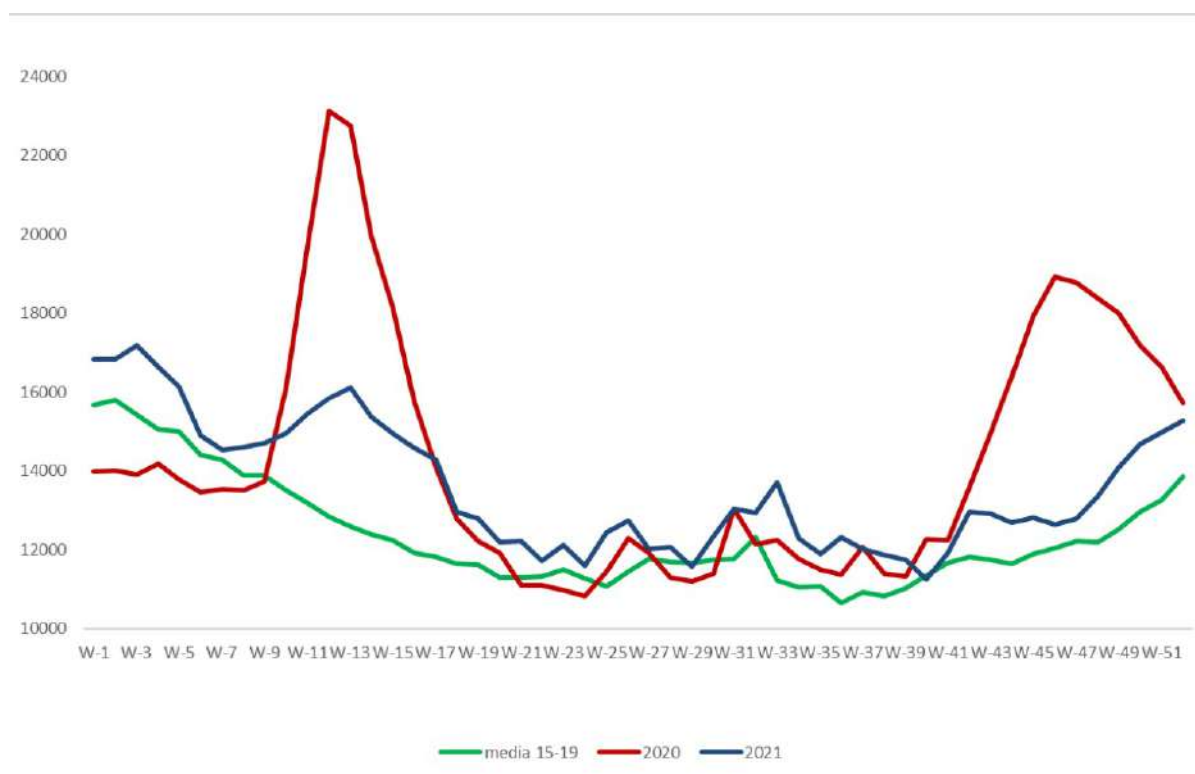
Uno degli approcci più efficaci per misurare l'impatto dell'epidemia di COVID-19 sulla mortalità è quello di conteggiare l'eccesso di decessi per il complesso delle cause, vale a dire quanti morti in più (per tutte le cause) ci sono stati nel Paese rispetto agli anni precedenti. L'indicatore di mortalità può fornire un'informazione sull'impatto complessivo dell'epidemia, non solo tenendo conto dei decessi attribuiti direttamente a COVID-19 attraverso la sorveglianza integrata COVID-19, ma anche di quelli che possono essere avvenuti senza una

¹ A partire dal 17 giugno 2021 i comuni di Montecopiolo e Sassofeltrio, appartenenti alla provincia di Pesaro e Urbino, sono passati alla provincia di Rimini (Legge n.84 del 28 maggio 2021 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n.142 del 16/06/2021).

diagnosi microbiologica o indirettamente collegati, come le morti causate da un trattamento ritardato o mancato a causa di un sistema sanitario sovraccarico.

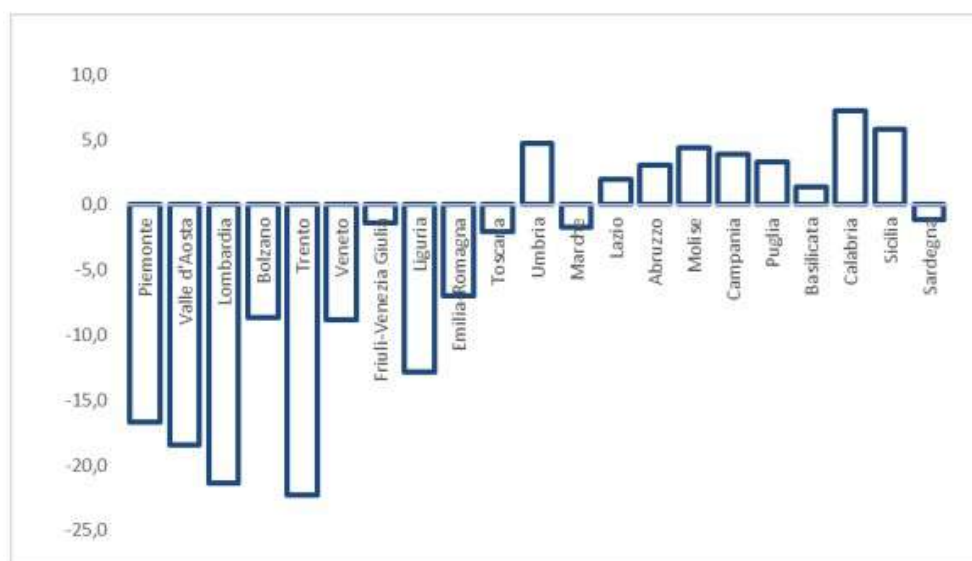
Come già nei precedenti Rapporti congiunti Istat-Iss, l'indicatore di mortalità Covid è stato stimato confrontando, a parità di periodo, i dati del 2020 e del 2021 con la media dei decessi del quinquennio 2015-2019.

Fig. 2 Andamento settimanale dei decessi per il complesso delle cause. Anni 2020, 2021 e media 2015-2019 (valori assoluti)



Sulla base di tale rapporto, nel 2021 il totale dei decessi nella classe di età over 80 anni è in calo rispetto all'anno precedente, in controtendenza con le altre regioni del Centro-Sud che registrano un aumento (si veda il grafico 3 seguente).

Fig. 3. Variazioni percentuali dei decessi della classe di età 80 e più, anno 2021 vs 2020 per regione



Fonte: Istat. Base dati integrata mortalità giornaliera comunale

2- Principali risultati raggiunti

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

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

1.Prevenzione e Sanità Pubblica

a) Igiene e Sanità Pubblica

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

Il 2021 è stato fortemente caratterizzato dalla campagna di vaccinazione anti-SARS-CoV2 che è iniziata sulla base delle indicazioni regionali definite nelle DGR n. 1699 del 31/12/2020 e DGR n. 36 del 25/1/2021 e delle successive indicazioni operative e interpretative fornite dal Servizio Sanità. Il coordinamento dell'attività vaccinale è stata posta in capo ai Direttori dei Dipartimenti di prevenzione che hanno sviluppato l'attuazione del Piano nell'ambito territoriale di competenza, raggiungendo tutti i target previsti in termini di efficienza vaccinale (vedi tab. 3). Per l'accesso alla vaccinazione è stato individuato l'utilizzo del sistema informatico "Primula" di Poste come previsto dal Piano strategico nazionale per le vaccinazioni anti-COVID 19.

Tab. 3.

N. Det. 395/21	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Risultato raggiunto ASUR
19	Efficienza attività vaccinale anti Sars-CoV-2 - Soggetti con fragilità o con età ≥ 80 anni, esclusi quelli che rifiutano la prenotazione o quelli dichiarati non idonei	% cittadini prenotati e vaccinati	N° cittadini prenotati e vaccinati con età ≥ 80 anni, con fragilità (es. comorbidità, disabilità, immunodeficienza), esclusi quelli che rifiutano la prenotazione o quelli dichiarati non idonei	N° cittadini prenotati con età ≥ 80 anni, con fragilità (es. comorbidità, disabilità, immunodeficienza), esclusi quelli che rifiutano la prenotazione o quelli dichiarati non idonei	(Target 80% - 94%) = 5 Punti (Target 95% - 100%) = 10 Punti	100,00%
20	Efficienza attività vaccinale anti Sars-CoV-2 - Soggetti con età ≥ 60 anni e delle altre categorie della fase II che si sono prenotate, esclusi quelli dichiarati non idonei	% cittadini prenotati e vaccinati con età ≥ 60 anni e delle altre categorie della fase II, esclusi quelli che rifiutano la prenotazione o quelli dichiarati non idonei	N° cittadini prenotati e vaccinati con età ≥ 60 anni e delle altre categorie della fase II, esclusi quelli che rifiutano la prenotazione o quelli dichiarati non idonei	N° cittadini prenotati con età ≥ 60 anni e delle altre categorie della fase II, esclusi quelli che rifiutano la prenotazione o quelli dichiarati non idonei	(Target 80% - 94%) = 5 Punti (Target 95% - 100%) = 10 Punti	100,00%

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

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

- ✓ Punti Vaccinali Ospedalieri (PVO),
- ✓ Punti Vaccinali Territoriali (PVT),
- ✓ Punti Vaccinali Mobili (PVM),
- ✓ Punti Vaccinali di Popolazione (PVP), sviluppati sulla base della Linee Guida per l'organizzazione di Centri Vaccinali di Massa (CVM) nelle Marche.

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

Fig.4.



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

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

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

In particolare con riferimento agli obiettivi **"Copertura vaccinale Esavalente"** e **"Copertura vaccinale MPR"**, la proiezione del dato al 31/12/2021 pone in evidenza un lieve miglioramento delle coperture vaccinali regionali rispetto al dato al 31/12/2020:

	ASUR - Marche al 31/12/2020	ASUR - Marche al 31/12/2021	Δ 2020-2021
Esavalente	93,8	94,2	+0,4%
Morbillo-Parotite-Rosolia	92,7	92,8	+0,1%

Il miglioramento sopra evidenziato però non consente di raggiungere pienamente il valore atteso previsto dalla DGR 510/2011 per il fenomeno sopra descritto dell'esitazione vaccinale. A questo proposito, lo studio pubblicato sulla rivista Vaccines 2022 n. 10 dal titolo "Ten Actions to Counteract Vaccine Hesitancy Suggested by the Italian Society of Hygiene, Preventive Medicine, and Public Health" evidenzia i risultati dell'indagine sviluppata nella Regione Marche da ASUR sulle motivazioni della mancata vaccinazione.

Tab. 4.

N. Det. 395/21	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Risultato raggiunto ASUR
1	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite virale 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		≥ 95%	94,20%
2	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	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	≥ 95%	92,80%

Con riferimento all'obiettivo **Copertura vaccinale Antinfluenzale (soggetti vaccinati > 65 anni al termine della campagna antinfluenzale 2021/2022)**, i dati di copertura vaccinale negli ultra 65enni delle ultime stagioni influenzali sono stati caratterizzati da un progressivo innalzamento a valori comunque molto lontani dagli obiettivi nazionali del 75% (minimo) e 95% (ottimale). Si deve comunque precisare che tale indicatore non è compreso tra quelli "CORE" del Nuovo Sistema di Garanzia (P06C) ma tra quelli oggetto di sperimentazione; il superamento del valore del 65% riscontrato nella campagna vaccinale precedente 2020-2021 sottende in realtà un sostanziale miglioramento rispetto agli anni precedenti se si considera l'andamento "anomalo" dell'ultima stagione ed evidenzia il contesto di progressivo e costante miglioramento delle coperture regionali.

Tab. 5.

N. Det. 395/21	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Risultato raggiunto ASUR
59	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	numero di soggetti di età superiore o uguale a 65 anni vaccinati per influenza	Popolazione > 65 anni residente	≥ 75%	62,80%

b) Prevenzione nei luoghi di lavoro

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

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

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

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

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

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

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

Di seguito gli obiettivi assegnati con Det. 395/2021 riferiti alla Prevenzione nei luoghi di lavoro, raggiunti al 100%.

Tab. 6.

N. Det. 395/21	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Risultato raggiunto ASUR
60	Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	Percentuale di aziende controllate e/o assistite con o senza sopralluogo sul totale da controllare / assistere, anche in relazione all'andamento dell'emergenza pandemica	N. aziende controllate e /o assistite	numero aziende con almeno 1 dipendente	≥ 5%	7,51%
61	Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale	Trasmissione dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regione (anno 2020)	Dati di anatomia patologica necessari trasmessi al Registro Tumori Regionale (anno 2020)	Dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale presenti negli archivi aziendali (anno 2020)	100%	100%
62	Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale	Registrazione schede cause di morte anno 2019	Numero schede cause di morte registrate anno 2019	Numero totale schede cause di morte anno 2019	100%	100%

c) Screening oncologici

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

Nella prima fase della pandemia le attività dello screening oncologico hanno subito un periodo di interruzione e la successiva ripartenza non è stata tale da permettere il necessario recupero sia per le ricadute delle misure di prevenzione anticovid che hanno ridotto i volumi delle attività ambulatoriali e sia per l'aumentata resistenza degli utenti ad accedere alle strutture ai fini diagnostici. Di seguito gli obiettivi assegnati con Det. 395/2021 ed i risultati raggiunti.

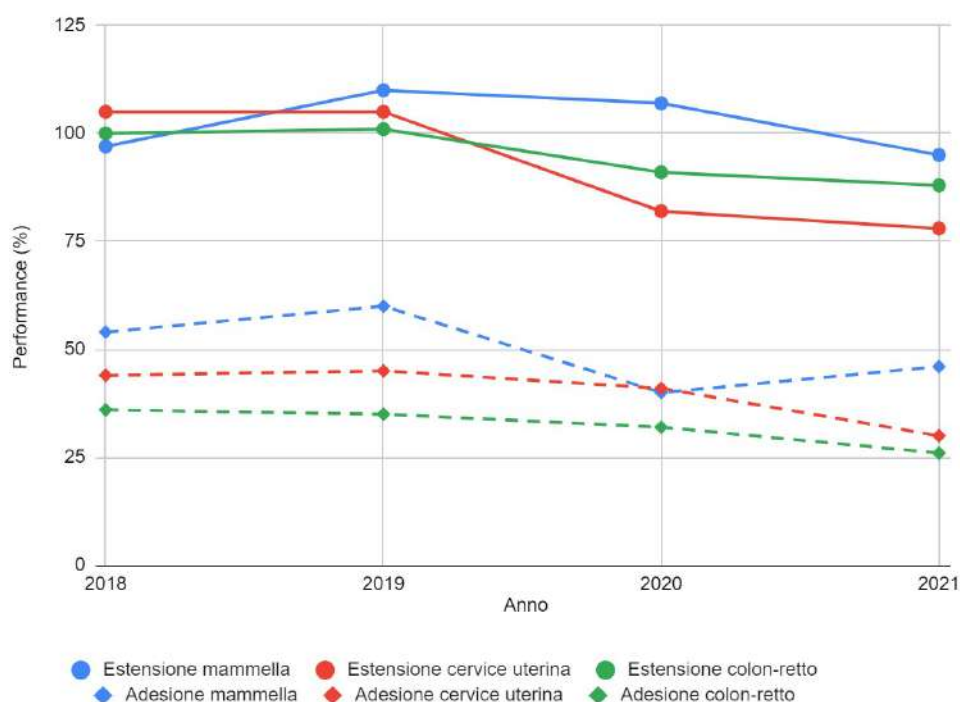
Tab. 7.

N. Det. 395/21	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Risultato raggiunto ASUR
15	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 2021 il test di screening per carcinoma mammella	Popolazione target 2021	> 60%	45,14%
16	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 2021 il test di screening per cervice uterina	Popolazione target 2021	> 50%	25,95%
17	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 2021 il test di screening per tumore colon retto	Popolazione target 2021	> 50%	24,74%

Il grafico in Figura 5 descrive l'andamento dell'estensione e dell'adesione nell'ultimo quadriennio di attività dei tre programmi di screening in tutta l'ASUR Marche.

Si osserva una ripresa di adesione nel 2021 per lo screening mammografico. Infatti l'adesione del 46% nel 2021 è maggiore rispetto al 40% del 2020, quando la performance è stata fortemente ridotta dall'emergenza pandemica. Manca invece tale segnale di ripresa per gli screening della cervice uterina e del colon-retto, che anzi nell'ultimo anno hanno subito un ulteriore calo dell'adesione.

Fig. 5. Andamento dell'estensione e dell'adesione nell'ultimo triennio di attività dei tre programmi di screening, in tutta l'ASUR Marche.



I dati di estensione ed adesione riferiti agli screening per l'anno 2021, mostrano come la pandemia abbia inciso negativamente su tutta l'attività di prevenzione oncologica, con inevitabili ripercussioni sul ritardo diagnostico e conseguente ridotta efficacia delle terapie oncologiche.

d) Prevenzione Primaria Collettiva - Area veterinaria e sicurezza alimentare

La rete della prevenzione primaria collettiva-area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare- si articola sul territorio delle Aree Vaste con i Servizi: Igiene Alimenti e Nutrizione (IAN), Igiene Alimenti di Origine Animale (IAOA), Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche (IAPZ) e Sanità Animale (SA). Di seguito gli obiettivi individuati con Det. 395/2021 assegnati agli altri Servizi della Prevenzione

Tab. 8. Igiene degli Alimenti e Nutrizione (Servizio IAN)

N. Det. 395/21	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Risultato raggiunto ASUR
11	Additivi alimentari (Piano nazionale controllo additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNCAA	N. campioni effettuati per il PNCAA	Totale campioni previsti dal PNCAA	100% in tutte le categorie previste	97,50%
12	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	100,00%
74	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg CE 1830/2003- alimenti geneticamente modificati	Corretto rapporto del campionamento previsto dall'allegato al Piano OGM, riferito alle materie prime e agli intermedi di lavorazione	N. campioni eseguiti	N. totale campioni previsti dal Piano OGM	> 60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione	100,00%
75	AUDIT SU OSA- controlli ufficiali previsti dai Reg. 882/04 e Reg. 854/04. DDPFVSA n. 49 del 20/03/2017	% di audit sugli stabilimenti riconosciuti di cui al DDPFVSA n. 49 del 20/03/2017	Adozione atti formali che definiscono il programma annuale di audit dell'Autorità Competente Locale su OSA		100% del numero minimo di audit che sarebbe necessario eseguire se tutti gli stabilimenti fossero classificati a "basso rischio", per ciascuna tipologia di cui al DDPFVSA	100,00%
76	RADIAZIONI IONIZZANTI D Lgs 30 gennaio 2001, n. 94 - Attuazione delle direttive 1999/2 CE e 1999/3/ce: (PAMA)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti	N. campionamenti ed analisi eseguite	N. totale campioni ed analisi previsti	100%	100,00%
79	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	100,00%

Tutti gli obiettivi relativi al Servizio IAN risultano raggiunti: in particolare, con riferimento all'obiettivo "Additivi alimentari" si deve evidenziare che nell'espletamento del piano regionale dei campionamenti di matrice di "additivo tal quale presso utilizzatori" non è stato possibile reperire le matrici su tutto il territorio marchigiano; si è proceduto ad informare della criticità, opportunamente e per tempo, il Settore Prevenzione e Veterinaria e Sicurezza Alimentare richiedendo modifiche e revisione dell'obiettivo (trattasi di variabile esterna non controllabile).

