

**DETERMINA DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO
ASUR
N. DEL**

Oggetto: Adozione del Bilancio Preventivo Economico 2022

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
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 dare atto che il Bilancio Preventivo Economico 2022 è redatto in coerenza con il Budget assegnato all'ASUR dalla Giunta Regionale con delibera n. 1850 del 30/12/2022 ad oggetto: "L.R. n. 19 del 08/08/2022 - Disposizioni agli Enti del SSR per la redazione del Bilancio Preventivo Economico 2022 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2022-2024";
2. di dare atto che in base a quanto previsto dall'allegato B della DGR 1850 del 30/12/2022, non si procede alla redazione del Bilancio Pluriennale di Previsione 2022-2024 in considerazione della soppressione alla data del 31/12/2022 dell'ASUR (art. 42 della L.R. 19/2022);
3. di adottare, per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che si intendono integralmente trascritte, il Bilancio Preventivo Economico 2022, allegato al presente documento istruttorio di cui costituisce parte integrante e sostanziale, composto dai seguenti allegati:
 - 1.1 Conto Economico
 - 1.2 Nota Illustrativa
 - 1.3 Flussi di Cassa Prospettici
 - 1.4 Relazione del Direttore Generale
 - 1.5 Piano degli Investimenti (Allegato D)
4. di riservarsi, in sede di predisposizione del Bilancio d'Esercizio 2022 dell'azienda, l'accertamento e la rilevazione di altre voci di bilancio (sia di costo che di ricavo) non quantificabili e/o attualmente non preventivabili;

5. di trasmettere la presente determina:

- al Collegio Sindacale per il controllo di cui all'art. 17 della Legge Regionale 27 giugno 1996, n. 26;
- alla Conferenza permanente regionale socio-sanitaria per il parere ex art. 20 della Legge Regionale 20 giugno 2003, n. 13;
- alla Giunta Regionale per il controllo ex art. 28 della Legge Regionale 17 luglio 1996, n. 26.

Ancona, sede legale ASUR,

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(Dott. Pierluigi Gigliucci)



IL DIRETTORE SANITARIO

(Dr. Remo Appignanesi)



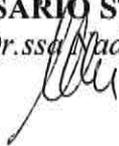
**IL DIRETTORE INTEGRAZIONE
SOCIO-SANITARIA**

(Dr. Giovanni Feliziani)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

(Dr.ssa Nadia Storti)



- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -

AREA CONTABILITA', BILANCIO E FINANZA

Normativa di riferimento:

- D.Lgs. n. 502 del 30/12/1992 - Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e s.m.e i.;
- Legge Regionale n. 47 del 19/11/1996 - Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo delle Aziende Sanitarie e s.m.i.;
- Legge Regionale n. 13 del 20/06/2003 - Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale e ss.mm.ii.;
- Decreto Legislativo n. 118 del 23/06/2011 – Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42;
- Decreto Ministero salute 15/6/2012 - Nuovi modelli di rilevazione economica «Conto economico» (CE) e «Stato patrimoniale» (SP) delle aziende del Servizio sanitario nazionale;
- Decreto Ministero Salute 20/3/2013 - Modifica degli schemi dello Stato Patrimoniale, del Conto Economico e della Nota Integrativa delle Aziende del SSN;
- Decreto Legge n. 18 del 17/03/2020 - Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 -convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27;
- Decreto Legge n. 34 del 19/05/2020 - Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 - convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77;
- Decreto Legge n. 104 del 14/08/2020 - Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia. - convertito con modificazioni dalla L. 13 ottobre 2020, n. 126;
- Decreto Legge 73 del 25/05/2021 – “Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali” e s.m.i.;
- D.G.R.M. n. 542 del 03/05/2021 - Rideterminazione del tetto di spesa del personale degli enti del SSR, a decorrere dall'esercizio 2021, ex art. 11, comma 1, del decreto-legge n. 35/2019; ripartizione tra i medesimi enti del tetto di spesa previsto dall'art. 1, comma 421, della legge n. 178/2020;
- D.G.R.M. n. 1244 del 18/10/2021 - Riparto fra gli enti del Servizio sanitario regionale delle risorse previste dal decreto-legge n. 73/2021, ai fini dell'acquisizione di personale per i servizi territoriali e ospedalieri di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, per il reclutamento straordinario di psicologi nonché per rafforzare i servizi erogati dai Dipartimenti di prevenzione per la sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro;
- D.G.R.M. n. 1368 del 15/11/2021 - Assegnazione agli enti del SSR delle risorse per il personale dipendente e convenzionato di cui all'art. 1, commi 416, 417, 464, 467 e 468-470 della legge n. 178/2020;
- Legge Regionale 19 del 08/08/2022 – Organizzazione del servizio sanitario regionale;

- D.G.R.M. 1628 del 22/12/2021 “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 2022;
- D.G.R.M. 1283 del 10/10/2022 “D. Lgs. 171/2016 e s.m.i. - Definizione degli obiettivi degli Enti del Servizio Sanitario Regionale e del DIRMT per l’anno 2022”;
- D.G.R.M. 1284 del 10/10/2022 “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, dell'INRCA e del Direttore del DIRMT rispetto agli obiettivi di budget annuali assegnati dalla Giunta regionale - Definizione criteri anno 2022”;
- D.G.R.M. 1850 del 30/12/2022 - L.R. n. 13 del 20/6/2003 e s.m.i. – Disposizioni agli Enti del SSR per la redazione del Bilancio Preventivo Economico 2022 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2022-2024 degli Enti del SSR.

Motivazione ed esito dell’istruttoria:

L’art. 2 della Legge Regionale 19 novembre 1996, n. 47 e s.m.i. recante “Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo delle Aziende sanitarie” definisce strumenti della programmazione delle Aziende Sanitarie:

- a. il piano strategico aziendale
- b. il bilancio pluriennale di previsione
- c. il bilancio preventivo economico annuale
- d. eventuali piani di intervento e piani settoriali in esecuzione di disposizioni regionali demandandone la competenza alla Direzione Generale e l’approvazione alla Giunta Regionale.

L’art. 5 della sopra richiamata legge regionale recita testualmente:

1. *Il bilancio preventivo economico annuale esprime analiticamente il risultato economico aziendale previsto per il successivo esercizio, coincidente con il primo anno del bilancio pluriennale di previsione.*
2. *Il bilancio preventivo economico annuale evidenzia i risultati previsti per le strutture, le attività e i servizi per cui la normativa vigente stabilisce separata indicazione, ivi inclusa la eventuale gestione socio-assistenziale.*
3. *Il bilancio preventivo economico è corredato di una relazione illustrativa del Direttore Generale.*

L’art. 7 della citata L.R. n. 47/1996 prevede, inoltre, che le Aziende Sanitarie siano tenute all’obbligo del budget quale strumento di programmazione e controllo delle attività aziendali e che il budget generale annuale sia legato al bilancio preventivo economico annuale e trasmesso unitamente ad esso alla Giunta Regionale per l’approvazione.

L’art. 25 del D. Lgs. 118 del 23 giugno 2011 stabilisce, infine, quanto segue:

“1. Gli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), ove ricorrano le condizioni ivi previste, e lettera c) predispongono un bilancio preventivo economico annuale in coerenza con la programmazione sanitaria e con la programmazione economico-finanziaria della regione.

2. Il bilancio preventivo economico annuale include un conto economico preventivo e un piano dei flussi di cassa prospettici, redatti secondo gli schemi di conto economico e di rendiconto finanziario previsti dall'articolo 26. Al conto economico preventivo è allegato il conto economico dettagliato, secondo lo schema CE di cui al decreto ministeriale 13 novembre 2007 e successive modificazioni ed integrazioni.

3. Il bilancio preventivo economico annuale è corredato da una nota illustrativa, dal piano degli investimenti e da una relazione redatta dal direttore generale per gli enti di cui alla lettera c) del comma 2 dell'articolo 19 e dal responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione per gli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), ove ricorrano le condizioni ivi previste. La nota illustrativa esplicita i criteri impiegati nell'elaborazione del bilancio preventivo economico annuale; la relazione del direttore generale o del responsabile della gestione sanitaria accentrata evidenzia i collegamenti con gli altri atti di programmazione aziendali e regionali; il piano degli investimenti definisce gli investimenti da effettuare nel triennio e le relative modalità di finanziamento. Il bilancio preventivo economico annuale degli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c) e lettera b), punto i), ove ricorrano le condizioni ivi previste, deve essere corredato dalla relazione del collegio sindacale.

4. Gli enti di cui alla lettera d), del comma 2 dell'articolo 19 predispongono un bilancio preventivo economico annuale, corredato da una nota illustrativa che espliciti i criteri impiegati nell'elaborazione dello stesso, nonché da un piano degli investimenti che definisca gli investimenti da effettuare nel triennio e le relative modalità di finanziamento. Il bilancio preventivo economico annuale deve essere corredato dalla relazione del collegio dei revisori. Con delibera del direttore generale, il bilancio preventivo economico annuale, corredato dalla nota illustrativa, dal piano triennale degli investimenti e dalla relazione del collegio dei revisori, viene sottoposto al Consiglio di amministrazione dell'ente per l'approvazione."

In attesa dell'assegnazione definitiva del Budget, gli Enti del SSR ed il DIRMT sono stati autorizzati, dalla Giunta Regionale, alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi 2022, per le sole attività istituzionali, con la DGRM 1628 del 22/12/2021.

Con determina n.469 ASURDG del 01/07/2022, parzialmente modificata da determina n.686 ASURDG del 02/11/2022, sono stati assegnati ai Direttori di Area Vasta, in via provvisoria e in applicazione DGRM 1628 del 22/12/2021, gli obiettivi sanitari ed economici.

L'approvazione degli obiettivi economici e sanitari degli Enti del SSR per l'anno 2022 è avvenuta con DGRM n. 1283 del 10/10/2022. Con successiva DGRM 1284 del 10/10/2022 sono stati definiti i criteri di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali degli Enti del SSR, prevedendo indicatori, target e pesature di ciascun obiettivo economico e sanitario assegnato.

Successivamente, con Determina n. 789 ASURDG del 25/11/2022, sono stati approvati i criteri di valutazione dei risultati di gestione conseguiti e della realizzazione degli obiettivi fissati per i Direttori di Area Vasta per l'anno 2022.

Sulla base dell'andamento dei costi dell'anno 2022, i Direttori di Area Vasta hanno certificato l'andamento della programmazione economica 2022 prevedendo, ai fini del mantenimento dell'equilibrio economico, azioni di ottimizzazione per un importo complessivo di € 48.074.110.

Le certificazioni suddette sono state inviate in Regione con nota ASUR, prot. n. 45251 del 30/12/2022 – Anno 2022 – Certificazione previsione economica 2022 ASUR.

Il Budget 2022 definitivamente assegnato all'ASUR, approvato con D.G.R.M. 1850 del 30 dicembre 2022, prevede un'assegnazione di risorse pari a 2.568.415.424 € (al netto degli scambi infragruppo), comprensiva di contributi in conto capitale pari a 24.625.556 euro per investimenti ed una mobilità passiva extraregionale pari a 129.052.620 euro. Il livello minimo di entrate proprie da garantire è pari a 97.796.553 euro.

Di seguito la tabella (Allegato A - DGRM 1850/2022) con il Budget 2022 assegnato all'ASUR:

| ASUR | | BILANCIO DI PREVISIONE 2022. | Azioni di ottimizzazione 2022 | Bil Prev. Gestione ordinaria | Bil Prev. Gestione Covid-19 |
|-------------------|--|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| | | b=c+d+e | c | d | e |
| a2 | FSR indistinto agli Enti del SSR di cui: | 2.263.267.246 | | 2.252.652.542 | 10.614.704 |
| a2.1.a | da destinare alla spesa corrente | 2.230.578.029 | | 2.230.578.029 | |
| a2.1.b | da destinare al F.do di riequilibrio | | | | |
| a2.2 | da destinare a spesa corrente con vincolo di destinazione regionale | 18.289.217 | | 4.674.513 | 10.614.704 |
| a2.3 | da destinare agli investimenti ai sensi del D.Lgvo 118/2011 | 17.400.000 | | 17.400.000 | |
| d | Mobilità attiva interregionale ed internazionale | 69.773.403 | | 69.773.403 | |
| b2 | Fondo Sanitario finalizzato Covid-19 | 607.841 | | | 607.841 |
| c2 | Fondo Sanitario Regionale vincolato di cui: | 82.657.936 | | 82.657.936 | - |
| c2.1 | Obiettivi di carattere prioritario | 19.633.202 | | 19.633.202 | |
| c2.2 | Farmaci innovativi | 20.195.786 | | 20.195.786 | |
| c2.3 | Medicina Penitenziaria | 2.658.006 | | 2.658.006 | |
| c2.4 | Altre quote vincolate (assistenza detenuti tossic., OPG, borse di studio MMG, ... comprensivo DL 90/22 e 144/22) | 40.170.942 | | 40.170.942 | |
| e | Ulteriori trasferimenti agli Enti del SSR di cui: | 54.312.445 | - | 54.312.445 | - |
| e1 | Payback superamento tetto spesa farmaceutica | 23.619.738 | | 23.619.738 | |
| e2 | Ulteriore Pay Back | 7.500.000 | | 7.500.000 | |
| e3 | Risorse regionali aggiuntive | 23.192.706 | | 23.192.706 | |
| f= (a2+d+b2+c2+e) | TOTALE TRASFERIMENTI DA REGIONE AGLI ENTI DEL SSR | 2.470.618.071 | | 2.459.396.326 | 11.222.945 |
| g | ENTRATE PROPRIE DEGLI ENTI DEL SSR DI CUI: | 97.796.553 | | 97.796.553 | - |
| g1 | Ricavi propri | 97.796.553 | | 97.796.553 | |
| g2 | Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione | - | | | |
| g3 | Ricavi straordinari | - | | | |
| h=f+g | TOTALE RISORSE DISPONIBILI PER GLI ENTI DEL SSR | 2.568.415.424 | | 2.557.192.879 | 11.222.545 |
| i | TOTALE COSTI | 2.568.415.424 | - 48.074.110 | 2.552.716.788 | 63.772.776 |
| i1 | Gestionali (al netto degli scambi SSR) | 2.414.737.248 | - 48.074.110 | 2.399.038.582 | 63.772.776 |
| i2 | Mobilità passiva interregionale e internazionale | 129.052.620 | | 129.052.620 | |
| i3 | Rinnovi contrattuali | - | | | |
| i4 | Costi da destinare agli investimenti ai sensi del D.Lgvo 118/2011 | 24.625.556 | | 24.625.556 | |
| j = (h-i) | Avanzo/disavanzo programmato | - | 0,0 | 4.476.121 | - 52.550.231 |

Il quadro economico evidenzia un risultato complessivo in equilibrio.

Sulla scorta degli atti citati, con mail del 30/12/2022 la Direzione ha trasmesso, come da documentazione agli atti dell'Area Dipartimentale Bilancio dell'Asur, i dati relativi al conto economico di previsione 2022 e le azioni di ottimizzazione certificate dalle AAVV.

Infine, il Direttore dell'Area Controllo di Gestione dell'Asur ha trasmesso, come da documentazione in atti, i dati relativi ai seguenti documenti: Nota Illustrativa; Relazione del Direttore Generale e Piano degli Investimenti (Allegato D)

La Nota Illustrativa riporta i criteri, gli elementi e i vincoli economici sulla base del quale è stato redatto il Bilancio di previsione, pertanto, per ogni ulteriore dettaglio, si rimanda a tale documento.

In base a quanto previsto dall'allegato B della DGR 1850 del 30/12/2022, non si procede alla redazione del Bilancio Pluriennale di Previsione in considerazione della soppressione alla data del 31/12/2022 dell'ASUR (art. 42 della L.R. 19/2022).

Tutti i documenti sopra citati, trattandosi di documenti previsionali, non comportano oneri a carico del bilancio aziendale.

Tanto premesso si sottopone al Commissario Straordinario il seguente schema di determina al fine della relativa adozione:

1. di dare atto che il Bilancio Preventivo Economico 2022 è redatto in coerenza con il Budget assegnato all'ASUR dalla Giunta Regionale con delibera n. 1850 del 30/12/2022 ad oggetto: "L.R. n. 19 del 08/08/2022 - Disposizioni agli Enti del SSR per la redazione del Bilancio Preventivo Economico 2022 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2022-2024";
2. di dare atto che in base a quanto previsto dall'allegato B della DGR 1850 del 30/12/2022, non si procede alla redazione del Bilancio Pluriennale di Previsione 2022-2024 in considerazione della soppressione alla data del 31/12/2022 dell'ASUR (art. 42 della L.R. 19/2022);
3. di adottare, per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che si intendono integralmente trascritte, il Bilancio Preventivo Economico 2022, allegato al presente documento istruttorio di cui costituisce parte integrante e sostanziale, composto dai seguenti allegati:
 - 1.6 Conto Economico
 - 1.7 Nota Illustrativa
 - 1.8 Flussi di Cassa Prospettici
 - 1.9 Relazione del Direttore Generale
 - 1.10 Piano degli Investimenti (Allegato D)
4. di riservarsi, in sede di predisposizione del Bilancio d'Esercizio 2022 dell'azienda, l'accertamento e la rilevazione di altre voci di bilancio (sia di costo che di ricavo) non quantificabili e/o attualmente non preventivabili;
5. di trasmettere la presente determina:
 - al Collegio Sindacale per il controllo di cui all'art. 17 della Legge Regionale 27 giugno 1996, n. 26;
 - alla Conferenza permanente regionale socio-sanitaria per il parere ex art. 20 della Legge Regionale 20 giugno 2003, n. 13;
 - alla Giunta Regionale per il controllo ex art. 28 della Legge Regionale 17 luglio 1996, n. 26.

Il Direttore dell'Area Contabilità - Bilancio - Finanze
Dott.ssa Maria Francesca Grechi

- ALLEGATI -

ALLEGATO 1 - Bilancio Preventivo Economico dell'Esercizio 2022

ALLEGATO “1.4.”
Bilancio Preventivo Economico Anno 2022

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

INDICE

| | |
|---|----|
| 1. CRITERI GENERALI DI PREDISPOSIZIONE DELLA RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE | 1 |
| 2. GENERALITÀ SUL TERRITORIO SERVITO, SULLA POPOLAZIONE ASSISTITA E SULL'ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA | 2 |
| 2.1. IL TERRITORIO SERVITO E LA POPOLAZIONE ASSISTITA | 2 |
| 2.2. ORGANIZZAZIONE AZIENDALE | 4 |
| 3. GENERALITÀ SULLA STRUTTURA E SULL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI | 7 |
| 3.1. ASSISTENZA OSPEDALIERA | 7 |
| 3.1.1. Stato dell'arte | 7 |
| 3.1.2. Obiettivi dell'esercizio relativi alla struttura e all'organizzazione dei servizi ospedalieri | 10 |
| 3.1.2.1. Area Medica | 10 |
| 3.1.2.2. Area Chirurgica | 11 |
| 3.1.2.3. Area Materno-Infantile | 13 |
| 3.1.2.4. Rischio clinico | 14 |
| 3.1.2.5. Trapianti | 16 |
| 3.1.2.6. Area Servizi | 17 |
| 3.1.2.7. Attività ospedaliere legate all'attuazione del PNRR | 17 |
| 3.1.2.8. Assistenza farmaceutica ospedaliera | 20 |
| 3.1.2.9. Flussi Informativi area ospedaliera | 22 |
| 3.2. ASSISTENZA TERRITORIALE | 23 |
| 3.2.1. Stato dell'arte | 23 |
| 3.2.1. Obiettivi dell'esercizio relativi alla struttura e all'organizzazione dei servizi territoriali | 27 |
| 3.2.1.1. Farmaceutica Territoriale | 28 |
| 3.2.1.2. Emergenza Urgenza | 31 |
| 3.2.1.3. Attività territoriali legate all'attuazione del PNRR | 33 |
| 3.2.1.4. Area Integrazione socio-sanitaria | 34 |
| 3.2.1.5. Area Dipendenze patologiche | 40 |
| 3.2.1.6. Liste di Attesa | 43 |
| 3.2.1.7. Area Salute Mentale | 47 |
| 3.2.1.8. Flussi informativi area territoriale | 49 |
| 3.3. PREVENZIONE | 52 |
| 3.3.1. Stato dell'arte | 52 |
| 3.3.2. Obiettivi dell'esercizio relativi alla struttura e all'organizzazione della prevenzione | 53 |
| 3.3.2.1. AREA MEDICA | 54 |
| 3.3.2.2. AREA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE | 65 |
| 3.3.2.3. Flussi informativi area prevenzione | 73 |
| 4. LA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA DELL'AZIENDA | 74 |
| 4.1. OBIETTIVI ECONOMICI 2022 | 74 |
| 4.2. CONFRONTO CE PREVENTIVO/CONSUNTIVO E RELAZIONE SUGLI SCOSTAMENTI ... | 79 |
| 4.2.1. Valore della produzione | 79 |
| 4.2.2. Costi della produzione | 82 |

1. CRITERI GENERALI DI PREDISPOSIZIONE DELLA RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

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

- Art. 5, L. R. n. 47/96 dispone che *“Il bilancio preventivo economico annuale esprime analiticamente il risultato economico aziendale previsto per il successivo esercizio, coincidente con il primo anno del bilancio pluriennale di previsione. Il bilancio preventivo economico annuale evidenzia i risultati previsti per le strutture, le attività e i servizi per cui la normativa vigente stabilisce separata indicazione, ivi inclusa la eventuale gestione socio-assistenziale”*
- Comma 2, Art. 25, D.Lgs n118/2018 e s.m.i prevede che gli Enti del SSR *“predispongono un Bilancio Preventivo annuale, in coerenza con la programmazione sanitaria e con la programmazione economico-finanziaria della Regione. Il bilancio preventivo economico annuale include un conto economico preventivo e un piano dei flussi di cassa prospettici, redatti secondo gli schemi di conto economico e rendiconto finanziario previsti dall'art.26. Al conto economico è allegato il conto economico dettagliato, secondo lo schema CE di cui al decreto ministeriale 2007 e s.m.i. Il bilancio preventivo economico annuale è corredato da una nota illustrativa, dal piano investimenti e da una relazione redatta dal direttore generale*
- Comma 3, Art. 25 del D.Lgs n118/2018 e s.m.i stabilisce che *“la relazione del direttore generale evidenzia i collegamenti con gli altri atti di programmazione aziendali e regionali”*
- Linee guida regionali condivise con la Regione Marche nell'ambito dei Piani Attuative della Certificabilità (PAC)
- La DGR n. 1850 del 30/12/2022 stabilisce che gli enti devono adottare il Bilancio Preventivo economico 2022 entro il 31/12/2022 e che lo stesso deve essere corredato da una relazione redatta dal Direttore Generale.

Con la Legge n. 19 del 8 agosto 2022 è stata approvata la riorganizzazione del Servizio sanitario regionale, che prevede la soppressione dell'ASUR a valere dal 1/1/2023 e la costituzione di 5 nuove Aziende sanitarie (AST), corrispondenti ai territori delle pre-esistenti Aree Vaste. Pertanto, la presente relazione del Direttore generale descrive la programmazione sanitaria ed economica dell'Azienda con riferimento alla sola annualità 2022, non essendo corredata dal consueto Bilancio pluriennale di previsione.

Il documento intende illustrare la programmazione aziendale per l'anno 2022, avviata con determina n. 469/DG del 01/07/2022 con la quale sono stati assegnati ai Direttori di Area Vasta in via provvisoria gli obiettivi sanitari, in attesa della definizione regionale degli obiettivi per il 2022, ed economici, in applicazione della DGRM n. 1628 del 22/12/2021 di assegnazione del budget provvisorio 2022.

Con DGRM n. 1283 del. 10/10/2022, la Giunta Regionale ha definito ed assegnato gli obiettivi economici e sanitari agli Enti del SSR per l'anno 2022 e con successiva DGRM n. 1284 del. 10/10/2022 sono stati definiti i criteri per l'anno 2022 relativi alla procedura di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali degli Enti del SSR. Con determina n. 686/DG del 2/11/2022 è stato pertanto necessario modificare parzialmente ed integrare la determina n. 469/DG del 01/07/2022 con gli obiettivi di cui alla DGR 1284/2022.

Il biennio 2020-2021 è stato caratterizzato dalla situazione di emergenza sanitaria causata dalla pandemia da covid-19, che ha fortemente condizionato l'intero servizio sanitario stravolgendo le modalità di erogazione di servizi e prestazioni e mettendo a dura prova la capacità di risposta del sistema a livello ospedaliero e territoriale. Per l'anno 2022, la cui fase emergenziale si è conclusa al 31/3/2022, il sistema sanitario deve affrontare la sfida di tornare nelle condizioni di una ordinaria programmazione dei servizi. In questo senso, gli obiettivi sanitari e i criteri di valutazione per gli Enti del SSR per l'anno 2022 sono connessi al superamento della situazione emergenziale determinata dalla pandemia da coronavirus, alla verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse, di cui all'Intesa Stato - Regioni del 23.03.2005, con particolare attenzione alla qualità, completezza e tempestività nell'invio dei flussi informativi obbligatori ed agli obiettivi della “Nuovo Sistema Di Garanzia”.

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

2.1. IL TERRITORIO SERVITO E LA POPOLAZIONE ASSISTITA

L'ASUR Marche, l'Azienda sanitaria si estende su un territorio di 9.401,4 Km² (3,2% del territorio nazionale) con struttura geomorfologica differenziata. La popolazione assistita al 01/01/2022 è pari a 1.487.392¹ distribuita in 225 Comuni e in 13 Distretti, con una densità di 158 abitanti per Km². La popolazione per Area Vasta e classe di età è riportata nella tabella seguente.