Tab. 9. Igiene degli Alimenti Di Origine Animale (Servizio IAOA)

N. Det. 395/21	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Risultato raggiunto ASUR
73	CONTROLLI ANALITICI NELLE FASI DI PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI - attuazione Accordo Stato-Regioni del 10 novembre 2016, rep 212, concernente Linee guida controllo ufficiale ai sensi Reg 882/04 e 854/04, Capitolo 15 e ripartizione dei controlli su base regionale (nota DGSAN n. 15168 del 14/04/2017. Percentuale di controlli analitici minimi effettuati per ciascuna matrice alimentare nelle fasi, rispettivamente, di "produzione" e "distribuzione"	% campionii effettuati sul totale dei programmi negli esercizi di produzione e distribuzione	N. campionamenti effettuati negli esercizi di produzione e distribuzione	N. totale campionamenti programmati negli esercizi di produzione e distribuzione	100% in ciascuna matrice alimentare e 100% in ciascuna fase	99,30% 99,57% 98,83%
75	AUDIT SU OSA- controlli ufficiali previsti dai Reg. 882/04 e Reg. 854/04. DDPFVSA n. 49 del 20/03/2017	% di audit sugli stabilimenti riconosciuti di cui al DDPFVSA n. 49 del 20/03/2017	Adozione atti formali che definiscono il programma annuale di audit dell'Autorità Competente Locale su OSA		100% del numero minimo di audit che sarebbe necessario eseguire se tutti gli stabilimenti fossero classificati a "basso rischio", per ciascuna tipologia di cui al DDPFVSA	100,00%
77	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%	100,00%
79	PIANO NAZIONALE MICOTOSSINE 2016-2018- Controllo ufficiale delle micotossine in alimenti. Nota DGSAN n.14944 del 14/4/2016 (PAMA 2018)	Volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal Piano Nazionale Micotossine in Alimenti (PNMA)	N. totale campionamenti effettuati	N. totale campionamenti previsti	> 90 % delle coppie micotossine/matrice previste dalle tabelle 2 e 3 del PNMA (programmi di campionamento) con almeno il 90 % dei campioni svolti per ciascuna coppia	100,00%

Tutti gli obiettivi relativi al Servizio IAOA risultano raggiunti: in particolare, per quanto riguarda i controlli analitici nelle fasi di produzione e distribuzione degli alimenti, non è stato possibile reperire sul mercato, nella loro totalità, le matrici previste dal medesimo piano nazionale, mentre per le matrici disponibili i controlli eseguiti sia nella fase di produzione che distribuzione è stato pari al 100%. Pertanto, anche questo obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto in quanto condizionato da variabile esterna non controllabile dal livello operativo.

Tab. 10. Igiene Degli Allevamenti E Produzioni Zootecniche (Servizio Iapz)

N. Det. 395/21	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Valore raggiunto 2021
9	FARMACOSORVEGLIANZA - attività di ispezione e verifica art. 88 D Lgs n. 193/2006. Nota DGSAF n. 1466 dle 26/01/2012: DM 14/05/2009 e nota DGSAF 13986 del 15/07/2013	Attività svolta sul totale degli operatori controllabili in base all'art. 68 comma 3, art 71 comma 3, art 70 comma 1, artt 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs n. 193/2006	N. totale degli operatori controllati	N. totale degli operatori controllabili	Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite	99,50%
10	Piano Nazionale Alimentazione animale	% campionamenti eseguiti sul totale degli attesi	N. campionamenti e analisi svolte	N. campionamenti e analisi programmate	100%	100,00%
13	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	100%
70	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%	100%
71	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%	100%
72	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 1099/2009)	% di stabilimenti controllabili in attuazione del medesimo Piano	100%	100%
75	AUDIT SU OSA- controlli ufficiali previsti dai Reg. 882/04 e Reg. 854/04. DDPFVSA n. 49 del 20/03/2017	% di audit sugli stabilimenti riconosciuti di cui al DDPFVSA n. 49 del 20/03/2017	Adozione atti formali che definiscono il programma annuale di audit dell'Autorità Competente Locale su OSA		100% del numero minimo di audit che sarebbe necessario eseguire se tutti gli stabilimenti fossero classificati a "basso rischio", per ciascuna tipologia di cui al DDPFVSA	100%

Tutti gli obiettivi relativi al Servizio IAPZ risultano raggiunti.

Tab. 11. Sanità Anomale e Igiene Urbana veterinaria (Servizio Sanità Animale)

N. Det. 395/21	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Risultato raggiunto ASUR
3	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 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	3,69%
4	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE 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	12,30%
5	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende suinicole controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% aziende)	N. aziende suinicole controllate I&R	N. totale aziende suinicole	1%	1,07%
6	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende apistici controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% aziende)	N. aziende apistici controllate	N. totale aziende apistici	1%	1,13%
7	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende bovine controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% aziende)	N. aziende bovine controllate	N. totale aziende bovine	3%	3,60%
8	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende equine controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (5% aziende)	N. aziende equine controllate	N. totale aziende equine	5%	5,21%
64	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	% 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%	100,00%
65	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	% 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%	100,00%
66	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSF 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 di bovini morti	≥ 85%	91,02%
67	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% di capi ovini e caprini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per ogni specie	N. capi ovini morti sottoposti al test TSE/Scrapie	N. totale dei capi ovini e caprini morti	≥ 85% di ovini morti e testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie	100,00%
68	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% di capi ovini e 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 ovini e caprini morti	≥ 70% di caprini morti e testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie	100,00%
69	SALMONELLOSI ZOONOTICHE - Reg 2160/03 e s.m.i.: nota DGSA 3457 - 26/02/2010, NOTA dgsf 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%	100,00%

Tutti gli obiettivi relativi al Servizio Sanità Animale risultano raggiunti.

Assistenza territoriale

a) Area Distrettuale

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 sia spostato sempre di più dall'ospedale al territorio, per offrire una risposta adeguata all'aumento delle patologie cronico-degenerative e quelle a compartecipazione sociale.

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

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

Di seguito gli obiettivi assegnati con Det. 395/2021.

Tab. 12.

N. Det. 395/21	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Risultato raggiunto ASUR
28	Accessibilità e funzionalità dei servizi sanitari di base	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta per complicanze per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	Ricoveri ordinari per complicanze per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco per soggetti residenti >18 anni	Popolazione residente in età > 18 anni (popolazione residente 01 gennaio 2021)	<=343	254,2
29	Accessibilità e funzionalità dei servizi sanitari di base	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	Ricoveri ordinari per asma e gastroenterite	Popolazione residente in età < 18 anni (popolazione residente 01 gennaio 2021)	<=109	21
35	Potenziamento della Rete delle Cure Palliative	% Deceduti per tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul totale dei deceduti per tumore	Σ Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore + Σ Assistiti in cure domiciliari con assistenza conclusa per decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore	Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili	> 35% (Tolleranza 25%)	41,8%
91	Potenziamento della Rete delle Cure Palliative	Incremento dell'offerta di Posti letto di Hospice	Numero di nuovi posti letto di Hospice attivati durante l'anno 2021 entro il 30/07/2021		≥ 10 Posti Letto	7

Gli obiettivi risultano raggiunti, ad eccezione del n. 91, per il quale si rappresentano di seguito le motivazioni del mancato raggiungimento.

Con nota del DG Asur del 25/05/2021 è stato aggiornato il tavolo tecnico ASUR "Rete hospice/Cure Palliative" con il compito di uniformare ed implementare la rete degli hospice/cure palliative ASUR, tenendo conto della normativa nazionale e regionale, in particolare i più recenti documenti di autorizzazione ed accreditamento.

Con determina ASUR DG 259 del 6 aprile 2022 è stato formalizzato il modello organizzativo della Rete Regionale CP/Hospice, coerente con la L.38/2010 e con la DGRM 846/2014. Nella tabella di seguito riportata vengono descritte le strutture Hospice presenti nella Regione Marche, divise per Area Vasta, con Posti Letto autorizzati.

Con nota prot. 27007 del 27/07/2021 l'Asur ha comunicato alla regione la programmazione di potenziamento di 10 PL previsti per il 2021, che prevedeva la realizzazione di +2 OL a Fossombrone, +2 PL a Chiaravalle, +2 a Macerata, +4 a San Benedetto. A consuntivo, risultano realizzati 7 PL aggiuntivi di Hospice, così come si evince dalla seguente tabella, mentre i restanti saranno operativi entro il 2022.

Tab. 13.

HOSPICE	PL 2020 al 31/12/2020	PL 2021 al 31/12/2021
Fossombrone	10	10
Loreto	8	8
Chiaravalle	10	10
Fabriano	8	8
Macerata	8	8
San Severino	12	12
Offida		3
Montegranaro	10	10
San Benedetto	8	12
totale	74	81

I lavori per la realizzazione dei PL sono stati rallentati durante la pandemia Covid-19, impedendo il raggiungimento del pieno risultato atteso.

In particolare, per quanto riguarda l'Hospice di Fossombrone i lavori di ampliamento che porteranno la struttura di Fossombrone a 19 PL, rispetto agli attuali 10, sono in corso e termineranno entro il 2022. Il rallentamento è stato dovuto alla pandemia, poiché la struttura di Fossombrone è stata utilizzata, in alcuni periodi, per la lungodegenza post acuzie dei pazienti Covid positivi.

Relativamente all'Hospice di Loreto ha continuato a lavorare regolarmente con 10 PL. Gli spazi individuati presso le Cure intermedie che avrebbero potuto eventualmente essere utilizzati per aggiungere ulteriori PL Hospice, sono stati utilizzati per la somministrazione dei vaccini e l'esecuzione dei tamponi.

Riguardo ai PL previsti in AV3 l'ASUR con nota prot. 44469 del 16/12/2021 l'Asur ha comunicato al Servizio Salute l'impossibilità di procedere all'ampliamento a causa degli spazi necessari al rispetto dei criteri di autorizzazione che risultano non capienti per tale ampliamento.

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

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

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

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

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

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

I Distretti hanno proseguito nel 2021 a garantire le ulteriori attività territoriali relative al supporto della rete residenziale, alla gestione dell'organizzazione di DDT per l'erogazione di tamponi e supportate le campagne vaccinali nelle strutture residenziali e attraverso i Medici di Medicina Generale.

Di seguito gli obiettivi di cui alla Det. 395/2021 riguardanti il potenziamento della rete territoriale e l'assistenza domiciliare, che risultano completamente raggiunti.

Tab. 14.

N. Det. 395/21	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Valore raggiunto 2021
32	Assistenza Domiciliare	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1	N. pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1 (0,14 - 0,30)		$\geq 4,00 \times 1000 \text{ ab}$	5,60
33	Assistenza Domiciliare	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2	N. pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2 (0,31 - 0,50)		$\geq 2,50 \times 1000 \text{ ab}$	2,92
34	Assistenza Domiciliare	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3	N. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3 ($> 0,50$)		$> 2,00 \times 1000 \text{ ab.}$ (Tolleranza 20%)	2,31
93	Piano di potenziamento e riorganizzazione rete territoriale (D.L. 34/2020)	Monitoraggio mensile su applicazione atti compilazione relative tabelle informative di cui alle DGR 1266/2020 e 1423/2020	Produzione reportistica da inviare alla P.F. Territorio e Integrazione Ospedale-Territorio attestante le attività di monitoraggio svolte e l'assolvimento degli obblighi informativi di cui alle DGR 1266/2020 e 1423/2020		Report mensili entro il 15° giorno di ciascun mese	100%

c) Emergenza Urgenza

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

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

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

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

- ricoveri/trasferimenti di pazienti positivi e sospetti in altre strutture e successive relative dimissioni;
- riduzione della presenza di utenti di reparti e pronto soccorsi per far fronte all'alto flusso di accettazione dei pazienti Covid-19 positivi o sospetti;
- trasferimento dei pazienti critici tra varie rianimazioni e verso strutture Covid dedicate;
- pazienti dializzati Covid positivi o sospetti per i quali doveva essere riprogrammato il viaggio singolo e con le dovute precauzioni, sovente cambiando anche luogo di partenza e destinazione a seguito della riorganizzazione dei percorsi.

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

Tab. 15.

N. Det. 395/21	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Valore raggiunto 2021
30	Efficienza Rete Emergenza -Urgenza	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra ricezione chiamata da parte della centrale operativa e arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso di tutte le missioni durante l'anno		≤ 18	17,5

Nel 2021 l'obiettivo risulta raggiunto nonostante la messa in atto di una serie di azioni che hanno richiesto tempistiche superiori rispetto alle fasi pre covid quali:

- utilizzo routinario dei DPI anti covid, con seppur minimo ulteriore impiego di tempo;
- sanificazione del mezzo della durata minima di 15 minuti al termine del servizio;
- assegnazioni delle destinazioni dei pazienti covid positivi presso presidi ospedalieri identificati a vocazione Covid richiedendo talvolta una percorrenza superiore.

Nel 2021 l'obiettivo relativi alla riduzione del tempo tra ricezione della chiamata alla CO118 e arrivo sul posto risulta raggiunto nonostante la messa in atto di una serie di azioni che hanno richiesto tempistiche superiori rispetto alle fasi pre covid quali:

- utilizzo routinario dei DPI anti covid, con seppur minimo ulteriore impiego di tempo;
- sanificazione del mezzo della durata minima di 15 minuti al termine del servizio;
- assegnazioni delle destinazioni dei pazienti covid positivi presso presidi ospedalieri identificati a vocazione Covid richiedendo talvolta una percorrenza superiore.

d) Area Salute Mentale

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

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

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

- approvazione, con Determina del Direttore Generale ASUR, n. 627 del 13/11/2018, delle linee guida ed istruzioni operative circa interventi sanitari di contenimento meccanica in psichiatria finalizzate alla sicurezza del paziente ricoverato e degli operatori;
- approvazione, con Determina del Direttore Generale ASUR, n. 536 del 06/09/2018, degli indirizzi operativi di collaborazione tra servizi del dipartimento di salute mentale e servizi dell'unità multidisciplinare età adulta per la gestione integrata di pazienti con disabilità e patologia psichiatrica, prodotta dal Gruppo di miglioramento composto da rappresentanti UMEA e DSM di tutte le Aree Vaste.

L'obiettivo assegnato con det. 395/2021 è il seguente:

Tab. 16.

N. Det. 395/21	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Risultato raggiunto ASUR
37	Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologia psichiatrica	% Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni (Vincolante)	Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	Totale ricoveri in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	≤ 1%	5,1%

Il target previsto per l'obiettivo di cui alla DGR 511/2011 per la salute mentale (% ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria) risulta molto più che sfidante visto che si chiede di passare da un valore target del 5% del 2020 ad un valore inferiore al 1% nel 2021; in particolare il trend registrato negli ultimi cinque anni evidenzia valori molto lontani dal valore atteso assegnato del ≤1%; peraltro il prolungarsi dell'emergenza COVID non ha consentito la revisione degli attuali modelli organizzativi della presa in carico del paziente psichiatrico, riorganizzazione invece necessaria per garantire un miglioramento della percentuale dei ricoveri ripetuti. D'altra parte, il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) prevede un valore di sufficienza pari al 6,9%, in base al quale l'ASUR risulta adempiente. Tale contestazione del valore target assegnato all'ASUR è avvenuta con nota prot. 32733 del

21/09/2021, con la quale la Direzione ha evidenziato alla Regione le motivazioni per le quali si ritiene l'obiettivo raggiunto.

e) Liste di Attesa

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

- DGR n.640/2018 del 14/05/2018 "Piano Regionale per il Governo dei Tempi di Attesa per le prestazioni di Specialistica Ambulatoriale e diagnostica sottoposte a monitoraggio dal Piano nazionale Governo Liste di Attesa (PNLA) per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche per gli anni 2018-2020";
- DGR n.380 del 01/04/2019 "Governo dei tempi d'attesa. Percorsi di tutela finalizzati a garantire l'effettuazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nei tempi previsti e gestione della mancata Disdetta dell'appuntamento per gli assistiti residenti nella Regione Marche".
- DGR n.462 del 16/04/2019 "Recepimento PNGLA 2019-2021 (Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019). Nuovo Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche per gli anni 2019-2021. DGR 380/2019 Modifica e integrazione".
- DGR n. 779 del 24/06/2019 "Governo Tempi di Attesa. Modifica DGR 703/2019, DGR 380/2019, DGR 462/2019"
- DGR n. 1361 del 7/11/2019 - Avvio del percorso di governo dei tempi d'attesa per prestazioni non ricomprese nel Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa (PNGLA). Implementazione della trasparenza del sistema di prenotazione. Modifica DGR 779/2019 ed integrazione DGR 462/2019"
- DGR n.827 del 29 giugno 2020, recante "Epidemia di COVID-19: piano di potenziamento delle attività ambulatoriali per la fase 2 dell'emergenza pandemica finalizzato alla riduzione dei tempi di attesa";
- D.L.n.104 del 14 agosto 2020. art.29 comma 8, convertito con modificazioni dalla legge n.126 del 13 ottobre 2020, rubricato "Disposizioni urgenti in materia di liste di attesa";
- DGR n.1323 del 10 settembre 2020; azioni relative al personale dipendente, lavoratore autonomo e convenzionato ai fini della realizzazione del piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa;
- D.L.n.73 del 25 maggio 2021, art.26, convertito con modificazioni dalla legge n.106 del 23 luglio 2021, rubricato "Disposizioni in materia di liste di attesa e utilizzo flessibile delle risorse";

Le indicazioni regionali sono state recepite e attuate dall'azienda nel Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa (l'ultimo aggiornamento è stato adottato con la Determina 44/2020 del gennaio 2020). Le linee di programmazione sono state, però, stravolte dall'emergenza pandemica protratta a tutto il 2021 che ha impattato fortemente sul sistema. Per far fronte alla pandemia si sono utilizzate risorse umane, attrezzature, e riconvertito strutture ospedaliere e territoriali: il personale presente è stato utilizzato per fronteggiare l'emergenza sanitaria e inoltre sono state applicate le misure di distanziamento sociale che hanno ridotto l'offerta con conseguente inevitabile allungamento delle liste di attesa.

Nell'anno 2021, come nell'anno 2020, sono state messe a disposizione risorse per il recupero delle liste di attesa (DGRM 827/2020, DGRM n.1323/20), ma permangono criticità di carattere generale:

riguardo ai ricoveri per interventi chirurgici programmati:

- carenza di specialisti medici anestesisti;

riguardo alle prestazioni ambulatoriali:

- riduzione dell'attività nelle fasi acute della pandemia per recupero di personale da destinare ai percorsi COVID-19;
- allungamento dei tempi di erogazione delle prestazioni per le misure di distanziamento sociale (DGRM n.523/20)
- carenza di medici specialisti (soprattutto di alcune discipline come la cardiologia e la pneumologia)

- bassa adesione all'attività aggiuntiva sia con uso del fondo Balduzzi che con finanziamento regionale (DGRM n.827/2020).