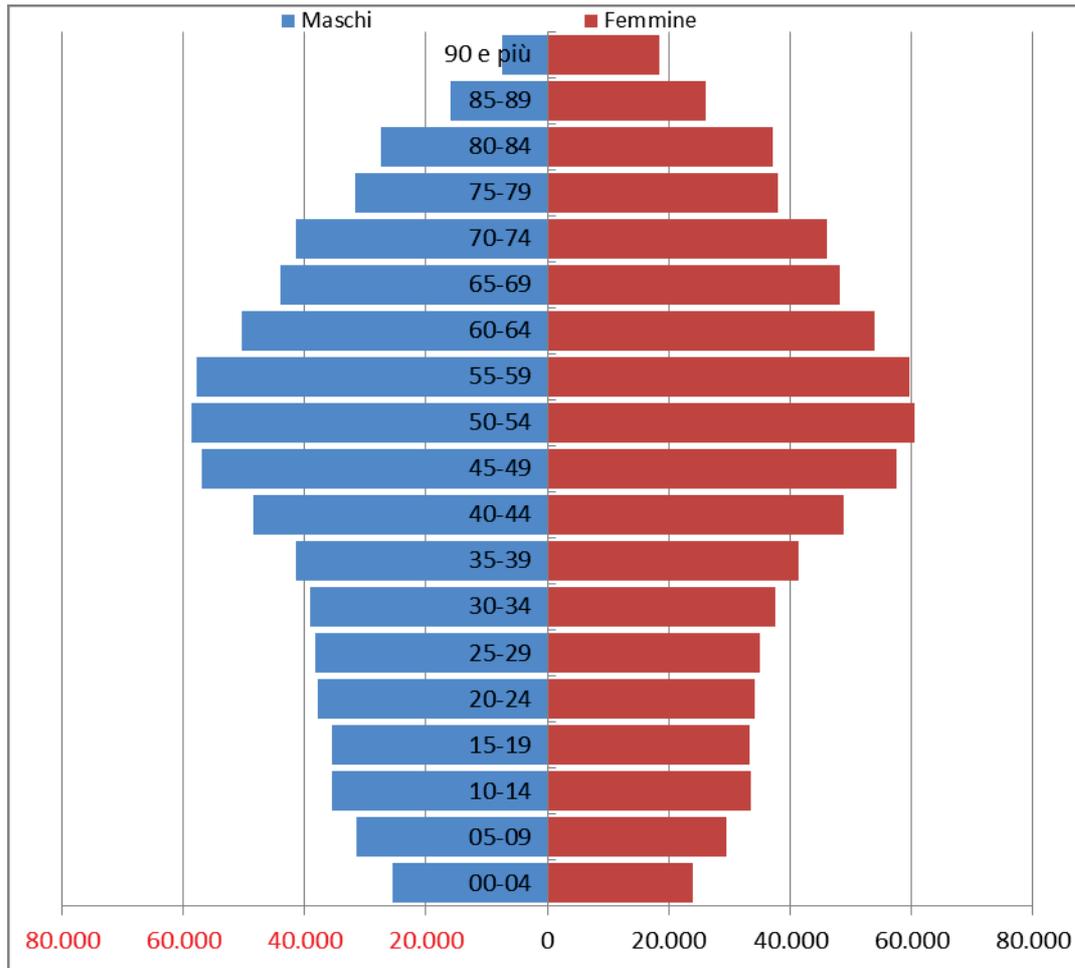
| AREE VASTE | TOTALE POPOLAZIONE ALL' 1/01/2022 | CLASSI DI ETÀ' | | | | | | | |
|------------------|-----------------------------------|----------------|---------------|----------------|-------------------|--------------------|----------------|----------------|----------------|
| | | NEONATI | 1-4 anni | 5-14 anni | 15-44 anni Maschi | 15-44 anni Femmine | 45-64 anni | 65-74 anni | >=75 anni |
| AV1 PESARO | 349.596 | 2.196 | 9.466 | 31.332 | 56.724 | 54.527 | 108.792 | 40.817 | 45.742 |
| AV2 ANCONA | 473.688 | 2.939 | 12.784 | 42.018 | 76.215 | 72.592 | 144.943 | 56.987 | 65.210 |
| AV3 MACERATA | 293.306 | 1.939 | 8.358 | 25.664 | 47.555 | 45.870 | 87.887 | 35.706 | 40.327 |
| AV4 FERMO | 168.485 | 999 | 4.506 | 14.225 | 27.401 | 26.206 | 51.145 | 21.018 | 22.985 |
| AV5 ACOLI PICENO | 202.317 | 1.202 | 5.206 | 16.667 | 32.747 | 31.047 | 62.286 | 25.161 | 28.001 |
| TOTALE | 1.487.392 | 9.275 | 40.320 | 129.906 | 240.642 | 230.242 | 455.053 | 179.689 | 202.265 |

Nelle Marche la speranza di vita alla nascita per gli uomini è di 80,94 anni e per le donne di 85,1 (dati Istat, 2021), rappresentando uno dei valori più alti tra tutte le regioni italiane (dato medio nazionale: 80,13 maschi e 84,69 femmine). L'indice di vecchiaia (determinato come rapporto tra il numero di ultra sessantacinquenni e la popolazione tra 0 e 14 anni), pari al 213%, supera di ben 25 punti percentuali il dato nazionale, che si attesta a 185%. Attualmente gli ultra sessantacinquenni (381.954), rappresentano il 25,7% della popolazione residente (in Italia il 23,81%).

Nel 2022, come avviene ormai da oltre un ventennio, il saldo naturale dei primi otto mesi dell'anno è risultato negativo, pari a -7.448 unità, con un decremento di 222 persone rispetto ai primi otto mesi del 2021, per effetto delle azioni a contrasto dell'Emergenza Sanitaria Covid-19.

Il grafico in basso, detto "Piramide delle Età", rappresenta la distribuzione della popolazione delle Marche per età e sesso al 1° gennaio 2022. La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). In generale, la forma di questo tipo di grafico dipende dall'andamento demografico di una popolazione; pertanto la base piuttosto "stretta", un segmento mediano più allargato ed un vertice "appiattito" testimonia un calo delle nascite ed un aumento della popolazione più anziana, in particolare si evidenzia la maggiore longevità femminile degli ultra-sessantenni, che evidenzia l'attesa di vita maggiore.

¹ Fonte: ISTAT



La struttura del nucleo familiare (e le sue modifiche nel tempo) costituisce un parametro fondamentale nella politica del welfare, sicuramente fattore rilevante per la programmazione e l'organizzazione sociale e sanitaria aziendale; a questo proposito, nelle Marche nel 2021 il “Numero medio di componenti dei nuclei familiari” è pari a 2,97 unità e il “Numero medio componenti delle famiglie con almeno un nucleo” è pari a 2,32 unità, rilevando dati regionali sostanzialmente allineati alla media nazionale.

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

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

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

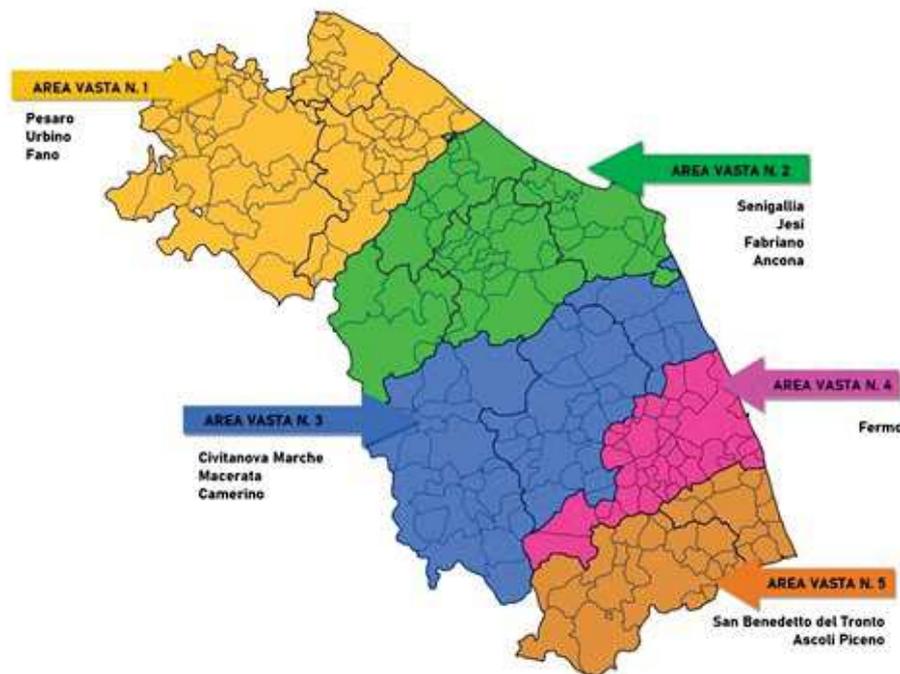
2.2. ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

La Legge Regione Marche n. 13 del 20 giugno 2003 ha istituito l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), mediante l'incorporazione delle precedenti 13 Zone Territoriali e riformando l'intero assetto istituzionale del sistema sanitario della Regione Marche; l'esperienza di un'unica azienda sanitaria nella Regione è stata la prima in Italia, con un dimensionamento territoriale che corrisponde all'intero territorio regionale e con una popolazione assistita di circa 1.500.000 di cittadini.

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

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

Da ultimo, con la Legge 19 del 8 agosto 2022 è stata approvata la riorganizzazione del Servizio sanitario regionale, che prevede la soppressione dell'ASUR a valere dal 1/1/2023 e la costituzione di 5 nuove Aziende sanitarie (AST), corrispondenti ai territori delle pre-esistenti Aree Vaste.



Nel contesto normativo di cui alla Legge 13/2003, l'ASUR ha la *mission* di garantire in modo costante ed uniforme la tutela dei cittadini residenti nell'intero territorio della Regione Marche. La dimensione regionale favorisce il perseguimento dell'obiettivo di rendere l'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari omogenea sul territorio ed equamente accessibile, nonché la possibilità di leggere in modo unitario e coerente i bisogni di salute dei cittadini, nella prospettiva di fornire risposte appropriate su più livelli di complessità. Alle Aree Vaste è attribuito il compito di assicurare alla popolazione residente le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'equo accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione sanitaria, organizzate nel territorio.

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

governance nei rispettivi territori affinché siano garanti dei servizi forniti e gestori delle strutture ed organizzazioni all'uopo deputate.

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

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

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

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

In staff al Direttore Generale sono previste due strutture:

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

In staff al Direttore Amministrativo sono previste le seguenti strutture:

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

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

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

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

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

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

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

- il Dipartimento funzionale a valenza aziendale del Farmaco;
- il Dipartimento funzionale a valenza aziendale di Diabetologia;
- il Dipartimento funzionale a valenza inter-Area Vasta AV1 e AV2 di Cardiologia;
- il Dipartimento funzionale a valenza inter-Area Vasta AV3, AV4 e AV5 di Cardiologia;
- il Dipartimento funzionale a valenza inter-Area Vasta AV3, AV4 e AV5 di Gastroenterologia;
- il Dipartimento funzionale a valenza inter-Area Vasta AV3, AV4 e AV5 di Radiologia Interventistica e Chirurgia Vascolare minore;
- il Dipartimento funzionale a valenza inter-Area Vasta AV3, AV4 e AV5 di Riabilitazione.

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

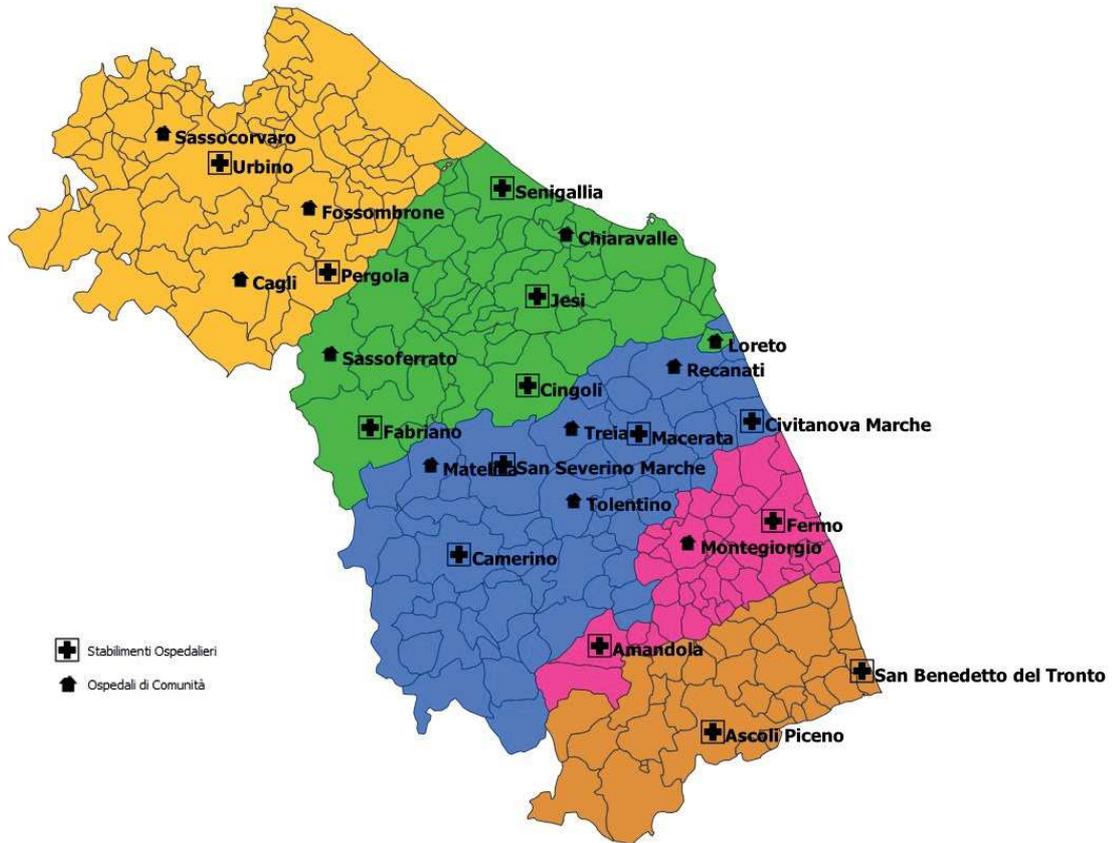
Con determina n. 764 del 21/11/2022 è stato rideterminato il numero delle strutture complesse aziendali nel rispetto dell'obiettivo assegnato con DGR 1283/2022. Tale adeguamento è avvenuto con la riduzione di n. 2 strutture complesse dell'Area vasta 1.

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

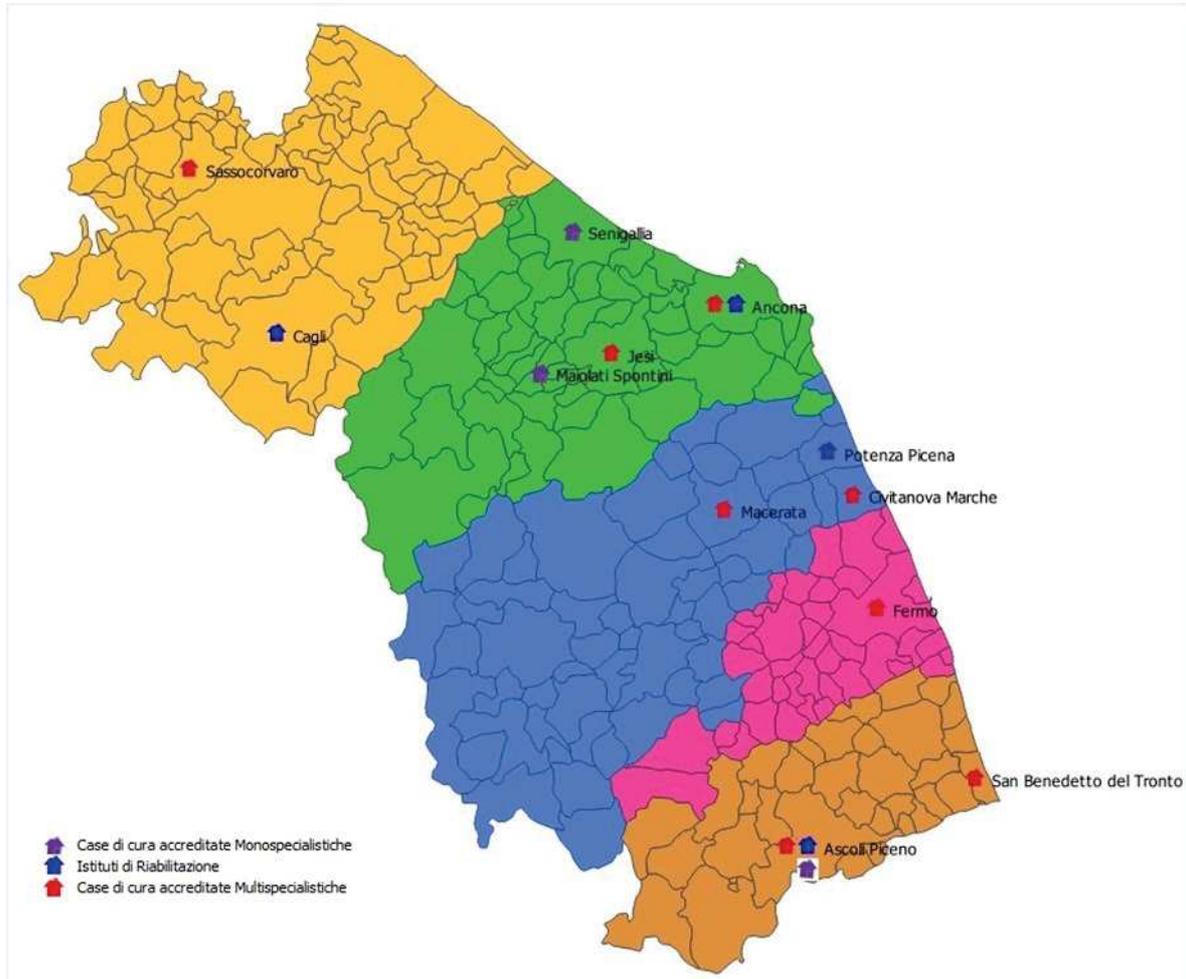
3.1. ASSISTENZA OSPEDALIERA

3.1.1. Stato dell'arte

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



A questi si aggiungono 9 Case di Cura Private accreditate (di cui due che insistono nel territorio di San Benedetto del Tronto), 3 case di cura Monospecialistiche e 4 Istituti di Riabilitazione.



Strutture pubbliche (Fonte Modello HSP 11 e HSP 11 bis Anno 2022)

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

Strutture private accreditate (Fonte Modello HSP 11 anno 2022)

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

Nell'anno 2022 i posti letto direttamente gestiti sono pari a 3.097 unità, comprendenti 322 posti letto di DH/DS, 169 posti letto di riabilitazione e lungodegenza e, infine, 2.606 posti letto ordinari (incluso detenuti, nido e discipline ospedaliere per acuti).

Fonte: HSP 11 e 12

| Area Vasta | Codice Stabilimento | Descrizione Stabilimento | Day hospital | Day surgery | Degenza ordinaria Riab. E Lungod. (cod. 56-60) | Degenza ordinaria escluso precedenti | Totale |
|---------------------------|---------------------|--------------------------------|--------------|-------------|--|--------------------------------------|--------------|
| AV1 | 110001 | PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV1 | 17 | 16 | 45 | 221 | 299 |
| AV2 | 110002 | PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2 | 49 | 38 | 90 | 731 | 908 |
| AV3 | 110003 | PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3 | 51 | 53 | 24 | 762 | 890 |
| AV4 | 110004 | PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4 | 23 | 20 | | 357 | 400 |
| AV5 | 110005 | PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5 | 42 | 13 | 10 | 535 | 600 |
| Totale complessivo | | | 182 | 140 | 169 | 2.606 | 3.097 |
| Anno precedente | | | 182 | 140 | 169 | 2.614 | 3.105 |
| Delta | | | 0 | 0 | 0 | -8 | -8 |

Passando alla dotazione di posti letto nelle strutture private accreditate, il numero di posti letto delle Case di Cura private regionali è pari a 923 unità, comprendenti 56 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).

| Codice Stabilimento | Descrizione Stabilimento | Day hospital | Day surgery | Degenza ordinaria Riab. E Lungod. (cod. 56-60) | Degenza ordinaria escluso precedenti | Totale |
|---------------------------|--|--------------|-------------|--|--------------------------------------|------------|
| 110037 | CASA DI CURA VILLA SILVIA | 0 | 0 | 32 | 0 | 32 |
| 110039 | KOS CARE SRL - CLINICA VILLA JOLANDA | 0 | 0 | 15 | 0 | 15 |
| 110071 | CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE' | 0 | 0 | 35 | 0 | 35 |
| 110076 | CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 2 | 0 | 18 | 84 | 52 | 154 |
| 110077 | CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 3 | 2 | 14 | 48 | 79 | 143 |
| 110078 | CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 4/5 | 0 | 22 | 65 | 249 | 336 |
| 110079 | CENTRO OSPEDALIERO SANTO STEFANO | 0 | 0 | 153 | 55 | 208 |
| Totale complessivo | | 2 | 54 | 432 | 435 | 923 |
| Anno precedente | | 2 | 56 | 432 | 435 | 925 |
| Delta | | 0 | -2 | 0 | 0 | -2 |

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

La DGR 1284 del 10/10/2022 prevede che per la valutazione dei Direttori Generali degli Enti del SSR, nella verifica degli adempimenti LEA **del livello ospedaliero**, sia utilizzato 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, nonché gli ulteriori indicatori ritenuti indispensabili per il mantenimento ed il miglioramento della qualità assistenziale.

Il complesso degli obiettivi assegnati alle Aree vaste è costituito dagli obiettivi regionali di cui alle DGR 1283-1284/2022 e dagli ulteriori assegnati dalla direzione aziendale (si veda l'Allegato A alla determina n. 686/DG del 2/11/2022).

Per ogni area del livello ospedaliero saranno rappresentati gli obiettivi di cui alla DGR 1284/2022 e l'eventuale codice ministeriale relativo agli indicatori NGS. Per questi ultimi, con frequenza minima trimestrale sono effettuati monitoraggi a cui seguono relazioni da parte dei Referenti al fine di identificare eventuali criticità sul raggiungimento, nonché le azioni da intraprendere per il raggiungimento entro il 31/12/2022.

3.1.2.1. Area Medica

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

Nel 2022, oltre a dover gestire la pandemia da Covid-19 (il cui stato di emergenza si è concluso il 31 marzo 2022) si prevede di riprendere l'attività ordinaria. A tal fine sono previste azioni volte al coordinamento delle Direzioni Mediche di presidio con il supporto dell'Area delle professioni sanitarie e il diretto coinvolgimento dei Distretti sanitari nella gestione dei percorsi di dimissione / trasferimento dei pazienti, nonché la collaborazione dei Servizi di prevenzione e protezione e dei medici competenti.

Di seguito si riportano gli obiettivi relativi all'area Medica di cui alla Det. 686/2022, con evidenza dei target e dei margini di tolleranza (se previsti) per la definizione del grado di raggiungimento dei valori attesi 2022 definiti dalla programmazione aziendale.

| N. ob. DGRM 1284/22 | NSG | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2022 | PRIORITA' |
|---------------------|------|---|---|--|---|--------------------|-----------|
| | H01Z | "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 | 3 |
| <u>66</u> | | Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza | Riduzione % n. accessi in DH medico per pazienti adulti residenti | N. Accessi in DH medico per pazienti adulti residenti 2021 | | ≤ Valore 2021 | 4 |
| <u>65</u> | | Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza | Riduzione % n. ricoveri in DH diagnostici per pazienti adulti residenti | N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti adulti residenti 2021 | | ≤ Valore 2021 | 4 |
| <u>59</u> | H04Z | Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza | Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario | Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario | Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario. | ≤ 0,15 | 3 |
| | | 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 | 4 |
| | | Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza | Riduzione Degenza Media | Degenza Media 2022 - 2021 | Degenza Media 2021 | ≤ 0 | 4 |

Il monitoraggio costante degli esiti degli indicatori da parte delle Direzioni Mediche di Presidio, coordinati dalla Direzione Sanitaria, ha portato ad approfondire quelli più critici e ad individuare le relative azioni correttive.

In particolare con riferimento alla **riduzione dei ricoveri in DH medici e degli accessi dei DH diagnostici**, dopo la riduzione avvenuta nel 2020-2021, è stato necessario avviare una attività di puntuale riprogrammazione dei casi. Con nota prot. 30067 del 30/08/2022 la Direzione Sanitaria ha chiesto la predisposizione degli schemi di rendicontazione e programmazione dei ricoveri in DH medici e degli accessi in DH diagnostici e con nota prot.n. 32459 del 21/9/2022 sono state emanate le indicazioni operative in merito alla gestione dei ricoveri in regime diurno (DH).

Successivamente con le seguenti note del 26/10/2022 indirizzate a ciascuna Area Vasta, la Direzione sanitaria ASUR ha richiesto le azioni da intraprendere per le correzioni dei risultati nell'ultimo trimestre 2022 anche degli obiettivi sopra-citati, oltre a quelli più critici dell'area chirurgica come di seguito evidenziato.

Durante gli incontri settimanali sono stati analizzati gli esiti degli andamenti del DH finalizzati al raggiungimento dei valori attesi.

3.1.2.2. Area Chirurgica

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

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

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.

Il Programma Nazionale Esiti (PNE) analizza annualmente l'attività ospedaliera con indicatori che sono entrati a far parte del cruscotto di indicatori con il quale viene monitorato il sistema sanitario delle Regioni (Nuovo Sistema di Garanzia). Poiché l'analisi condotta dal PNE è effettuata a partire dalle SDO, la corretta compilazione e codifica è fondamentale al fine della valorizzazione della complessità della casistica trattata: diverse condizioni cliniche, di comune riscontro in ambito anamnestico, non vengono registrate nelle SDO tra queste a titolo esemplificativo: tumori, obesità, anemia, pregresso infarto, nefropatie croniche, pregressa rivascolarizzazione coronarica. Si evidenzia che alcune diagnosi (quali ad esempio: diabete, malattia cerebrovascolare, insufficienza cardiaca) vengono considerate esclusivamente se presenti in un ricovero precedente ed è pertanto necessario avviare una complessiva attenzione alla codifica delle SDO da parte di tutte le UUOO.

Per questo è fondamentale la promozione di un'attività formativa per la corretta gestione della codifica delle SDO, facilitata dall'uso di strumenti di formazione a distanza oltre alla revisione delle SDO per la verifica della registrazione delle diagnosi complicate registrate in anamnesi.

La programmazione aziendale è volta al monitoraggio continuo degli esiti degli indicatori relativi all'attività chirurgiche, in particolare quelli ritenuti più critici sono relativi alle degenze medie post operatore di colecistectomie laparoscopiche, alla percentuale di DRG medici da reparti chirurgici e alle degenze pre-operatorie chirurgiche per i quali si prevede un confronto tra le Direzioni mediche e la Direzione Sanitaria.

Di seguito si rappresentano gli obiettivi relativi all'Area Chirurgica di cui alla Det. 686/2022, con evidenza dei target e dei margini di tolleranza (se previsti) per la definizione del grado di raggiungimento dei valori attesi 2022 definiti dalla programmazione aziendale.

| N. ob. DGRM 1284/22 | NSG | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2022 | PRIORITA' |
|---------------------|-------|---|--|---|--|--------------------|-----------|
| <u>61</u> | H05Z | "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% | 2 |
| <u>64</u> | H02Z | "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 > 135 interventi annui | Numero di ricoveri per intervento tumore mammella in reparti con volume di attività > 135 casi annui | | 100% | 2 |
| <u>69</u> | | 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 2021 | 4 |
| <u>68</u> | | 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 2021 | 4 |
| <u>60</u> | H13 C | Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza | % pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario | Pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria 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% | 2 |
| <u>67</u> | | Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza | Degenza media pre-operatoria | Degenza pre-operatoria interventi chirurgici | Dimessi con interventi chirurgici | ≤ 1,29 | 1 |
| <u>71</u> | | Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza | % nuovo intervento di resezione entro 120 gg da intervento chirurgico conservativo per tumore maligno alla mammella | | | ≤ Valore 2021 | 1 |

Per quanto riguarda l'obiettivo n. 61 sono state programmate azioni volte a ricondurre le degenze post-operatorie entro i 3 giorni (target < di 3 in senso stretto), in quanto molti modelli organizzativi esistenti erano pianificati sulle dimissioni in terza giornata o senza la dimissione nel fine settimana.

In particolare, attraverso i monitoraggi, sono emerse criticità, sulle quali sono state richieste analisi e azioni di miglioramento al fine del raggiungimento dell'obiettivo entro il 31/12/2022 con le note del 26/10/2022, indirizzate ai Direttori di Area Vasta 1, 2 e 3.

Per le discipline di questa area si evidenziano alcune problematiche relative a:

- **Volumi minimi e standard professionali:** l'individuazione del parametro relativo ai volumi minimi nell'ambito della definizione degli standard ospedalieri e atti successivi (DM 70/2015; DM 21/672016; DGR 159/16 e ribaditi dal DM 14/6/2019) determina un forte impatto per lo sviluppo delle reti cliniche (in questa fase in particolar modo nell'ambito della chirurgia generale). Si rende necessario sviluppare una analisi condivisa al fine di garantire una programmazione in tale ambito anche considerato il possibile sviluppo da valori di riferimento per stabilimento ospedaliero. Per questo è essenziale la definizione, in ogni disciplina, di un percorso condiviso con i professionisti al fine di garantire attrazione delle strutture aziendali,, l'integrazione in rete, lo sviluppo e la crescita di professionalità con il monitoraggio di indicatori di esito.
- **Raccomandazioni previste nelle Linee guida del PNLG/ Buone pratiche clinico assistenziali** (Art 5 – Legge 24/2017): si rende necessario procedere alla definizione delle linee guida di riferimento per singola UO aziendali e per le patologie di maggiore frequenza, al fine del miglioramento della qualità e sicurezza delle cure.