Pur nella complessità del persistere dello stato di emergenza per la pandemia, per il raggiungimento degli obiettivi 2021 sono state date indicazioni per sviluppare le azioni necessarie (nota prot. 27910 del 3/8/2021):

1-Monitoraggio e verifica della qualità delle agende di prenotazione.

Il lavoro di ottimizzazione dell'offerta si è concretizzato tramite:

- ✓ revisione dell'inserimento di vincoli nelle agende per le prime prestazioni monitorate (inviante o quesiti);
- ✓ analisi dei posti non prenotati (per verificare l'utilizzo del meccanismo del riutilizzo dei posti),
- ✓ analisi comparativa dei tempi degli slot delle prestazioni
- ✓ diffusione del regolamento sulla costruzione delle agende;
- ✓ progressiva centralizzazione al Centro servizi della gestione delle agende (al fine di garantire uniformità e ottimizzazione degli slot).

2-Revisione della configurazione delle agende e monitoraggio della durata degli slot.

Questa attività ha lo scopo di garantire la progressiva riduzione dei tempi previsti per l'erogazione delle prestazioni (nota della PF Territorio e Integrazione ospedale – territorio prot. 0007757|30/06/2021|R_MARCHE|ARS|AST|P) si è proceduto a dare disposizioni in materia e ad effettuare una rivalutazione degli slot con durata maggiore di 30 minuti.

Il controllo riguarda anche la coerenza dei tempi di erogazione tra attività istituzionale e libero professionale. In particolare, per l'attività delle UUOO di radiologia dal mese di settembre si è completato il riallineamento delle agende ai tempi della fase pre-COVID (ad esclusione dei percorsi dedicati ai soggetti COVID o con sovrapposizione dei percorsi dell'emergenza urgenza).

3-Analisi dell'offerta finalizzata ad evidenziare aree di criticità e ad attuare misure correttive.

I dati relativi agli inserimenti in lista di garanzia forniscono una visione immediata delle principali aree di criticità. Le prestazioni più critiche sono:

- *Visite cardiologiche* l'ampliamento dell'offerta in ambito cardiologico è fortemente vincolato dalla carenza di specialisti. La revisione del tariffario ambulatoriale (che ha incluso nella visita l'effettuazione dell'elettrocardiogramma) provoca una riduzione dell'offerta delle strutture private a seguito della riduzione tariffaria. La principale azione, in fase di attuazione, è la revisione dei tempi di erogazione delle prestazioni;
- *RM encefalo*: si sta procedendo ad un ampliamento degli slot e ad orientare l'offerta privata verso questa prestazione.
- *Colonscopia*: L'ambito della gastroenterologia è molto critico (si segnala un aumento della richiesta della prestazione).

Nei mesi scorsi si è proceduto ad un adeguamento degli organici medici ed è attualmente in corso una revisione della durata degli slot per incrementare l'offerta. Altra azione che si sta mettendo in campo è l'ampliamento dell'offerta delle strutture private accreditate.

4-Utilizzo del fondo Balduzzi

A causa della pandemia il fondo ha subito una inevitabile riduzione poiché è costituito sulla base dell'attività libero professionale in forte flessione durante l'emergenza Covid. L'Azienda ha proceduto a revisionarlo e indirizzarlo per le prestazioni maggiormente critiche, ambulatoriali e di ricovero.

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

Tab. 17.

N. Det. 395/21	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Risultato raggiunto ASUR
31	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica; visita ortopedica; visita cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B	>90%	93,12%
94	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica; visita ortopedica; visita cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	> 90%	91,05%
95	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE	Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B di prime visite ed esami strumentali monitorizzati dal PNGLA	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B (10gg)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B	> 90%	91,87%
96	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE	Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità D degli esami strumentali monitorizzati dal PNGLA	Numero esami strumentali garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D (60gg)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	> 90%	94,41%
97	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE	Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità D delle altre prime visite monitorizzate dal PNGLA	Numero prime visite garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D (30 gg)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	> 90%	91,40%
98	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE	Completezza della compilazione della ricetta per tipologia di accesso/classe priorità per le prestazioni previste al PNGLA	Numero delle prestazioni richieste con indicazione della tipologia di accesso/classe priorità	N.totale di prestazioni richieste	> 90%	73,0%

Tutti gli obiettivi relativi all'ottimizzazione dell'offerta ambulatoriale sono stati pienamente raggiunti, registrando una percentuale di performance sul rispetto dei tempi di attesa per le prime visite e gli esami strumentali, sia con classe di priorità breve (B) sia differita (D) ben superiore al 90% atteso.

In relazione, invece, alla completezza della ricetta per tipologia di accesso/classe priorità, il forte incremento nel ricorso alla impegnativa dematerializzata ha impattato negativamente sul dato relativo alla completezza delle prescrizioni, non consentendo di perseguire la percentuale minima del 90%.

f) Farmaceutica territoriale

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

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

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

- i farmaci non più coperti da brevetto, a carico del SSN, forniti con la convenzionata sono inseriti nella lista di trasparenza curata dall' AIFA. L'eventuale differenza rispetto al prezzo del farmaco dispensato a carico del SSN è posta a carico del cittadino;

- le farmacie sono tenute ad applicare, per legge, un complesso sistema di sconti al SSN.

I risultati delle azioni implementate sulla spesa farmaceutica convenzionata sono ben evidenti dal fatto che nel 2021 l'ASUR ha garantito il rispetto del tetto di spesa del 7%, realizzando un'economia di -20.898.051 euro, pari al -0,67%.

L'ASUR, al fine di contenere e qualificare la spesa farmaceutica nei limiti programmati ha attuato le seguenti azioni che hanno consentito il contenimento della spesa e la garanzia di un servizio farmaceutico capillare nel territorio:

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

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

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

Per quanto attiene alla farmaceutica convenzionata, si è proceduto alla pubblicazione mensile sul portale SIRTE dei Medici di Medicina Generale del report "Valutazione comparativa - Scheda di sintesi del medico di medicina generale e relativi assistibili". Tali report consentono a ciascun professionista di conoscere il proprio profilo prescrittivo e confrontarlo con la media regionale, rilevando le eventuali deviazioni prescrittive sia in termini di spesa che di ipo- o iper-prescrizione di singole classi farmacologiche. Come stabilito nel percorso di verifica previsto dall'art.51 dell'Accordo Integrativo Regionale (DGR n. 751/2007), i Direttori dei Distretti Sanitari e i Responsabili dei Servizi Farmaceutici supportano l'analisi delle anomalie e sviluppano le azioni conseguenti previste. Il Dipartimento del Farmaco ha curato l'elaborazione di una guida alla lettura dei report inviata ai Medici per facilitarne l'interpretazione e una guida alla consultazione della reportistica attraverso il portale Farmastat – Marno®.

Di seguito gli obiettivi assegnati con Det Asur n. 395/2021.

Tab. 18.

N. Det. 395/21	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Risultato raggiunto ASUR
38	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici	Variazione DDD antibiotici per pazienti residenti (Per AAOO e INRCA la Variazione DDD è calcolata in rapporto a 100 giornate di degenza)	(N° DDD antibiotici anno 2021)		+/- 15% Valore 2020	-8,2%
39	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antidepressivi	DDD/DIE (ATC2 N06A)	DDD (ATC2 N06A) *1000 /365	Popolazione residente	<36	45,8
40	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Inibitori di pompa	DDD/DIE (ATC A02BC)	DDD ATC A02BC * 1000 / 365	Popolazione residente	<54	59,5
41	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antiipertensivi	DDD/DIE (ATC2 C09C+C09D)	DDD (ATC2 C09C+C09D)*1000 /365	Popolazione residente	<66	105,2
42	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Statine	DDD/DIE (ATC C10AA+C10BA)	DDD (ATC2 C10AA+C10BA)*1000 /365	Popolazione residente	<66	108,6
100	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Adrenergici	DDD/DIE (ATC R03A+R03B)	DDD (ATC R03A+R03B)*1000 /365	Popolazione residente	<24	25,3
104	Utilizzo dei farmaci biosimilari	% Biosimilare INSULINA GLARGINE	DDD Biosimilare (A10AE04)	Totale DDD (A10AE04)	≥ 90% [Tolleranza 10%]	49,49%
105	Utilizzo dei farmaci biosimilari	% Biosimilare ENOXAPARINA	DDD Biosimilare (B01AB05)	Totale DDD (B01AB05)	≥ 90% [Tolleranza 10%]	99,81%
106	Utilizzo dei farmaci biosimilari	% Biosimilare ERITROPOIETINA	DDD Biosimilare (B03XA01)	Totale DDD (B03XA01)	≥ 90% [Tolleranza 10%]	92,22%
107	Utilizzo dei farmaci biosimilari	% Biosimilare EPOETINE ALFA	DDD Biosimilare (B03XA02)	Totale DDD (B03XA02)	≥ 90% [Tolleranza 10%]	nv
108	Utilizzo dei farmaci biosimilari	% Biosimilare RITUXIMAB	DDD Biosimilare (L01XC02)	Totale DDD (L01XC02)	≥ 90% [Tolleranza 10%]	95,82%
109	Utilizzo dei farmaci biosimilari	% Biosimilare TRASTUZUMAB	DDD Biosimilare (L01XC03)	Totale DDD (L01XC03)	≥ 90% [Tolleranza 10%]	nv
110	Utilizzo dei farmaci biosimilari	% Biosimilare BEVACIZUMAB	DDD Biosimilare (L01XC07)	Totale DDD (L01XC07)	≥ 90% [Tolleranza 10%]	79,10%
111	Utilizzo dei farmaci biosimilari	% Biosimilare INFILIXIMAB	DDD Biosimilare (L04AB02)	Totale DDD (L04AB02)	≥ 90% [Tolleranza 10%]	85,78%
112	Utilizzo dei farmaci biosimilari	% Biosimilare ADALIMUMAB	DDD Biosimilare (L04AB04)	Totale DDD (L04AB04)	≥ 90% [Tolleranza 10%]	61,28%
113	Potenziamento della distribuzione diretta	Riduzione della spesa netta convenzionata nei 7gg successivi alla dimissione ospedaliera	Spesa netta convenzionata nei 7gg successivi alla dimissione ospedaliera nelle strutture pubbliche e private ASUR 2021-2020	Spesa netta convenzionata nei 7gg successivi alla dimissione ospedaliera nelle strutture pubbliche e private ASUR 2020	-90%	-10,7%

In relazione agli obiettivi assegnati relativi alla Farmaceutica Territoriale, si evidenzia il pieno raggiungimento dell'obiettivo di riduzione del consumo degli antibiotici, che rappresenta uno degli indicatori "CORE" del N.S.G.. Permangono, invece, degli scostamenti sugli obiettivi delle altre categorie di ATC il cui valore atteso era stato determinato sulla base della media nazionale, che risulta ad oggi ancora distante dalla media regionale.

Assistenza ospedaliera

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

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

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

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

Infatti, per quanto riguarda l'attuazione del DL 34 relativo al potenziamento strutturale dei posti letto ospedalieri (intensivi e semintensivi), si riporta di seguito lo stato dell'arte dei lavori dell'2021.

Tab. 19

DENOMINAZIONE STRUTTURA	N. PL DA REALIZZARE TERAPIA INTENSIVA	N. PL DA REALIZZARE TERAPIA SEMI-INTENSIVA	LAVORI-STATO DI ATTUAZIONE-	N. PL ATTIVATI
PRESIDIO OSPEDALIERO AV2		5	Lavori da avviare	
PRESIDIO OSPEDALIERO AV2		10	Lavori da avviare	
PRESIDIO OSPEDALIERO AV2	7		Lavori da avviare	
PRESIDIO OSPEDALIERO AV4		10	Lavori in corso	
PRESIDIO OSPEDALIERO AV4	14		Lavori da avviare	
PRESIDIO OSPEDALIERO AV5		5	In esercizio	5
PRESIDIO OSPEDALIERO AV5	5		Lavori da avviare	
	26	30		

Fin dal 2020 sono stati completati 5 posti letto di semintensiva a San Benedetto, mentre nel 2021 sono stati avviati i lavori per i 10 pl di semintensiva a Fermo e per i restanti 41 PL, la cui attivazione è rimandata al 2022, il fabbisogno è stato coperto mediante la riconversione dei posti letto ordinari in Covid.

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

Di seguito, l'obiettivo di cui alla det. 395/2021, relativo all'invio della documentazione dei posti letto alla Struttura Commissariale, regolarmente trasmessa.

Tab. 20

N. Det. 395/21	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Risultato raggiunto ASUR
88	Alimentazione del flusso di informazioni per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie	% grandi apparecchiature inserite / aggiornate	Nuovi record inseriti nel database NSIS	Nuove macchine installate nel periodo di riferimento	100%	100%
89	Alimentazione del flusso di informazioni per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie	% del numero di grandi apparecchiature inserite / aggiornate	Record aggiornati nel database NSIS	Record presenti	100%	100%
90	Alimentazione del flusso di informazioni per il monitoraggio degli acquisti DL 34/2020	% del numero di informazioni trasmesse con periodicità indicata dalla struttura commissariale	Numero di informazioni trasmesse nella periodicità indicata dalla struttura commissariale	Numero informazioni richieste dalla struttura commissariale	100%	100%

b) Area Medica

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

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

Di seguito si evidenzia il valore raggiunto degli obiettivi relativi all'area Medica di cui alla Det. 395/2021.

Tab. 21

N. Det. 395/21	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Risultato raggiunto ASUR
21	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.	≤ 0,15	0,09
26	"Piani" di cui art. 1 c 528 L. 208/15	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione pesata	N. totale di ricoveri ordinari e diurni	popolazione pesata	≤ 140	75,56
80	Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	Riduzione % n. ricoveri in DH diagnostici per pazienti adulti residenti	N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2020 - N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2019	N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti adulti residenti 2020	≤ Valore 2019	15,6%
81	Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	Riduzione % n. accessi in DH medico per pazienti adulti residenti	N. accessi in DH medico per pazienti residenti 2020 - N. Accessi in DH medico per pazienti residenti 2019	N. Accessi in DH medico per pazienti adulti residenti 2020	≤ Valore 2019	-26,4%
84	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% Ricoveri in DH medico diagnostici/ricoveri in DH medico	Ricoveri in DH medico diagnostici	Ricoveri in DH medico	≤ Valore 2019	0,04%
85	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	≤ 5,41% (Tolleranza 20%)	5,3%
86	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% DRG Medici da reparti chirurgici (esclusi dimessi da Cardiocirurgia pediatrica (Cod 06) e Nefrologia - Tr Rene (Cod. 48) + (esclusi ricoveri urgenti)	Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici	≤ Valore 2019	-1,3%

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

Tutti gli obiettivi relativi al NSG sono stati raggiunti, ad eccezione del miglioramento dei ricoveri in day hospital medico rispetto al 2019.

L'incremento dell'attività erogata in regime di day hospital è stato determinato dalla necessità di gestire in regime alternativo al ricovero ordinario condizioni cliniche per la carenza di posti letto in ragione dell'emergenza pandemica. In riferimento all'incremento di interventi chirurgici in day-surgery, la prevalenza di questo tipo di interventi è indicativo di appropriatezza del regime di ricovero.

c) Area Chirurgica

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

La Regione Marche ha individuato, quale obiettivo nell'ambito della pianificazione sanitaria regionale, in coerenza con gli indirizzi nazionali, la razionalizzazione della rete ospedaliera, promuovendo il progressivo passaggio dal ricovero ordinario a quello diurno e dal ricovero diurno all'assistenza nel setting ambulatoriale. L'introduzione di nuovi modelli organizzativi, alternativi al ricovero ospedaliero, ha contribuito a garantire elevati livelli qualitativi di assistenza, migliorando l'efficienza operativa degli ospedali.

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

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

Di seguito si espongono gli obiettivi relativi all'area Chirurgica di cui alla Det. 395/2021

Tab. 22

N. Det. 395/21	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Risultato raggiunto ASUR
22	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate	Totale pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore	≥ 70%	70,9%
23	"Piani" di cui art. 1 c 528 L. 208/15	% pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Pazienti con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Totale pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica	≥ 90%	74,3%
25	"Piani" di cui art. 1 c 528 L. 208/15	Proporzione di interventi per tumore della mammella eseguiti in U.O. con volumi di attività > 150 interventi annui (Tolleranza del 10% sul valore soglia)	Numero di ricoveri per intervento tumore mammella in reparti con volume di attività > 150 casi annui (Tolleranza del 10% sul valore soglia)	Numero totale ricoveri per interventi per tumore mammella	≥ 90%	98,3%
83	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	≤ 1,29 (Tolleranza 20%)	1,3
87	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza) +(esclusi ricoveri urgenti)	N. dimissioni con DRG chirurgico in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	N. complessivo di dimissioni in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	≥ Valore 2019	2,0%

Il mancato raggiungimento dell'obiettivo relativo alla dimissione precoce della colecistectomia laparoscopia, pur nella persistente condizione di criticità legata alla fase pandemica, che ha selezionato la casistica operatoria verso i casi con maggiore complessità, registra un trend in miglioramento rispetto all'anno 2019; si deve anche considerare che l'attività operatoria delle strutture ASUR accoglie una casistica non selezionata di pazienti con una età media crescente con frequente presenza di comorbidità.

d) Area Materno-Infantile

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

- l'integrazione di tutte le unità operative nonché coinvolta nella salvaguardia della salute delle donne in età fertile a dei soggetti in età pediatrica inclusa l'assistenza psichiatrica in età evolutiva;
- la riduzione della mortalità perinatale, miglioramento della funzionalità dei servizi di diagnosi prenatale a dei percorsi di nascita adeguati sotto il profilo organizzativo, strutturale e tecnologico;
- la promozione della salute del neonato e la diagnosi precoce delle anomalie congenite a delle malattie genetiche e/o rare come chiave di volta per la prevenzione degli handicap;
- la promozione della salute della donna con interventi volti alla diagnosi tempestiva della patologia neoplastica (tumori del collo dell'utero e della mammella, per cui è documentata l'efficacia d'interventi di screening) e della osteoporosi in menopausa;
- l'umanizzazione dell'assistenza.

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

Nonostante la pandemia da COVID 19, il cammino di implementazione del percorso nascita non ha subito flessioni. Infatti, l'ASUR con determina n. 516/DG del 8/10/ 2021 ha recepito il documento *"Aggiornamento ed appropriatezza nelle indicazioni cliniche alle modalità del parto: dal Sistema di Classificazione di Robson al Rivolgimento Podalico per manovre esterne, passando attraverso il VBAC (Vaginal Birth After Cesarean)"* realizzato dal Comitato Percorso Nascita ASUR con la collaborazione di un Gruppo di lavoro ASUR composto da professionisti multidisciplinari esperti nel settore che, partendo dalle buone pratiche e dalle ultime linee guida in materia, ha come obiettivo quello di aver aggiornato le indicazioni cliniche alle modalità del parto e consentire un'analisi appropriata della proporzione dei tagli cesarei attraverso la Classificazione di ROBSON.