3.1.2.3. Area Materno-Infantile

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

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

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

Di seguito gli obiettivi relativi all'Area Materno-Infantile di cui alla Det. 686/2022, per ognuno sono definiti i target e i margini di tolleranza (se previsti) per la definizione del grado di raggiungimento dei valori attesi 2022 definiti dalla programmazione aziendale.

| N. ob. DGRM 1284/22 | NSG | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2022 | PRIORITA' |
|---------------------|----------|--|--|--|---|--------------------|-----------|
| <u>62</u> | H17 C | "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% | 1 |
| <u>63</u> | H18 C | "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% | 2 |
| | | 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 | 4 |

L'attenta analisi dei dati seguita da diversi incontri effettuati con i Direttori delle U.O. di Ostetricia e Ginecologia hanno evidenziato un miglioramento della qualità del dato complessivo nell'anno 2022 con riduzione dell'indice di cesarizzazione.

Nonostante la pandemia da COVID 19, il cammino di implementazione del percorso nascita non ha subito flessioni. Infatti, l'ASUR con determina n. 516/DG del 8/10/ 2021 ha recepito il documento "Aggiornamento ed appropriatezza nelle indicazioni cliniche alle modalità del parto: dal Sistema di Classificazione di Robson al Rivolgimento Podalico per manovre esterne, passando attraverso il VBAC (Vaginal Birth After Cesarean) realizzato dal Comitato Percorso Nascita

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

Tale documento è stato inserito nel Piano formativo ASUR 2022 quale corso di formazione presente in tutti i Dipartimenti dell'Area Materno Infantile ASUR.

Infine, il percorso di implementazione del percorso nascita, ha portato alla revisione da parte del Comitato Percorso Nascita ASUR del documento "La Nascita naturale: Protocollo della gravidanza, travaglio e parto a basso rischio" (determina DG ASUR 226/17).

Tale protocollo è stato aggiornato ed integrato con il percorso assistenziale relativo al Puerperio e Allattamento da applicare in ogni Punto Nascita, il cui scopo è quello di garantire la presa in carico, la continuità assistenziale, l'umanizzazione della nascita attraverso l'integrazione dei servizi tra il territorio ed ospedale con percorsi assistenziali differenziati, favorendo la gestione della gravidanza fisiologica, travaglio e parto a basso rischio integrandolo con l'aspetto relativo al puerperio e allattamento.

Questo periodo rappresenta una fase importante nel percorso nascita e nel documento vengono descritte le azioni da mettere in atto nel dopo parto e per l'avvio allattamento, evidenziando i punti di forza delle buone pratiche nelle prime ore e giorni di vita di un neonato nonché modalità operative di trasmissione dei bisogni specifici attraverso l'integrazione ospedale territorio. Il documento contiene anche il percorso della depressione post partum ovvero diagnosi precoce, presa in carico globale, cura e assistenza alle donne affette da malessere psichico nel periodo perinatale (dalla gravidanza fino al primo anno di vita del post partum) avviato in fase sperimentale come progetto Ministeriale ed attualmente applicato, monitorato ed in costante implementazione.

Anche per gli obiettivi di area Materno Infantile sono stati avviati monitoraggi infrannuali. In particolare relativamente all'obiettivo n. 62 è emersa la necessità di evidenziare in fattori di rischio (di cui all'elenco di p. 217 del manuale degli indicatori NGS) che portavano il medico alla scelta del parto cesareo. Tali approfondimenti sono stati richiesti con note del 26/10/2022 ai Direttori di Area Vasta 1, 3 e 4.

3.1.2.4. Rischio clinico

Con la DGR n. 1093 del 6/9 2018 è stato istituito il Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del paziente. L'Unità di Coordinamento Regionale in cui tale Centro si articola, nominata con Decreto del Direttore dell'Agenzia Regionale sanitaria n. 86/ARS del 20/12/2018, ha l'obiettivo di dare impulso all'analisi delle problematiche inerenti la materia del rischio clinico cercando di fornire anche una certa uniformità alla documentazione utilizzata.

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

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

La proclamazione dello stato di emergenza, dovuto alla pandemia di Covid-19 e vigente a tutto il 2021, ha di fatto bloccato la normale attività di rischio clinico: nelle more della definizione del nuovo piano regionale, al fine di definire delle linee di azione prioritaria, si evidenziano le seguenti azioni che si intendono sviluppare nel 2022:

Raccomandazioni:

le Unità organizzative di Governo clinico e gestione del rischio svilupperanno le azioni necessarie alla revisione e aggiornamento delle disposizioni attuative / procedura di recepimento delle Raccomandazioni ministeriali vigenti al fine di garantire la completa compilazione della check list AGENAS.

Promozione dell'adozione di linee guida nella pratica clinica

Il progressivo popolamento del Sistema nazionale linee guida, che alla luce della Legge n. 24/17, ha un valore vincolante per l'attività sanitaria e rende urgente la messa in atto di azioni volte ad una piena consapevolezza del mondo professionale sul nuovo ruolo delle linee guida.

Omogeneizzazione e anagrafica delle procedure aziendali:

la definizione del format unico per la redazione delle procedure aziendali renderà maggiormente omogeneo il lavoro di redazione con l'attenzione ad alcune dimensioni critiche; il modello codifica l'attività di revisione delle Unità organizzative di Governo clinico e gestione del rischio e la centralità della condivisione interna nell'ambito delle strutture organizzative coinvolte nell'applicazione.

Incident reporting e alimentazione sistema SIMES:

Si rende necessario mantenere l'attenzione al sistema di *incident reporting* che raccolga la procedura di gestione e il format di segnalazioni. A tal fine sarà necessario garantire l'aggiornamento della rete dei facilitatori della sicurezza delle cure individuati, con atto formale della Direzione di Area vasta, all'interno di ciascuna Unità operativa. Contestualmente si procederà a mantenere attenzione per la segnalazione degli eventi inseriti nel monitoraggio ministeriale.

Formazione:

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

L'obiettivo relativo al rischio clinico, di cui alla di cui alla Det. 686/2022, è il seguente:

| N. ob. DGRM 1284/22 | NSG | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2022 | PRIORITA' |
|---------------------|------|--|---|--|--------------------------|--------------------------|-----------|
| | H16S | 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 2019 | 3 |
| | | Rischio clinico | Rispetto delle raccomandazioni ministeriali | Produzione reportistica da inviare alla Direzione, dalla quale si evidenzia il rispetto delle raccomandazioni ministeriali | | 100% Entro il 31/12/2022 | 4 |
| | | Rischio clinico | Segnalazione degli eventi sentinella del Ministero della salute mediante l'alimentazione del Flusso SIMES | Produzione reportistica da inviare alla Direzione, dalla quale si evidenzia l'inserimento degli eventi avverti nel flusso SIMES | | 100% Entro il 31/12/2022 | 4 |
| 20 | | Incremento del 10% delle segnalazioni di vigilanza e reclami sui dispositivi medici rispetto all'anno precedente | | | | +10% rispetto al 2021 | 1 |

Nel 2020 e nel 2021 si è registrata una riduzione degli interventi chirurgici complessivi legata alla necessità di rispondere tempestivamente, sia a livello strutturale sia a livello organizzativo, alla pandemia di Covid-19: la conseguenza è quindi un numero assoluto potenziale superiore di eventi, anche in considerazione dell'età media della popolazione assistita.

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

In riferimento all'obiettivo n. 20 relativo all'incremento delle segnalazioni di vigilanza e reclami sui dispositivi medici, nel corso del 2022 è stata elaborata una procedura per la dispositivo-vigilanza condivisa con il referente ASUR dell'Ingegneria Clinica per le segnalazioni relative ai Dispositivi Medici che verrà adottata da tutte le AAVV.

3.1.2.5. Trapianti

La medicina dei trapianti costituisce una pratica terapeutica ampiamente consolidata ed efficace che ha assunto nel tempo dimensioni rilevanti, sia in termini di numero di interventi, che di risultati raggiunti in conseguenza del progresso scientifico e del continuo perfezionamento delle tecniche operatorie. Gli interventi di trapianto di organi e tessuti rappresentano oggi, in molti casi, l'unica opzione terapeutica per fronteggiare alcune gravi insufficienze d'organo o patologie, in grado di offrire al paziente una maggior aspettativa di vita, in termini di qualità e durata. Di seguito gli obiettivi relativi ai trapianti di cui alla Det. 686/2022:

| N. ob. DGRM 1284/22 | NSG | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2022 | PRIORITA' |
|---------------------|-----|---------------|--|------------------------|--------------------------|---|-----------|
| 80 | | Trapianti | N° donatori effettivi di organi/n. cerebrolesi deceduti in Terapia Intensiva | | | >20% | 1 |
| 81 | | Trapianti | N° accertamenti morte cerebrale/ n. cerebrolesi deceduti in T.I. | | | >30% | 1 |
| 82 | | Trapianti | N° donatori di cornee | | | incremento superiore al valore anno 2021 | 1 |
| 83 | | Trapianti | N° donatori multitessuto | | | valore >anno 2021 | 1 |
| 84 | | Trapianti | N° coppie avviate allo studio per la donazione rene da vivente | | | > valore 2021 per ogni U. O. di nefrologia/emodialisi | 1 |

Nel corso dei monitoraggi relativi agli indicatori sui trapianti è emerso che la deflessione nel procurement di cornee, è ascrivibile solo in parte all'emergenza Covid. L'analisi delle cause di questo andamento, effettuata dai Coordinatori Locali Trapianti degli ospedali regionali, ha permesso di rilevare che molte delle opposizioni alla donazione delle cornee da parte dei familiari del defunto sopraggiungono quando vengono informati del fatto che il processo donativo esclude la possibilità di trasferimento della salma verso la Casa del Commiato, o meglio, tale trasferimento è consentito ma solo dopo la sigillatura del feretro.

Nella Regione Marche, il numero delle Case del Commiato è notevolmente aumentato negli ultimi anni e in tutti gli Ospedali della Regione si è assistito ad un parallelo aumento del numero delle richieste, da parti dei congiunti dei pazienti deceduti, di trasferire la salma in tali strutture per le successive onoranze funebri.

Con nota prot. 41956 del 5/12/2022 la Direzione Generale ha comunicato al Dipartimento salute la criticità sopra-esposte e proposto una deroga alla normativa attualmente vigente, come già avvenuto nelle Regioni Lombardia ed Emilia Romagna. Tale deroga consentirebbe di incentivare il processo di donazione delle cornee da parte dei cittadini marchigiani e, di conseguenza, di potenziare l'attività della Banca degli Occhi della Regione Marche.

3.1.2.6. Area Servizi

Il seguente obiettivo assegnato con determina n. 686/2022 ai Dipartimenti dei Servizi Aree Vaste, con particolare riferimento alle UOC di Anatomia Patologica, riguarda la trasmissione dei flussi informativi di anatomia patologica al fine del funzionamento del Registro Tumori:

| N. ob. DGRM 1284/22 | NSG | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2022 | PRIORITA' |
|---------------------|-----|--|--|--|--|--------------------|-----------|
| 9 | | Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale | Trasmissione dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale (anno 2021) | Dati di anatomia patologica necessari trasmessi al Registro Tumori Regionale (anno 2021) | Dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale presenti negli archivi aziendali (anno 2021) | 100% | 1 |

I principali scopi di del Registro Tumori di Popolazione sono:

- la rilevazione, organizzazione, valutazione, sistematica e continuativa, di informazioni su tutti i casi di neoplasia che insorgono nella popolazione residente nell'area coperta dal Registro per la misurazione dell'incidenza (nuovi casi), prevalenza (casi presenti), sopravvivenza alla patologia neoplastica;
- l'osservazione delle variazioni nel tempo di tali indicatori (andamenti temporali) e delle variazioni in aree geografiche (confronti spaziali);
- l'utilizzo dei risultati a scopo di programmazione sanitaria e di ricerca, in collaborazione con altri Registri ed Istituzioni Epidemiologiche regionali, nazionali ed internazionali.

La presenza di un Registro Tumori di Popolazione permette inoltre una serie di attività quali:

- il dimensionamento del fenomeno neoplastico, attraverso la stima dell'incidenza per sede, per sesso, per età e per altre caratteristiche della popolazione;
- la formulazione di ipotesi circa le cause ed i fattori di rischio cancerogeno e la loro relativa
- valutazione, anche attraverso la realizzazione di studi epidemiologici ad hoc;
- l'identificazione ed il monitoraggio della salute di gruppi di popolazione a rischio di patologia neoplastica,
- la programmazione e valutazione dell'efficacia e dell'efficienza del sistema della prevenzione (primaria e secondaria – screening –) e di quello delle cure attraverso lo studio, rispettivamente, dell'incidenza e della sopravvivenza;
- la programmazione e valutazione dei costi.

Con DGR n. 1707/2022 PARS ha rinnovato la convenzione con l'università di Camerino per la Gestione del Registro Tumori per la gestione dello stesso, tuttavia il ruolo dell'Asur risulta fondamentale nella corretta predisposizione dei flussi informativi di dati anatomia patologica necessari al Registro.

3.1.2.7. Attività ospedaliere legate all'attuazione del PNRR

Con DGR n. 970 del 27 luglio 2022 così come modificata con DGR 1330 del 17/10/2022, la Giunta regionale ha approvato i provvedimenti di delega agli Enti del SSR delle attività relative agli interventi di rispettiva competenza territoriale definiti dal Piano Operativo Regionale, approvato con la DGR n. 656 del 30/05/2022. In riferimento al rafforzamento strutturale ospedaliero gli obiettivi risultano in continuità con l'attuazione del DL 34/2020(art. 2) relativo al potenziamento strutturale dei posti letto ospedalieri (intensivi e semintensivi) e di ristrutturazione dei percorsi dei Pronto Soccorsi.

| N. ob. DGRM 1284/22 | NSG | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2022 | PRIORITA' |
|---------------------|-----|--|------------------------|------------------------|---|---|-----------|
| 35 | | Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Sub investimento 1.1.1 - Digitalizzazione - Rafforzamento strutturale SSN ("progetti in essere" ex art. 2, D. L. 34/2020) | | | Rispetto delle scadenze previste dal PNRR di cui al Piano operativo regionale | Rispetto delle scadenze previste dal PNRR di cui al Piano operativo regionale | 1 |

I target previsti del Piano operativo regionale sono i seguenti

- 45% dei Posti letto supplementari di terapia intensiva e semi-intensiva – entro il IV trimestre del 2024
- 45% degli interventi di ristrutturazione dei percorsi PS - entro il IV trimestre del 2024

Per quanto riguarda il raggiungimento **del 45% dei Posti letto supplementari di terapia intensiva e semi-intensiva entro dicembre 2024**, il risultato risulta già raggiunto come si evince dalla tabella di seguito, che riporta la durata degli interventi e la data prevista di conclusione.

| PRESIDIO | STABILIMENTO | Tipologia Lavori | Posti letto da realizzare [terapia intensiva] NR | Posti letto da realizzare [terapia semi-intensiva] NR | Numero di posti letto di TI attivati | Numero di posti letto di TSI attivati | Durata complessiva dell'intervento | DATA PREVISTA CONCLUSIONE INTERVENTO |
|--------------------------------|-----------------------------|---|--|---|--------------------------------------|---------------------------------------|---|--------------------------------------|
| PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2 | STABILIMENTO DI SENIGALLIA | Adeguamento strutturale e tecnologico della riconversione dei posti letto di terapia semintensiva | | | 5 | | 11 mesi -in corso di verifica correlata a progettazione, dipendente altresì dalla messa in disponibilità delle aree attualmente utilizzate per gestione emergenza sanitaria | 30/09/2023 |
| PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2 | STABILIMENTO DI JESI | Incremento dei posti letto di Terapia intensiva e adeguamento strutturale e tecnologico della riconversione dei posti letto di terapia semintensiva | | | 10 | | 11 mesi -in corso di verifica correlata a progettazione, dipendente altresì dalla messa in disponibilità delle aree attualmente utilizzate per gestione emergenza sanitaria | 30/09/2023 |
| PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2 | STABILIMENTO DI JESI | Incremento dei posti letto di Terapia intensiva e adeguamento strutturale e tecnologico della riconversione dei posti letto di terapia semintensiva | 7 | | | | 18 mesi, in corso di ridefinizione a fronte della valutazione progettuale in corso | 31/12/2023 |
| PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4 | STABILIMENTO DI FERMO | Incremento dei posti letto di Terapia intensiva e adeguamento strutturale e tecnologico della riconversione dei posti letto di terapia semintensiva | | | 10 | | 10 mesi -in corso di verifica correlata a progettazione, dipendente altresì dalla messa in disponibilità delle aree attualmente utilizzate per gestione emergenza sanitaria | 24/08/2022 * |
| PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4 | STABILIMENTO DI FERMO | Incremento dei posti letto di Terapia intensiva e adeguamento strutturale e tecnologico della riconversione dei posti letto di terapia semintensiva | 14 | | | 4 | 10 mesi -in corso di verifica correlata a progettazione, dipendente altresì dalla messa in disponibilità delle aree attualmente utilizzate per gestione emergenza sanitaria | 4 pl lavori terminati; 30/06/2023 |
| PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5 | STABILIMENTO DI S.BENEDETTO | Incremento dei posti letto di Terapia intensiva e adeguamento strutturale e tecnologico della riconversione dei posti letto di terapia semintensiva | | | 5 | | in corso di definizione correlata a progettazione, dipendente altresì dalla messa in disponibilità delle aree attualmente utilizzate per gestione emergenza sanitaria | 30/06/2025 |
| PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5 | STABILIMENTO DI S.BENEDETTO | Incremento dei posti letto di Terapia intensiva e adeguamento strutturale e tecnologico della riconversione dei posti letto di terapia semintensiva | 5 | | | 5 | in corso di definizione correlata a progettazione, dipendente altresì dalla messa in disponibilità delle aree attualmente utilizzate per gestione emergenza sanitaria | 30/06/2025 |
| | | | 26 | 30 | 9 | 5 | | |

*Con riferimento ai lavori eseguiti per la realizzazione di 10 pl nell'ambito dei finanziamenti definiti con dl 34/2020, sentita la Direzione Medica Ospedaliera, si precisa che i lavori sono terminati, gli stessi sono in funzione come posti di ricovero ordinari, e non attivi come pl di sub intensiva per la non disponibilità delle necessarie maggiori risorse assistenziali.

Per quanto riguarda il raggiungimento **del 45% della realizzazione dei percorsi separati in Pronto soccorso entro dicembre 2024**, lo stato di attuazione che emerge dal monitoraggio di novembre 2022 è il seguente:

| PRESIDIO | STABILIMENTO | Tipologia Intervento | Durata complessiva dell'intervento | DATA PREVISTA CONCLUSIONE INTERVENTO |
|--------------------------------|-------------------------------|---|---|--------------------------------------|
| PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV1 | STABILIMENTO DI URBINO | Creare percorsi separati in PS | | 30/06/2026 |
| PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2 | STABILIMENTO DI SENIGALLIA | Creare percorsi separati in PS | 11 mesi -in corso di verifica correlata a progettazione, dipendente altresì dalla messa in disponibilità delle aree attualmente utilizzate per gestione emergenza sanitaria | 30/09/2023 |
| PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2 | STABILIMENTO DI JESI | Creare percorsi separati in PS | 11 mesi -in corso di verifica correlata a progettazione, dipendente altresì dalla messa in disponibilità delle aree attualmente utilizzate per gestione emergenza sanitaria | 30/09/2023 |
| PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2 | STABILIMENTO DI FABRIANO | Creare percorsi separati in PS | 11 mesi -in corso di verifica correlata a progettazione, dipendente altresì dalla messa in disponibilità delle aree attualmente utilizzate per gestione emergenza sanitaria | 30/09/2023 |
| PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3 | STABILIMENTO DI CIVITANOVA M. | riqualificazione dell'impianto di ventilazione LOTTO 1 | 24 mesi- dipendente altresì dalla messa in disponibilità delle aree attualmente utilizzate per gestione emergenza sanitaria- | 30/04/2023 |
| PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3 | STABILIMENTO DI CIVITANOVA M. | realizzazione di n. 2 pensiline in acciaio al piano 1° sotto-strada LOTTO 2 | | 30/06/2026 |
| PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3 | STABILIMENTO DI MACERATA | Creare percorsi separati in PS | 10 mesi- dipendente altresì dalla messa in disponibilità delle aree attualmente utilizzate per gestione emergenza sanitaria | 31/03/2022 |
| PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3 | STABILIMENTO DI CAMERINO | Creare percorsi separati in PS | 29 mes-dipendente altresì dalla messa in disponibilità delle aree attualmente utilizzate per gestione emergenza sanitari | 30/04/2023 |
| PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4 | STABILIMENTO DI FERMO | Creare percorsi separati in PS | - | 26/11/2021 |
| PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5 | STABILIMENTO DI S.BENEDETTO | Creare percorsi separati in PS | in corso di definizione correlata a progettazione, dipendente altresì dalla messa in disponibilità delle aree attualmente utilizzate per gestione emergenza sanitaria | 30/06/2024 |
| PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5 | STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO | Creare percorsi separati in PS | in corso di definizione correlata a progettazione, dipendente altresì dalla messa in disponibilità delle aree attualmente utilizzate per gestione emergenza sanitaria | 30/06/2024 |

3.1.2.8. Assistenza farmaceutica ospedaliera

L'Assistenza Farmaceutica rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) definiti con il DPCM 12.01.2017, in base al quale viene delegato alle Regioni il compito di garantire il rispetto dei criteri di appropriatezza, sicurezza ed economicità, favorendo l'uniformità delle scelte attinenti all'uso dei farmaci, a tutela dell'equità del servizio reso ai cittadini. In tale contesto è obbligo per le Regioni assicurare il rispetto di tetti di spesa sulla assistenza farmaceutica, come precedentemente stabiliti dalla L. 232/2016 e s.m.i. di cui alla L. 145/2018, per la Farmaceutica Convenzionata (7,96%) e per gli Acquisti Diretti di medicinali (6,89% di cui 0,20% gas medicinali), in rapporto alla spesa sanitaria complessiva (tetto del 14,85%). Tali parametri, per l'anno 2021, sono stati successivamente aggiornati con la L. 178/2020 (Legge di Stabilità 2021), in particolare, fermo restando il valore complessivo del 14,85 per cento, il limite della spesa farmaceutica convenzionata è rideterminato nella misura del 7% mentre il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti è rideterminato nella misura dell'8% per l'anno 2022, dell'8,15% per l'anno 2023 e dell'8,30% a decorrere dall'anno 2024. Conseguentemente il valore complessivo della spesa farmaceutica è rideterminato nel 15% per l'anno 2022, nel 15,15% nell'anno 2023 e nel 15,30% a decorrere dall'anno 2024.

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). Le variabili che influenzano la spesa farmaceutica sono il consumo e il prezzo nonché i seguenti elementi:

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

Di seguito gli obiettivi relativi all'Assistenza farmaceutica ospedaliera di cui alla Det. 686/2022, per ognuno sono definiti i target e i margini di tolleranza (se previsti) per la definizione del grado di raggiungimento dei valori attesi 2022 definiti dalla programmazione aziendale.

| N. ob. DGRM 1284/22 | NSG | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2022 | PRIORITA' |
|---------------------|-----|--|---|--|--|--|-----------|
| | | 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 2022-2020 | Spesa netta convenzionata nei 7gg successivi alla dimissione ospedaliera nelle strutture pubbliche e private ASUR 2020 | -90% rispetto al 2020 | 4 |
| 8 | | Spesa farmaceutica per acquisti diretti | Riduzione spesa farmaceutica per acquisti diretti rispetto ai consumi 2021, inclusivi dell'incremento del fondo per i farmaci innovativi* erogato dal Ministero della Salute nel 2022 ed assegnato a ciascun Ente. Sono esclusi i gas medicali. * Si considera innovativo il farmaco in quanto tale a prescindere dalla sua indicazione terapeutica. | (Spesa 2022, al netto dei gas medicali) - ((Spesa 2021, al netto dei gas medicali) + Incremento 2021-2022 del valore del fondo dei farmaci innovativi assegnato) | ((Spesa 2021, al netto dei gas medicali) + Incremento 2021-2022 del valore del fondo dei farmaci innovativi assegnato) | -5,91 % rispetto al 2021 + Δ 1% Fondo farmaci innovativi | 2 |
| 12 | | 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 (BA0220, BA0230 e BA0240) | (Spesa per dispositivi medici rendicontata nel modello CE consuntivo 2022, al netto dei costi Covid [ad es. DPI]) - (Spesa per dispositivi medici rendicontata nel modello CE consuntivo 2021) | | ≤ 2021 | 2 |
| 11 | | Consumo farmaci intravitreali (Nota AIFA 98) | % di pazienti trattati con Bevacizumab sul totale dei pazienti trattati con Lucentis, Bevacizumab, Eylea e Beovu | | | almeno il 30% dei pazienti | 1 |

I Direttori delle unità operative, al fine del rispetto degli obiettivi, 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 correlate all'assistenza (CICA),
- 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 equipe.

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

Per quanto riguarda i dispositivi medici è stata rilevata la necessità di bonificare l'anagrafica del sistema gestionale AREAS procedendo con l'estensione della codifica 1:1 (ossia per ogni prodotto un codice) non solo limitatamente ai DM ad "alta complessità" (DM ad alto costo) ma ad ogni singolo DM gestito dalle Aziende del SSR. Pertanto è stato avviato un percorso che prevede una pulizia dell'anagrafica con corretta compilazione dei campi mancanti (in particolare la CND e RDM) indispensabili per soddisfare il debito informativo previsto e utile per procedere più agevolmente con l'individuazione dei fabbisogni dei vari prodotti in fase di programmazione degli acquisti e nelle procedure di gara. Tale attività sarà propedeutica alla gestione dei dispositivi medici con codice UDI prevista dal Regolamento (UE) 2017/745, a garanzia di un linguaggio comune a tutti i soggetti coinvolti, limitando al massimo le possibilità di errore e rendendo veloce ed efficace il sistema di vigilanza.

Nella Gazzetta Ufficiale del 16 aprile è stato pubblicato il Decreto ministeriale 31 marzo 2022, che istituisce la rete nazionale della dispositivo-vigilanza con il relativo sistema informativo. Il decreto è stato emanato in attuazione di una disposizione prevista dalla Legge 23 dicembre 2014 n. 190, art. 1 comma 586. "Il sistema di

vigilanza si esplica attraverso un costante monitoraggio degli incidenti che avvengono con i dispositivi medici successivamente alla loro immissione in commercio, grazie anche alla collaborazione con tutti gli stakeholders coinvolti nel sistema. La normativa vigente stabilisce che gli operatori sanitari pubblici e privati, sulla base di quanto rilevato nell'esercizio della propria attività, hanno l'obbligo di comunicare immediatamente al Ministero della Salute e al fabbricante del dispositivo coinvolto qualsiasi incidente grave.

Per quanto riguarda la spesa dei DM, che sulla base dell'obiettivo n. 12 dovrebbe essere contenuta nell'importo dell'anno 2021, si evidenzia che nel 2022 si è registrato un incremento dovuto ai forti rincari delle materie prime e dell'energia, infatti mentre i prezzi dei farmaci rimborsati dal Servizio sanitario nazionale sono negoziati dall'Agenzia Italiana del Farmaco, i prezzi dei dispositivi medici non vengono contrattati a livello nazionale, sono prezzi liberamente decisi dal produttore.

3.1.2.9. Flussi Informativi area ospedaliera

I seguenti obiettivi, assegnati con Det. 686/2022 sono riferiti al monitoraggio della corretta e tempestiva predisposizione dei flussi informativi regionali e ministeriali, affinché gli aggiornamenti siano correttamente recepiti dai flussi informativi ministeriali NSIS. Tali adempimenti informativi riguardano anche le alle grandi apparecchiature sanitarie.

Una rilevanza particolare assumono i flussi informativi sui DM (Dispositivi medici) che costituiscono una componente fondamentale di risposta al bisogno di salute degli individui. La crescita esponenziale del numero e della varietà delle tecnologie mediche disponibili sul mercato rendono necessario un sistema informativo idoneo alla raccolta dei dati e informazioni (tra cui anche quelli sui contratti di acquisto) circa il consumo e la spesa di queste tecnologie da parte delle strutture sanitarie pubbliche.

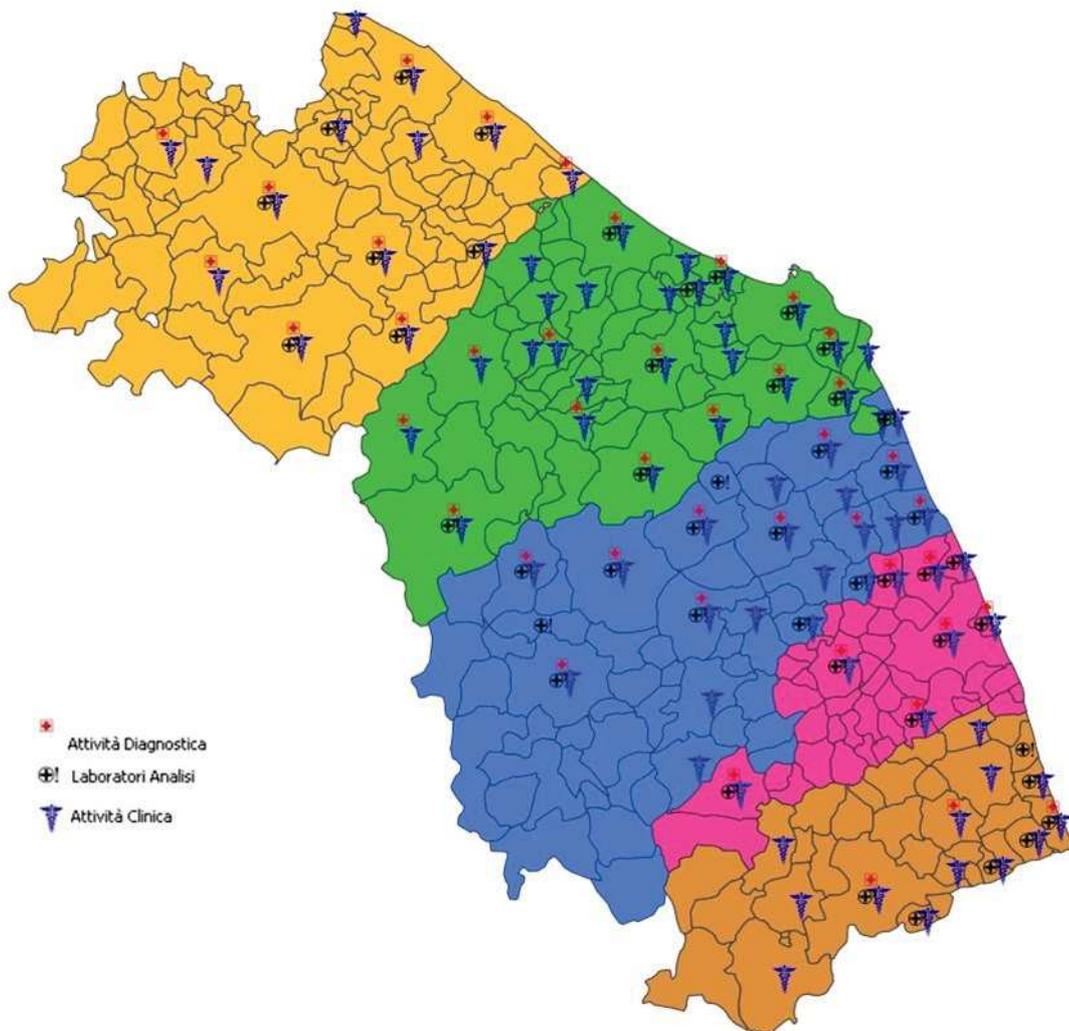
| N. ob. DGRM 1284/22 | NSG | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2022 |
|---------------------|-----|--|--|--|--|--|
| G 1 | | Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi informativi sanitari (SDO, EMUR, EMUR 118, FILEC, CEDAP) | N. invii Flussi mensili | Consegna 100% SDO MAX trenta giorni dopo il mese | | 12 invii entro la scadenza prevista da DGRM 248/18 |
| | | 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% |
| | | 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% |
| | | Obiettivo di rispetto dei tempi di contabilizzazione dei movimenti di magazzino (Area Logistica, Farmacia Territoriale ed ospedaliera) | Tempestività nella registrazione contabile dei movimenti di carico e scarico di Farmaci e Dispositivi Medici | | | Entro il 10 del mese successivo |
| 14 | | Rispetto scadenze Flusso H o CO (Consumi Ospedalieri) | | | | rispetto delle scadenze |
| 15 | | Rispetto scadenze per le relazioni afferenti agli adempimenti LEA C14 e C15 Acquisti diretta di farmaci | | | | rispetto delle scadenze |
| 18 | | Rispetto scadenze Flusso Consumi DM | trasmissione dati consumo e spesa DM entro il 15 di ogni mese | | | rispetto delle scadenze |
| 19 | | | la trasmissione dati Contratti DM entro il 15 di ogni mese | | | rispetto delle scadenze |
| G 5** | | Invio Giornaliero (flusso in chiaro incidenza Covid-19 e aggregato: quarantenati/ospedalizzazioni) | invio giornaliero 100% : aggregato ospedaliero e pronto soccorso | | | Rispetto tempistica di invio giornaliero |

3.2. ASSISTENZA TERRITORIALE

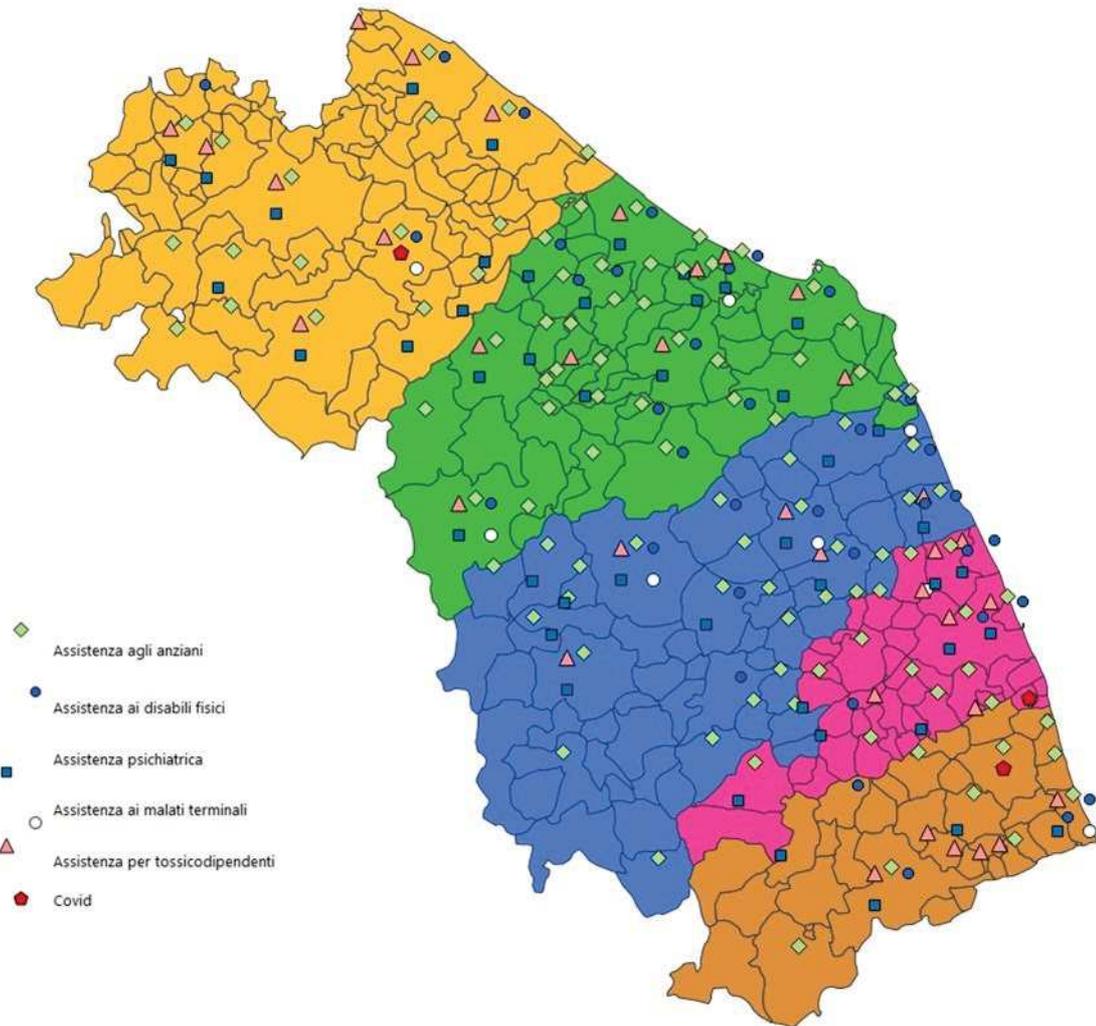
3.2.1. Stato dell'arte

L'Azienda opera mediante 325 strutture territoriali a gestione diretta e 387 strutture territoriali convenzionate (Fonte STS 11).

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



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



Le tabelle che seguono, coerentemente con i flussi ministeriali STS 11 e 24, riportano il numero di strutture a gestione diretta ASUR e il numero delle strutture private convenzionate per il 2022 suddiviso per tipologia di struttura e tipo di assistenza erogata, nonché il numero di posti letto di assistenza residenziale e semiresidenziale attivi nel 2022.

| Numero di strutture a gestione diretta ASUR | Tipo struttura | | | | Totale complessivo |
|---|---------------------------------------|---------------------------|------------------------|----------------------------|--------------------|
| | ALTRIO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE | AMBULATORIO E LABORATORIO | STRUTTURA RESIDENZIALE | STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE | |
| assistenza erogata | | | | | |
| Assistenza agli anziani | | | 46 | 1 | 47 |
| 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 | | 28 | 21 | 82 |
| Attività clinica | 111 | 42 | | | 153 |
| Attività di consultorio familiare | 69 | | | | 69 |
| Attività di laboratorio | 23 | 18 | | | 41 |
| Covid-19 | | | 2 | | 2 |
| Diagnostica strumentale e per immagini | 33 | 22 | | | 55 |
| Vaccinazioni anti COVID-19 | 30 | | | | 30 |
| Totale complessivo | 318 | 82 | 90 | 29 | 519 |

| Numero di strutture convenzionate | Tipo struttura | | | | Totale complessivo |
|--|---------------------------------------|---------------------------|------------------------|----------------------------|--------------------|
| | ALTRIO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE | AMBULATORIO E LABORATORIO | STRUTTURA RESIDENZIALE | STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE | |
| Descrizione tipo assistenza erogata | | | | | |
| Assistenza agli anziani | | | 139 | 8 | 147 |
| Assistenza ai disabili fisici | | | 16 | 33 | 49 |
| Assistenza ai disabili psichici | | | 8 | 4 | 12 |
| Assistenza AIDS | | | 2 | | 2 |
| Assistenza idrotermale | 6 | | | | 6 |
| Assistenza per tossicodipendenti | | | 31 | 4 | 35 |
| Assistenza psichiatrica | | | 26 | 1 | 27 |
| Attività clinica | 1 | 65 | | | 66 |
| Attività di laboratorio | | 58 | | | 58 |
| Covid-19 | | | 3 | | 3 |
| Diagnostica strumentale e per immagini | | 20 | | | 20 |
| Vaccinazioni anti COVID-19 | 2 | | | | 2 |
| Totale complessivo | 9 | 143 | 225 | 50 | 427 |

| POSTI LETTO PER STRUTTURA | Tipo di assistenza erogata | STRUTTURA RESIDENZIALE | STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE | TOTALE |
|--|--|------------------------|----------------------------|--------------|
| Strutture a gestione diretta ASUR | Assistenza agli anziani | 1.000 | 10 | 1.010 |
| | Assistenza ai disabili fisici | 26 | 8 | 34 |
| | Assistenza ai disabili psichici | 42 | 46 | 88 |
| | Assistenza ai malati terminali | 74 | | 74 |
| | Assistenza per tossicodipendenti | | | |
| | Assistenza psichiatrica | 297 | 252 | 549 |
| | Attività clinica | | | |
| | Attività di consultorio familiare | | | |
| | Attività di laboratorio | | | |
| | Covid-19 | | | |
| Diagnostica strumentale e per immagini | | | | |
| Totale | | 1.439 | 316 | 1.755 |
| Strutture convenzionate | Assistenza agli anziani | 5.347 | 157 | 5.504 |
| | Assistenza ai disabili fisici | 205 | 578 | 783 |
| | Assistenza ai disabili psichici | 97 | 103 | 200 |
| | Assistenza AIDS | | | |
| | Assistenza idrotermale | | | |
| | Assistenza per tossicodipendenti | | | |
| | Assistenza psichiatrica | 505 | 1 | 506 |
| | Attività clinica | | | |
| | Attività di laboratorio | | | |
| | Covid-19 | | | |
| | Diagnostica strumentale e per immagini | | | |
| Vaccinazioni anti COVID-19 | | | | |
| Totale | | 6.154 | 839 | 6.993 |
| Totale complessivo | | 7.593 | 1.155 | 8.748 |

Relativamente alla medicina di base, l'Azienda opera mediante 1.004 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 1.299.934 unità, e 158 pediatri di libera scelta, che assistono 143.014 assistiti (Fonte: Modello FLS 12, Anno 2022).

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

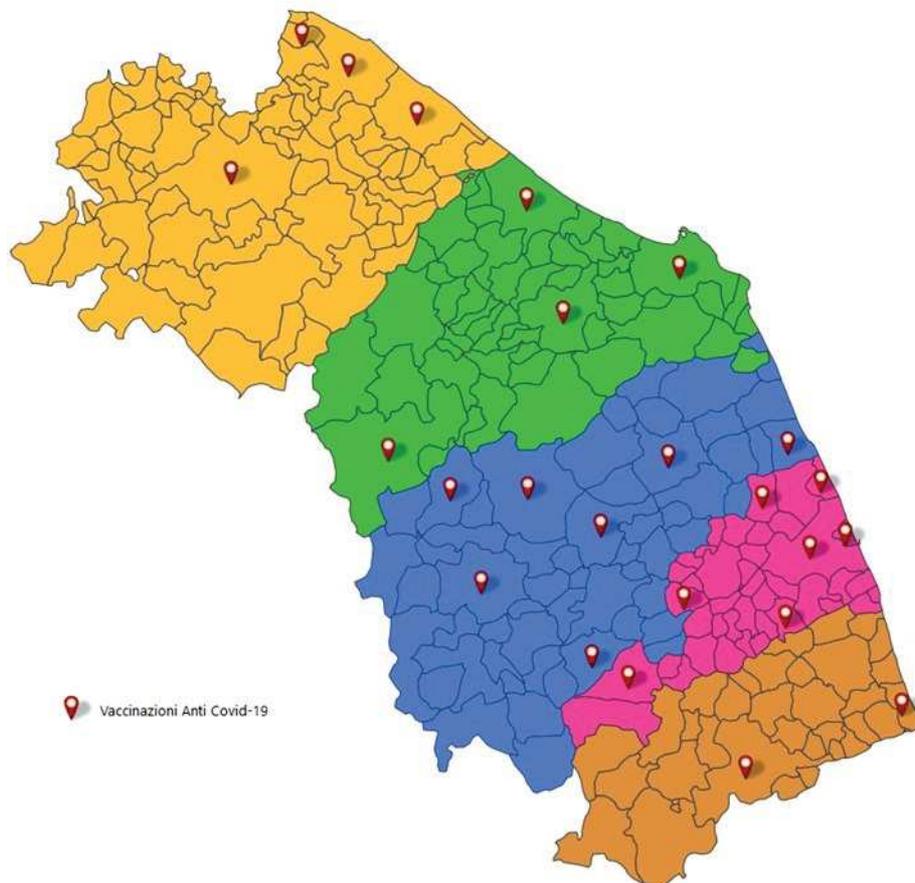
Nel processo di trasformazione organizzativa, volto al potenziamento delle cure erogate a livello territoriale, il Distretto rappresenta lo strumento centrale e strategico per l'identificazione dei servizi nel nuovo sistema di welfare.

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

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

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

Prima fra tutti è l'attività vaccinale AntiCovid presente su tutto il territorio regionale, toccando 24 comuni, come si vede dall'immagine seguente:



Fonte flussi ministeriali STS 11 ANNO 2022

| AAVV | Centri vaccinali - Vaccinazioni anticovid19 |
|------|--|
| AV1 | Centro Vaccinale p/o bocciodromo - Urbino |
| AV1 | Centro Vaccinale p/o cetro ortofrutticolo - Fano |
| AV1 | Centro Vaccinale c/o Iper Rossini - Pesaro |
| AV1 | Centro Vaccinale c/o Palazzetto dello sport - Gradara |
| AV2 | Centro Vaccinale c/o Vigili del Fuoco - Senigallia |
| AV2 | Centro Vaccinale c/o PalaPrometeo - Ancona |
| AV2 | Centro Vaccinale c/o nuova palestra Fermi - Fabriano |
| AV2 | Centro Vaccinale c/o palestre Zannoni - Jesi |
| AV3 | Centro Vaccinale c/o centro sportivo multifunzionale - Camerino |
| AV3 | Centro Vaccinale Civitanova Marche |
| AV3 | Centro Vaccinale Macerata |
| AV3 | Centro Vaccinale c/o Sala Italia - San Severino Marche |
| AV3 | Centro Vaccinale - Matelica |
| AV4 | Centro Vaccinale c/o Croce Azzurra - Porto San Giorgio |
| AV4 | Centro Vaccinale c/o ex scuola elementare - Amandola |
| AV4 | Centro Vaccinale c/o Palazzetto dello sport - Porto Sant'Elpidio |
| AV4 | Centro Vaccinale c/o palestra comunale - Falerone |
| AV4 | Centro Vaccinale c/o Scuola Mancini - Fermo |
| AV4 | Centro Vaccinale c/o distretto - Montegranaro |
| AV4 | Centro Vaccinale c/o distretto sanitario - Petritoli |
| AV4 | Centro Vaccinale c/o ospedale - Amandola |
| AV5 | Centro Vaccinale p/o Palazzetto dello sport - San Benedetto del Tronto |
| AV5 | Centro Vaccinale c/o Palazzetto dello sport - Ascoli Piceno |

Oltre ai punti vaccinali fissi, ci sono anche i camper per i quali si è stilato un calendario che ha cercato di coprire il più possibile tutto il territorio regionale.

3.2.1.1. Farmaceutica Territoriale

L'Assistenza Farmaceutica rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) definiti con il DPCM 12.01.2017, in base al quale viene delegato alle Regioni il compito di garantire il rispetto dei criteri di appropriatezza, sicurezza ed economicità, favorendo l'uniformità delle scelte attinenti all'uso dei farmaci, a tutela dell'equità del servizio reso ai cittadini. In tale contesto è obbligo per le Regioni assicurare il rispetto di tetti di spesa sulla assistenza farmaceutica, come precedentemente stabiliti dalla L. 232/2016 e s.m.i. di cui alla L. 145/2018, per la Farmaceutica Convenzionata (7,96%) e per gli Acquisti Diretti di medicinali (6,89% di cui 0,20% gas medicinali), in rapporto alla spesa sanitaria complessiva (tetto del 14,85%). Tali parametri, per l'anno 2021, sono stati successivamente aggiornati con la L. 178/2020 (Legge di Stabilità 2021), in particolare, fermo restando il valore complessivo del 14,85 per cento, il limite della spesa farmaceutica convenzionata è rideterminato nella misura del 7% mentre il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti è rideterminato nella misura dell'8% per l'anno 2022, dell'8,15% per l'anno 2023 e dell'8,30% a decorrere dall'anno 2024. Conseguentemente il valore complessivo della spesa farmaceutica è rideterminato nel 15% per l'anno 2022, nel 15,15% nell'anno 2023 e nel 15,30% a decorrere dall'anno 2024.

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). Le variabili che influenzano la spesa farmaceutica sono il consumo e il prezzo nonché i seguenti elementi:

- Aumento della popolazione
- Variazione della composizione della popolazione (età)
- Variazione dello stato di salute della popolazione
- Cambiamenti nell'assetto del sistema sanitario
- Disponibilità e accesso a forme assicurative private
- Cambiamenti nella politica farmaceutica
- Introduzione di nuove tecnologie e scoperte scientifiche
- Promozione di nuovi farmaci presso i MMG o i consumatori

- Cambiamenti nelle pratiche di prescrizione e dispensazione del farmaco
- Numerosità e varietà dei soggetti con funzione di prescrizione dei farmaci.
- Aspettative del paziente/consumatore
- Variazione dei prezzi unitari dei farmaci
- Variazione dei mark-up di distribuzione
- Disponibilità e regole di sostituzione sui farmaci generici
- Prezzi internazionali dei farmaci
- Introduzione di nuove formule farmaceutiche
- Inflazione Politiche di intervento a regolamentazione della spesa farmaceutica.

Tra le misure previste a livello nazionale per garantire il rispetto del tetto della spesa farmaceutica territoriale, ora denominato «tetto della spesa farmaceutica convenzionata» nella misura del 7%, rientrano:

- 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.

L'ASUR al fine di contenere e qualificare la spesa farmaceutica nei limiti programmati ha provveduto all'attuazione delle seguenti azioni assicurando un servizio farmaceutico capillare sul 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 n.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.

Proseguendo il percorso iniziato nel 2021, ai fini della promozione dell'appropriatezza prescrittiva in materia di farmaceutica convenzionata, si è proceduto alla trasmissione della reportistica relativa ai consumi farmaceutici per singolo medico prescrittore. Il documento “Valutazione comparativa - Scheda di sintesi del medico di medicina generale e relativi assistibili” pubblicato mensilmente sul portale SIRTE consente a ciascun professionista di poter conoscere il proprio profilo prescrittivo e confrontarlo con la media regionale, rilevando le eventuali deviazioni sia in termini di spesa che di ipo- o iper-prescrizione di singole classi farmacologiche. È stata inoltre realizzata un'apposita guida nella medesima sezione del portale che fornisce informazioni utili all'interpretazione della scheda. I Direttori dei Distretti sanitari sono poi stati chiamati mensilmente a dare riscontro alla Direzione Generale delle azioni correttive messe in campo al fine di armonizzare e migliorare le scelte prescrittive di tali MMG in linea con quanto stabilito nel percorso di verifica previsto dall'art.51 dell'Accordo Integrativo Regionale (DGR n. 751/2007) e dal Verbale del 16 aprile 2018 del Comitato Regionale Medicina Generale di approvazione del documento del 6 marzo 2018 dell'Osservatorio Regionale dell'Appropriatezza.

Gli obiettivi relativi alla farmaceutica territoriale, di cui alla Det. 686/2022, sono i seguenti:

| N. ob. DGRM 1284/22 | NSG | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2022 |
|---------------------|----------|---|--|--|--|---|
| | | Attivazione monitoraggio prescrizioni nella farmaceutica convenzionata | Produzione di un report mensile sui MMG che registrano una spesa media per assistito superiore alla seconda deviazione standard | Attivare azioni ai fini della contrazione della spesa per i medici che rilevano una spesa media per assistito superiore alla seconda deviazione standard | | 12 report |
| | | Attivazione monitoraggio prescrizioni nella farmaceutica convenzionata | Avvio procedura di verifica per i MMG che registrano una spesa media per assistito superiore alla seconda deviazione standard (di cui al Verbale del comitato regionale di medicina generale del 16/03/18) | procedura di verifica e avvio provvedimenti di rientro dei costi per i medici che registrano una spesa media per assistito superiore alla seconda deviazione standard, con particolare attenzione al territorio dell'AV2 | | Provvedimento di rientro conclusi entro il 30/06/2022 per i medici che hanno registrato una spesa superiore alla seconda deviazione standard nel 2021 |
| | | Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Adrenergici | DDD/DIE (ATC R03A+R03B) | DDD (ATC R03A+R03B)*1000 /365 | Popolazione residente | <24 |
| 10 | D14 C | Riduzione consumo antibiotici per pazienti residenti, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata (Per ASUR: ATC J01 - Antibatterici per uso sistemico) (Per AAOO e INRCA: ATC J01DH - Carbapenemi) | 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) | | DDD - 3 % rispetto al 2021 |
| | D15 C | Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antidepressivi | DDD/DIE (ATC2 N06A) | DDD (ATC2 N06A) *1000 /365 | Popolazione residente | <36 |
| | D17 C | Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antiipertensivi | DDD/DIE (ATC2 C09C+C09D) | DDD (ATC2 C09C+C09D)*1000 /365 | Popolazione residente | <66 |
| | D16 C | Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Inibitori di pompa | DDD/DIE (ATC A02BC) | DDD ATC A02BC * 1000 / 365 | Popolazione residente | <54 |
| | D18 C | Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Statine | DDD/DIE (ATC C10AA+C10BA) | DDD (ATC2 C10AA+C10BA)*1000 /365 | Popolazione residente | <66 |
| | | 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 2022-2020 | Spesa netta convenzionata nei 7gg successivi alla dimissione ospedaliera nelle strutture pubbliche e private ASUR 2020 | -90% rispetto al 2020 |
| 9 | | Spesa farmaceutica convenzionata netta | ASUR: Riduzione spesa farmaceutica convenzionata netta sulla base dei dati rilevati dalle Distinte contabili riepilogative mensili (DCR) pari a € 184.114.851 riduzione del 9,04% rispetto al valore rendicontato nel precedente esercizio | Spesa Netta 2022-2021 | Spesa Netta 2022 | -9,04 % rispetto al 2021 |

E' importante rilevare che nel 2022 l'inefficienza del servizio di rilevazione consumi farmaceutici, da parte della ditta Record Data s.r.l., protrattasi per tutto l'anno e culminata nel totale blocco del servizio di elaborazione ricette per ASUR Marche ad ottobre 2022 a seguito di avvio di procedura fallimentare a carico della ditta, ha di fatto impedito il monitoraggio e il controllo in tempo reale delle prefissate azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e l'implementazione di efficaci e tempestive azioni correttive. Infatti l'analisi

dell'appropriatezza d'uso è uno strumento essenziale per allocare le risorse disponibili in maniera efficiente; in quest'ottica la Regione Marche al fine di contenere e qualificare la spesa farmaceutica nei limiti programmati a livello centrale, ha individuato, nel corso degli anni, una serie di provvedimenti amministrativi in ottemperanza a norme e/o accordi nazionali, regionali e/o locali vigenti, al fine di assicurare controlli ed interventi standardizzando le modalità inerenti i provvedimenti amministrativi di competenza e la corretta applicazione della convenzione:

- sull'appropriatezza prescrittiva farmaceutica;
- sulla conformità della dispensazione farmaceutica resa in regime di SSN;
- sulla correttezza degli adempimenti contabili e amministrativi;
- sulla corretta allocazione delle risorse disponibili.

3.2.1.2. Emergenza Urgenza

Il sistema di Emergenza Urgenza in ambito sanitario, quale insieme delle funzioni di soccorso, trasporto e comunicazione, organizzate al fine di assicurare l'assistenza sanitaria al verificarsi di emergenze o urgenze, ha richiesto una rimodulazione per rispondere allo scenario determinato 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 un cambio di destinazione finalizzato al percorso di gestione del paziente Covid positivo o sospetto e un potenziamento dei trasporti secondari urgenti.