Dal momento che la sicurezza e la qualità delle cure perinatali si fondano sul coinvolgimento attivo delle madri e delle loro famiglie, sulla qualità dei processi clinici, sul buon funzionamento dei gruppi di lavoro, i programmi aziendali di formazione ed addestramento svolgono un ruolo un ruolo fondamentale per la qualità e sicurezza delle cure erogate.

Come previsto dalla normativa Ministeriale e a seguito della DG ASUR 227/17, è stato necessario effettuare corsi di formazione che includano periodiche esercitazioni, in un centro di simulazione aziendale dedicato, di emergenze ostetriche, dalle prime cure alle tecniche di rianimazione vera e propria, con team multidisciplinari costituito da ostetriche, ginecologi, neonatologi, anestesisti, infermieri, per il mantenimento di un alto livello assistenziale.

Per tale motivo, con determina del DG ASUR 316 del 24.06.2021 avente come oggetto "Istituzione del polo didattico ASUR "Centro di simulazione per le urgenze-emergenze in area materno infantile", è stata formalizzata l'istituzione presso il "Centro di II livello ASUR di diagnosi prenatale ecografica" - Ospedale di comunità "Santa Casa di Loreto", il Polo Didattico ASUR.

Il Polo Didattico ha l'obiettivo di consentire la formazione, utilizzando le tecniche di simulazione sul campo con sistemi ad alta fedeltà, di tutti gli operatori coinvolti nel percorso dell'emergenza materno-neonatale, garantendo una gestione omogenea delle emergenze ostetriche e neonatali e migliorando l'expertise, le capacità tecniche e non tecniche dei diversi professionisti sanitari. La presenza di un simulatore gestante avanzato completo di neonato e di un simulatore neonato avanzato con manichini didattici rende il Centro all'avanguardia da un punto di vista tecnologico rispondendo alle necessità formative fondamentali e necessarie più volte richiamate dalle normative nazionali e regionali.

Le attività formative sono inserite nel programma annuale del Piano Formativo ASUR, in modalità permanente ed omogeneo per tutti i Dipartimenti Materno Infantile e di Emergenza Urgenza di tutte le Aree Vaste condivisa nell'ambito del Comitato Percorso Nascita ASUR.

Il Centro è dotato di responsabili organizzativi e gestionali di un Regolamento che ne definiscono le norme di organizzazione e funzionamento.

La costante attenzione della problematica, in particolare quella relativa al ricorso alla cesarizzazione, attraverso il costante monitoraggio dei dati e soprattutto aumentando la sensibilizzazione del fenomeno mediante elaborazione di procedure oggetto di formazione trasversale ospedale-territorio hanno consentito il raggiungimento degli obiettivi previsti dalla DGR 510/2021 e dalla det. 395/2021.

Tab. 23

N. Det. 395/21	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Risultato raggiunto ASUR
24	"Piani" di cui art. 1 c 528 L. 208/15	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	≤ 22%	21,9%
27	"Piani" di cui art. 1 c 528 L. 208/15	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	≤ 22%	16,9%
82	Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	% parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN (Vincolante)	Numero di parti in età gestazionale compresa tra le 22 e 31 settimane (estremi inclusi) avvenuti in punti nascita (strutture e/o stabilimenti ospedalieri) senza PL di terapia intensiva neonatale		≤ 12	10

e) *Rischio clinico*

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

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

La dichiarazione dello stato di emergenza, dovuto alla pandemia di Covid-19 e vigente a tutto il 2021, ha di fatto bloccato la normale attività di rischio clinico, che invece si è indirizzata verso il contrasto della progressione della pandemia.

Nelle more della definizione del nuovo piano regionale, nel 2021 sono state definite procedure aziendali e modalità di lavoro omogenee in riferimento ai seguenti temi e obiettivi:

- **Raccomandazioni:**

Le Unità organizzative di Governo clinico e gestione del rischio hanno il compito di effettuare la mappatura delle disposizioni attuative / procedura di recepimento delle Raccomandazioni ministeriali vigenti e compilazione della check list AGENAS.

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

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

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

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

- **Incident reporting:**

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

- **Alimentazione sistema SIMES:**

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

- **Formazione:**

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

Con nota prot. 33474 del 5/10/2022 la Direzione Generale ASUR ha definito le linee di azione per la sicurezza delle cure nelle more della definizione del piano regionale.

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

Tab. 24

N. Det. 395/21	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Valore atteso 2021	Valore raggiunto 2021
92	Rischio clinico	Frequenza di infezioni post-chirurgiche	N. Riammissioni con Sepsis in qualsiasi campo di diagnosi entro 30 giorni dall'episodio chirurgico con sepsi in diagnosi secondaria per pz di età >= 15 anni	<= Valore 2020	0,2%

Lo scostamento lieve (+0,2%) rispetto al target è da ricondursi al fatto che nel 2021 in presenza dell'emergenza pandemica la selezione degli interventi chirurgici ha riguardato i casi di maggiore gravità con una più alta incidenza di complicanze infettive.

Le UO di Rischio clinico, nelle singole Aree Vaste sono state coinvolte in attività formative nel rispetto delle indicazioni regionali (vedi DGR 127/2019 e della nota ASUR prot. 33474 del 5/10/2022), revisionato procedure correlate alle Raccomandazioni ministeriali, presidiando gli eventi avversi, in particolare gli eventi sentinella, adempiendo agli obblighi previsti dalla Legge 24/2017.

f) Farmaceutica ospedaliera

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

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

Di seguito gli obiettivi di cui alla det. 395/2021

Tab. 25

N. Det. 395/21	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Risultato raggiunto ASUR
44	Rispetto del tetto spesa farmaceutica per acquisti diretti (Tetto 6,89% FSR)	Razionalizzazione dei consumi di medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	Consumi di medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale 2021-2020	Consumi di medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale 2020	$\leq 0\%$ (Tolleranza del 12%)	5,1%
45	Rispetto del tetto spesa sui Dispositivi Medici (Tetto 4,4% FSR)	Riduzione della spesa relativa ai dispositivi medici rispetto al valore rendicontato nei precedenti esercizi	(Spesa per dispositivi medici rendicontata nel modello CE consuntivo 2021, al netto dei costi Covid [ad es. DPI]) - (Spesa per dispositivi medici rendicontata nel modello CE consuntivo 2019)		≤ 0	-4,4%

In riferimento a tali obiettivi, dai dati consuntivi emerge il pieno raggiungimento dell'obiettivo sui Dispositivi Medici (-4,4%), il cui target era stato già previsto al netto dei costi covid, mentre il consumo dei farmaci rileva uno scostamento pari al 5,1%, comunque al di sotto del margine di tolleranza del 12%. In particolare, l'incremento dei consumi dei farmaci rispetto al 2020 è da ricondursi alla maggiore distribuzione diretta dei farmaci per 6,5 milioni di euro nonché alla proroga dello stato di emergenza a tutto il 2021.

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

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

Anticorruzione e Trasparenza

La trasparenza nei confronti dei cittadini è garantita mediante l'accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'ASUR, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche a garanzia delle libertà individuali e collettive.

Gli obiettivi dell'Anticorruzione e Trasparenza, misurati attraverso il monitoraggio degli obblighi informativi di pubblicazione dei dati sul sito "Amministrazione Trasparente", risultano raggiunti da parte di tutte le Aree Vaste.

L'art. 1, co. 8 della L. 190/2012 prevede che l'organo di indirizzo definisca gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del PTPC.

La Direzione Generale ASUR con determina ha adottato il Piano triennale della Performance dal 2014 al 2021 e ciascun Piano è previsto il raccordo con la sezione della Trasparenza attraverso la previsione degli obiettivi strategico-gestionali in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza dell'ASUR.

Le azioni sono specificate al paragrafo D-3 "Piano degli indicatori e degli obiettivi strategici", ai sensi dell'art. 1, co. 8 della L. 190/2012, al fine di garantire la coerenza e l'effettiva sostenibilità degli obiettivi posti.

Tali obiettivi strategici, come evidenziato nel PTC vigente, assegnati a tutti i dirigenti della Direzione generale e delle Aree vaste, consistono nella realizzazione delle seguenti attività:

- trasmissione da parte dei Referenti di A.V. dei report periodici sullo stato dell'arte della pubblicazione dei dati di competenza sulla sezione "Amministrazione Trasparente";
- verifica degli adempimenti di pubblicazione da parte dei responsabili degli Uffici Centrali dell'ASUR e nelle Aree Vaste di competenza.

- aggiornamento della mappatura dei rischi per il nuovo PTPC anni 2021-2023;
- invio dei questionari ANAC per la predisposizione della Relazione annuale sull'attività di prevenzione della Corruzione

Inoltre la nuova scheda di valutazione della performance individuale per la dirigenza di strutture complesse e dipartimentali prevede la verifica del rispetto degli obblighi di trasparenza, di pubblicazione, di collaborazione con il RPCT e delle norme in materia di anticorruzione.

Gli obiettivi della det. 395/2021 risultano raggiunti al 100%.

Tab. 26

N. Det. 395/21	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Risultato raggiunto ASUR
50	Anticorruzione e Trasparenza	1) Invio scheda ANAC compilata con i dati per la predisposizione della Relazione annuale del RPCT			Invio scheda in excel entro il 15/01/2022	100%
51	Anticorruzione e Trasparenza	2) Verifica indicatori di monitoraggio e stato dell'arte della pubblicazione dei dati sulla sezione "Amministrazione Trasparente"			Invio report 1° semestre entro il 31/07/21 e report 2° semestre entro il 31/01/2022	100%
52	Anticorruzione e Trasparenza	3) Adempimento degli obblighi di pubblicazione di competenza previsti dalla Griglia approvata con PTPCT			almeno il 95% degli adempimenti di competenza dell'AV previsti dalla Griglia	100%
53	Anticorruzione e Trasparenza	4) Aggiornamento della tabella dei rischi e invio questionari per la mappatura dei processi per l'anno successivo			Invio modifiche alla tabella e questionari per la mappatura entro il 15/12/2021	100%
129	Anticorruzione e Trasparenza	5) Trasmissione Relazione annuale del Referente sull'attività svolta dall'A.V. (rif. Determina n. 55/2018)			Invio nota protocollata entro il 15/11/2021	100%

Bilancio di Genere

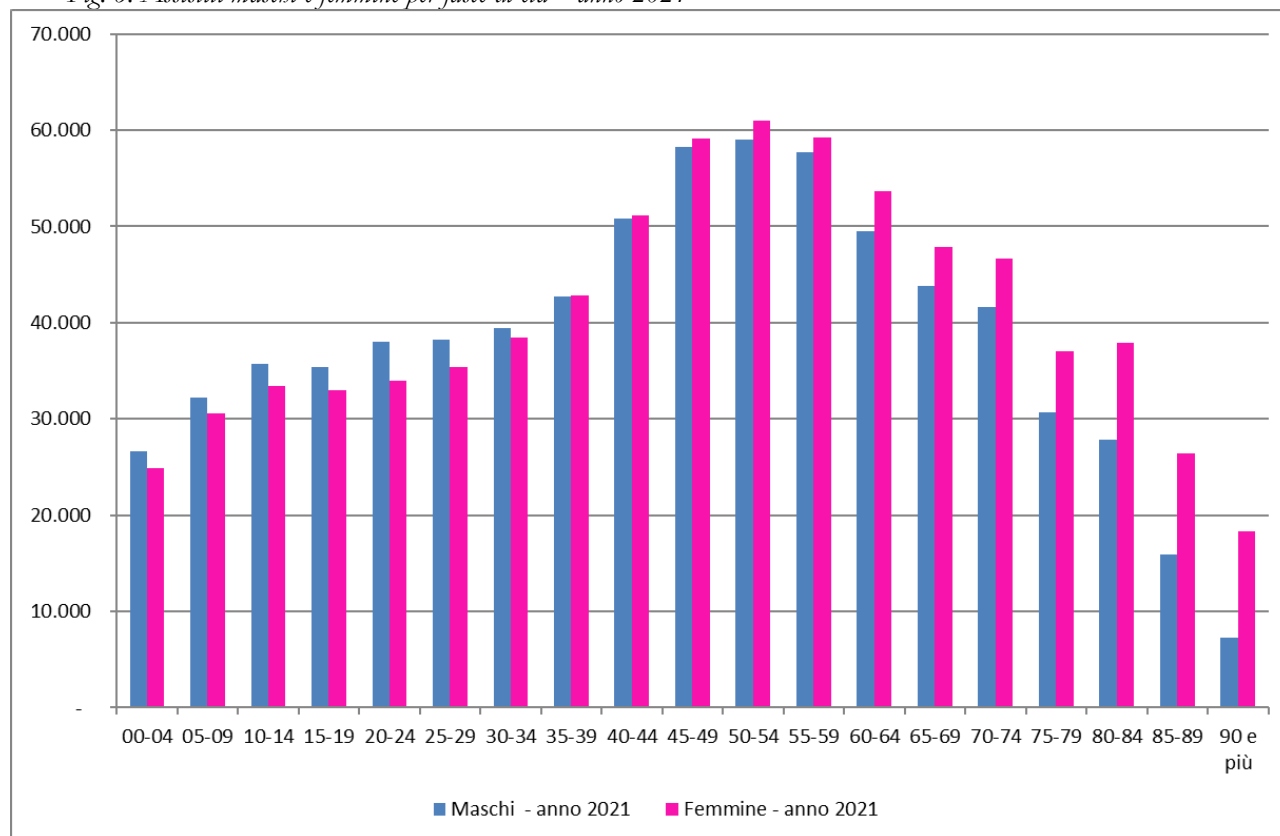
Il bilancio di genere ha come obiettivo quello di individuare ed attuare le politiche volte alla promozione delle pari opportunità tra i generi.

Sulla base della definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la Medicina di Genere rappresenta lo studio dell'influenza delle differenze biologiche, indicate col termine sesso, e socio-culturali e economiche, definite come genere sulla frequenza, i disturbi e la gravità delle malattie che colpiscono uomini e donne e, in generale, sullo stato di salute e di malattia di ogni persona. Pertanto, è opportuno sottolineare che la medicina di genere non riguarda solo la salute delle donne, né è limitata alle malattie che colpiscono gli organi della riproduzione, ma si interessa delle malattie che possono colpire entrambi i sessi, tanto da costituire un nuovo livello di analisi da inserire in tutte le aree della medicina già esistenti. La conoscenza delle differenze è fondamentale per una corretta prevenzione, per una migliore precisione diagnostica delle malattie e per l'identificazione della terapia più appropriata per ciascuno. L'applicazione della medicina di genere è recentissima: nel 1991, per prima, la cardiologa americana Bernardine Healy, direttore del National Institute of Health (NIH), pubblicò un articolo sull'importante rivista scientifica New England Journal of Medicine, intitolato "The Yentl syndrome". L'OMS, insieme ad altri organismi internazionali, ha riconosciuto il genere come uno dei fattori fondamentali nel determinare la salute o la malattia e nel 2009 ha istituito un Dipartimento attento alle disparità di genere e, successivamente, ha stabilito il genere come tema imprescindibile della programmazione sanitaria 2014-2019. Contemporaneamente anche in Europa diversi organismi hanno contribuito ad affermare come il genere sia una fondamentale variabile di salute e malattia, in particolare attraverso il programma Europa 2020 volto al raggiungimento di un'uguaglianza di genere. Nel 2011 l'Istituto Superiore di Sanità ha costituito un gruppo di lavoro all'interno del Dipartimento del Farmaco e successivamente, nel 2017, ha istituito il "Centro nazionale di riferimento per la medicina di genere", primo in Europa in questo ambito. In Italia è stata inoltre costituita una rete di attiva collaborazione per il sostegno della Medicina di Genere che comprende, oltre all'ISS, il Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere e il Gruppo Italiano su Salute e Genere (GISeG), alcune Università, numerose Federazioni mediche, Società e Associazioni scientifiche, nonché alcune Regioni che hanno inserito il concetto di genere nei Piani Socio Sanitari Regionali.

Di seguito, si propone la lettura delle pari opportunità mediante l'esposizione dei principali dati di genere gestiti dall'Azienda: il personale dipendente ed i servizi sanitari erogati.

In linea con i tassi di invecchiamento e sopravvivenza, la popolazione femminile assistita (totale popolazione maschile residente n. 730.536 rispetto al totale della popolazione femminile n. 770.870) è maggiore di quella maschile, in particolare per le fasce di età over 75 come rappresentato nel grafico seguente.

Fig. 6. Assistiti maschi e femmine per fasce di età – anno 2021



Relativamente all'occupazione, in Azienda prevalgono le dipendenti donne, in particolare nel settore del comparto che addirittura raggiungono la percentuale del 74%. Tuttavia, le dipendenti pur rappresentando oltre il 70% del personale aziendale, solo 14,6% di esse è dirigente; diversamente, il 28,6% dei dipendenti di sesso maschile è dirigente.

Tab.27 Tipologia contratti

CONTRATTO	Femmine	Maschi	Totale	Femmine/Totale
COMPARTO	9.404	3.304	12.708	74,0%
DIRIGENZA	1.613	1.321	2.934	55,0%
TOTALE	11.017	4.625	15.642	70,4%
DIRIGENTI SU TOTALE	14,6%	28,6%	18,8%	

Di seguito si illustra la distribuzione per sesso/tipologia di incarico (fig. 7) e per sesso/ruolo (fig. 8). Tale analisi evidenzia come gli incarichi di base siano affidati in misura percentuale maggiore alle donne (56% per la dirigenza medica e 74% per quella non medica), mentre le strutture complesse ai dipendenti maschi (60% per la dirigenza medica e non medica).

Nell'analisi per ruolo, si evidenzia una netta predominanza dei ruoli affidati a maschi negli organi direttivi (84%) e nel ruolo professionale (68%).

Fig. 7.

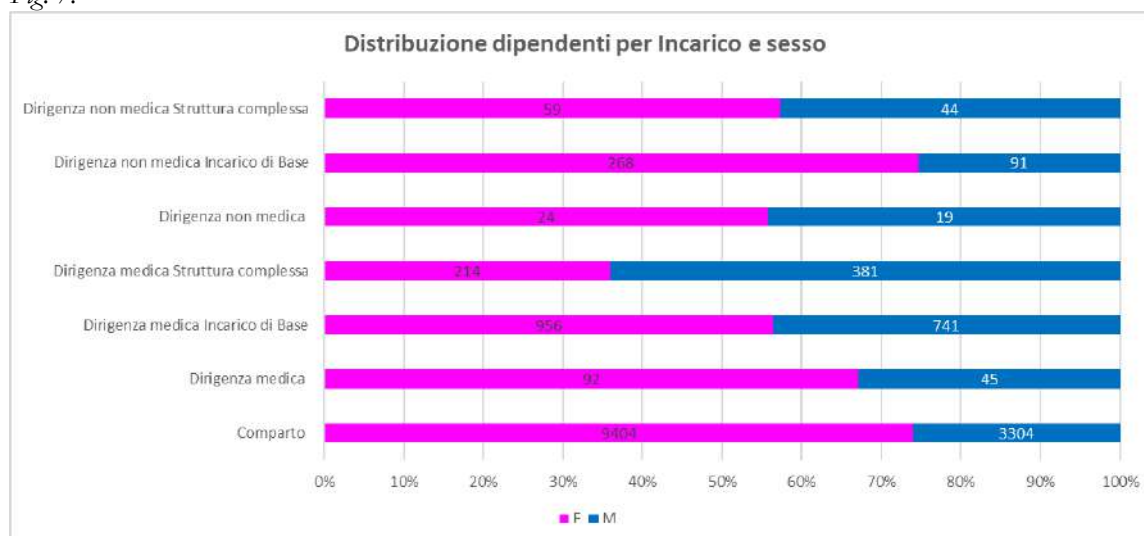


Fig. 8.