Gli obiettivi relativi alla emergenza urgenza di cui alla Det. 686/2022, sono i seguenti:

| N. ob. DGRM 1284/22 | NSG | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2022 | PRIORITA' |
|---------------------|-------------|-------------------------------------|---|--|---|---|-----------|
| | | Efficienza Rete Emergenza - Urgenza | Monitoraggio dei percorsi tempodipendenti per IMA, TRAUMA, ICTUS e SEPSI | | | Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria entro il 15/01/2023 | 4 |
| <u>75</u> | | Efficienza Rete Emergenza - Urgenza | % pazienti codice arancione (2 = urgenza) visitati entro 15 minuti | | | ≥ 80% | 4 |
| <u>76</u> | | Efficienza Rete Emergenza - Urgenza | % pazienti codice azzurro (3 = urgenza differibile) visitati entro 60 minuti | | | ≥ 75% | 1 |
| <u>77</u> | | Efficienza Rete Emergenza - Urgenza | % pazienti codice verde (4 = urgenza minore) visitati entro 120 minuti | | | ≥ 70% | 1 |
| <u>78</u> | | Efficienza Rete Emergenza - Urgenza | % pazienti codice bianco (5 = non urgenza) visitati entro 240 minuti | | | ≥ 70% | 1 |
| <u>79</u> | | Efficienza Rete Emergenza - Urgenza | % pazienti con presa in carico completata (triage-conclusione: T0-T3) entro le 8 ore | | | ≥ 80% | 1 |
| | D08 C | Efficienza Rete Emergenza - Urgenza | Numero di interventi per le patologie First Hour Quintet (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ) | Numero di interventi per le patologie First Hour Quintet (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato | Totale degli interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ) per anno | >anno precedente | 3 |
| <u>85</u> | <u>D09Z</u> | 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 | 3 |

La Direzione sanitaria ASUR in collaborazione con l'Area Controllo id Gestione ha implementato un sistematico monitoraggio degli indicatori critici, chiedendo alle Aree Vaste di procedere alla analisi dei casi di mancato rispetto dei tempi di gestione del periodo 7/11 – 12/11 con esplicitazione delle motivazioni caso per caso da inviare alla Direzione.

All'esito delle analisi svolte dalle aree vaste, con nota prot. 43277 del 15/20/2022, sono state comunicati al Dipartimento salute gli elementi più critici nella attuale gestione dei Pronto soccorso.

In particolare un elemento critico riguarda la gestione corretta dei percorsi di accesso e a tal fine si sta procedendo ad una verifica anche in relazione alla Raccomandazione ministeriale n.ro 15, sia con l'adozione del Manuale Triage (Determina DG n.ro 490/2022) che con la definizione di una gestione informatizzata delle attività grazie alla progressiva installazione nel corso del 2022 in tutti gli stabilimenti del gestionale DSEO.

D'altra parte, l'attuale fase è caratterizzata da una fortissima criticità per le UO di Pronto soccorso, per l'incremento del flusso in accesso che ha richiesto uno specifico intervento regionale a supporto della gestione del sovraffollamento con la DGR 734/2022, e in particolare nella dotazione di personale medico delle strutture con una forte carenza medica e ricorso anche al supporto di soggetti esterni, elemento che impatta negativamente sui tempi di visita del paziente dopo l'accesso, stante la necessaria priorità di gestione dei pazienti con codice 1, inoltre il dato di riferimento dell'anno 2021 evidenzia dei valori di partenza per i codici 2 e 3 distanti dal valore atteso per l'anno corrente.

Nella citata nota l'Asur ha evidenziato che il monitoraggio effettuato da parte dei Dipartimenti di Emergenza delle Aree Vaste dei casi gestiti in tempi superiori derivano dalle seguenti principali cause:

- grave e cronica carenza di personale medico**, a cui si aggiungono assenze/indisponibilità del personale di ruolo per congedi DL 104/92, esoneri dal lavoro notturno, con inevitabili ricadute negative sulle possibilità di riposo settimanale e di fruizione delle ferie, aggravate da contestuali assenze per malattia. Tale situazione, l'effettuazione di turni aggiuntivi da parte di alcuni medici (incluso il Direttore di UO), al fine di garantire la continuità del Servizio, con inevitabile aumento del carico di lavoro e peggioramento delle prestazioni sul piano delle tempistiche. L'introduzione di soggetti esterni che operano su alcune categorie di pazienti non ha un riflesso positivo sui tempi di presa in carico.
- criticità di posti-letto per acuti**, che comporta un significativo fenomeno di BOARDING di pazienti che attendono per ore in Osservazione Temporanea (OT) del PS di essere accolti nelle UU.OO. di destinazione, con conseguente grave rallentamento delle operazioni clinico-assistenziali e ritardi nel flusso di pazienti dal triage alle sale-visita.
- necessità di mantenere doppi percorsi in PS** (percorso "pulito" no-Covid e percorso "sporco" Covid), per far fronte al mai interrotto flusso di pazienti Covid-positivi, con inevitabile dilatazione dei tempi di gestione dei pazienti del percorso "pulito".
- incidenza degli accessi di pazienti anziani in continuo aumento**, di cui la maggioranza è affetta da polipatologie croniche, che frequentemente si riacutizzano, sia per carenze assistenziali familiari o istituzionali (per esempio ospiti di residenze protette convenzionate e private, RSA, centri diurni), sia per problematiche culturali (si tende a bypassare il MMG, per poi dover accedere direttamente ed inevitabilmente al PS), sia per difficoltà logistiche legate al territorio (aree interne disagiate). Spesso tali pazienti sono allettati, non autosufficienti, ed in molti casi gravemente disagiati sul piano economico e sociale. A fronte di ciò, i tassi di copertura dei servizi pubblici territoriali, sia istituzionalizzati che domiciliari, per anziani non autosufficienti, risultano insufficiente ad evitare gli accessi degli anziani al PS. Infatti, circa l'80% dei codici arancioni e oltre il 60% dei codici azzurri è costituito da pazienti over 70, dei quali circa il 20% risulta ultranovantenne.

Di seguito la tabella dei valori registrati nell'anno 2021 e 2022 (dati a settembre).

| Area | % pazienti codice arancione (2 = urgenza) visitati entro 15 minuti | | % pazienti codice azzurro (3 = urgenza differibile) visitati entro 60 minuti | | % pazienti codice verde (4 = urgenza minore) visitati entro 120 minuti | | % pazienti codice bianco (5 = non urgenza) visitati entro 240 minuti | | % pazienti con presa in carico completata (triage-conclusione: T0-T3) entro le 8 ore (*) | |
|-----------------|--|-------------|--|-------------|--|-------------|--|-------------|--|-------------|
| | n.75 | | n.76 | | n.77 | | n.78 | | n.79 | |
| Anno | 2021 | 2022 (Sett) | 2021 | 2022 (Sett) | 2021 | 2022 (Sett) | 2021 | 2022 (Sett) | 2021 | 2022 (Sett) |
| Area Vasta 1 PU | 24,4% | 20,4% | 51,5% | 47,4% | 82,4% | 75,3% | 89,2% | 51,7% | 89,1% | 91,6% |
| Area Vasta 2 AN | 37,3% | 61,2% | 57,5% | 59,3% | 73,5% | 74,2% | 75,6% | 81,4% | 86,5% | 87,3% |
| Area Vasta 3 MC | 27,7% | 21,0% | 49,6% | 47,2% | 78,8% | 78,0% | 78,4% | 73,4% | 79,6% | 81,3% |
| Area Vasta 4 FM | 75,4% | 51,0% | 90,3% | 58,9% | 78,9% | 70,2% | 79,7% | 76,4% | 71,0% | 75,2% |
| Area Vasta 5 AP | 29,6% | 27,2% | 48,2% | 39,6% | 59,4% | 57,7% | 68,4% | 69,0% | 82,7% | 82,9% |
| Total | 34,9% | 33,8% | 55,9% | 49,9% | 73,9% | 72,3% | 76,6% | 74,8% | 82,0% | 83,4% |

(*) Esclusi i casi per i quali non è compilata la Data/ora di dimissione

Sulla base delle criticità sopraesposte e del dato di riferimento dell'anno 2021, si è proposto al Dipartimento Salute di valutare positivamente raggiunto l'obiettivo di mantenimento del target dell'anno precedente.

3.2.1.3. Attività territoriali legate all'attuazione del PNRR

Come già accennato, il PNRR e il Decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" mirano a realizzare un nuovo modello di assistenza territoriale di prossimità per portare le risposte ai bisogni di salute il più vicino possibile ai cittadini.

A questo scopo sarà adottata e attuata una Riforma del modello organizzativo della rete di assistenza territoriale basata su seguenti contenuti e standard:

- **Casa della Comunità** - Aperte fino a 24h su 24 e 7 giorni su 7, oltre 1.350 Case della Comunità finanziate con le risorse del PNRR, diffuse in tutto il territorio nazionale, sono il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Rappresentano il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione
- **Centrale operativa 116117** - La Centrale operativa 116117 (Numero Europeo Armonizzato – NEA per le cure mediche non urgenti) è il servizio telefonico gratuito a disposizione di tutta la popolazione, 24 ore al giorno tutti i giorni, da contattare per ogni esigenza sanitaria e sociosanitaria a bassa intensità assistenziale
- **Centrale Operativa Territoriale- COT** - Svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza
- **Infermiere di Famiglia e Comunità** - È la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Non solo si occupa delle cure assistenziali verso i pazienti, ma interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità per rispondere a nuovi bisogni attuali o potenziali
- **Unità di continuità assistenziale** - È un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa
- **Assistenza domiciliare** - *La casa come primo luogo di cura.* Le Cure domiciliari sono un servizio del Distretto per l'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc. Sono prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana
- **Ospedale di comunità** - È una struttura sanitaria di ricovero dell'Assistenza Territoriale con 20 posti letto che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio
- **Rete delle cure Palliative** - È costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale
- **Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie** - Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, alle coppie e alle famiglie garantiscono prestazioni, anche di tipo domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, nell'ambito dell'assistenza territoriale,

alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni che ne tutelino la riservatezza

- **Telemedicina** - Viene utilizzata dal professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari. Inclusa in una rete di cure coordinate, la Telemedicina consente l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

Lo standard regionale minimo descritto nel documento AGENAS "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale" prevede:

- n. 1 Case della Comunità ogni 20.000 abitanti;
- n. 1 Ospedali di Comunità ogni 50.000 abitanti;
- n. 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti.

Il Tavolo Tecnico Agenas -Regioni sui "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale" ha sviluppato delle prime indicazioni in merito ai servizi standard da prevedere nelle CdC definite "HUB" (ossia Case di Comunità che hanno una funzione di riferimento territoriale con ampia dotazione di servizi) e "Spoke" (Case di Comunità di minore dimensione, con servizi di base e collegata alle case HUB).

L'obiettivo assegnato all'ASUR in riferimento Attività legate all'attuazione del PNRR, di cui alla Det. 686/2022, è il seguente:

| N. ob. DGRM 1284/22 | NSG | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2022 | PRIORITA' |
|---------------------|-----|---|--|--|--------------------------|--------------------|-----------|
| 55 | | Attività legate all'attuazione del PNRR | Definizione dei modelli assistenziali per la trasformazione delle attuali Case della Salute in Case di Comunità di cui alla DGR 656/22 | Produzione documento attestante l'organizzazione delle nuove Case di Comunità secondo gli standard del DM 71 | | Report preliminare | 1 |

L'obiettivo si incentra sulla organizzazione delle nuove Case di comunità (CdC), individuate come numero e collocazione sul territorio con DGR 114/2022, modificata dalla DGR 656/2022, insieme alla definizione degli Ospedali di Comunità (OdC) e delle Centrali Operative territoriali.

Al fine del monitoraggio e della verifica dei risultati raggiunti sull'obiettivo assegnato con determina n. 548 del 30/8/2022 è stata modificata e integrata la determina n. 532DG/2022 e sono state impartite direttive vincolanti ai Direttori di Area Vasta, affinché provvedano all'attuazione degli interventi previsti nella DGR 970 del 27/07/2022 così come modificata dalla successiva DGR n. 1330 del 17/10/2022.

In riferimento all'obiettivo aziendale citato, la Direzione con nota prot. n. 41106 del 29/11/2022, ha segnalato l'impossibilità da parte dell'ASUR Marche di rispettare la scadenza del 31/12/2022, dal momento che non è stato ancora a tutt'oggi deliberato da parte della Regione Marche l'atto di recepimento del DM 77/2022. Il documento regionale, infatti, è propedeutico all'adozione dell'atto aziendale che rappresenta anche un atto organizzativo complesso da costruire in collaborazione con i territori interessati. Si è proposto quindi di ritenere raggiunto l'obiettivo con il solo recepimento dell'atto regionale, qualora questo intervenga a pochi giorni dalla fine dell'anno.

3.2.1.4. Area Integrazione socio-sanitaria

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

I motivi sono diversi:

- la crescente complessità dei bisogni;

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

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

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

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

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

- interventi di sostegno e accompagnamento
- interventi e servizi territoriali
- interventi e servizi domiciliari
- interventi e servizi semiresidenziali
- interventi e servizi residenziali.

Strutture residenziali

Nell'anno 2022 l'Area Integrazione Socio-Sanitaria intende continuare a svolgere una funzione di riferimento per le Aree Vaste, i Distretti e le Direzioni Amministrative del territorio per l'applicazione delle Delibere di Giunta Regionale n. 1195/2013 e n. 1331/2014 che hanno ridefinito il sistema tariffario, gli standard assistenziali e la compartecipazione nelle strutture residenziali e semi residenziali socio-sanitarie.

In riferimento alle Residenze protette nel 2022 si prevede l'incremento dei posti letto in attuazione dei seguenti atti della Giunta Regionale:

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

Il Piano di convenzionamento per il 2022 è stato approvato con determina ASUR n. 647 del 20/10/2022 “DGRM n. 1672/2019 - Approvazione del Piano di convenzionamento con le Residenze Protette per anziani - Anno 2022”.

I posti aggiuntivi previsti dalla DGRM 1672/2019 per ottenere l'85 % del convenzionamento una volta sottratti i posti già convenzionati e trasformati in SRP3, sono in totale 157 divisi come di seguito:

PIANO DI CONVENZIONAMENTO - ANNO 2022
INCREMENTO P.L. DI R3

| Area Vasta | N. P.L. aggiuntivi di R3 | Valore teorico massimo annuo della quota sanitaria al netto IVA |
|------------|--------------------------|---|
| 1 | 47 | 574.864,05 |
| 2 | 76 | 929.567,40 |
| 3 | 34 | 415.859,10 |
| 4 | 0 | 0,00 |
| 5 | 0 | 0,00 |
| ASUR | 157 | 1.920.290,55 |

Assistenza domiciliare

Come già evidenziato nel paragrafo relativo all'attuazione del PNRR l'assistenza domiciliare costituisce uno dei pilastri della riforma territoriale, rappresentando il domicilio il cd "Primo luogo di cura". Il PNRR prevede come obiettivo da raggiungere entro il 2026, che l'assistenza a domicilio copra il 10% della popolazione italiana over 65, tenuto conto anche delle risorse stanziare con il DL 34/2020 per il raggiungimento dell'obiettivo.

L'obiettivo assegnato alla Direzione Generale per l'anno 2022 prevede il raggiungimento di una proporzione di pazienti in carico al servizio Cure Domiciliari per ciascun livello di intensità assistenziale (CIA).

Con nota del Dirigente del Settore Regionale Flussi Informativi e Monitoraggio SSR, acquisita agli atti al prot. num. 31173 del 09/09/2022, è stato costituito un Gruppo di Lavoro multidisciplinare sul Flusso Informativo SIAD, costituito da professionisti della Direzione Generale ASUR e delle Aree Vaste e si prevedono incontri periodici. Il Tavolo ha l'obiettivo di analizzare le nuove specifiche tecniche relative al flusso citato, di definire le modalità di implementazione e di monitorare i dati del flusso dell'anno corrente anche al fine di ottimizzare la rendicontazione delle attività erogate.

Cure palliative

Le Cure Palliative (CP) sono l'insieme di interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali rivolti alla persona malata e al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura globale dei pazienti la cui patologia di base, caratterizzata da un'evoluzione inarrestabile da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici. La legge 15 marzo 2010, n. 38 identifica le **Reti Regionali (RRCP)** e le **Reti Locali di Cure Palliative (RLCP)** quali strumenti fondamentali per garantire l'accesso a CP di qualità attraverso meccanismi di *governance* e forme di integrazione tra i soggetti coinvolti nel percorso di cura.

La RLCP è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di CP erogate in un ambito territoriale definito a livello regionale, che nella Regione Marche corrisponde all'Area Vasta, attraverso diversi setting assistenziali:

- le CP Domiciliari specialistiche, che garantiscono l'assistenza a domicilio e nelle Residenze per anziani;
- le CP in Hospice;
- le CP in Ospedale, con attività di consulenza nei reparti e negli ambulatori;
- l'integrazione con gli altri servizi presenti nel territorio (Assistenza Domiciliare Integrata – ADI) e nelle strutture ospedaliere.

La normativa vigente prevede che la RLCP promuova l'identificazione precoce di persone con necessità di CP, garantisca un livello assistenziale adeguato nel setting più appropriato, attraverso la definizione di percorsi di cura modulati sui bisogni della persona e della sua famiglia/caregiver, in relazione allo sviluppo della malattia. Tale rete assicura la formazione continua del personale e opera attraverso lo sviluppo di regole, protocolli, PDTA condivisi tra gli attori della Rete, al fine di assicurarne l'unitarietà e l'appropriatezza.

I nodi della Rete Locale Cure Palliative sono le strutture di degenza: gli hospice.

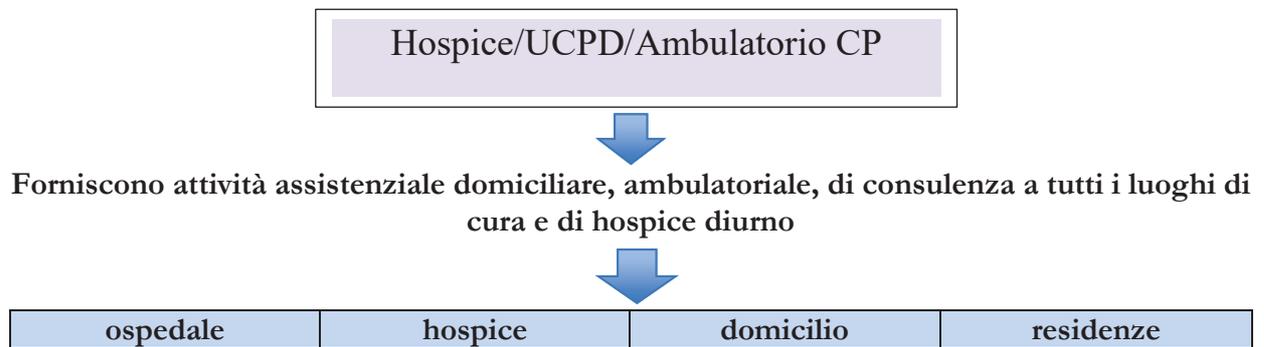
Le CP domiciliari si articolano nei seguenti livelli:

- a. livello base: costituito da interventi coordinati dal medico di medicina generale (MMG) ed ADI, (come previsto dall'art. 2, comma 1, lettera f della legge 15 marzo 2010, n. 38), che garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il

malato e la famiglia; sono erogati da professionisti con buona conoscenza di base delle cure palliative e si articolano in interventi programmati caratterizzati da un CIA minore di 0,50 in funzione del progetto di assistenza individuale;

- b. livello specialistico: costituito da interventi da parte di équipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolti alle persone con bisogni complessi, che richiedono un elevato livello di competenza, per i quali gli interventi di base sono inadeguati. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, sono garantiti la continuità assistenziale, interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50 e definiti dal progetto di assistenza individuale (PAI) nonché pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore.

**Modello organizzativo della Rete Regionale CP/Hospice
coerente con la L. 38/2010 e la DGRM 846/2014**



La qualità della Rete delle CP costituisce uno degli indicatori di qualità complessiva di un Servizio Sanitario Regionale. La normativa di settore, compresa quella della Regione Marche, è esaustiva sulle modalità attuative di questo servizio sanitario.

Il DM 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) - pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 ed operativo a partire dal 1 gennaio 2020 è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Esso aggiorna il Sistema di Garanzia introdotto nel 2000. Gli indicatori individuati sono 88, di cui 33 per l'assistenza distrettuale, 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario ed 1 di equità sociale.

Le norme e gli atti talora riguardano contemporaneamente terapia del dolore e CP, due temi correlati ma non coincidenti.

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

Dopo la prima ondata pandemica l'ASUR Marche ha ripreso i lavori del tavolo tecnico sulle CP, aggiornandolo nella composizione e negli obiettivi (nota del Direttore Generale del 28/05/21 prot.n. 19597/ASUR/DS/P ed integrata con nota prot. n. 22207/ASUR/DS/P del 18/06/21). Il documento tecnico elaborato dai professionisti di settore è stato formalizzato con Determina del Direttore Generale ASUR 259 del 6/06/2022 che ha definito il modello Rete Hospice/Cure Palliative Domiciliari ASUR Marche.

Nella ASUR DG viene proposto un modello regionale di integrazione pubblico privato finalizzato ad adeguare il sistema di offerta per le cure palliative in tutti i setting di cura (hospice, ospedale, territorio, domicilio) in coerenza con la riorganizzazione della Rete dell'offerta assistenziale regionale complessiva, anche dopo gli effetti della pandemia da Covid-19.

Sono stati predisposti programmi formativi "ad hoc", a distanza alla luce della pandemia da Covid-19, ma anche in presenza da quando è stato possibile.

E' stato implementato flusso SIAD ed in particolare la sezione dedicata alle cure palliative.

Un apposito tavolo tecnico multidisciplinare ha lavorato alla cartella unica informatizzata delle strutture di degenza hospice che è arrivata alla fase di sperimentazione in tutte e cinque le Aree Vaste.

Indennizzi L 210/92

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

Il DL n 4/2022 (decreto Sostegni-ter), all'articolo 20, ha sancito che l'indennizzo spetta anche a chi abbia riportato un danno biologico permanente «a causa della vaccinazione anti Sars-Cov2 raccomandata dall'autorità sanitaria italiana». La vaccinazione «obbligatoria» non è invece menzionata nella norma perché già inclusa nel perimetro della legge 210/1992.

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

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

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

- a) trattamenti di radioterapia e di chemioterapia;
- b) interventi di chirurgia oncologica, anche ricostruttiva e conservativa;
- c) esami diagnostici e di laboratorio;
- d) interventi di riabilitazione e di fisioterapia;
- e) cure palliative e terapie del dolore;
- f) visite mediche specialistiche, controlli periodici, anche non programmati, compresi quelli successivi alla patologia, correlati alla medesima;

h) prestazioni di supporto psicologico, incluso quello al nucleo familiare, connesse alla medesima patologia; il rimborso è riconosciuto esclusivamente se le stesse sono riferite alle prestazioni effettuate presso strutture sanitarie pubbliche e private accreditate del territorio della regione Marche.

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

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

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

Nell'anno 2022 le Aree Vaste hanno provveduto a predisporre gli accordi contrattuali o gli addendum agli stessi, se in vigore, con le strutture Co.S.E.R. riconoscendo alle stesse il 75% la tariffa di €115 ex DGR 23/2013, fatte salve le integrazioni già riconosciute in ragione del carico assistenziale degli assistiti e il contributo annuo pari a €15.000 già previsto per utenti con disturbi dello spettro autistico. Inoltre, fino a quando le strutture non si saranno dotate dei requisiti strutturali e organizzativi, le Co.S.E.R. saranno finanziate con le modalità attuali applicate per il livello di Comunità Socio Educative Residenziali - Co.S.E.R. ai sensi della DGR n.23/2012. All'atto del completamento del percorso di autorizzazione e accreditamento delle Co.S.E.R dovrà essere predisposto il Piano di Convenzionamento per RD3 e RD4.

Di seguito, gli obiettivi di cui alla Det. 686/2022:

| N. ob. DGRM 1284/22 | NSG | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2022 | PRIORITA' |
|---------------------|------------------------|---|--|--|--|------------------------------------|-----------|
| <u>70</u> | | Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza | % Ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni | Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni | Ricoveri medici ≥ 65 anni | ≤ 5,41% (Tolleranza 10%) | 4 |
| | <u>D03</u> <u>C</u> | 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 | 3 |
| | <u>D04</u> <u>C</u> | 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 | 3 |
| <u>41</u> | <u>D22Z</u> | 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) | | ≥ 4,00 x 1000 ab | 2 |
| <u>42</u> | <u>D22Z</u> | 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) | | ≥ 2,50 x 1000 ab | 2 |
| <u>43</u> | <u>D22Z</u> | 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 x 1000 ab. (Tolleranza 20%) | 2 |
| <u>45</u> | <u>D30Z</u> | 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 | ∑ Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore + ∑ 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%) | 1 |
| <u>44</u> | <u>D33Z</u> | Assistenza residenziale | N. residenti anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale | Numero di anziani (età ≥ 75 anni) non autosufficienti residenti presenti nelle strutture residenziali, per le tipologie di trattamento R1, R2, R2D, R3 | | >41 x 1000 ab ≥ 75aa | 3 |
| <u>58</u> | | Indennizzi a soggetti danneggiati da complicanze irreversibili a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni (L.210/92) | Pagamento dei beneficiari entro il venticunquesimo giorno della fine di ogni bimestre | N. segnalazioni ricevute di mancato pagamento nei tempi | N. segnalazioni ricevute di mancato pagamento nei tempi | ≤ 5% | 4 |

3.2.1.5. Area Dipendenze patologiche

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

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

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

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

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

Tra le attività di prevenzione si annoverano:

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

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

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

Le priorità attuative sono:

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

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

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

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

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

- DGR 1245/2012 - Accordo Quadro 2012-2014
- DGR 1221/2015 - Accordo Quadro 2015-2017

- DGR 1437/2018 - Accordo Quadro 2018-2020.
- DGR 1031/2021 - Accordo Quadro 2021-2023.

L'accordo 2021-2023 è stato recepito da Asur con determina n. 644 del 20/12/2021. Le risorse complessive finalizzate alle attività di prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da dipendenze patologiche derivanti dall'attuazione dell'Accordo Quadro 2021 – 2023 sovvenzionate con un fondo quantificato in € 33.084.822,28, ripartito come segue:

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

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

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

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

3.2.1.6. Liste di Attesa

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

- 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"
- Decreto PF Territorio e integrazione ospedale e territorio n. 14/AST del 20/12/2019. PRGLA 2019-2021 di cui alla DGR 462/2019: adozione modello RAO (PNGLA 2019-2021 - Allegato C) e approvazione tabelle RAO regionali.
- DGR n.1323 del 10 Settembre 2020: Art.29 decreto-legge 14 agosto 2020, n.104. Azioni relative al personale dipendente, lavoratore autonomo e convenzionato ai fini della realizzazione del piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa.
- DGR n.490 del 2 Maggio 2022: Piano Operativo regionale per il recupero delle liste di attesa di cui alla DGR n.1323/2020 ex art. 29 del DL 104/2020- Rimodulazione per l'anno 2022 ai sensi della Legge n. 234 del 30 Dicembre 2021
- Decreto Dipartimento Saluten.22 del 15 Giugno 2022: Governo Liste di Attesa-Dettaglio Piano Operativo Regione Marche
- Determina DG ASUR n.416/2022: Piano attuativo aziendale per il Governo delle Liste di Attesa 2022-2023

Con il Piano Operativo Regionale, di cui alla DGRM 490/2022, la Regione Marche ha messo a disposizione degli Enti del SSR le risorse ministeriali destinate al 2022 per il recupero delle prestazioni non erogate durante la pandemia attraverso gli strumenti straordinari (di cui ai commi 2 e 3 all'art. 29 del DL 104/2020). In particolare, ha destinato fondi per le prestazioni aggiuntive sia per gli interventi chirurgici che per prestazioni ambulatoriali. Ha inoltre coinvolto il privato accreditato per un massimo di euro 1.650.351, importo, assegnato nell'ambito dell'accordo AIOP di cui alla DGR 1043/2022.