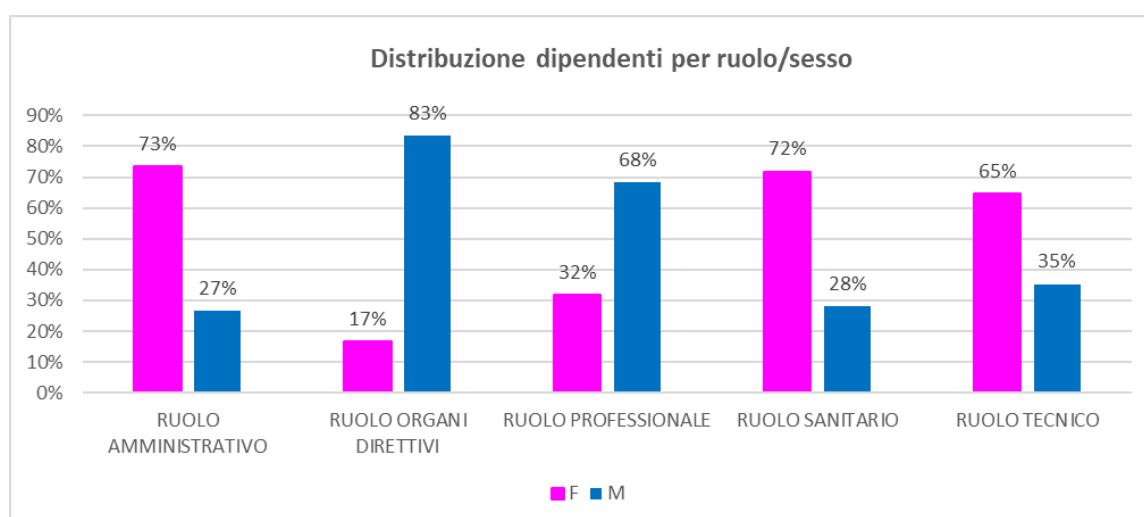
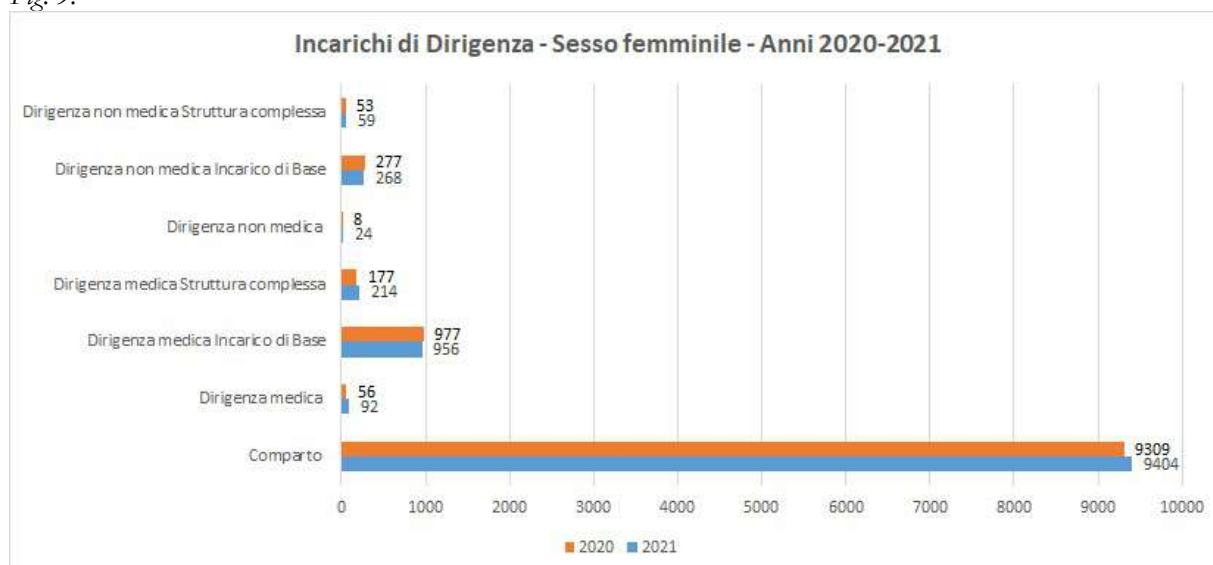


Fig. 9.



2) Analisi del contesto esterno e delle risorse

1 -Analisi del contesto esterno

La programmazione aziendale 2021 è stata fortemente condizionata non solo dalle dinamiche del Fondo Sanitario Nazionale e dalle molteplici manovre adottate dal governo centrale per la riduzione della spesa pubblica ma in modo particolare dalle dinamiche scaturite dalla necessità di far fronte all'emergenza Covid.

In particolare, così come indicato nella DGRM 1568/2021 di assegnazione definitiva del Budget dell'anno 2021, è stato determinato dall'art. 1, comma 403, della Legge statale di bilancio 2021 in

121.370,10 milioni di Euro ed è stato inoltre incrementato dai DL n. 41/2021 e n. 73/2021 di 470 milioni di Euro e risulta quindi determinato in complessivi 122.059,83 milioni di euro.

In data 04/08/2021, sono state sancite le Intese di riparto relative al finanziamento del Fondo Sanitario indistinto, della quota premiale e degli obiettivi del Piano sanitario nazionale per l'anno 2021. L'Intesa n. 152/CSR/2021 stabilisce, per la Regione Marche, un valore del Fondo sanitario indistinto pari a Euro 2.926.934.319 (ante mobilità e al netto delle entrate proprie). L'Intesa n. 154/CSR/2021 prevede una quot premiale per la Regione Marche pari a Euro 7.100.854.

Il totale del Fondo Sanitario Indistinto 2021 risulta pertanto pari a Euro 2.934.035.173.

Il Fondo sanitario finalizzato all'emergenza Covid-19 e ripartito separatamente per la regione Marche ammonta ad Euro 48.009.329.

Con specifico riferimento all'anno 2021, si rappresenta che l'emergenza epidemiologica Covid-19 ha continuato a condizionare la gestione del SSR, richiedendo la proroga di misure previste dai DL nazionali del 2020 e la prosecuzione degli interventi volti a rafforzare l'offerta sanitaria territoriale ed ospedaliera, in linea con le indicazioni del Ministero della Salute e del SSR. Anche nel 2021 perdura quindi l'eccezionalità delle condizioni di gestione del SSR, chiamato ad affrontare, oltre alla gestione ordinaria, anche la gestione della pandemia.

2- Le risorse economiche e finanziarie

L'Azienda, che gestisce un Bilancio complessivo di circa 2.900 milioni di Euro, evidenzia fin dal 2007 una situazione di equilibrio economico complessivo.

L'esercizio 2021 chiude con il pareggio di bilancio, confermando la situazione di equilibrio economico aziendale raggiunta fin dall'anno 2007.

La tabella sottostante scompone il risultato di bilancio dell'ultimo triennio in termini di costi e ricavi di esercizio, evidenziando il contributo delle varie gestioni (ordinaria, finanziaria, straordinaria e imposte e tasse) all'equilibrio aziendale.

Tab.28.

	Bilancio d'esercizio 2021	Bilancio d'esercizio 2020	Bilancio d'esercizio 2019	Delta 2021- 2020	Delta %	Delta 2020- 2019	Delta %
AZ9999 Totale valore della produzione (A)	3.034.498.997	2.926.279.130	2.916.363.933	108.219.867	3,7%	9.915.197	0,3%
BZ9999 Totale costi della produzione (B)	3.005.283.290	2.891.445.995	2.890.938.184	113.837.295	3,9%	507.811	0,0%
CZ9999 Totale proventi e oneri finanziari (C)	- 474.227	- 47.182	- 154.309	- 427.045	276,7%	107.127	-69,4%
DZ9999 Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-	-	-	-	0,0%	-	-
EZ9999 Totale proventi e oneri straordinari (E)	23.469.886	16.910.553	25.353.500	6.559.333	25,9%	- 8.442.947	-33,3%
XA0000 Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	52.211.366	51.696.506	50.624.941	514.860	1,0%	1.071.565	2,1%
YZ9999 Totale imposte e tasse (Y)	52.211.366	51.696.506	50.624.941	514.860	1,0%	1.071.565	2,1%
ZZ9999 RISULTATO DI ESERCIZIO	0	-	-	-	-	-	-

Il valore della produzione (A) mostra un trend in crescita nel triennio 2019-2021, registrando nel 2020 un aumento dello 0,3% (pari a 9,9 milioni di euro) e nel 2021 del 3,7% (pari a 108,2 milioni di euro). Il costo della produzione (B) evidenzia un trend storico con percentuali di incrementi simili all'andamento del valore della

produzione, registrando un maggiore incremento tra 2021-2020 rispetto alla percentuale di crescita registrata nel biennio precedente: la variazione è infatti pari +3,9% (+ 113,8 milioni di euro) rispetto + 501 mila euro di scostamento tra 2020-2019. La gestione straordinaria (E) evidenzia per l'anno 2021 un incremento di 6,5 milioni, mentre nel biennio 2020-2021 risultava in riduzione di 8,4 milioni, pari al -33,3%.

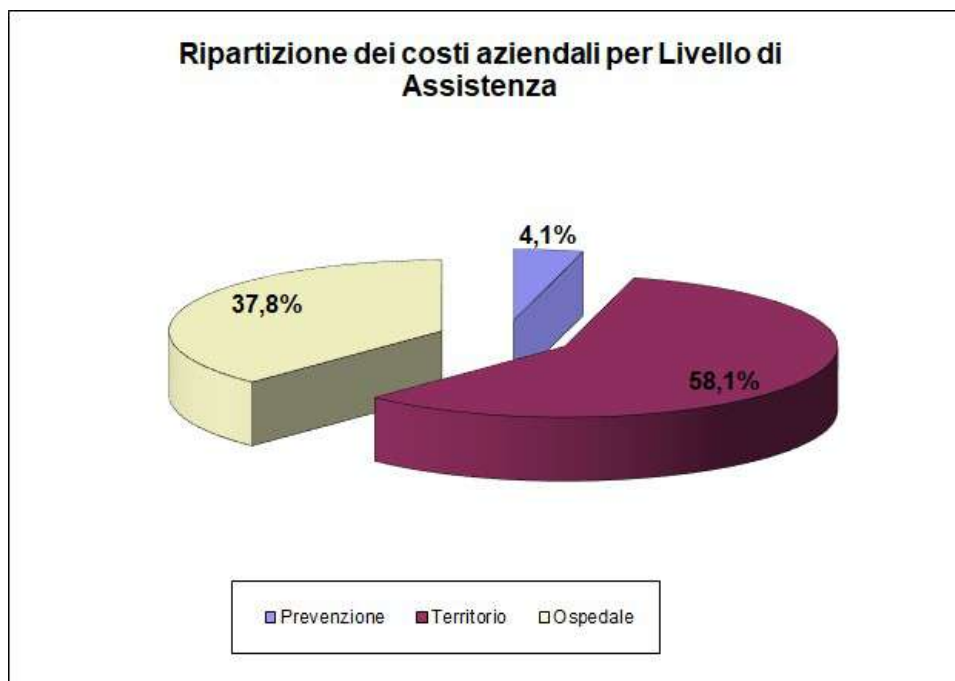
Per un maggior dettaglio dei costi e ricavi si rinvia al prospetto seguente, sintesi del Modello CE:

Tab 29.

CODICE	DESCRIZIONE	Bilancio d'esercizio 2019	Bilancio d'esercizio 2020	Delta anno precedente	%
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	2.916.363.933	2.920.659.958	4.296.025	0%
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	2.671.659.172	2.733.781.439	62.122.267	2%
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-10.162.890	-29.919.867	-19.756.978	194%
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti	2.831.261	2.738.824	-92.437	-3%
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	126.027.765	128.063.595	2.035.831	2%
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	48.138.363	25.202.651	-22.935.712	-48%
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	32.805.887	20.021.011	-12.784.876	-39%
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	41.220.684	38.441.906	-2.778.779	-7%
AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni				
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	3.843.691	2.330.399	-1.513.292	-39%
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	2.890.938.184	2.885.871.800	-5.066.384	0%
BA0010	B.1) Acquisti di beni	410.978.625	426.858.032	15.879.407	4%
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	1.652.060.398	1.597.098.342	-54.962.056	-3%
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	24.033.394	25.691.798	1.658.404	7%
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	21.686.179	22.916.584	1.230.406	6%
BA2080	Totale Costo del personale	701.469.739	711.285.059	9.815.321	1.4%
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	8.300.255	7.643.324	-656.931	-8%
BA2560	Totale Ammortamenti	42.278.358	43.069.291	790.933	2%
BA2630	B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	810.038	1.140.666	330.627	41%
BA2660	B.13) Variazione delle rimanenze				
BA2690	B.14) Accantonamenti dell'esercizio	29.321.199	50.168.704	20.847.506	71%
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	-154.309	-47.182	107.127	-69%
CA0010	C.1) Interessi attivi	35.461	9	-35.452	-100%
CA0050	C.2) Altri proventi				
CA0110	C.3) Interessi passivi	189.769	47.191	-142.578	-75%
CA0150	C.4) Altri oneri				
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)				
DA0010	D.1) Rivalutazioni				
DA0020	D.2) Svalutazioni				
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	25.353.500	16.910.553	-8.442.947	-33%
EA0010	E.1) Proventi straordinari	34.893.105	25.841.901	-9.051.203	-26%
EA0260	E.2) Oneri straordinari	9.539.604	8.931.348	-608.256	-6%
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	50.624.941	51.651.529	1.026.588	2%
YA0010	Y.1) IRAP	49.580.410	50.574.889	994.479	2%
YA0060	Y.2) IRES	1.044.531	1.076.640	32.109	3%
YA0090	Y.3) Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)				
YZ9999	Totale imposte e tasse (Y)	50.624.941	51.651.529	1.026.588	2%
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	0	0	0	-27%

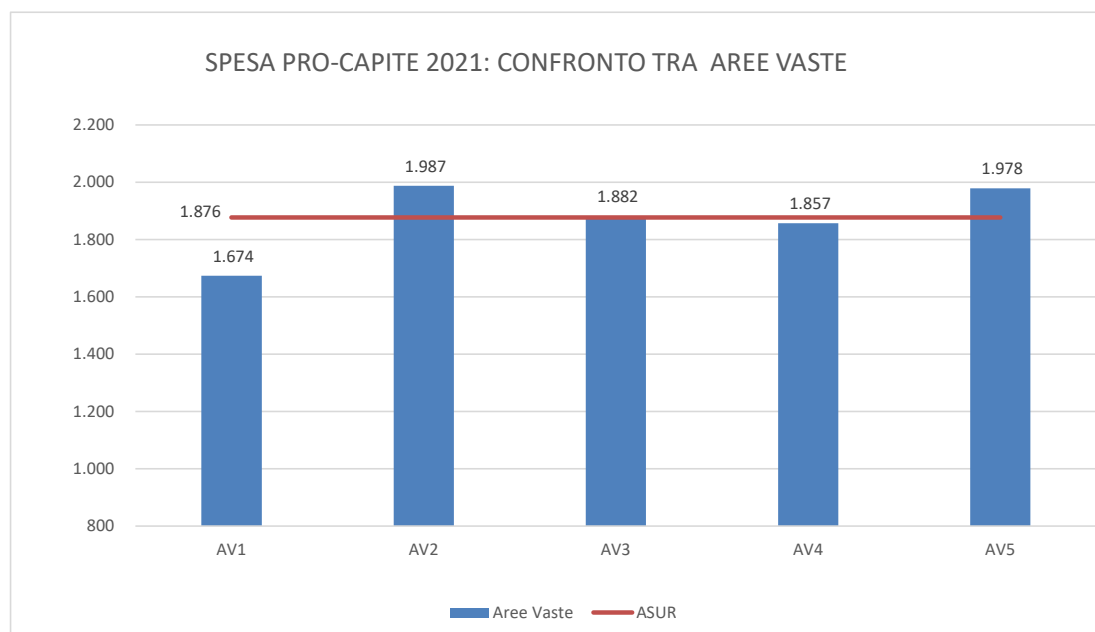
Il grafico seguente mostra la ripartizione dei costi aziendali nei tre livelli di assistenza: in particolare, fatto 100 il totale dei costi dell'anno 2021, come alla prevenzione venga destinato il 4,1% (corrispondente a 125,5 milioni di euro), al territorio il 58,1% (corrispondente a 1.779 milioni di euro) e, infine, al livello ospedaliero il 37,5% dei costi sostenuti (pari a 1.157 milioni di euro).

Fig. 10



In termini di costo pro-capite, ossia del consumo medio di risorse che ciascun residente marchigiano assorbe dal Servizio sanitario pubblico (dato dal rapporto tra il costo complessivo sostenuto per i cittadini residenti ed il numero di residenti marchigiani), l'ASUR evidenzia un costo pro-capite pari a 1.876 euro, ripartito per singola Area Vasta così come riportato nel grafico seguente.

Fig. 11.



3 - Le risorse professionali

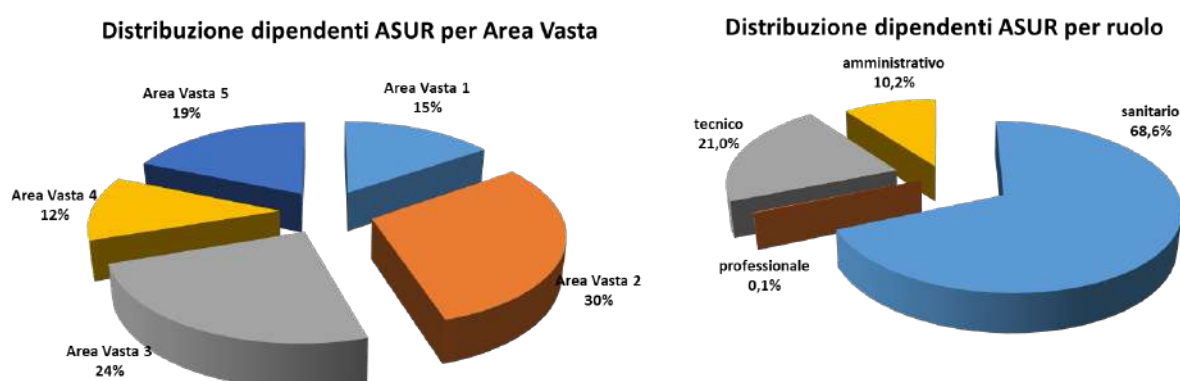
Dal punto di vista del numero complessivo di risorse umane, la dinamica ASUR per l'anno 2021, si registra un aumento complessivo di personale dipendente presente al 31/12/2021 rispetto all'anno precedente di 110 teste, il numero complessivo di teste è passato da 14.245 a 14.355, gli scostamenti tra il 2020 ed il 2021 distinti per Area Vasta sono illustrati nella tabella seguente.

Tab. 30.

DOTAZIONE ORGANICA		Teste al	Teste al	Delta 2021
RUOLO	AREA	31/12/2020	31/12/2021	su 2020
sanitario	dirigenza medica	2.152	2.124	- 28
	dirigenza non m.	344	344	-
	comparto san	7.328	7.367	39
professionale	dirigenza prof	18	22	4
	comparto prof	5	4	- 1
tecnico	dirigenza tec	25	28	3
	comparto tec	2.946	2.970	24
amministrativo	dirigenza amm	71	74	3
	comparto amm	1.356	1.422	66
		14.245	14.355	110
di cui				
Area Vasta 1		2.178	2.215	37
Area Vasta 2		4.322	4.315	- 7
Area Vasta 3		3.482	3.496	14
Area Vasta 4		1.649	1.656	7
Area Vasta 5		2.614	2.673	59

Di seguito la distribuzione di personale per Area Vasta e per ruolo.

Fig. 12



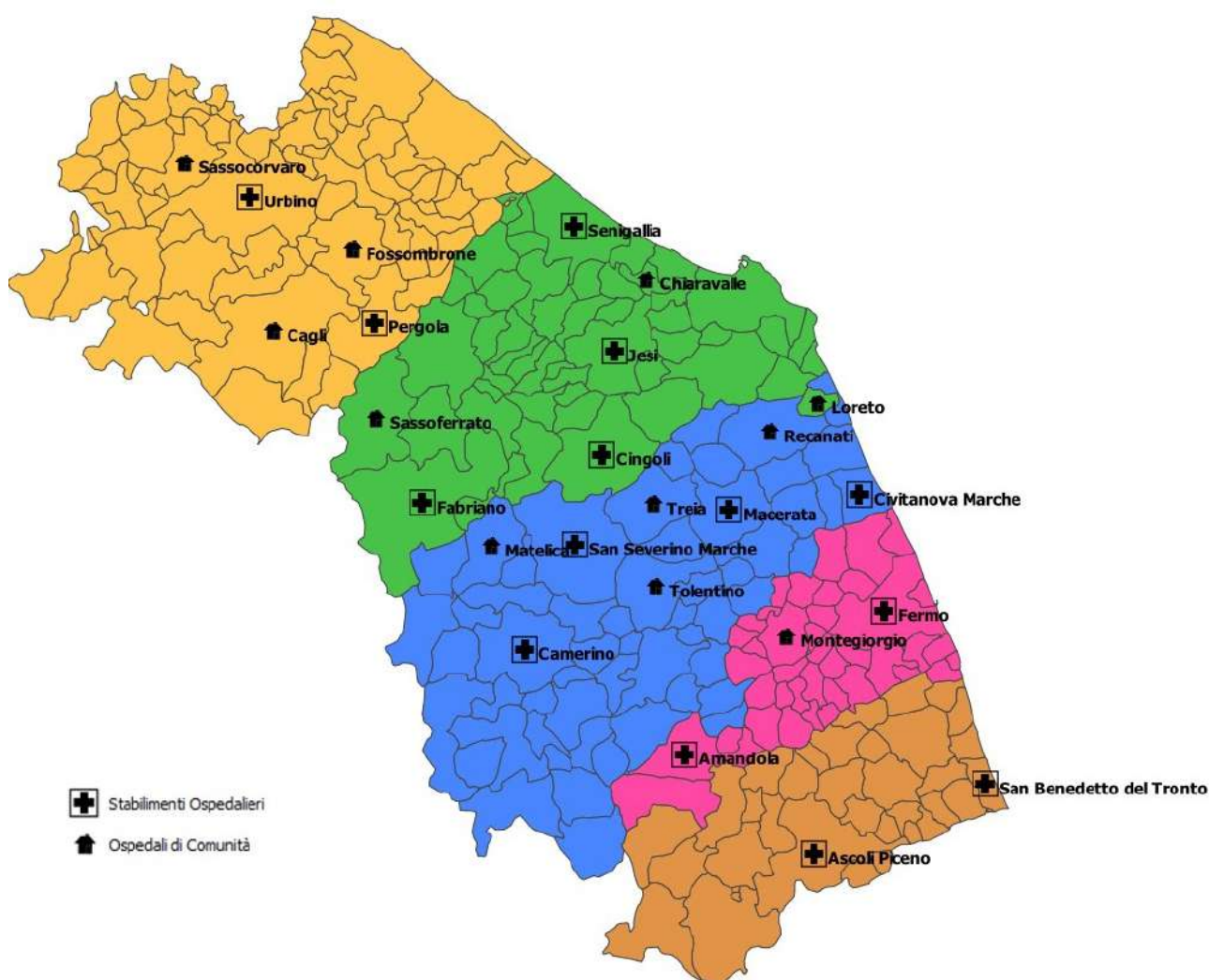
Relativamente alla medicina di base, l'Azienda opera mediante 1.042 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 1.305.394 unità, e 166 pediatri di libera scelta, che assistono 148.994 assistiti (Fonte: Modello FLS 12, Anno 2021).

4 - La struttura dell'offerta

Per quanto attiene alla struttura dell'offerta ospedaliera sul territorio, si descrive di seguito la numerosità e dislocazione delle strutture sanitarie ospedaliere (Presidi e stabilimenti ospedalieri pubblici e Case di cura private), specialistiche (suddivise per tipologia di attività svolta: clinica, diagnostica per immagini, laboratori analisi, consultori e attività psichiatrica), residenziali e semiresidenziali.

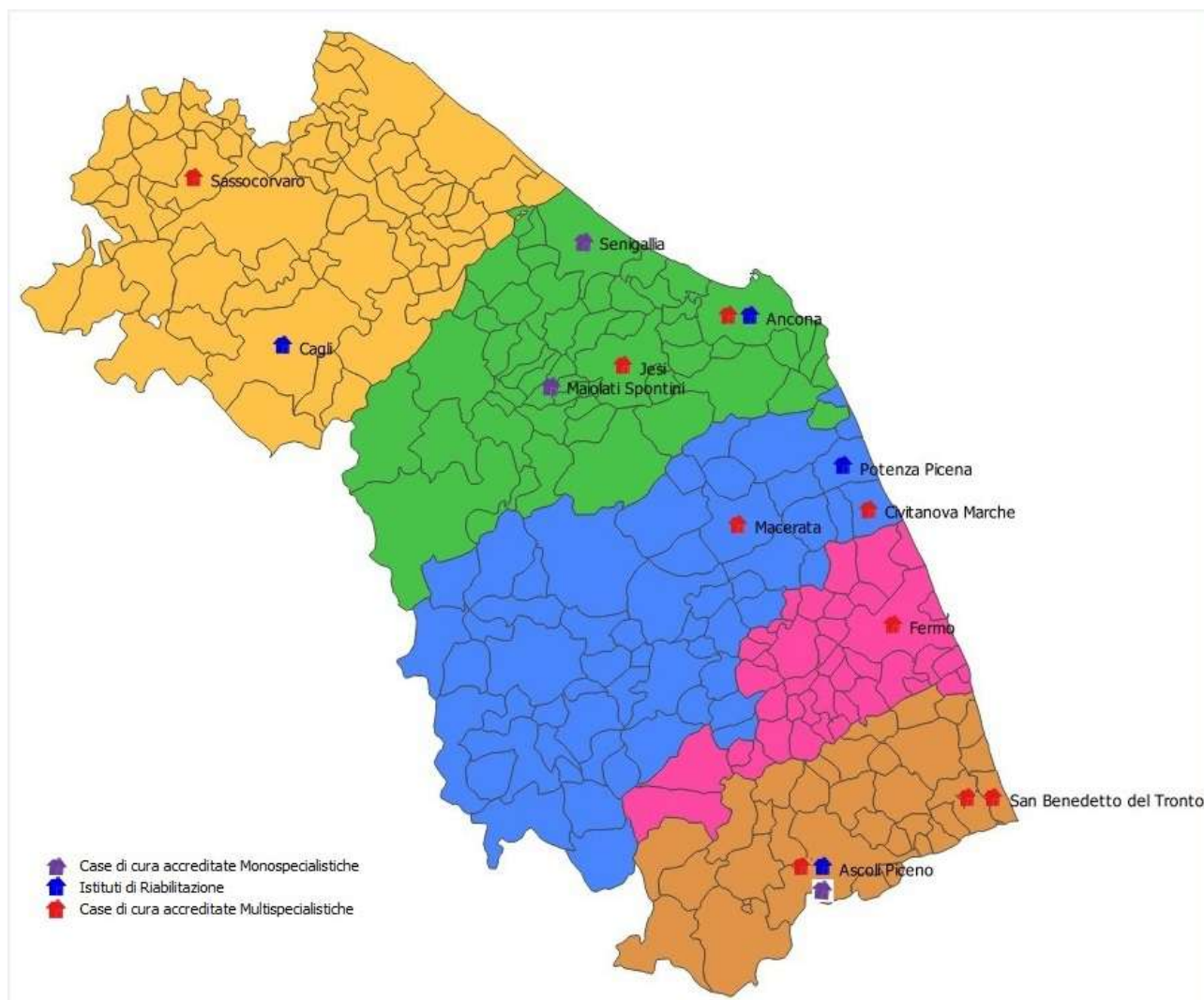
L'Azienda opera mediante 5 presidi ospedalieri unici di Area Vasta, comprendenti 14 stabilimenti ospedalieri. Sul territorio regionale sono altresì presenti 11 Case della Salute, derivanti dalla riconversione di ex ospedali minori, detti Ospedali di Comunità.

Fig. 13



Agli ospedali pubblici si aggiungono 7 Case di Cura Private accreditate, di cui 3 Multispecialistiche, 3 Monospecialistiche ed 1 Istituto di Riabilitazione, con complessivi 16 stabilimenti dislocati sul territorio regionale, come rappresentato nella mappa seguente.

Fig. 14



Tab. 31. Strutture pubbliche (Fonte Modello HSP 11 e HSP 11 bis Anno 2021)

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

Tab. 32. Strutture private accreditate (Fonte Modello HSP 11 anno 2021)

CODICE STRUTTURA	Denominazione struttura	Tipologia struttura	Area Vasta	codice stabilimento	Descrizione stabilimento
110037	CASA DI CURA VILLA SILVIA	Struttura mono-specialistica	AV2	01	CASA DI CURA VILLA SILVIA
110039	CASA DI CURA VILLA JOLANDA	Struttura mono-specialistica del settore neuro-psichiatrico	AV2	01	KOS CARE SRL - CLINICA VILLA JOLANDA
110071	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'	Struttura mono-specialistica del settore neuro-psichiatrico	AV5	01	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'
110076	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 2	Struttura multi-specialistica	AV2	01	CASA DI CURA VILLA IGEA
			AV2	02	LABOR SPA CASA DI CURA VILLA SERENA
110077	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 3	Struttura multi-specialistica	AV3	01	CASA DI CURA VILLA PINI SANATRX 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

Passando alla dotazione dei posti letto, nell'anno 2021 i posti letto direttamente gestiti sono pari a 3.105 unità (attivi al 31/12/2021), comprendenti 322 posti letto di DH/DS, 169 posti letto di riabilitazione e lungodegenza e, infine, 2.614 posti letto ordinari (incluso detenuti, nido e discipline ospedaliere per acuti). Rispetto l'anno precedente si evidenziano variazioni della dotazione complessiva dei posti letto ASUR a gestione diretta per via dell'andamento dei casi di emergenza COVID 19 nell'anno 2021.

Tab. 33

Area Vasta	Codice Stabilimento	Descrizione Stabilimento	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria Riab. E Lungod. (cod. 56-60)	Degenza ordinaria escluso precedenti	Totale	DI CUI POSTI LETTO COVID
AV1	110001	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV1	17	16	45	228	306	7
AV2	110002	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2	49	38	90	731	908	158
AV3	110003	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3	51	53	24	763	891	159
AV4	110004	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4	23	20		357	400	83
AV5	110005	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5	42	13	10	535	600	104
Totale complessivo			182	140	169	2.614	3.105	511
Anno precedente			146	114	155	2.140	2.555	
Delta			36	26	14	474	550	

Nelle strutture private accreditate, il numero di posti letto delle Case di Cura private regionali è pari a 867 unità, comprendenti 58 posti letto di DH/DS, 432 posti letto di riabilitazione e lungodegenza e, infine, 435 posti letto ordinari (incluso detenuti, nido e discipline ospedaliere per acuti).

Tab. 34

Codice Stabilimento	Descrizione Stabilimento	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria Riab. E Lungod. (cod. 56-60)	Degenza ordinaria escluse precedenti	Totale
110037	CASA DI CURA VILLA SILVIA	0	0	32	0	32
110039	KOS CARE SRL - CLINICA VILLA JOLANDA	0	0	15	0	15
110071	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'	0	0	35	0	35
110076	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 2	0	20	84	52	136
110077	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 3	2	14	48	79	127
110078	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 4/5	0	22	65	249	314
110079	CENTRO OSPEDALIERO SANTO STEFANO	0	0	153	55	208
	Totale complessivo	2	56	432	435	867
	Anno precedente	2	56	412	497	967
	Delta	0	0	20	-62	-100

L'Azienda opera mediante 318 strutture territoriali a gestione diretta e 388 strutture territoriali convenzionate (Fonte STS 11).

Fig. 15. Dislocazione geografica delle strutture specialistiche e ambulatoriali (pubbliche e private)

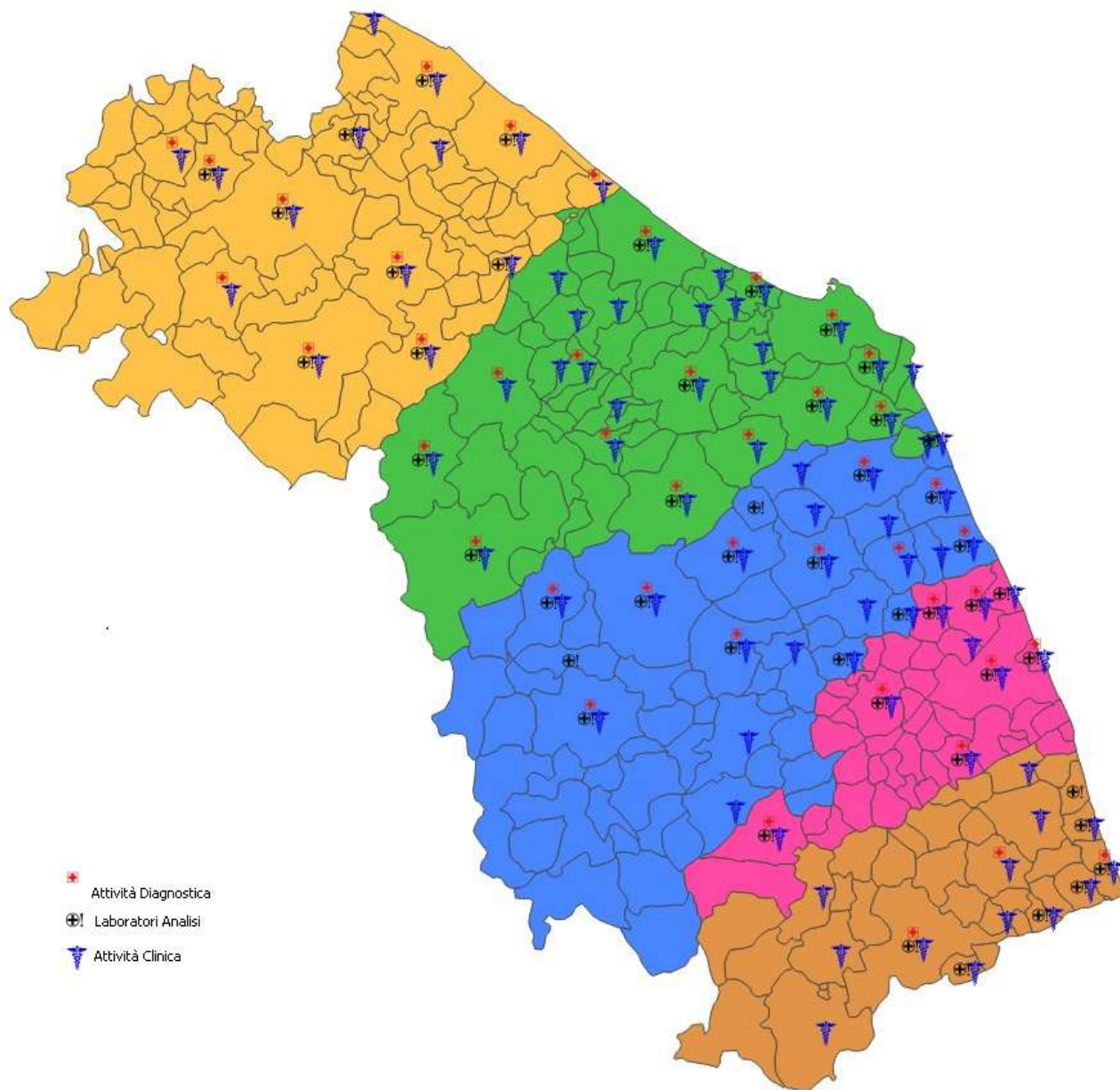
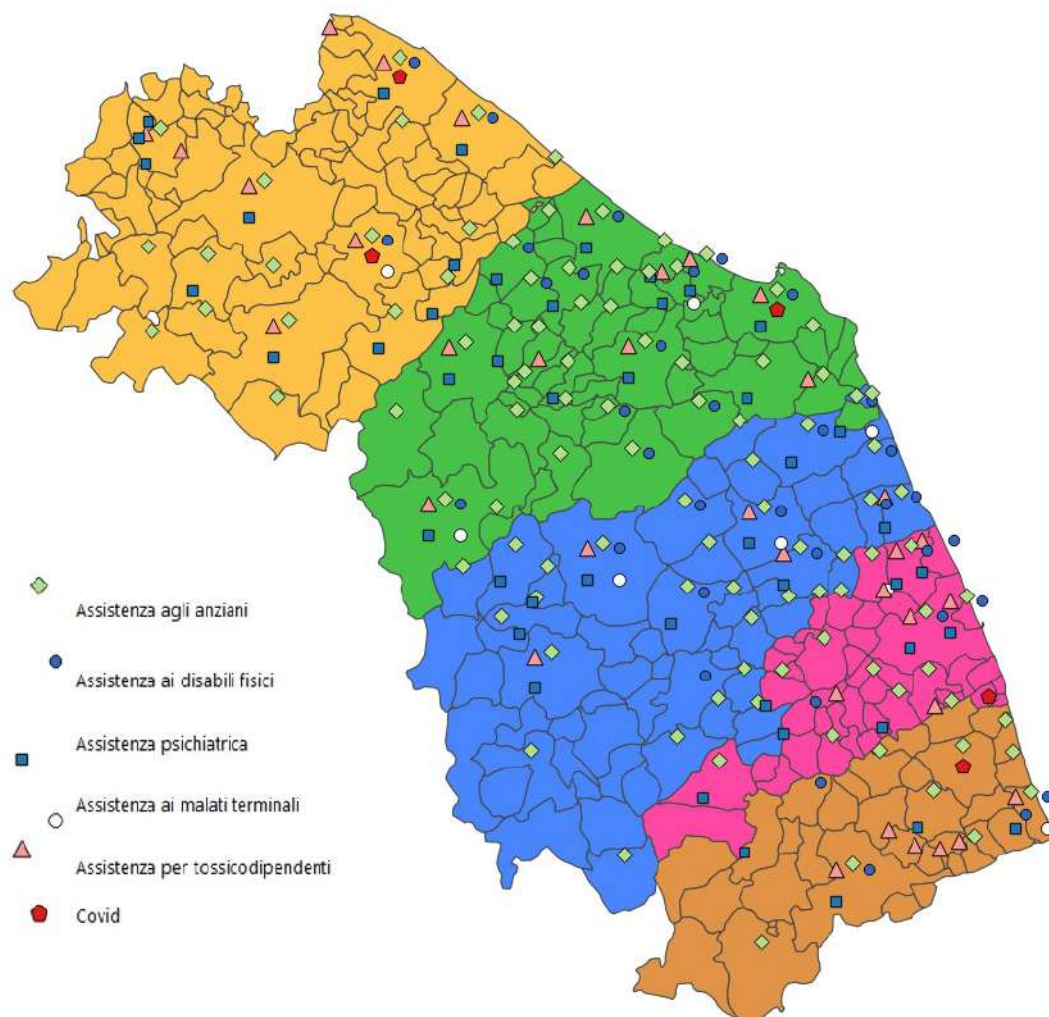


Fig. 16. Dislocazione geografica delle strutture residenziali e semiresidenziali (pubbliche e private)



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

Tab. 35.