L'Azienda ha dato attuazione alle indicazioni regionali recependole e declinandole operativamente nel Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa (Determina 416/DG del 01/06/2022). Sono stati stilati, per ogni Area Vasta, i piani esecutivi del piano di recupero per il 2022, riguardanti la specialistica ambulatoriale, lo screening e le sedute operatorie.

Anche nel 2022, le indicazioni programmatiche in materia si dovranno confrontare con delle criticità di sistema:

- per i ricoveri:
 - priorità dei percorsi in emergenza / urgenza nell'uso degli spazi operatori;
 - carenza di personale medico anestesista e delle discipline chirurgiche;
 - carenza di personale nell'ambito dei blocchi operatori;
- per le prestazioni ambulatoriali:
 - carenza di personale medico specialista dipendente e convenzionato;
 - necessità di garanzia prioritaria della continuità assistenziale nelle strutture ospedaliere;
 - bassa adesione del personale medico e delle professioni all'attività aggiuntiva basata sia sul fondo Balduzzi che sul finanziamento regionale di cui alla DGRM n.490/2022, anche in ragione della presenza di una regolamentazione datata e rigida.

Anche nel 2022 si intende mantenere e potenziare l'attività della rete dei referenti delle liste di attesa, che opera sulla base di cruscotti di monitoraggio, un tavolo aziendale con i Direttori delle UUOO di diagnostica per immagini.

Per il raggiungimento degli obiettivi 2022 si intende introdurre le seguenti azioni:

- Monitoraggio e verifica della qualità delle agende di prenotazione: il lavoro di ottimizzazione dell'offerta si è concretizzato attraverso:
 - ✓ revisione dell'inserimento di vincoli nelle agende per le prime prestazioni monitorate (inviante o quesiti);
 - ✓ analisi dei posti non prenotati per verificare l'utilizzo del meccanismo del riutilizzo dei posti;
 - ✓ analisi comparativa dei tempi degli slot delle prestazioni per chiedere motivazione dei tempi più lunghi e quindi favorire la riduzione degli stessi, con il supporto delle verifiche dei SPP;
 - ✓ diffusione dell'aggiornamento del regolamento sulla costruzione delle agende, con l'obiettivo di tendere verso la gestione centralizzata;
 - ✓ progressiva centralizzazione al Centro servizi della gestione delle agende per garantire uniformità e ottimizzazione degli slot.
 - ✓ Adeguamento prestazioni indicate nelle agende di prenotazione con codifica prevista dal catalogo regionale
 - ✓ Verifica di agende in cui sono previste solo vecchie prestazioni ma non è prevista nessuna delle nuove corrispondenti
 - ✓ Verifica dell'erogabilità di alcune prestazioni del nuovo catalogo attualmente non presenti in nessuna agenda

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

L'attività ha lo scopo di garantire, con il supporto dei Servizi prevenzione e protezione, la progressiva riduzione dei tempi previsti per l'erogazione delle prestazioni, come da nota della PF Territorio e Integrazione ospedale – territorio prot. 0007757|30/06/2021|R_MARCHE|ARS|AST|P. Si procede quindi ad una rivalutazione mensile degli slot di durata maggiore di 30 minuti al fine di monitorare il percorso di progressiva normalizzazione, seppur con molte reticenze da parte degli specialisti. Il controllo riguarda naturalmente anche la coerenza dei tempi di erogazione tra attività istituzionale e libero professionale.

- Analisi dell'offerta finalizzata ad evidenziare aree di criticità e ad attuare misure correttive: i dati relativi agli inserimenti in lista di pre-appuntamento forniscono una visione immediata delle principali aree di criticità su cui impostare delle misure correttive. Sono state evidenziate criticità nei seguenti ambiti:
 - Visite cardiologiche: l'ampliamento dell'offerta è fortemente vincolato dalla carenza di specialisti e a questo si aggiunge la revisione del tariffario ambulatoriale, che ha incluso nella visita l'effettuazione dell'elettrocardiogramma, determinando una riduzione dell'offerta delle strutture private a seguito della riduzione tariffaria. La principale azione in fase di attuazione è rappresentata dalla revisione dei tempi di erogazione delle prestazioni;
 - RM encefalo: si evidenzia la necessità di un ampliamento degli slot, anche orientando l'offerta delle strutture private verso questa prestazione che rimane la maggior area critica nella diagnostica maggiore;
 - Colonscopia: l'ambito della gastroenterologia si presenta particolarmente critico, sia per un incremento della domanda che per le condizioni di rischio nell'erogazione della prestazione. In esito ad una procedura concorsuale nei mesi scorsi si è proceduto ad un adeguamento degli organici medici ed è in corso una revisione della durata degli slot per ottenere un incremento dell'offerta. Si intende procedere altresì ad una verifica della produttività delle varie gastroenterologie oltre all'ampliamento dell'offerta delle strutture private.

L'analisi dell'offerta consente altresì di valutare l'eventualità di una rimodulazione della stessa tra diverse prestazioni e tra diverse sedi di erogazione.

- Impegno del fondo Balduzzi: si è proceduto a monitorare l'uso del Fondo Balduzzi, la cui consistenza è certamente ridotta per la riduzione di attività dell'anno 2021 e l'eventuale revisione per indirizzarlo sulle prestazioni maggiormente critiche (ambulatoriali e di ricovero).
- Monitoraggio trimestrale della produttività delle UUOO di diagnostica per immagini: si è proceduto a completare il report sulla produttività sia di Unità organizzativa che individuale; rispetto all'attenzione rispetto al pieno utilizzo dei macchinari l'elemento critico è quello di garantire la produttività delle risorse umane presenti nelle strutture. Il sistema SIRM basato sulle pesature delle prestazioni, per quanto datato e penalizzante rispetto alle metodiche di più recente introduzione, consente una visione comparativa sia all'interno delle equipe che tra strutture utile a migliorare l'organizzazione del lavoro interno ai servizi.

Di seguito, gli obiettivi di cui alla Det. 686/2022:

| N. ob. DGRM 1284/22 | NSG | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2022 | PRIORITA' |
|---------------------|------|--|---|---|---|--|-----------|
| | D10Z | 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% | 2 |
| 52 | | Ottimizzazione offerta ambulatoriale | Aumento delle prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate alle aziende | (N. prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate all'Azienda 2022) - (N. prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate all'Azienda 2021) | (N. prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate all'Azienda 2021) | ≥ 10% | 1 |
| 53 | | Ottimizzazione offerta ambulatoriale | Inserimento nelle liste di pre-appointamento (liste di garanzia) di tutti i pazienti che ne hanno diritto, con verifica del numero di telefono dell'utente | Utenti che hanno diritto al pre-appointamento e che non hanno rifiutato lo stesso, inseriti nelle liste di garanzia con verifica del numero di telefono dell'utente | Utenti che hanno diritto al pre-appointamento e che non hanno rifiutato lo stesso | ≥ 95% | 1 |
| 54 | | Ottimizzazione offerta ambulatoriale | Predisposizione di piani di committenza per prestazioni specialistiche ambulatoriali, inclusive delle prestazioni di cui al PNGLA, relativi all'attività erogabile dalle strutture private convenzionate | | | Reportistica inviata entro il 31/01/2023 | 1 |
| 72 | | recupero dei tempi di attesa interventi chirurgici classe di priorità A | % prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata | | | ≥ 80% | 1 |
| 73 | | | % prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone | | | ≥ 90% | 1 |
| 74 | | | % prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero | | | ≥ 90% | 1 |
| 47 | | Ottimizzazione offerta ambulatoriale | Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraaortici; - 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 (esclusi i periodi di eventuale sospensione delle attività) | >90% | 1 |
| 48 | | Ottimizzazione offerta ambulatoriale | Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraaortici; - 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% | 1 |
| 50 | | Ottimizzazione offerta ambulatoriale | Garanzia del rispetto dei Tempi di Attesa per le prime visite ed i primi esami strumentali monitorizzate dal PNGLA [Classe di priorità B (10 gg visite; 10 gg prestazioni strumentali)] [Fonte: File C] | Σ [(Δ% 2021-2022 prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B, per singola prestazione valutata) ≥ (Target previsto per singola prestazione valutata)] | Numero totale di prestazioni per classe di priorità B valutate | Visita Cardiologica 18% | 1 |
| 51 | | Completezza della compilazione della ricetta per tipologia accesso/classe priorità per le prestazioni previste dal PNGLA | Numero delle prestazioni richieste con indicazione della tipologia accesso/classe priorità | N. totale delle richieste di prestazioni | >90% | | 1 46 |

3.2.1.7. Area Salute Mentale

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

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

Con determina n. 385/DG del 8/4/2019 è stato approvato il Progetto "Servizi di Sollievo" in favore di persone con problemi di salute mentale e delle loro famiglie. Criteri per l'assegnazione delle risorse per le annualità 2019 – 2020 che coinvolge i Dipartimenti di salute Mentale nella predisposizione dei piani terapeutico-riabilitativi individuali da realizzare anche in modalità gruppale e/o assembleare, secondo quanto disposto dalla D.A. n.132/2004. Inoltre i DSM verificano l'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 contenzione 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'Intesa n. 58/CSR del 28.04.2022 sul documento "Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali" sulla base delle quali le Regioni possono pianificare l'attività programmatica, volta al superamento delle criticità evidenziate nelle stesse. Ogni Regione è chiamata a presentare un progetto che vada a rafforzare i DSM, con obiettivi sia comuni a tutte le regioni, sia specifici che ogni Regione individuerà per superare le criticità locali. In particolare sono stati individuati, come obiettivi generali comuni a tutte le Regioni:

1. avviare/implementare dei percorsi per il superamento della contenzione meccanica;
2. prevedere percorsi innovativi alternativi ai ricoveri nelle REMS;
3. sviluppare un sistema informatico sempre aggiornato di monitoraggio.

Come obiettivo specifico regionale, definito con DGR n. 950/2022, è stato individuato, in accordo con Asur Marche, quale unità operativa del progetto e destinataria delle risorse finanziarie, quello di attuare gli obiettivi di presa in carico e di lavoro in rete, come previsto dal Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM), con particolare attenzione all'adolescenza, maturato dall'inesistenza di una adeguata rete di NPJA e di una relativa formazione specialistica sul territorio marchigiano. Il progetto presentato al Ministero della salute è stato finanziato con un importo pari a 1.703.863 euro.

La DGR n. 950/2022 è stata recepita con determina ASUR n. 591 del 03/10/2022 con cui sono state assegnate le risorse alle Aree Vaste.

Ulteriori interventi, proseguiti nel 2022 nell'Area Salute Mentale riguardano settori particolarmente critici che hanno richiesto:

- Procedure utili alla gestione delle emergenze: Accertamento Sanitario Obbligatorio (A.S.O.) e Trattamento Sanitario Obbligatorio (T.S.O.);
- Protocolli con gli istituti penitenziari per la prevenzione delle condotte autolesive e suicidarie nei penitenziari per adulti;
- Protocolli DSM- REMS per la gestione dei pazienti psichiatrici con misure giudiziarie

In riferimento all'ambito dei Disturbi della Condotta Alimentare (DCA) sono in corso le formalizzazioni dei percorsi clinici necessari nella gestione delle acuzie ospedaliere, in particolare prevedendo che, durante i ricoveri presso la medicina interna l'Equipe DCA mantenga la continuità assistenziale, nonché la definizione dei criteri e modalità di ricovero.

Nel corso del 2022 è in corso di completamento il programma ministeriale FAMI, in attuazione della Determina ASUR n.107 del 28 febbraio 2020 relativo alla realizzazione del progetto della Regione Marche per la salute Psico-fisica dei migranti forzati e dei minori non accompagnati.

Di seguito l'obiettivo di cui alla Det. 686/2022:

| N. ob. DGRM 1284/22 | NSG | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2022 | PRIORITA' |
|---------------------|------|--|--|---|---|---|-----------|
| 46 | D27Z | 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 \geq 18 anni (Vincolante) | Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età \geq 18 anni | Totale ricoveri in psichiatria per pazienti residenti di età \geq 18 anni | \leq 6,63% | 2 |
| | | Operatività del percorso di prevenzione della depressione post partum | Realizzazione dei percorsi di presa in carico della depressione post partum | | | Relazione annuale da inviare alla Direzione sanitaria entro il 15/01/2022 | 2 |

Il percorso depressione Post Partum risulta avviato nelle sedi di Senigallia, Macerata, Civitanova, Urbino e S. Benedetto del Tronto; risultano invece criticità per le altre sedi rispetto alle quali, nella riunione tecnica presso l'ASUR con la Clinica Universitaria di Torrette del 28/11/2022, si è provveduto ad individuare i percorsi correttivi, al fine del raggiungimento degli obiettivi assegnati.

3.2.1.8. Flussi informativi area territoriale

Di seguito gli obiettivi di cui alla Det. 686/2022 relativi alle prescrizioni dematerializzate e all'implementazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE) e ai flussi informativi territoriali.

| N. ob. DGRM 1284/22 | NSG | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2022 | PRIORITA' |
|---------------------|-----|---|---|---|---|--|-----------|
| 17 | | Coerenza tra flusso Consumi DM (DM 1 e DM2, no DM Q e L) e Modello CE Consuntivo | 90 % 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 accezione della Z13 "Materiali di consumo non specifici per strumentazione diagnostica" e della CND W "Dispositivi medico-diagnostici in vitro (D.Lgs 332/2000)"); | | | > 90% | 3 |
| 16 | | Coerenza tra flusso contratti DM e prodotti in BDM | 90 % 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] | | | >90% | 3 |
| G 1 | | Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi informativi sanitari (SDO, EMUR, EMUR 118, FILEC, CEDAP) | N. invii Flussi mensili | Consegna 100% SDO MAX trenta giorni dopo il mese | | 12 invii entro la scadenza prevista da DGRM 248/18 | 2 |
| G2 | | Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi informativi sanitari (SIAD, FAR, Hospice) | N. invii Flussi trimestrali | | | 4 invii entro la scadenza prevista da DGRM 248/18 | 2 |
| G 4 | | Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi informativi sanitari (SIND, File R, SDO gen-dic) | N. invii Flussi annuali | Consegna 100% SDO MAX trenta giorni dopo il mese | | 3 invii entro la scadenza prevista da DGRM 248/18 | 2 |
| G3 | | Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi informativi sanitari (SISM) | N. invii Flussi semestrali | | | 2 invii entro la scadenza prevista da DGRM 248/18 | 2 |
| 25 | | 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 2022 | 30% | 3 |
| 26 | | Costituzione nucleo minimo FSE | Percentuale di lettere di dimissione archivate nel repository (esclusi DH) | Produzione di lettere di dimissione archivate nel repository nel 2022 | Produzione di lettere di dimissione nel 2022 | ≥ 4% | 3 |
| | | 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 2022 | 90,0% | 3 |
| 29 | | Prescrizioni dematerializzate farmaceutica (prodotte da MMG, PLS e specialisti) | % ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata | n. ricette dematerializzate farmaceutica | Numero totale ricette farmaceutica convenzionata (risultante da Sistema TS) | ≥ 90% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati) | 4 |
| 30 | | 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 non gestite correttamente (stato della ricetta: prescritto, presa in carico) Rilevate da SOGEI dal confronto tra il flusso della ricetta dematerializzata e dai dati trasmessi ex comma 11 | Numero totale ricette dematerializzate specialistica ambulatoriale (risultante da Sistema TS) | < 10% | 3 |
| 28 | | Prescrizioni dematerializzate specialistiche (prodotte da MMG, PLS e specialisti) - Prescrizione | % ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale | n. ricette dematerializzate specialistica ambulatoriale | Numero totale ricette specialistica ambulatoriale (risultante da Sistema TS) | ≥ 80% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati) | 4 |
| 27 | | Costituzione nucleo minimo FSE | Produzione di referti di specialistica ambulatoriale archiviati nei repository | Avvio in produzione dei referti per x specialistiche ambulatoriali in aggiunta a quelle in essere nel 2021 | | X ≥ 1 | 1 |
| 31 | | Codifica unitaria di tutti i prodotti e servizi aziendali | % prodotti a listino riconducibili alla codifica unica regionale | Numero prodotti movimentati nei listini | Prodotti aggregabili con i codici unitari regionali | ≥ 50% | 1 |

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

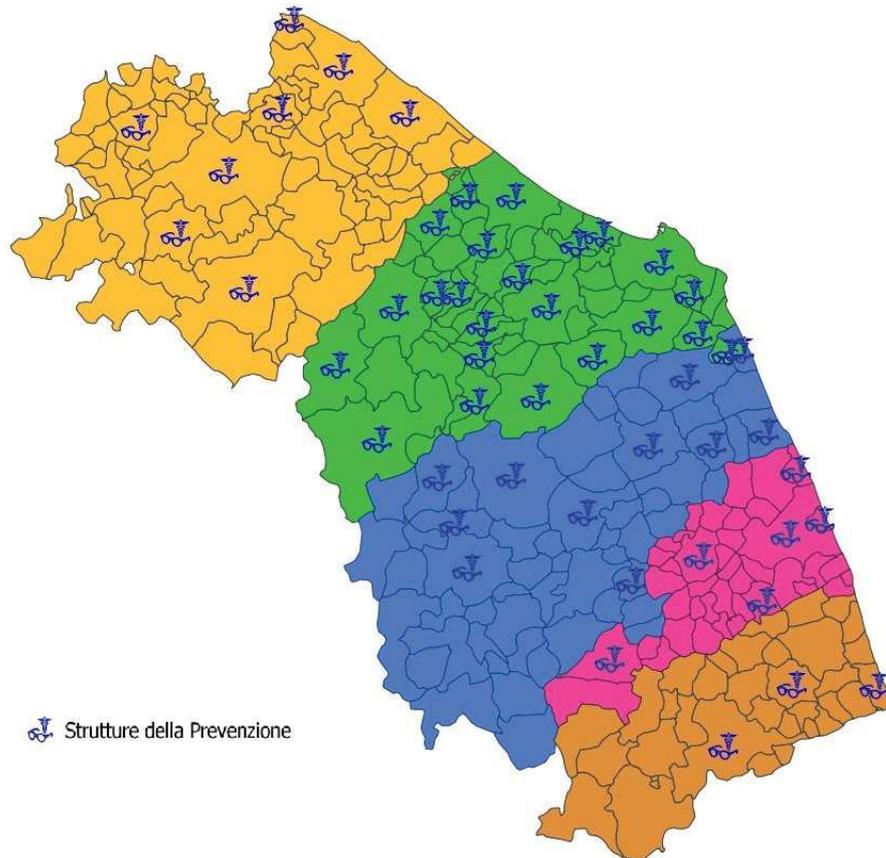
Per quanto attiene l'alimentazione del FSE si manterrà un monitoraggio sul flusso esistente relativo al sistema LIS, che verrà semplificato con l'installazione del LIS unico aziendale, mentre per quanto attiene il referto di pronto soccorso e la lettera di dimissione l'alimentazione del FSE si attuerà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

3.3. PREVENZIONE

3.3.1. Stato dell'arte

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

Dislocazione geografica delle sedi di erogazione dei servizi della Prevenzione



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

Il Dipartimento di Prevenzione (DP), come previsto dagli articoli 7, 7-bis, 7-ter e 7-quater del decreto legislativo 502/1992 e s.m., ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

Il DP, nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite, opera con riferimento al piano annuale di attività e di risorse negoziate con la Direzione Strategica nell'ambito della programmazione aziendale, al fine di garantire la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita.

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

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

Alla luce di quanto definito dal LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", come da DPCM 12 gennaio 2017, il DP garantisce attraverso le sue articolazioni ed i suoi professionisti il supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali in tutti gli aspetti relativi alla Sanità Pubblica ed esercita nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente le seguenti funzioni:

- A - Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
- B - Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati
- C - Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
- D - Salute animale e igiene urbana veterinaria
- E - Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori
- F - Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- G - Attività medico legali per finalità pubbliche.

Il Dipartimento di Prevenzione nelle sue diverse articolazioni ed organizzazioni aziendali è dotato, nell'ambito delle disponibilità previste dalla legislazione vigente, delle risorse multidisciplinari per poter adempiere alle funzioni sopra elencate.

A partire dalle funzioni sopramenzionate il DP, per la sua missione di supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali e regionali, è chiamato a garantire attività trasversali quali la preparazione e risposta rapida alle crisi/emergenze di natura infettiva, ambientale, ecc.

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

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

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

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

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

Anche nell'Area della Prevenzione, con particolare riferimento agli indicatori NGS sono stati avviati, con cadenza almeno trimestrale, i monitoraggi dei risultati attesi, con la richiesta da parte dei Responsabili di U.O. di indicazioni relative alle criticità riscontrate e ad eventuali azioni da intraprendere per garantire il raggiungimento al 31/12/2022.

| N. ob. DGRM 1284/22 | NSG | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2022 | PRIORITA' |
|---------------------|-----|---|--|---|---------------------------------|--------------------|-----------|
| 12 | | Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021) | Formalizzazione dei Piani Integrati Locali in ciascuna Area Vasta per l'attuazione dei Programmi del PRP | Determina in ciascuna AV | | Approvazione atti | 1 |
| 13 | | Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021) | %Indicatori certificativi raggiunti per anno 2022 | N. Indicatori PRP per anno 2022 raggiunti | N. Indicatori PRP per anno 2022 | ≥ 60% | 1 |
| 14 | | Piano Pandemico Regionale 2021-2023 (DGR 188/2022) | Definizione Comitati Pandemici Locali | Approvazione atto costituzione CPL | | CPL costituito | 1 |

In merito all'obiettivo n. 12 con nota prot. n. 0012582/ARS del 14/11/2022 la Regione ha specificato che verranno successivamente trasmesse indicazioni specifiche per la stesura Piani Integrati Locali, che andrà effettuata nel 2023.

Per quanto riguarda l'obiettivo n. 13 con nota prot 44697 del 28/12/2022 la Direzione Generale ha comunicato al Settore Prevenzione e Promozione della Salute nei luoghi di vita e lavoro del Dipartimento Salute che, al fine della valutazione del raggiungimento del 60% degli indicatori del Piano Regionale della prevenzione 2021-2025, è stata avviata una ricognizione con i referenti delle Aree Vasta, da cui è emerso che tale valore atteso risulta incompatibile con i termine previsto a livello nazionale per la verifica del PRP. Inoltre nella citata nota è stato evidenziato che alcuni indicatori hanno decorrenza dall'anno 2023 o anni successivi e che, per il raggiungimento di altri indicatori, sono state realizzate le azioni propedeutiche necessarie al conseguimento degli obiettivi attesi.

In riferimento all'obiettivo n. 14 si elencano di seguito le determinine di Costituzione/aggiornamento dei Comitati Pandemici di Area Vasta:

| AREA VASTA | ATTI |
|--------------|---|
| Area Vasta 1 | Determina n. 1190/2022 |
| Area Vasta 2 | Determine n.1415/2022 e 2021/2022 |
| Area Vasta 3 | Determine n. 528/2022, 723/2022 e 1402/2022 e 2021/2022 |
| Area Vasta 4 | Determine n. 282/2022 e 394/2022 |
| Area Vasta 5 | Determine n. 390/2022, 282/2022 e 1212/2022 |

3.3.2.1. AREA MEDICA

a) Igiene e Sanità Pubblica

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

La DGR n. 36 del 25/01/2021 ha approvato le "Linee di indirizzo regionali per l'attuazione del Piano strategico per la vaccinazione anti-SARS-CoV-2 nella Regione Marche - Completamento I^ Fase e avvio II^ Fase Vaccinazione anti-SARS-CoV-2" che ha stabilito i presupposti per condurre la campagna vaccinale, in linea con le

disposizioni del Ministero della Salute e del Commissario straordinario per l'emergenza Covid-19: l'efficace e puntuale distribuzione dei vaccini; il costante monitoraggio dei fabbisogni e degli approvvigionamenti, l'incremento della capacità giornaliera di somministrazione. In particolare, con l'aumentata disponibilità di vaccini, nella terza fase vaccinale sono stati attivati i Punti Vaccinali di Popolazione (PVP), Centri Vaccinali organizzati per somministrare le dosi vaccinali in numero elevato ed in un tempo limitato.

Il 22 novembre 2021 è iniziata la somministrazione della dose "booster", con vaccino a m-RNA, successivamente estesa alle altre fasce d'età.

In riferimento alla normativa nazionale che ha disciplinato la prosecuzione della campagna vaccinale nel 2022 il DL n. 24 del 24 marzo 2022 (convertito dalla legge n. 52/2022) ha disposto che l'obbligo vaccinale sia mantenuto fino al 31 dicembre 2022 per i professionisti sanitari e gli operatori di interesse sanitario, anche per i soggetti che svolgono la propria attività lavorativa nelle strutture residenziali, socio-assistenziali e socio-sanitarie. Per i soggetti di età superiore a 50 anni, rimane la scadenza dell'obbligo fino al 15 giugno 2022, ma l'adempimento non è considerato un requisito per lo svolgimento dell'attività lavorativa. Successivamente il 31/10/2022 è stato approvato il decreto del Consiglio dei Ministri che anticipa la conclusione al 1 novembre 2022 del periodo di vigenza dell'obbligo vaccinale per i professionisti sanitari.

In termini di attività svolta per la prosecuzione della campagna vaccinale SARS CoV 2 secondo le Linee Guida Nazionali e Regionali da gennaio 2022 è stata garantita la prosecuzione della campagna vaccinale nei PVP (Punti di vaccinazione di Popolazione) allestiti in ogni area vasta. Il monitoraggio dell'attività dei PVP è proseguita tramite l'attività della Cabina di Regia tecnica per il governo del piano vaccinale istituita con DGR n. 375 del 29/3/2021.

Le indicazioni regionali e nazionali sono state recepite da ASUR e trasmesse alle Aree Vaste in modo tempestivo rispetto alle indicazioni ricevute dalla Regione e dal Ministero.

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

Questi strumenti sono stati costantemente e continuamente aggiornati anche nel corso del 2022 con implementazioni di funzioni e automatismi finalizzati a sviluppare volumi elevatissimi di azioni previste nei percorsi sanitari di sorveglianza attiva, corrispondenza e notifiche rivolte all'utenza e alle scuole, nonché verso altri soggetti (MMG/PLS ecc).