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			45	3	48
Assistenza ai disabili fisici			3	1	4
Assistenza ai disabili psichici			2	3	5
Assistenza ai malati terminali			8		8
Assistenza per tossicodipendenti	19		1	3	23
Assistenza psichiatrica	33		27	21	81
Attività clinica	111	42			153
Attività di consultorio familiare	69				69
Attività di laboratorio	25	18			43
Covid-19			2		2
Diagnostica strumentale e per immagini	33	22			55
Vaccinazioni anti COVID-19	30				30
Totale complessivo	320	82	88	31	521

Tab. 36.

Numero di strutture convenzionate		Tipo struttura			
Descrizione tipo assistenza erogata	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	AMBULATORIO E LABORATORIO	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	Totale complessivo
Assistenza agli anziani			138	7	145
Assistenza ai disabili fisici			15	33	48
Assistenza ai disabili psichici			8	4	12
Assistenza AIDS			2		2
Assistenza idrotermale	6				6
Assistenza per tossicodipendenti			31	4	35
Assistenza psichiatrica			27	1	28
Attività clinica	2	66			68
Attività di laboratorio		58			58
Covid-19			3		3
Diagnostica strumentale e per immagini		20			20
Vaccinazioni anti COVID-19	2				2
Totale complessivo	10	144	224	49	427

Tab. 37.

POSTI LETTO PER STRUTTURA	Tipo di assistenza erogata	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	TOTALE
Strutture a gestione diretta ASUR	Assistenza agli anziani	980	19	999
	Assistenza ai disabili fisici	26	8	34
	Assistenza ai disabili psichici	43	46	89
	Assistenza ai malati terminali	74		74
	Assistenza per tossicodipendenti			
	Assistenza psichiatrica	277	252	529
	Attività clinica			
	Attività di consultorio familiare			
	Attività di laboratorio			
	Covid-19	54		54
	Diagnostica strumentale e per immagini			
	Vaccinazioni anti COVID-19			
Totale		1.454	325	1.779
Strutture convenzionate	Assistenza agli anziani	4.887	149	5.036
	Assistenza ai disabili fisici	205	578	783
	Assistenza ai disabili psichici	121	103	224
	Assistenza AIDS			
	Assistenza idrotermale			
	Assistenza per tossicodipendenti			
	Assistenza psichiatrica	525	1	526
	Attività clinica			
	Attività di laboratorio			
	Covid-19	20		20
	Diagnostica strumentale e per immagini			
	Vaccinazioni anti COVID-19			
Totale		5.758	831	6.589
Totale complessivo		7.212	1.156	8.368

Con riferimento agli istituti di riabilitazione, operano 13 centri di riabilitazione privati con 802 posti letto di assistenza residenziale e 157 posti di semiresidenziale. Per la gestione pubblica, nell'Azienda esiste un centro con 10 posti letto di assistenza residenziale (Galantara di Pesaro) (Fonte RIA 11 2021).

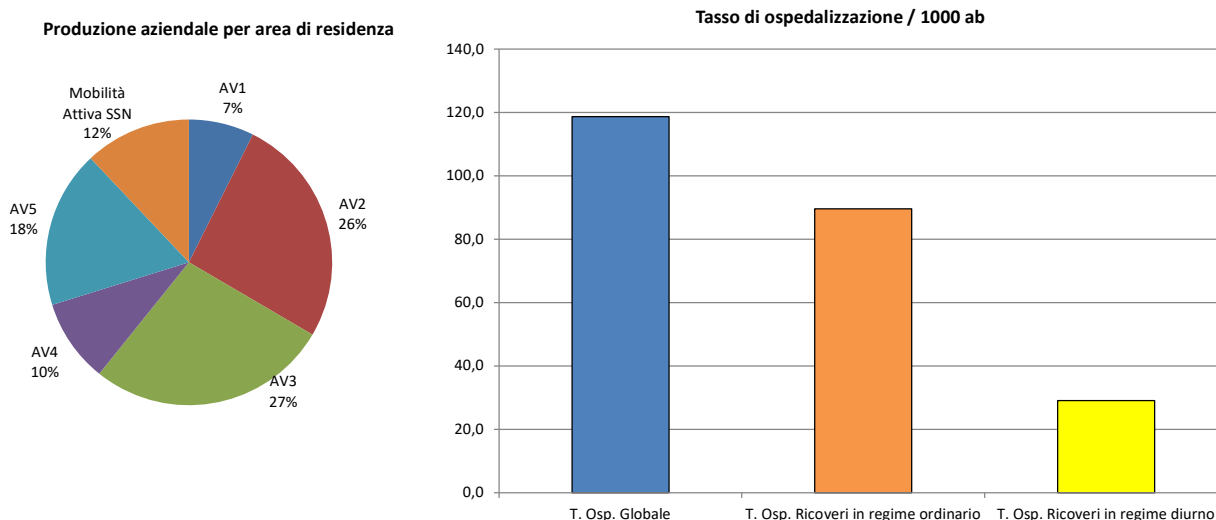
Tab. 38.

Posti Letto Strutture riabilitative	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	TOTALE
Strutture a gestione diretta ASUR	10	-	10
Strutture convenzionate	802	157	959
Totale complessivo	812	157	969

5 - I servizi sanitari erogati

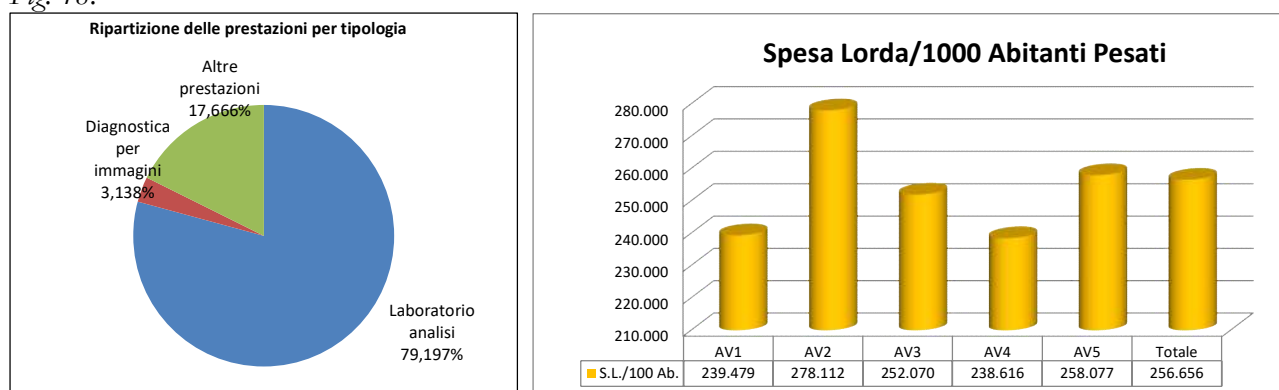
L'ASUR eroga livelli essenziali di assistenza alla popolazione assistita attraverso le articolazioni organizzative delle Aree Vaste. Con riferimento all'assistenza ospedaliera, l'Azienda nel 2021 ha erogato complessivamente 118.685 ricoveri (comprensivi anche della quota di produzione dei privati accreditati), di cui 88% ai propri residenti e 12% ai residenti di altre regioni. Il tasso di ospedalizzazione globale per acuti (numero di ricoveri per mille abitanti con la mobilità passiva extraregionale) è pari a 118,7 con un valore pari a 89,6 per i ricoveri in regime ordinario e 29,1 per quelli in regime diurno.

Fig. 17.



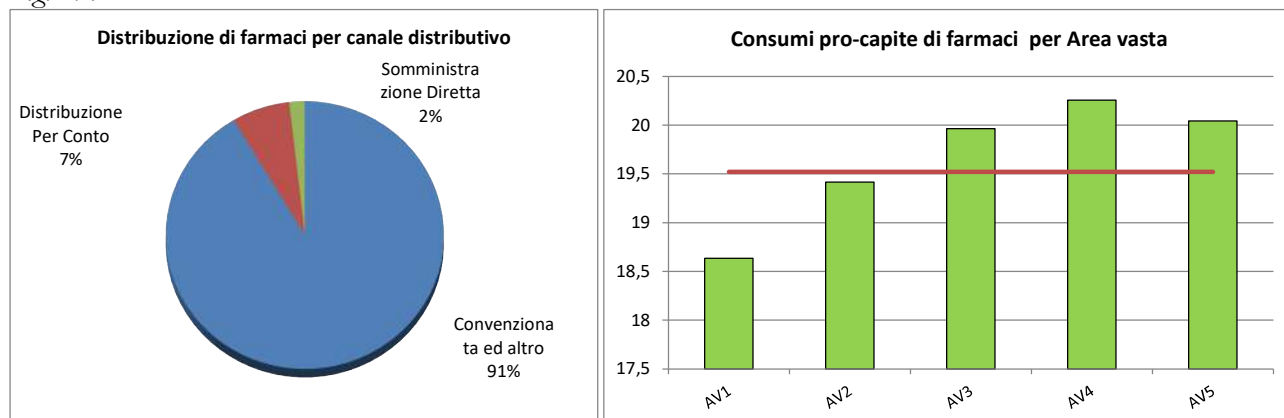
In merito all'assistenza specialistica, nel 2021 sono state globalmente erogate dall'azienda e dagli erogatori privati accreditati ad essa convenzionati 20.095.588 prestazioni, di cui 97,5% ai pazienti regionali ed il restante 2,5% a quelli non marchigiani. Sul versante dei consumi, nell'anno di riferimento sono state mediamente erogate 13,3 prestazioni per residente, di cui 10,6 prestazioni di laboratorio analisi e 0,4 di diagnostica per immagini.

Fig. 18.



Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, nell'esercizio corrente l'azienda ha erogato complessivamente 29.529.786 farmaci. Il canale distributivo predominante risulta essere quello della farmaceutica convenzionata, che include il 91,4% dei farmaci erogati; la restante quota fa riferimento alla somministrazione diretta da parte delle strutture aziendali (1,8%) ed alla distribuzione per conto da parte delle farmacie (6,8%), che acquista un peso maggiore.

Fig. 19.



3) Misurazione e valutazione della performance organizzativa

1 – Obiettivi annuali e specifici (triennali)

In data 30/01/2020 l'Organizzazione mondiale della sanità dichiarava l'epidemia da COVID-19 un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale ed il giorno successivo il Consiglio dei Ministri dichiarava lo stato di emergenza COVID-19, perdurato fino al 31/03/2022.

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

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

Con determina del Direttore Generale Asur n. 736 del 15/12/2020 è stato approvato il Regolamento dei processi di misurazione e valutazione della performance, in vigore anche per l'anno 2021.

2 – Performance organizzativa complessiva

Pur lasciando all'OIV il compito di misurare e valutare la performance organizzativa complessiva di ciascuna amministrazione ai sensi dell'art. 7, comma 2, lett. a) del D.Lgs. 150/2009, si rappresenta che l'Azienda ha rispettato l'obiettivo fondamentale dell'equilibrio di bilancio (par. 2.2).

A latere dell'obiettivo economico generale assegnato alle Direzioni dell'equilibrio di Bilancio la Regione con DGRM 511/2021 assegna ulteriori obiettivi economico-finanziari relativi alle aree della gestione dei costi e dei debiti, della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici, delle risorse umane e del sistema tessera sanitaria, ricetta elettronica e fascicolo sanitario elettronico.

Rispetto del budget dei costi

Il prospetto seguente propone il confronto tra il quadro economico previsionale e la situazione economica di chiusura dell'esercizio 2021, sulla base dello schema di riferimento Regionale con cui sono stati assegnati i Budget agli Enti del SSR per l'anno 2021. Sulla base di tale schema, lo scostamento registrato nel totale dei costi (lettera h) pari a 25.923.065 euro, al netto delle maggiori entrate proprie (lettera f) e del maggior Pay Back (lettera d1) è motivato dall'iscrizione a consuntivo dei rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato (h4) di 37.335.037 euro, incluso nella programmazione regionale ma non assegnato all'Azienda nel Budget.

Tab. 39.

		BILANCIO PREVENTIVO 2021	Bilancio d'esercizio 2021	Delta Preventivo
		a	b	b-a
a4	FSR indistinto agli Enti del SSR	2.231.708.911	2.273.743.943	42.035.032
a4.1	da destinare agli investimenti ai sensi del D.Lgvo 118/2011	19.567.409	19.567.409	-
a4.2a	da destinare alla spesa corrente	2.158.207.166	2.199.483.296	41.276.130
a4.2b	da destinare al F.do di riequilibrio	-	-	-
a4.2c	da destinare a spesa corrente con vincolo di destinazione regionale	53.934.336	54.693.238	758.902
b	Mobilità attiva extraregionale di cui:	72.819.021	76.312.017	3.492.996
c	Fondo Sanitario Regionale vincolato post DL n. 95 del 06/07/12 di cui:	56.071.546	57.088.794	1.017.248
d	Ulteriori trasferimenti agli Enti del SSR di cui:	33.237.211	37.380.970	4.143.759
d1	Pay Back	8.490.000	33.255.970	24.765.970
d2	Risorse regionali aggiuntive	24.747.211	4.125.000	- 20.622.211
d3	Ripiano sfondamento tetto spesa	-	-	-
e=(a2+b+c+d)	TOTALE TRASFERIMENTI DA REGIONE AGLI ENTI DEL SSR	2.393.836.689	2.444.525.723	50.689.034
f	ENTRATE PROPRIE DEGLI ENTI DEL SSR	127.048.467	150.675.036	23.626.568
s=q+r	TOTALE RISORSE DISPONIBILI PER GLI ENTI DEL SSR	2.520.885.156	2.595.200.759	74.315.603
h	TOTALE COSTI	2.520.885.156	2.595.200.759	74.315.603
h1	Gestionali (al netto della mobilità passiva extraregionale)	2.364.281.287	2.406.773.882	42.492.595
h2	Mobilità passiva extraregionale	135.949.392	129.302.323	- 6.647.069
h4	accantonamenti	-	37.335.037	37.335.037
h6	Costi da destinare agli investimenti ai sensi del D.Lgvo 118/2011 (riferimento voce a2.1)	20.654.477	21.789.517	1.135.039
j = (g-h)	Avanzo/disavanzo programmato	-	-	-

Rispetto dei tempi di pagamento

Ai sensi di quanto stabilito al comma 865 dell'articolo 1 della L. 145/2018 (Legge di bilancio 2019), alle Direzioni generali degli Enti del SSR è assegnato un obiettivo sui tempi di pagamento il cui punteggio equivale a 30 punti. L'ASUR risulta adempiente in merito al rispetto dei tempi massimi di pagamento previsti dalla legge, registrando un indice di tempestività di -14,7 giorni.

La DGRM 511/21 prevede ulteriori obiettivi sui tempi di pagamento, così come riportato di seguito; le posizioni infragruppo al 31/12/2021 risultano in linea con il target programmato (inferiori al 5%), così come risultano in linea le note di credito da ricevere al 31/12/2021 rispetto all'anno precedente (superiori al 10% atteso). La percentuale invece di fatture pagate in ritardo nell'esercizio 2021 non risulta conforme al target del 6%, registrando un valore pari al 15,5%.

Tab. 40.

N. Det. 395/21	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Risultato raggiunto ASUR
122	Chiusura note di credito da ricevere (nc) relative a fatture antecedenti l'anno in corso	Valore al 31/12/2021 di nc di fatture anni antecedenti il 2021 rispetto al valore al 31/12/2020 di nc di fatture	(Valore al 31/12/2021 di nc di fatture anni antecedenti il 2021)	(Valore al 31/12/2020 di nc di fatture)	≤ 10% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contenzioso)	7,00%
123	Posizioni infragruppo	Debiti al 31/12/2021 verso Enti del SSR di fatture antecedenti il 2021 rispetto ai debiti al 31/12/2020 verso Enti del SSR	(Debiti al 31/12/2021 verso Enti del SSR di fatture antecedenti il 2021)	(Debiti al 31/12/2020 verso Enti del SSR)	≤ 5%	2,80%
124	Rispetto dei tempi di pagamento	% valore fatture pagate oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014	Valore Fatture pagate nell'esercizio 2021 oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014	Totale valore fatture pagate nell'esercizio 2021	≤ 6%	15,50%

Spesa farmaceutica e dispositivi medici

Di seguito, si rappresentano gli obiettivi relativi all'Area Farmaci e dispositivi, rispetto ai quali si riscontra il pieno raggiungimento nell'anno 2021; in particolare, pur avendo superato il valore atteso della spesa farmaceutica convenzionata di 197 milioni di euro di 5,4 milioni di euro, l'ASUR ha garantito il rispetto del tetto di spesa del 7% FSR, realizzando un'economia di -20.898.051 euro, pari al -0,67%.

Tab. 41.