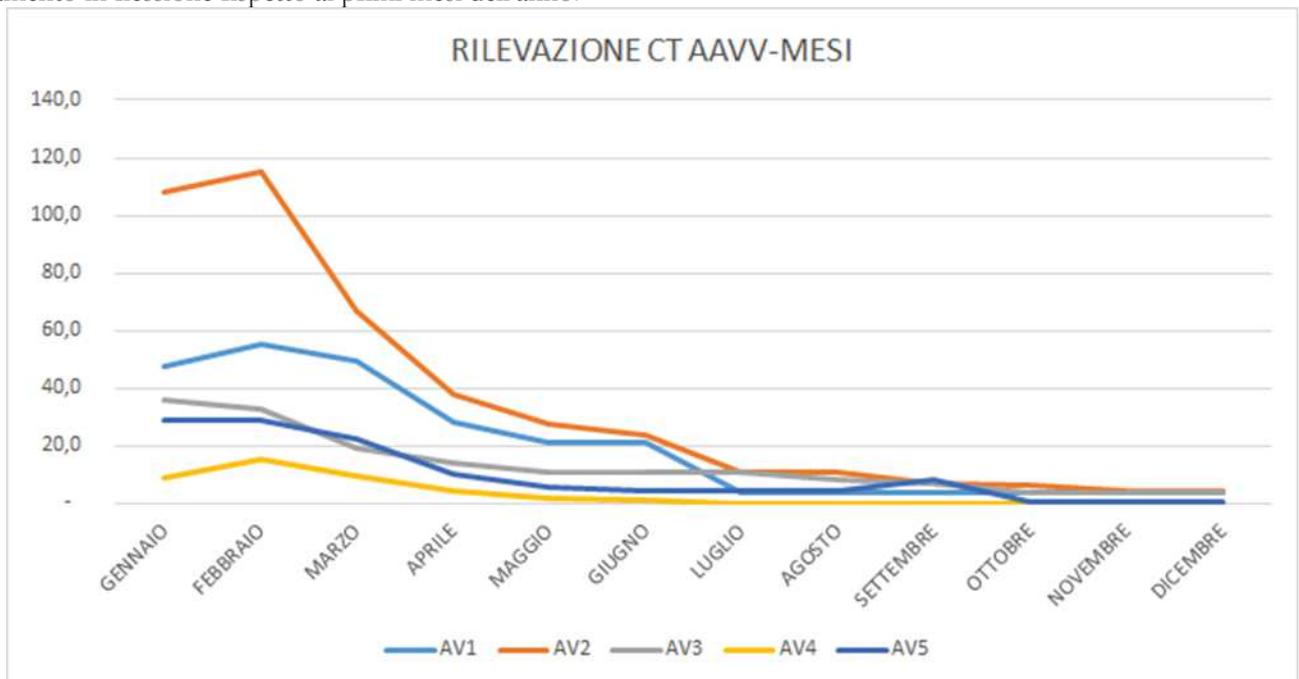
Con la fase 2 della pandemia si è consolidata la condizione di convivere con il virus SARS-CoV2 che circola nella popolazione sviluppando ondate pandemiche legate anche alle varianti subentranti con tassi d'incidenza e patogenicità diversi. Di conseguenza, la risposta preventiva deve essere rafforzata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

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

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

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

L'attività di Contact Tracing, di prelievo/invio ai laboratori e di monitoraggio dei contatti stretti e dei casi posti rispettivamente in quarantena e isolamento sono proseguite nel 2022, seppur con livelli variabili nei territori ed in modo flessibile rispetto all'andamento dei casi COVID. Il 2022 ha segnato il passaggio da un approccio di contenimento ad un approccio di mitigazione, con attività di Indagine Epidemiologica e Contact Tracing sempre meno rilevanti e progressivamente ridotte che hanno lasciato spazio ad uno spinto automatismo informatizzato nelle attività di registrazione dei casi. Il grafico seguente evidenzia il trend a partire gennaio 2022, evidenziando un andamento in flessione rispetto ai primi mesi dell'anno.



Anche per la stagione 2022/2023 la vaccinazione antinfluenzale assume particolare rilevanza in primis per la scarsa circolazione virale registrata per due stagioni consecutive e in secondo luogo per quanto è possibile apprezzare dall'analisi della circolazione virale influenzale nella stagione invernale dell'emisfero australe con una rilevante epidemia influenzale sostenuta da virus influenzale di tipo A/H3N2. Quello che sta accadendo, in linea con le previsioni, è un rapido incremento di casi di influenza già dalle prime settimane di dicembre, dunque una curva epidemica in fase di accelerazione e anticipata rispetto al solito andamento stagionale. Al contempo i contagi da Sars-CoV-2 proseguono rendendo effettivo il temuto scenario di co-circolazione di virus influenzali e SARS-CoV-2. Il vaccino antinfluenzale è indicato per tutti i soggetti che desiderano evitare la malattia influenzale e che non abbiano specifiche controindicazioni. La vaccinazione viene offerta attivamente e gratuitamente ai soggetti che, per le loro condizioni personali, corrono un maggiore rischio di sviluppare complicanze in caso di infezione con virus influenza e agli adulti con età > 60 anni.

Con Determina del Direttore Generale ASUR n. 436 del 20 giugno 2022 ASUR ha aggiudicato i lotti per la fornitura di vaccino antinfluenzale, acquistando 180.000 dosi di vaccino split tetravalente (QIV), 172.990 dosi di vaccino adiuvato tetravalente (VIQa), 7200 dosi di vaccino ad alto dosaggio (HD), 6400 dosi di vaccino inattivato prodotto su colture cellulari e 7500 dosi di vaccino tetravalente vivo attenuato spray nasale (LAIV) facilitando, con questa attività, il raggiungimento degli obiettivi regionali definiti con Circolare n. 10462 del 26 settembre 2022:

- ampliamento dell'offerta di vaccino adiuvato (VIQa) alla popolazione anziana over 70;
- offerta del vaccino sub-unità/split quadrivalente (QIV) alla popolazione 60-69 anni;
- offerta del vaccino sub-unità/split quadrivalente (QIV), anche in tempi successivi (se fosse necessaria una prioritizzazione delle categorie vaccinali), alle restanti categorie target dell'offerta vaccinale;

- offerta del vaccino ad alto dosaggio (HD) per la vaccinazione delle persone ricoverate presso strutture per lungodegenti;
- offerta del vaccino vivo attenuato (LAIV) per garantire un più alto uptake vaccinale nella popolazione pediatrica.

Di seguito, gli obiettivi di cui alla Det. 686/2022.

| N. ob. DGRM 1284/22 | NSG | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2022 | PRIORITA' |
|---------------------|-------|---|--|---|---|---|-----------|
| <u>7</u> | P06 C | Copertura vaccinale | Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano | numero di soggetti di età superiore o uguale a 65 anni vaccinati per antinfluenza | Popolazione ≥ 65 anni residente | Obiettivo minimo >60% (assegnazione 50% del punteggio) >60% e valore superiore all'anno precedente (assegnazione 75% del punteggio) Obiettivo ottimale ≥75% (assegnazione 100% del punteggio) | 3 |
| <u>2</u> | P02 C | 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 | obiettivo minimo: >90% con superamento del valore dello scorso anno (assegnazione 75% del valore del punteggio) valore ottimale ≥ 95% (assegnazione 100% del valore del punteggio) | 2 |
| <u>1</u> | P01 C | 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 | Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita | obiettivo minimo: >90% con superamento del valore dello scorso anno (assegnazione 75% del valore del punteggio) valore ottimale ≥ 95% (assegnazione 100% del valore del punteggio) | 2 |
| | P14 C | Miglioramento degli stili di vita | Indicatore composito sugli stili di vita | Numero di soggetti che presentano un punteggio maggiore o uguale a due. Il punteggio è inteso come somma dei punteggi relativi a 4 indicatori (fumo, peso, alcol, sedentarietà) | Popolazione stimata 18-69 residente | >65% | 1 |
| | P14 C | Miglioramento degli stili di vita | Copertura territoriale dei dati di prevalenza | n. interviste attese | n. interviste realizzate | ≥100% | 1 |
| <u>38</u> | | Potenziamento dell'attività di rischio in sicurezza alimentare (Reg 178/2002, al 2 DGRM n. 1803 del 09/12/2008) | Atti formali relativi all'attività di comunicazione del rischio nell'ambito della sicurezza alimentare | Esecuzione delle attività annuali di comunicazione del rischio programmata dall'Autorità competente locale per ciascuna A.V. entro il 31.12.2022 | | Report interdisciplinare di Area Vasta dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare | 4 |
| <u>6</u> | | Attività vaccinale anti Sars-CoV-2 | Revisione dei Piani di attività per la prosecuzione della campagna vaccinale SARS CoV 2 secondo le Linee Guida Nazionali e Regionali | | | Rispetto delle Linee guida Nazionali e Regionali | 1 |

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

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

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

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

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

In particolare con riferimento agli obiettivi **P01C “Copertura vaccinale Esavalente”** e **P02C “Copertura vaccinale MPR”**, i dati pubblicati nel paper di Giambi e colleghi (esitazione vaccinale stimata al 15% su popolazione di genitori di bambini tra i 12 e i 36 mesi d’età) derivano da una indagine nazionale alla quale la regione Marche ha partecipato nel corso del 2016; lo strumento di indagine, un questionario auto-compilato, è stato somministrato nei mesi di febbraio e marzo 2016, presso gli asili nido e gli ambulatori dei pediatri di libera scelta, anche nella nostra regione, grazie alla collaborazione dei Servizi vaccinali dell’ASUR. Nelle Marche sono stati raccolti 580 questionari, numeri che hanno consentito di ottenere risultati statisticamente significativi per il livello regionale. Formale richiesta di utilizzo dei dati regionali è stata sottoposta al Ministero della Salute/CCM, detentore dei dati, ed è stata accolta.

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

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

L’andamento delle coperture vaccinali in Italia ha subito una variazione significativa nell’ultima decade. Si riporta, in particolare, un calo diffuso di coperture nel periodo 2010-2015 (tabella 1), un’inversione di tendenza nel biennio 2015-2016 e un incremento consistente e progressivo dall’anno 2017 (tabella 2), sostenuto dalla legge nazionale sull’obbligo vaccinale esteso a 10 antigeni (DL 73 e Legge 119/2017). Gli ultimi dati disponibili (al 31/12/2021) mostrano un calo nazionale per tutte le vaccinazioni, ascrivibile all’impatto che la pandemia da Covid-19 ha generato sull’offerta vaccinale da parte dei Dipartimenti di Prevenzione. I Dipartimenti di Prevenzione delle Marche hanno registrato un lieve miglioramento delle coperture passando dal 93,8% del 31.12.2020 al 94,2 del 31.12.2021 per esavalente e dal 92,7% al 92,8% per MPR.

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

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

(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi

(b) 1a dose entro 24 mesi

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

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

| | Esavalente ^(a) | | | | | | | Morbillo-Parotite-Rosolia (MPR) ^(b) | | | | | | |
|--------|---------------------------|------|------|------|------|------|------------|--|------|------|------|------|------|------------|
| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Δ 16-21 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Δ 16-21 |
| Marche | 92,3 | 93 | 93,9 | 94,7 | 93,8 | 94,2 | +1,9% | 83 | 88,2 | 92 | 93,7 | 92,7 | 92,8 | +12,8% |
| Italia | 93,3 | 94,6 | 95,1 | 95 | 94 | 94 | +0,7% | 87,3 | 91,8 | 93,2 | 94,5 | 91,8 | 93,8 | +6,5% |

(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi

(b) 1a dose entro 24 mesi

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

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

Il dato al 31/12/2020 (ultimo disponibile) mostra un calo di coperture registrato in tutta Italia con dati invariati per Esavalente e dati in miglioramento per MPR. Nelle Marche l’inversione di tendenza è stata registrata seppur con un calo inferiore rispetto al dato medio nazionale e come già ribadito nell’ultimo anno i dati registrati hanno mostrato un lieve miglioramento.

Con riferimento all’obiettivo **P06C: Copertura vaccinale Antinfluenzale (soggetti vaccinati > 65 anni al termine della campagna antinfluenzale 2021/2022)**, i dati di copertura vaccinale negli ultra 65enni delle ultime stagioni influenzali sono stati caratterizzati da un progressivo innalzamento a valori comunque molto lontani dagli obiettivi nazionali del 75% (minimo) e 95% (ottimale). Dai dati ministeriali si evincono alcuni rilevanti fenomeni (Tabella 3). In particolare emerge un crollo della copertura antinfluenzale negli anziani (> 65 anni) che passa dal 65,3% della stagione 2020-21 al 58,1% della stagione 2021-22. Anche nelle Marche si è registrato un calo delle coperture, meno rilevante rispetto al dato medio nazionale.

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

| | Influenza – Over 65 | | | | | | | | | | | | | |
|--------|---------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | 2008-09 | 2009-10 | 2010-11 | 2011-12 | 2012-13 | 2013-14 | 2014-15 | 2015-16 | 2016-17 | 2017-18 | 2018-19 | 2019-20 | 2020-21 | 2021-22 |
| Marche | 66,9 | 66,5 | 63,9 | 62,2 | 54,9 | 57,5 | 46,2 | 50,1 | 51,0 | 50,0 | 51,6 | 56,9 | 65,0 | 62,8 |
| Italia | 66,3 | 65,6 | 62,4 | 62,7 | 54,2 | 55,4 | 48,6 | 49,9 | 52,0 | 52,7 | 53,1 | 54,6 | 65,3 | 58,1 |

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

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

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

Alla luce di quanto sopra esposto, i valori obiettivo assegnati all’ASUR con la DGRM 1283/2022 con riferimento alle coperture vaccinale Esavalente, MPR e antinfluenzale sono da considerarsi irraggiungibili e di seguito si riassumono le principali ragioni:

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

Stante l'elevata probabilità che quanto precedentemente descritto possa incidere negativamente nell'uptake vaccinale complessivo, i target previsti dalla DGRM 1283/22 per gli obiettivi di copertura vaccinale P01C e P02C dovrebbero essere sostituiti con i valori previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per ottenere il punteggio di sufficienza, pari al 92% per entrambe le coperture vaccinali.

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

b) Prevenzione nei luoghi di lavoro

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

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

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

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

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

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

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

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

In ottemperanza alle disposizioni di cui alla D.G.R. n. 242 del 08/03/2021 "Protocollo d'intesa per le vaccinazioni veloci anti Sars-Cov2 tra Regione Marche e categorie economiche, forze sociali, imprese, professioni"

modificata dalla DGR n. 702 del 31.05.2021, i servizi PSAL hanno inoltre fornito supporto nella verifica della adeguatezza dei Punti vaccinali con rilascio dei relativi pareri e nulla-osta.

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

Di seguito l’obiettivo assegnato con Det. 686/2022:

| N. ob. DGRM 1284/22 | NSG | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2022 | PRIORITA' |
|---------------------|-------|--|---|---------------------------------------|--|--------------------|-----------|
| 8 | P07 C | 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% | 1 |
| 11 | | Sicurezza dei prodotti chimici Controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP) | % imprese controllate su imprese programmate | N. imprese controllate | N. imprese programmate | >=95% | 4 |

c) Screening oncologici

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

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

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

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

Il piano di recupero di cui alla DGR 490/2022 riguarda anche le prestazioni di screening oncologici, dato il ritardo, determinato dalla pandemia all'erogazione delle prestazioni.

Tuttavia si evidenzia che gli strumenti straordinari definiti dal DL 104/2020 e smi per il recupero delle prestazioni, prevedevano per il Comparto il coinvolgimento di figure professionali specifiche autorizzate a svolgere le prestazioni aggiuntive gli infermieri ed i tecnici di radiologia medica.

Pertanto, solo a seguito delle indicazioni operative fornite dalla Regione Marche con nota prot. 30370 del 01/09/2022 è stato possibile coinvolgere nel piano di recupero le Ostetriche, considerato che l'art. 29 comma 2) lett. b) del D.L. N. 104/2020 prevede la possibilità di ricorrere alle prestazioni aggiuntive del personale del

Comparto Sanità dipendente del SSN e tenuto conto della eccezionalità del contesto sanitario nazionale, si ritiene di poter aderire ad una interpretazione estensiva della normativa, di cui all'art. 1 del D.L. n. 402/2001, con carattere "straordinario" ed "eccezionale".

Sulla base delle più recenti evidenze scientifiche, per le attività di screening oncologico del 2022 si introducono rilevanti cambiamenti metodologici con la rimodulazione delle attività verso la popolazione target:

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

Per il perseguimento degli obiettivi 2022 è stata prevista l'acquisizione di un software gestionale per tutti gli Screening Oncologici, in grado di sostenere il consistente aumento di complessità nell'attività organizzativa e clinica; inoltre, è determinante l'acquisizione della strumentazione di laboratorio e di segreteria (macchinari diagnostici, dispositivi di prelievo, e stampanti di etichette) necessarie per l'esecuzione dei test HPV e di citologia su strato sottile.

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

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

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

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

Al fine di verificare il pieno raggiungimento degli obiettivi assegnati con Det 686/2022 occorre necessariamente attendere il mese di maggio 2023. Sarà possibile calcolare la adesione precisa ai tre programmi di screening per l'anno 2022 solo dopo tale data. Infatti, al fine di verificare il raggiungimento di tali obiettivi, occorre necessariamente attendere il mese di maggio 2023, poiché, come di consueto, le persone invitate a screening nell'anno 2022 hanno tempo fino al 30 aprile 2023 per aderire ai test di primo livello. Pertanto, qualunque valutazione sarebbe attualmente prematura ed incompleta. Tuttavia i dati parziali che abbiamo a disposizione e che possono eventualmente, nel diventare definitivi, comportare un aumento dell'adesione, indicano che per tutti e tre i programmi di screening nel 2022 si è già raggiunto l'obiettivo del superamento del valore dello scorso anno (2021).

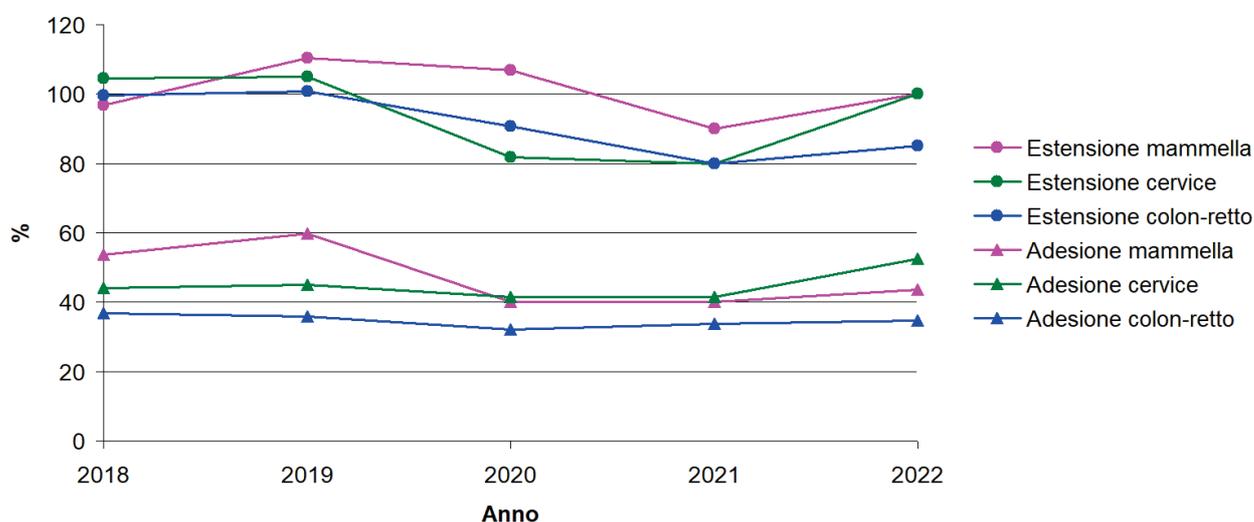
Ricordiamo i dati di adesione del 2021: 40.0% per lo screening della mammella, 41.4% per lo screening della cervice uterina, e 33.8% per lo screening del colon retto.

Mentre i dati di adesione (provvisori) del 2022 sono: 43.72% per lo screening della mammella, 52.43% per lo screening della cervice uterina, e 34.57% per lo screening del colon retto.

Di seguito l'obiettivo assegnato con Det. 686/2022.

| N. ob. DGRM 1284/22 | NSG | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2022 | PRIORITA' |
|---------------------|-------|---------------------------------------|--|--|--|--|-----------|
| 3 | P15 C | 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 2022 il test di screening per carcinoma mammella | Popolazione target 2022 | superamento del valore dello scorso anno (assegnazione 75% del valore del punteggio) >60% assegnazione 100% del valore del punteggio | 2 |
| 4 | P15 C | 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 2022 il test di screening per cervice uterina | Popolazione target 2022 | superamento del valore dello scorso anno (assegnazione 75% del valore del punteggio) >50% assegnazione 100% del valore del punteggio | 2 |
| 5 | P15 C | 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 2022 il test di screening per tumore colon retto | Popolazione target 2022 | superamento del valore dello scorso anno (assegnazione 75% del valore del punteggio) >50% assegnazione 100% del valore del punteggio | 2 |
| | | Rispetto LEA per Screening Oncologici | Aumento di prestazioni dei Programmi di Screening Oncologici per attuazione della DGR 124 del 13/02/2019 con ampliamento fasce d'età | Realizzazione del progetto Pilota di AV2 | Popolazione invitata a screening di età compresa tra i 45 e i 74 anni dei comuni oggetto del progetto Pilota | 100% | 2 |
| | | Rispetto LEA per Screening Oncologici | Applicazione del nuovo protocollo di screening del cervico-carcinoma con test HPV | nuovo protocollo di screening del cervico-carcinoma con test HPV applicato in tutte le Aree Vaste entro le scadenze previste | | <ul style="list-style-type: none"> • AV 2 entro 30/6 • AV 4 e 5 entro 30/9 • AV 1 entro 30/10 • AV 3 entro 31/12 | 2 |

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



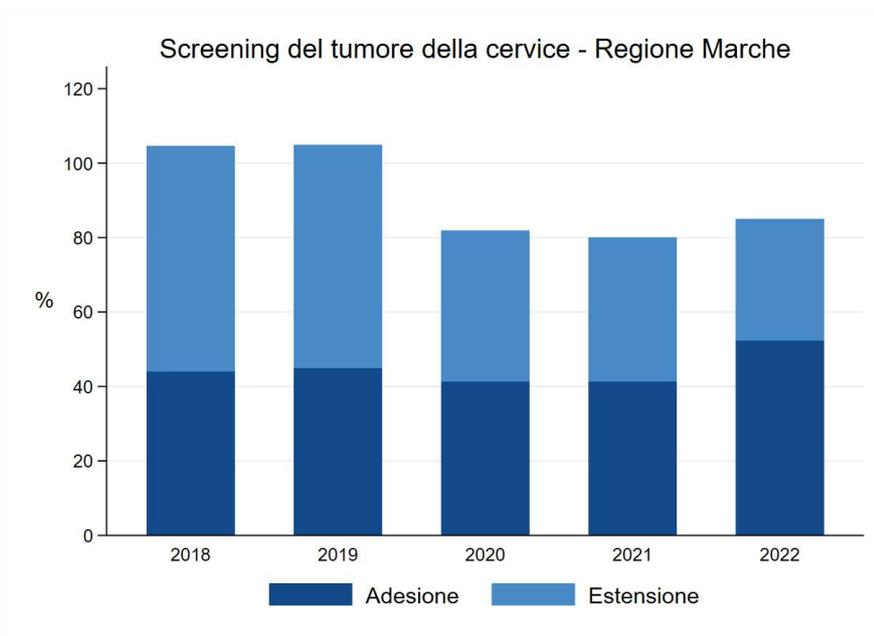
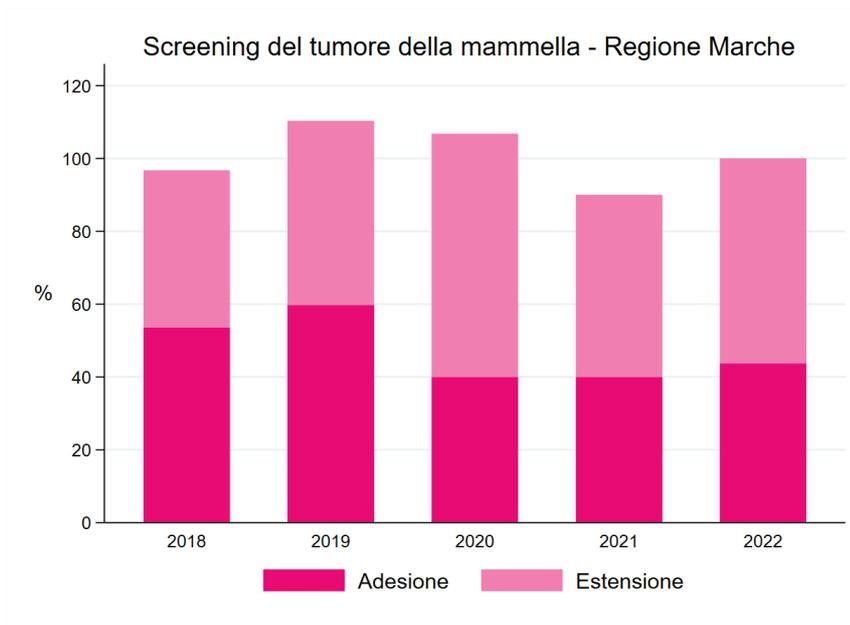
Malgrado un andamento stabile o in crescita dell'adesione che ha caratterizzato il periodo pre-pandemico, a causa della pandemia SARS-CoV-2, dal mese di marzo 2020, tutti e tre i programmi di screening sono rimasti fermi per quattro mesi, fatta eccezione per i test di secondo livello.

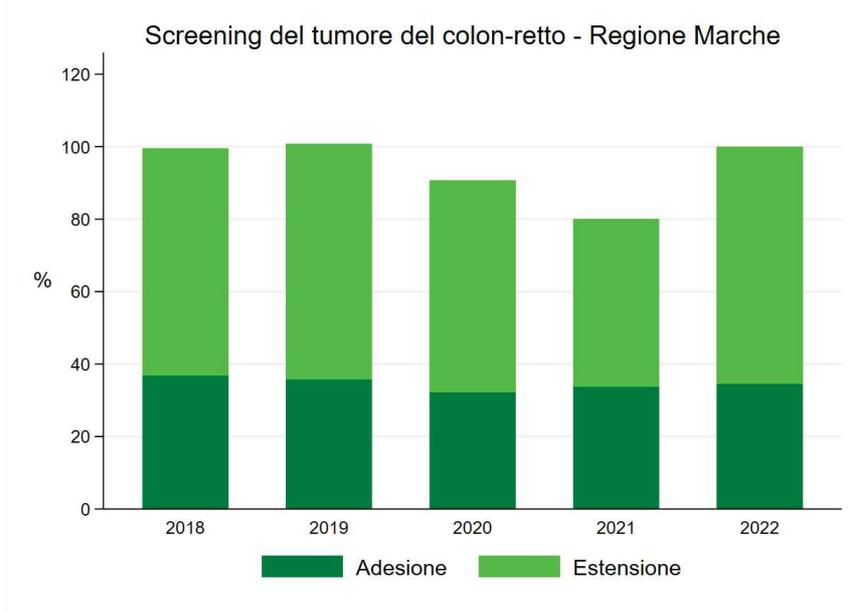
Le attività sono riprese nei mesi di giugno e luglio 2020, dopo una profonda riorganizzazione atta a garantire il distanziamento sociale e a tutelare utenti e personale sanitario; questo però non ha permesso di recuperare entro l'anno il ritardo accumulato.

Nell'anno 2021 e 2022 si è proseguito a consolidare la nuova organizzazione e si è lavorato per recuperare i ritardi di estensione e il calo di adesione.

Nello specifico, in Figura 1 è possibile osservare che nel 2022 tutti e tre gli screening hanno ottenuto un'adesione superiore a quella dell'anno precedente, e anche l'estensione sta tornando a livelli pre pandemici.

In particolare nelle figure 2,3 e 4 è possibile osservare nello specifico l'estensione e l'adesione rispettivamente per mammografia, pap test e ricerca del sangue occulto nelle feci.





Si può affermare che per gli screening mammografico e della cervice si tornerà rapidamente ai livelli di adesione vicini a quelli desiderabili ed indicati dal livello nazionale. Un discorso a parte è necessario per il colon-retto, storicamente al di sotto della soglia di accettabilità del 50% di adesione; per questo programma saranno necessari investimenti per mettere in atto strategie organizzative e comunicative al fine di ottenere un deciso aumento dell'adesione.

3.3.2.2. AREA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE

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

I controlli ufficiali sono intesi come controlli eseguiti dall'Autorità competente delegata per le funzioni di cui alle norme specifiche europee e nazionali. In merito all'esecuzione dei controlli, il Reg. UE 625/17 dispone che vengano effettuati con frequenza opportuna in base alla valutazione del rischio e senza preavviso a meno che non sia necessario ai fini dell'esecuzione del controllo stesso. Il Decreto legislativo del 2 febbraio 2021, n.27 ha definito le nuove modalità di campionamento degli alimenti adeguandole alle previsioni del Regolamento (UE) 2017/625. Le autorità competenti dovrebbero, a determinate condizioni, pubblicare o rendere disponibili le informazioni relative al rating dei singoli operatori del settore alimentare in base ai risultati dei controlli ufficiali? al fine di accrescere la trasparenza, l'equità e l'obiettività nella filiera agroalimentare.