N. Det. 395/21	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Risultato raggiunto ASUR
43	Rispetto del tetto della spesa farmaceutica convenzionata (Tetto 7% FSR)	Razionalizzazione della Spesa farmaceutica convenzionata netta dalle "distinte contabili"	Spesa farmaceutica convenzionata netta anno 2021 da DCR		< 197.000.000 €	€ 202.414.851
44	Rispetto del tetto spesa farmaceutica per acquisti diretti (Tetto 6,89% FSR)	Razionalizzazione dei consumi di medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	Consumi di medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale 2021-2020	Consumi di medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale 2020	≤ 0% (Tolleranza del 12%)	5,1%
45	Rispetto del tetto spesa sui Dispositivi Medici (Tetto 4,4% FSR)	Riduzione della spesa relativa ai dispositivi medici rispetto al valore rendicontato nei precedenti esercizi	(Spesa per dispositivi medici rendicontata nel modello CE consuntivo 2021, al netto dei costi Covid [ad es. DPI]) - (Spesa per dispositivi medici rendicontata nel modello CE consuntivo 2019)		≤ 0	-4,4%
101	Coerenza tra flusso contratti DM e prodotti in BDM	% DM nel flusso contratti rispetto ai DM presenti in BDM (Banca dati Dispositivi Medici del Ministero della Sanità) [Sono escluse le categorie CND Q e L]	N. DM nel Repertorio presenti nel flusso contratti	N. DM nel Repertorio presenti in BDM del Ministero della Salute	> 80%	100%
102	Coerenza tra flusso Consumi DM (DM 1 e DM2, no DM Q e L) e Modello CE Consuntivo	% Costi da flusso Consumi DM rispetto a costi da conti CE B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi, esclusa la spesa rilevata per alcune CND* (CND Z "Apparecchiature e relativi componenti accessori e materiali" ad eccezione della Z13 "Materiali di consumo non specifici per strumentazione diagnostica" e della CND W "Dispositivi medico-diagnostici in vitro (D.Lgs 332/2000)")	Costi rilevati dal flusso Consumi DM (DM 1 e DM2, no DM Q e L) anno 2021	Costi da Modello CE Consuntivo 2021	> 80%	95%
103	Consumo farmaci intravitreali (Nota AIFA 98)	% Pazienti trattati con Bevacizumab sul totale dei pazienti trattati con Lucentis, Bevacizumab, Eylea e Beovu	N. Pazienti trattati con Bevacizumab	N. Pazienti trattati con Lucentis, Bevacizumab, Eylea e Beovu	> 30%	45,0%
111	Rispetto scadenze flusso Consumi DM	Trasmissione dati consumo e spesa DM entro il 15 di ogni mese a partire da giugno - luglio 2021			Rispetto scadenza	100% invii entro scadenza
112	Rispetto scadenze flusso Consumi DM	Trasmissione dati contratti DM entro il 15 di ogni mese a partire da giugno -luglio 2021			Rispetto scadenza	100% invii entro scadenza

Risorse umane

Di seguito, si rappresentano gli obiettivi relativi all'area Personale, rispetto ai quali si riscontra il pieno raggiungimento nell'anno 2021.

Tab. 42.

N. Det. 395/21	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Risultato raggiunto ASUR
114	Contenimento del precariato	Report periodici con UE e costo del personale in servizio con contratti di lavoro "flessibili"	Produzione reportistica da inviare entro la data stabilita alla Direzione, attestante il personale in servizio (in termini di UE e costo) con convenzioni interaziendali, con contratti di lavoro autonomo, con contratti di formazione lavoro o altri rapporti formativi, con contratti di somministrazione di lavoro		Report trimestrali il mese successivo al trimestre di riferimento, a partire dal III trimestre	100%
131	Contenimento del precariato	Riduzione n. UE relative a contratti flessibili a TD	(N. UE relative a contratti flessibili a TD anno 2021) - (N. UE relative a contratti flessibili a TD anno 2020)	(N. UE relative a contratti flessibili a TD anno 2020)	-5% rispetto al 2020 (Al netto delle assunzioni per il contrasto del Sars Cov-2)	-24%
132	Contenimento del ricorso all'istituto delle "prestazioni aggiuntive"	Definizione di un budget annuale dei costi relativi alle prestazioni aggiuntive	Produzione reportistica da inviare entro la data stabilita alla Direzione, attestante la definizione, entro il mese di maggio, di un budget annuale dei costi relativi alle prestazioni aggiuntive suddiviso per area contrattuale		Report entro il 30/06/2021 attestante l'avvenuta definizione del budget	100%
133	Contenimento del ricorso all'istituto delle "prestazioni aggiuntive"	Report periodici dei costi per prestazioni aggiuntive	Produzione reportistica da inviare entro la data stabilita alla Direzione, con rendicontazione dei costi per prestazioni aggiuntive per area contrattuale nel periodo di competenza, previsione del costo annuale e scostamento col budget assegnato		Report trimestrali il 3° mese successivo al trimestre di riferimento, a partire dal III trimestre	100%
134	Adeguamento n. SOC / SOS previste (comprese strutture universitarie e di ricerca) agli standard nazionali	Riduzione n. SOC / SOS	(N. SOC / SOS al 31/12/2021)		Numero previsto da atti di programmazione aziendale	- N. 1 UOS det. DG ASUR (671/21)

Sistema tessera sanitaria, ricetta elettronica, fascicolo sanitario elettronico

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

Tab. 43.

N. Det. 395/21	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Risultato raggiunto ASUR
46	Prescrizioni dematerializzate farmaceutica (prodotte da MMG, PLS e specialisti)	% ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata	N° Ricette dematerializzate di farmaceutica (rilevate da Sistema TS)	N° totale ricette di farmaceutica prodotte (rilevate da comma 11)	≥ 85% (inclusi MMG/PLS e specialisti convenzionati)	91,5%
47	Prescrizioni dematerializzate specialistiche (prodotte da MMG, PLS e specialisti) - Erogazione	% Ricette dematerializzate di specialistica trasmesse a SOGEI che non risultano essere state prese in carico dalla struttura erogatrice	N° ricette dematerializzate di specialistica erogate (rilevate dal sistema TS)	N° totale ricette dematerializzate di specialistica erogate (rilevate da comma 11)	≥ 90% (inclusi MMG/PLS e specialisti convenzionati)	100,0%
48	Prescrizioni dematerializzate specialistiche (prodotte da MMG, PLS e specialisti) - Prescrizione	% ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale	N° ricette di specialistica dematerializzate prodotte (rilevate da Sistema TS)	N° totale ricette di specialistica prodotte (rilevate da comma 11)	≥ 90% (inclusi MMG/PLS e specialisti convenzionati)	79,1%
49	Sviluppo della Telemedicina	Avvio dell'erogazione delle prestazioni in telemedicina	N° Prestazioni erogate in telemedicina		>1000 222 AV1 301 AV2 138 AV3 164 AV4 175 AV5	5.400
115	Costituzione nucleo minimo FSE	Percentuale di verbali di pronto soccorso archiviati nel repository	Numero verbali di pronto soccorso archiviati nel repository	Produzione totale di verbali di pronto soccorso nel 2021	10%	13,72%
116	Costituzione nucleo minimo FSE	Percentuale di lettere di dimissione archiviate nel repository (esclusi DH)	Produzione di lettere di dimissione archiviate nel repository nel 2021	Produzione di lettere di dimissione nel 2021	2,5%	24,0%
117	Costituzione nucleo minimo FSE	Produzione di referti di laboratorio firmati digitalmente	N.ro dei referti di laboratorio firmati digitalmente	N.ro totale di referti di laboratorio prodotti nel 2021	90,0%	91,1%

Tali obiettivi risultano pienamente raggiunti ad eccezione dell'indicatore relativo alla percentuale di ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale. A questo proposito, l'adozione della prescrizione dematerializzata ha visto un forte avanzamento in ambito aziendale anche a seguito dell'evento pandemico ma la progressiva informatizzazione degli ambulatori ospedalieri è strettamente connessa all'adozione della cartella ospedaliera informatizzata, la cui implementazione è stata ritardata a causa dell'evento pandemico.

4) Misurazione e valutazione degli Obiettivi individuali

Il percorso di misurazione degli obiettivi individuali assegnati ai Dirigenti e inseriti nel Piano della Performance non si è ancora concluso al momento della stesura della presente relazione; in particolare, si è in attesa del perfezionamento della contrattazione integrativa da parte di tutte le 5 Aree Vaste e della Direzione Centrale.

La valutazione individuale è stata avviata sulla base di quanto definito dal Sistema di valutazione e misurazione della performance 2021 approvato con Determina n. 70 del 01/02/2021.

In sintesi, essi, tale schema di contratto prevede quanto segue:

- la valutazione della performance individuale è effettuata in prima istanza dal dirigente sovraordinato; relativamente al personale afferente all'area delle professioni sanitarie la valutazione è effettuata di concerto con il Dirigente delle professioni sanitarie di riferimento e con il Coordinatore/POD ove esistente ed è sottoscritta da tutti i valutatori;
- la valutazione della performance individuale dei titolari degli incarichi di funzione è effettuata dal Dirigente Responsabile della struttura ovvero dal Direttore di dipartimento di concerto con il Dirigente delle professioni sanitarie per il personale di competenza; in tale ultima circostanza le relative schede sono sottoscritte da entrambi;
- la valutazione della performance individuale dei titolari di incarico di organizzazione per l'esercizio della sola funzione di coordinamento è effettuata dal Dirigente delle professioni sanitarie di concerto con il Dirigente Responsabile della struttura e la relativa scheda è sottoscritta da entrambi;
- la scheda di valutazione, debitamente compilata, deve essere illustrata al dipendente interessato al fine di acquisirne la sottoscrizione per condivisione; nel caso di non condivisione del giudizio espresso dal dirigente responsabile il dipendente interessato motiverà la propria posizione indicando le proprie ragioni in calce alla scheda.
- In presenza di mancata condivisione del giudizio il dipendente eserciterà azione per l'avvio delle procedure di conciliazione
- il Nucleo di Valutazione è individuato quale soggetto terzo ed indipendente, competente e titolato ad esprimersi sulla corretta applicazione del sistema di valutazione e sul merito del contendere; pertanto, il Nucleo di valutazione assume funzione di Organo di Conciliazione.
- Per accedere al percorso conciliativo il valutato deve esprimere, nel termine perentorio di giorni 15 dalla data di sottoscrizione della scheda di valutazione, richiesta di revisione della valutazione facendo pervenire esplicita contestazione scritta al valutatore di prima istanza e per conoscenza alle strutture di Area Vasta di supporto all'Area Politiche del Personale e di supporto all'Area Controllo di Gestione, ovvero, per il personale che ricopre posti della dotazione organica della Direzione Generale ASUR, all'Area Politiche del Personale ed all'Area Controllo di Gestione, esprimendo con chiarezza ed esaustività i motivi del proprio disaccordo e proponendo contestualmente il punteggio ritenuto congruo con le argomentazioni a sostegno del punteggio richiesto. Il valutatore di prima istanza, nel termine di giorni 15 dalla data di ricezione della richiesta, esamina la richiesta del dipendente anche mediante contraddittorio del dipendente. In caso di accoglimento/accordo il valutatore di prima istanza procederà a modificare la valutazione già emessa procedendo a trasmettere la scheda di valutazione individuale aggiornata alle strutture di gestione del personale e di controllo di gestione, come sopra individuate. In caso di mancato accoglimento il valutatore di prima istanza trasmetterà la richiesta del dipendente di revisione della valutazione unitamente alle proprie argomentazioni in ordine al mancato accoglimento della stessa, al Nucleo di Valutazione per il tramite della struttura di Area Vasta di supporto all'Area Controllo di Gestione (l'Area Controllo di Gestione per il personale che ricopre posti della dotazione organica della Direzione Generale ASUR). Il Nucleo di Valutazione esprime il proprio giudizio sulla base della documentazione ricevuta, dovendosi considerare facoltà discrezionale del Nucleo di Valutazione la convocazione dei soggetti in discussione, che potranno avvalersi, eventualmente, di un rappresentante sindacale, e la richiesta ed acquisizione di ulteriori elementi di merito. Il Nucleo di Valutazione redige apposito verbale, ove verranno evidenziate le risultanze del proprio percorso valutativo, che verrà inoltrato all'attenzione del valutato e del valutatore dalla Struttura di Gestione del Personale. Il giudizio del Nucleo di Valutazione non è appellabile, ferme rimanendo le prerogative e le disponibilità previste dalle vigenti norme.

Dal 2020 il percorso di valutazione individuale viene gestito tramite procedura informatizzata.

5) Il processo di misurazione e valutazione

Con riferimento al ciclo delle performance aziendale di cui al D.Lgs. 150/2009 (art. 4), di seguito rappresentato, si descrive nel paragrafo presente il processo di assegnazione degli obiettivi per l'anno 2021 dell'ASUR.

Fig. 20.



Così come previsto nel Piano della Performance, l'attività di programmazione strategica aziendale è avviata con la definizione delle risorse a disposizione per l'Azienda, così come stabilite dalla Giunta Regionale nella delibera di approvazione dell'esercizio provvisorio per l'anno di riferimento (con DGRM n. 1704/2019), nonché con l'analisi del contesto di riferimento in termini di vincoli esterni derivanti da disposizioni vigenti a livello nazionale e regionale.

Con nota prot. n. 17468 del 12/05/2021 è stata trasmessa la proposta della Direzione di assegnazione alle Aree vaste del budget economico, degli obiettivi sanitari, nonché i criteri che saranno applicati per la valutazione dei risultati di Area Vasta. Gli obiettivi sanitari di cui alla determina 395/2020 sono stati confermati dalla Determina n. 665 del 23/12/2021 con la quale sono stati assegnati definitivamente i budget economici alle Aree Vaste sulla base del budget definitivo 2020 assegnato con DGR 1568 del 13 dicembre 2021.

Sulla base di tale programmazione regionale e aziendale, i Direttori di Area Vasta hanno definito i budget con i CDR primari (Direttori di Dipartimento, i Responsabili dell'Area ATL, i Direttori di Presidio Ospedaliero ed i Direttori di Distretto) con le tempistiche seguenti:

- AV1: con determina DAV n 836 del 15/06/2021 - *Obiettivi di Budget ai Centri di responsabilità per l'anno 2021* sono stato assegnati gli obiettivi di natura biennale (2020-2021), integrati e modificati rispetto a quelli già sottoscritti nell'anno precedente
- AV2: con determina DAV n 1172 del 15/06/2021- *Recepimento Determina ASUR/DG n. 70/2021 - DGRM n. 510/2021 e assegnazione degli obiettivi sanitari ai Dipartimenti per l'anno 2021* sono stato assegnati gli obiettivi, la cui sottoscrizione è avvenuta a partire dal mese di giugno 2021.

- AV3: con l'adozione della determina DAV n. 1112 del 30/07/2021- *Determina ASUR/DG n. 395/2021 - DDGRRMM nn. 510-511/2021 - Assegnazione degli obiettivi di Budget ai Dipartimenti per l'anno 2021* sono stati recepiti gli obiettivi dell'ASUR di cui alla determina 395/2021. Le schede di budget sono state sottoscritte tra il mese di ottobre e il mese di dicembre 2021.
- AV4: con a determina DAV n. 590 del 30/07/2021 - *Recepimento Determina ASUR/DG n. 70/2021 - DGRM n. 510/2021 e assegnazione degli obiettivi sanitari Regionali/Aziendali ai Dipartimenti per l'anno 2021* sono stato assegnati gli obiettivi, la cui sottoscrizione è avvenuta dal 13/07/2021 al 06/08/2021.
- AV5: l'Area Vasta non ha recepito con Determina gli obiettivi assegnati dalla Direzione e al momento di redazione della presente Relazione ha concluso la sottoscrizione delle schede di budget.

Allo stato attuale, il Collegio Sindacale ASUR ha espresso parere favorevole solo su alcuni Accordi Integrativi riferiti all'anno 2021, così come dettagliato nel prospetto seguente:

Tab 44.

CCI ANNO 2021 parte economica		
AREA VASTA	AREA CONTRATTUALE	DETERMINA RECEPIMENTO
AV1	COMPARTO	DETERMINA AV1 N. 598 del 23.05.2022
	DIRIGENZA AREA DELLA SANITA'	
	DIRIGENZA PTA	
AV2	COMPARTO	DETERMINA AV2 N. 2428 del 23.12.2021
	DIRIGENZA AREA DELLA SANITA'	
	DIRIGENZA PTA	
AV3	COMPARTO	DETERMINA AV3 N. 1905 del 29.12.2021
	DIRIGENZA AREA DELLA SANITA'	DETERMINA AV3 N. 955 del 24.6.2022
	DIRIGENZA PTA	DETERMINA AV3 N 363 del 09.03.2022
AV4	COMPARTO	DETERMINA AV4 N 984 del 21.12.2021
	DIRIGENZA AREA DELLA SANITA'	
	DIRIGENZA PTA	DETERMINA AV4 N. 123 del 21.02.2022
AV5	COMPARTO	
	DIRIGENZA AREA DELLA SANITA'	
	DIRIGENZA PTA	DETERMINA AV5 N. 691 DEL 20/6/2022
DIREZIONE GENERALE ASUR	COMPARTO	DETERMINA DGASUR N. 49 del 19.01.2022
	DIRIGENZA PTA	DETERMINA DGASUR N. 93 del 10.02.2022

I documenti relativi al Ciclo della Performance sono riportati nella tabella seguente, con l'indicazione della data di adozione, di pubblicazione, eventuale aggiornamento e, infine, il relativo link nel sito aziendale dedicato alla Trasparenza.

Tab.45

Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologi e di dati)	Documento	Link documento
Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Regolamento misurazione e val. performance.pdf	https://www.asur.marche.it/documents/20182/1567774/Reg.val.perfomance+dai+2020.pdf/5e53511d-ad0b-4025-94ce-142c7dcf6a72
	Reg.performance all.n.2.pdf	https://www.asur.marche.it/documents/20182/1567774/Reg.performance+all.n.2.pdf/a0a93bea-4f5b-4848-8b1c-a3ac826a3008
	Reg.performance all.3-4-5-6.pdf	https://www.asur.marche.it/documents/20182/1567774/Regolamento+allegati+n.3-4-5-6.pdf/0a1aea2a-69f8-4f4d-a9fb-57e69c17c3ab
Piano della Performance	Determina ASUR n. 70 del 01-02-2021	https://www.asur.marche.it/documents/20182/1274438/Determina+ASUR+n.+70+del+01-02-2021/55afccc4-57f4-42d3-95c3-97e947d04340
	Piano Triennale Performance 2021-2023 Allegato Determina 70 ASURDG 2021	https://www.asur.marche.it/documents/20182/1274438/Piano+Triennale+Performance+2021-2023+Allegato+Determina+70+ASURDG+2021/f8aea1af-9c14-4512-b8a5-4f4af771cbd8
PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	All. 1 PTPC 2021-2023	https://www.asur.marche.it/documents/20182/1051002/All.+1+PTPC+2021-2023.pdf/05af580a-998b-4d92-8ea5-d1b62a5c6823
	All. 1 sub a) Mappatura Rischi	https://www.asur.marche.it/documents/20182/1051002/All.+1+sub+a%29+Mappatura+Rischi.pdf/5b5549ee-9bd8-45f0-913d-498d35c839be
	All. 1 sub b) Tabella Livello Rischio	https://www.asur.marche.it/documents/20182/1051002/All.+1+sub+b%29+Tabella+Livello+Rischio.pdf/84609fca-ef3f-4a40-b441-1b124c5db79c
	All. 1 sub c) Griglia obblighi pubblicazione	https://www.asur.marche.it/documents/20182/1051002/All.+1+sub+c%29+Griglia+obblighi+pubblicazione.pdf/69be5572-df7a-47e6-9560-adb3d0fe10df
	Determina approvazione PTPCT	https://www.asur.marche.it/documents/20182/1051002/Determina+approvazione+PTPCT/2cec612d-70a5-4227-b398-5c800bcc0e7b