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

I Servizi Veterinari e i Servizi IAN, parte integrante del Sistema sanitario nazionale, rivestono un ruolo di supporto rilevante nell'attuale situazione emergenziale. Svolgono, infatti, attività essenziali di sorveglianza sanitaria,

di controllo e di vigilanza per garantire che sia assicurato il rispetto rigoroso dei requisiti di sicurezza alimentare e salute e benessere degli animali a tutela della salute pubblica.

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

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

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

A. IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE (Servizio IAN)

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

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

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

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

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

Controlli sanitari di sicurezza alimentare per:

- la verifica di residui di fitosanitari negli alimenti di origine vegetale che si integra al piano di azione nazionale (PAN) per l'uso sostenibile dei prodotti fitosanitari, approvato con DM del 22/01/2014;
- verifica degli alimenti contenenti allergeni e OGM;
- verifica degli additivi alimentari;
- verificare dei materiali a contatto con alimenti (MOCA): dalla fabbricazione fino all'uso di materiali e oggetti destinati a venire a contatto con alimenti;
- piano micotossine con campionamenti e analisi mirate a definire l'esposizione ai contaminanti classificati come cancerogeni.
- limitare al massimo i casi di malattie trasmesse da alimenti (MTA).

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

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

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

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

Di seguito, gli obiettivi strategici di settore individuati con Det. 686/2022.

| N. ob. DGRM 1284/22 | NSG | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2022 | PRIORITA' |
|---------------------|------|--|--|--|--|--|-----------|
| <u>24</u> | P12Z | Additivi alimentari (Piano nazionale controllo additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari) | % campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNCCA | N. campioni effettuati per il PNCCA | Totale campioni previsti dal PNCCA | 100% in tutte le categorie previste | 2 |
| <u>35</u> | P13Z | 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 | 2 |
| <u>33</u> | P13Z | 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 DGSA n. 15168 del 14/04/2017. Percentuale di controlli analitici minimi effettuati per ciascuna matrice alimentare nelle fasi, rispettivamente, di "produzione" e "distribuzione" | % campioni effettuati sul totale dei programmi negli esercizi di produzione e distribuzione | 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 | 1 |
| <u>22</u> | P12Z | 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 | 1 |
| <u>34</u> | P13Z | 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 | 3 |
| <u>39</u> | | PIANO NAZIONALE MICOTOSSINE 2016-2018- Controllo ufficiale delle micotossine in alimenti. Nota DGSA 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 | 4 |
| <u>36</u> | P13Z | 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 eseguiti | N. totale campioni ed analisi previsti | 100% | 1 |

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

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

I controlli ufficiali degli alimenti di origine animale sono volti a verificare e garantire la conformità dei prodotti in questione alle disposizioni dirette a prevenire i rischi per la salute pubblica; questi controlli riguardano, sia i

prodotti italiani o di altra provenienza destinati ad essere commercializzati nel territorio nazionale, che quelli destinati ad essere spediti in un altro Stato dell'Unione Europea, oppure esportati in uno Stato terzo.

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

Il Servizio IAOA garantisce la seguente attività:

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

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

Di seguito gli obiettivi strategici di settore individuati con Det. 686/2022:

| N. ob. DGRM 1284/22 | NSG | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2022 | PRIORITA' |
|---------------------|------|---|--|--|--|--|-----------|
| <u>35</u> | P13Z | 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 | 2 |
| <u>33</u> | P13Z | CONTROLLI ANALITICI NELLE FASI DI PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI - attuazione Accordo Stato-Regioni del 10 novembre 2016, rep 212, concernente Linee guida controllo ufficiale ai sensi Reg 882/04 e 854/04, Capitolo 15 e ripartizione dei controlli su base regionale (nota DGSAN n. 15168 del 14/04/2017. Percentuale di controlli analitici minimi effettuati per ciascuna matrice alimentare nelle fasi, rispettivamente, di "produzione" e "distribuzione" | % campioni effettuati sul totale dei programmi negli esercizi di produzione e distribuzione | 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 | 1 |
| <u>32</u> | P11Z | Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti | % controllo per benessere negli impianti di macellazione | N. controlli per il rispetto del benessere negli impianti di macellazione (regolamento 1099/2099) | % di stabilimenti controllabili in attuazione del medesimo Piano | 100% | 2 |
| <u>37</u> | | 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% | 2 |
| <u>38</u> | | Potenziamento dell'attività di rischio in sicurezza alimentare (Reg 178/2002, all 2 DGRM n. 1803 del 09/12/2008) | Atti formali relativi all'attività di comunicazione del rischio nell'ambito della sicurezza alimentare | Esecuzione delle attività annuali di comunicazione del rischio programmata dall'Autorità competente locale per ciascuna A.V. entro il 31.12.2022 | | Report interdisciplinare di Area Vasta dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare | 4 |

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

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

- controlli ufficiali inerenti il piano nazionale residui (PNR) per la rilevazione di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale di cui al Decreto legislativo 158/2006.
- Controlli ufficiali sull'applicazione della normativa concernente il benessere animale come pianificate dal Piano Nazionale per il benessere animale (PNBA) da rendicontare annualmente al Ministero con dati aggregati gestiti dai sistemi informatici di Classyfarm e VETINFO; questi controlli riguardano il rispetto delle norme di benessere degli animali durante l'allevamento, il trasporto e la macellazione degli animali.
- Attività ispettiva richiesta da parte delle forze dell'ordine o determinati da segnalazioni di irregolarità che possono pregiudicare il benessere durante il trasporto (ex. Reg. (CE) n. 1/2005); le attività atte alla protezione degli animali durante la macellazione (ex Reg. (CE) 1099/2009).
- Attività ispettive nei centri di raccolta, produzione stoccaggio di materiale genetico destinato agli scambi, le attività di sopralluogo volte al rilascio di autorizzazione all'attività per i centri di nuova apertura. Queste attività sono volte al controllo sanitario delle strutture già autorizzate e, in particolare, alla redazione e validazione dei certificati sanitari che accompagnano ogni partita di materiale genetico; le attività dei servizi veterinari competenti destinate al controllo della popolazione dei cani randagi e delle colonie feline previste ai sensi della L. 281/91, il cui svolgimento dovrà tenere conto della situazione locale in base alla valutazione effettuata dalle Regioni e Province autonome.
- Controlli ufficiali su alimenti di origine animale scaturiti da allerte dell'UE e i controlli su animali vivi e prodotti germinali derivanti dall'applicazione dell'articolo 14 bis del D.lgs 28/93.
- Controlli ufficiali su impianti selezionati e/o da individuare ai sensi della programmazione piano nazionale Benessere animale (PNBA).
- Attività sanitaria inerente il Piano Regionale Farmacosorveglianza 2021 che, in attuazione del Reg (UE) 2019/6, prevede controlli ufficiali ottimizzati su tutto il territorio avvalendosi della categorizzazione del rischio armonizzata a livello nazionale con il sistema informatico (Classyfarm); i controlli vengono mirati alle situazioni che pongono un serio rischio per la salute umana e animale derivante dal fenomeno dell'antibiotico-resistenza per gli elevati consumi di antibiotici in generale, e/o di antibiotici critici per l'uomo (Critically Important Antibiotics-CIA); la gestione dei difetti di qualità dei farmaci veterinari viene attivata su precisa segnalazione della DGSAF mediante un intervento di rintraccio delle eventuali confezioni di farmaci interessati ancora presenti sul proprio territorio da parte dei Servizi veterinari locali.
- Attività di sopralluogo legate al riconoscimento degli operatori del settore dei mangimi ai sensi del Reg. (CE) n. 183/05 e autorizzazioni nel settore dei mangimi medicati ai sensi del D.Lgs 90/93; attività di sopralluogo legate a controlli sull'etichettatura dei mangimi; attività di Audit sugli operatori del settore dei mangimi.
- Campionamenti ed analisi da effettuare ai sensi della programmazione del piano nazionale alimentazione animale (PNAA) 2021-2023 trasmesso dal Ministero della Salute con nota DGSAF 0027783-22/12/2020; per la tutela della salute pubblica, il PNAA è finalizzato alla verifica del rispetto dei limiti imposti per le farine animali, per le diossine e i policlorobifenili, per le micotossine, per i metalli pesanti, per le Salmonelle e per gli altri contaminanti, nonché per l'uso degli OGM, per le cross contaminazioni (carry-over) e per il corretto uso dei principi farmacologicamente attivi soprattutto nei mangimi destinati agli avicoli.
- controlli su sospetto o correlati ad indagini epidemiologiche legate a emergenze, allerte iRASFF o su segnalazione di non conformità; attività legate al rilascio di certificazioni sanitarie per l'esportazione di mangimi verso Paesi Terzi.

Di seguito gli obiettivi strategici di settore individuati con Det.686/2022:

| N. ob. DGRM 1284/22 | NSG | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2022 | PRIORITA' |
|---------------------|------|--|--|--|--|--|-----------|
| <u>35</u> | P13Z | 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 | 2 |
| <u>30</u> | P11Z | 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% | 2 |
| <u>31</u> | P11Z | 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% | 2 |
| <u>32</u> | P11Z | Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti | % controllo per benessere negli impianti di macellazione | N. controlli per il rispetto del benessere negli impianti di macellazione (regolamento 1099/2099) | % di stabilimenti controllabili in attuazione del medesimo Piano | 100% | 2 |
| <u>20</u> | P10Z | 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 | 1 |
| <u>21</u> | P10Z | Piano Nazionale Alimentazione animale | % campionamenti eseguiti sul totale degli attesi | N. campionamenti e analisi svolte | N. campionamenti e analisi programmati | 100% | 2 |
| <u>23</u> | P12Z | 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 | 1 |

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

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

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

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

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

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

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

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

Di seguito gli obiettivi strategici di settore individuati con Det. 686/2022:

| N. ob. DGRM 1284/22 | NSG | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2022 | PRIORITA' |
|---------------------|------|---|---|--|---|---|-----------|
| <u>15</u> | P10Z | ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report | % Stabilimenti ovi-caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle stabilimenti e 5% dei capi) | N. Stabilimenti ovi-caprini controllati | N. totale stabilimenti ovi-caprini | ≥ 3% delle stabilimenti | 1 |
| <u>15</u> | P10Z | ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report | % Stabilimenti ovi-caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle stabilimenti e 5% dei capi) | N. totale capi ovi-caprini controllati | N. totale capi ovi-caprini | ≥ 5% dei capi | 1 |
| <u>16</u> | P10Z | ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report | % Aziende suinicole controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% aziende) | N. aziende suinicole controllate I&R | N. totale aziende suinicole | ≥1% | 1 |
| <u>19</u> | P10Z | ANAGRAFI ZOOTECNICHE 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% | 2 |
| <u>17</u> | P10Z | ANAGRAFI ZOOTECNICHE 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% | 1 |
| <u>18</u> | P10Z | ANAGRAFI ZOOTECNICHE 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% | 2 |
| <u>27</u> | P09Z | ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante | % di capi bovini morti sottoposti al test per BSE sul totale degli attesi | Numero di bovini morti testati per BSE | Numero di bovini morti | ≥ 85% | 2 |
| <u>28</u> | P09Z | ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 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 | 2 |
| <u>28</u> | P09Z | ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 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 | 2 |
| <u>25</u> | P09Z | MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAF n.1618 del 28/01/2013 - LEA vincolante | % allevamenti controllati sugli allevamenti bovini da controllare per TBC come previsto dai piani di risanamento | Allevamenti bovini controllati per TBC | Allevamenti bovini da controllare per TBC | 100% | 1 |
| <u>26</u> | P09Z | MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAF n.1618 del 28/01/2013 - LEA vincolante | % allevamenti controllati sugli allevamenti bovini, ovini e caprini da controllare per BRC come previsto dai piani di risanamento | Allevamenti delle tre specie controllati per BRC | Allevamenti delle tre specie da controllare per BRC | 100% | 1 |
| <u>29</u> | P09Z | SALMONELLOSI ZOONOTICHE - Reg 2160/03 e s.m.i.: nota DGSA 3457 - 26/02/2010, NOTA dgsaf 1618 N. DEL 28/01/2013 e relativa registrazione dati nel SIS-BDN | % campionamenti sul totale dei campioni previsti dal "piano salmonellosi" in allevamento | Campioni effettuati | Totale campioni previsti dal piano Salmonellosi | 100% | 1 |

In riferimento al monitoraggio al 30 settembre 2022 degli obiettivi dell'AREA Sanitaria, con le seguenti note:

- prot. n. 38327 del 8/11/2022 indirizzata all'Area Vasta 1
- prot. n. 38328 del 8/11/2022 indirizzata all'Area Vasta 2
- prot. n. 38329 del 8/11/2022 indirizzata all'Area Vasta 3
- prot. n. 38330 del 8/11/2022 indirizzata all'Area Vasta 4
- prot. n. 38331 del 8/11/2022 indirizzata all'Area Vasta 5

la Direzione Generale ha richiesto di intraprendere le azioni necessarie al raggiungimento al 31/12/2022 per i quali si evidenziano criticità.

3.3.2.3. Flussi informativi area prevenzione

Di seguito gli obiettivi di cui alla Det. 686/2022 relativi alle al flusso informativo sul contact-tacing dei casi sul vaccino, entrambi in riferimento alla gestione del covid.

| N. ob. DGRM 1284/22 | NSG | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2022 | PRIORITA' |
|---------------------|-----|---|--|------------------------|--------------------------|--|-----------|
| G6** | | Invio Mensile (flusso Aggregato contact-tracing Covid-19) | Invio mensile dati aggregati contact tracing | | | Rispetto tempistica di invio mensile | 1 |
| G7** | | Invio Trimestrale Anagrafe Vaccinale (percorso Vaccinale e percorso vaccinale Covid-19) | Rispetto invio flussi Trimestrali (Anagrafe Vaccinale - Percorso vaccinazione Covid-19 e percorso No-Covid-19) | | | invio al 100% : Vaccinazioni obbligatorie e vaccinazioni COVID | 1 |

4. LA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA DELL'AZIENDA

4.1. OBIETTIVI ECONOMICI 2022

La Regione ha assegnato il Budget definitivo per l'anno 2022 con DGRM n. 1850 del 30/12/2022 avente ad oggetto "L.R. n. 19 del 08/08/2022 - Disposizioni agli Enti del SSR per la redazione del Bilancio Preventivo Economico 2022 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2022-2024".

Nelle more dell'assegnazione definitiva del Budget avvenuta con delibera del n. 1628 del 22/12/2021, la Regione Marche ha autorizzato gli Enti del Servizio Sanitario Regionale alla gestione provvisoria dei rispettivi Bilanci economici preventivi anno 2022 per lo svolgimento delle sole attività istituzionali. Per l'esercizio provvisorio, la Regione ha assegnato all'ASUR un tetto di spesa di 2.384.665.872 euro (Allegato A alla DGRM 1628/2021). La DGRM specifica che il tetto dei costi dell'ASUR comprende i costi di mobilità passiva interregionale e internazionale stimati in euro 104.037.020 e dei costi per i rimborsi ai danneggiati ex L. 210/1992 per un importo pari a Euro 4.500.000. Con riferimento al livello minimo dei ricavi, prevede un livello di entrate minimo da garantire pari a 76.701.520. Infine, il tetto di costi da destinare agli investimenti con fondi correnti assegnato all'ASUR è pari a 18.750.000 euro.

L'approvazione degli obiettivi economici e sanitari degli Enti del SSR per l'anno 2022 è avvenuta con DGRM n. 1283 del 10/10/2022 e con DGRM 1284 del 10/10/2022 sono stati definiti i criteri di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori generali degli Enti del SSR, prevedendo indicatori, target e pesature di ciascun obiettivo economico e sanitario assegnato.

Nelle more dell'assegnazione definitiva degli obiettivi economici e sanitari per l'anno 2022 da parte della Regione Marche, la Direzione Generale ha impartito alle Aree Vaste le prime indicazioni di programmazione aziendale per l'anno 2022 con le seguenti note:

- Area Vasta 1 – Nota prot. 7197 del 23/02/2022
- Area Vasta 2 – Nota prot. 7198 del 23/02/2022
- Area Vasta 3 – Nota prot. 7200 del 23/02/2022
- Area Vasta 4 – Nota prot. 7203 del 23/02/2022
- Area Vasta 5 – Nota prot. 7206 del 23/02/2022.

Tali linee di programmazione aziendale includevano una proposta di tetto provvisorio di Budget 2022 per le Aree Vaste. In assenza di specifiche indicazioni regionali sugli obiettivi sanitari per l'anno 2022, la programmazione aziendale ha definito in via provvisoria gli obiettivi sanitari da perseguire da parte delle Aree Vaste, sulla base dei cosiddetti indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e degli obiettivi assegnati con DGR 511/2021 per l'anno 2021. Ciascun obiettivo/indicatore/target è classificato nell'ambito di una scala di priorità da 1 (alta) a 4 (bassa) al fine di esplicitare il valore strategico assegnato dalla Direzione Generale. Tali obiettivi sanitari sono stati approvati nell'ambito del Piano della Performance 2022-2024, che rappresenta una sottosezione del "Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)", ai sensi dell'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113. Il PIAO dell'ASUR è stato approvato con determina n. 467 del 30/06/2022.

In date 21-22-24 giugno 2022, i Direttori di Area Vasta hanno proceduto alla sottoscrizione degli obiettivi economici e sanitari, così come proposti dalla Direzione Generale con le linee di programmazione aziendale. Tale programmazione è stata approvata con determina DG n469/DG del 01/07/2022. In occasione della chiusura del primo trimestre 2022 sono state trasmesse ai Direttori di Area Vasta le raccomandazioni del Collegio sindacale (nota prot. 20614 del 9/6/2022) in merito alla gestione orientata all'efficientamento dei costi e ottimizzazione delle risorse. Anche in occasione del secondo e terzo trimestre 2022, la Direzione Generale ha chiesto la predisposizione di un piano di riconduzione della gestione nei limiti del Budget assegnato per l'anno 2022 con determina 469 citata.

Con l'assegnazione degli obiettivi sanitari di cui alle DGR 1283 e 1284 del 10/10/2022, la Direzione Generale ha assegnato definitivamente gli obiettivi alle Aree Vaste integrando la determina n. 469/DG del 01/07/2022 con gli ulteriori obiettivi regionali assegnati. Tale assegnazione definitiva è avvenuta con determina n. 686/DG del 02/11/2022.

Il nuovo tetto di spesa per l'ASUR (totale risorse disponibili), di cui all'allegato A della delibera di assegnazione definitiva, è rideterminato in 2.568.415.424 euro (al netto degli scambi infragruppo), comprensivi di contributi in

conto capitale di 24.625.556 euro per gli investimenti ed una mobilità passiva extraregionale di 129.052.620 euro. La Delibera citata assegna infine all'ASUR un livello di entrate proprie di 97.796.553 euro.

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

| ASUR | | BILANCIO DI PREVISIONE 2022 | Azioni di ottimizzazione 2022 | Bil Prev. Gestione ordinaria | Bil Prev. Gestione Covid-19 |
|---|--|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| | | b=c+d+e | c | d | e |
| a2 | FSR indistinto agli Enti del SSR di cui: | 2.263.267.246 | | 2.252.652.542 | 10.614.704 |
| a2.1.a | da destinare alla spesa corrente | 2.230.578.029 | | 2.230.578.029 | |
| a2.1.b | da destinare al F.do di riequilibrio | - | | - | |
| a2.2 | da destinare a spesa corrente con vincolo di destinazione regionale | 15.289.217 | | 4.674.513 | 10.614.704 |
| a2.3 | da destinare agli investimenti ai sensi del D.Lgvo 118/2011 | 17.400.000 | | 17.400.000 | |
| d | Mobilità attiva interregionale ed internazionale | 69.773.403 | | 69.773.403 | |
| b2 | Fondo Sanitario finalizzato Covid-19 | 607.841 | | | 607.841 |
| c2 | Fondo Sanitario Regionale vincolato di cui: | 82.657.936 | | 82.657.936 | - |
| c2.1 | Obiettivi di carattere prioritario | 19.633.202 | | 19.633.202 | |
| c2.2 | Farmaci innovativi | 20.195.786 | | 20.195.786 | |
| c2.3 | Medicina Penitenziaria | 2.658.006 | | 2.658.006 | |
| c2.4 | Altre quote vincolate (assistenza detenuti tossic., OPG, borse di studio MMG, ... comprensivo DL 50/22 e 144/22) | 40.170.942 | | 40.170.942 | |
| e | Ulteriori trasferimenti agli Enti del SSR di cui: | 54.312.445 | - | 54.312.445 | - |
| e1 | Payback superamento tetto spesa farmaceutica | 23.619.738 | | 23.619.738 | |
| e2 | Ulteriore Pay Back | 7.500.000 | | 7.500.000 | |
| e3 | Risorse regionali aggiuntive | 23.192.706 | | 23.192.706 | |
| f= (a2+d+b2+c 2+e) | TOTALE TRASFERIMENTI DA REGIONE AGLI ENTI DEL SSR | 2.470.618.871 | | 2.459.396.326 | 11.222.545 |
| g | ENTRATE PROPRIE DEGLI ENTI DEL SSR DI CUI: | 97.796.553 | | 97.796.553 | - |
| g1 | Ricavi propri | 97.796.553 | | 97.796.553 | |
| g2 | Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione | - | | | |
| g3 | Ricavi straordinari | - | | | |
| h=f+g | TOTALE RISORSE DISPONIBILI PER GLI ENTI DEL SSR | 2.568.415.424 | | 2.557.192.879 | 11.222.545 |
| i | TOTALE COSTI | 2.568.415.424 | - 48.074.110 | 2.552.716.758 | 63.772.776 |
| i1 | Gestionali (al netto degli scambi SSR) | 2.414.737.248 | - 48.074.110 | 2.399.038.582 | 63.772.776 |
| i2 | Mobilità passiva interregionale e internazionale | 129.052.620 | | 129.052.620 | |
| i3 | Rinnovi contrattuali | - | | | |
| i4 | Costi da destinare agli investimenti ai sensi del D.Lgvo 118/2011 | 24.625.556 | | 24.625.556 | |
| j = (h-i) | Avanzo/disavanzo programmato | - 0,0 | 48.074.110 | 4.476.121 | - 52.550.231 |

In coerenza con la programmazione economico-finanziaria, ai sensi dell'art. 25 c. 1 del D.Lgs. 118/2011, il Bilancio preventivo 2022 è redatto sulla base dei vincoli complessivi fissati dalla DGRM 1850/2022, prevedendo maggiori entrate proprie di 28.448.757 euro, a fronte dei maggiori costi gestionali per 28.448.757 euro quale consolidamento delle previsioni economiche 2022 certificate dalle Aree Vaste con le note seguenti:

- **Area Vasta 1** - Nota prot. 110065 del 29/12/2022 “Anno 2022 – certificazione previsione economica 2022 AV1”, nota prot. 110993 del 28/12/2022 “trasmissione nuova previsione annua 2022”, nota prot. 45044 del 29/12/2022 “Anno 2022 – Certificazione economica 2022 AV1 – Integrazione nota prot. 110993 del 28/12/2022” e nota prot. 111371 del 29/12/2022 “Trasmissione nuova previsione annua 2022 – aggiornamenti”.
- **Area Vasta 2** - Nota prot. 215487 del 22/12/2022 “Anno 2022 – certificazione previsione economica 2022 AV2”, nota prot. 218096 del 29/12/2022 “Azioni di ottimizzazione dei costi – ricavi anno 2022”, nota prot. 45045 del 29/12/2022 “Anno 2022 – Certificazione economica 2022 AV2 – Integrazione nota

prot. 218096 del 29/12/2022” e nota prot. 219254 del 30/12/2022 “Azioni di ottimizzazione dei costi – ricavi anno 2022”

- **Area Vasta 3** - Nota prot. 149838 del 23/12/2022 “Anno 2022 – certificazione previsione economica 2022 AV3”, nota prot. 151714 del 29/12/2022 “Previsione economica 2022 AV3”, nota prot. 45047 del 29/12/2022 “Anno 2022 – Certificazione economica 2022 AV3 – Integrazione nota prot. 151714 del 29/12/2022” e nota prot. 152180 del 30/12/2022 “aggiornamento previsione economica 2022 AV3”
- **Area Vasta 4** - Nota prot. 71028 del 22/12/2022 “Anno 2022 – certificazione previsione economica 2022 AV4”, nota prot. 71854 del 27/12/2022 “Certificazione recupero anno 2022 – Asur Av4”, nota prot. 45048 del 29/12/2022 “Anno 2022 – Certificazione economica 2022 AV4 – Integrazione nota prot. 71854 del 29/12/2022” e nota prot. 72432 del 30/12/2022 “previsione del report quadrata”
- **Area Vasta 5** - Nota prot. 107545 del 23/12/2022 “Anno 2022 – certificazione previsione economica 2022 AV5”, nota prot. ID 802100 del 28/12/2022 “Report - AV5 all’attenzione del Dr. Gigliucci D.ssa Piercamilli” e nota prot. 45049 del 29/12/2022 “Anno 2022 – Certificazione economica 2022 AV5 – Integrazione nota prot. ID 802100 del 28/12/2022” e nota prot. 109332 del 30/12/2022 “si allega versione aggiornata dei rientri av5”
- **ASUR MARCHE** - Nota prot. 45251 del 30/12/2022 “Anno 2022 – certificazione previsione economica 2022 ASUR”.

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

| | Bilancio Preventivo 2022 | Bilancio Preventivo 2021 | Bilancio d'esercizio 2020 | Bilancio d'esercizio 2019 | Bilancio d'esercizio 2018 | Delta 2022-2021 | Delta % | Delta 2022-2018 | Delta % |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------|----------|-----------------|---------|
| AZ9999 Totale valore della produzione (A) | 2.999.899.704 | 2.949.034.856 | 2.926.279.130 | 2.916.363.933 | 2.862.505.033 | 50.864.848 | 1,7% | 137.394.671 | 4,8% |
| BZ9999 Totale costi della produzione (B) | 3.002.345.795 | 2.931.576.174 | 2.891.445.995 | 2.890.938.184 | 2.864.452.369 | 70.769.621 | 2,4% | 137.893.426 | 4,8% |
| CZ9999 Totale proventi e oneri finanziari (C) | - 155.264 | - 404 | - 47.182 | - 154.309 | - 86.927 | - 154.860 | 38356,5% | - 68.337 | 78,6% |
| DZ9999 Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D) | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| EZ9999 Totale proventi e oneri straordinari (E) | 55.861.285 | 35.779.362 | 16.910.553 | 25.353.500 | 52.150.281 | 20.081.924 | 56,1% | 3.711.004 | 7,1% |
| XA0000 Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E) | 53.259.931 | 53.237.640 | 51.696.506 | 50.624.941 | 50.116.019 | 22.290 | 0,0% | 3.143.912 | 6,3% |
| YZ9999 Totale imposte e tasse (Y) | 53.259.931 | 53.237.640 | 51.696.506 | 50.624.941 | 50.116.019 | 22.290 | 0,0% | 3.143.912 | 6,3% |
| ZZ9999 RISULTATO DI ESERCIZIO | 0 | - | - | - | - | 0 | - | 0 | - |

Valori in euro

Il valore della produzione (A) dopo un trend in incremento nel biennio 2020-2018 (+1,9%) e di arresto nel 2020 (+0,3%), segna di nuovo un trend in aumento nel Bilancio preventivo 2022 (+1,7% pari a 50,9 milioni di euro). Allo stesso modo, il costo della produzione (B) evidenzia una previsione di espansione rispetto all’anno precedente (+2,4%), per effetto del protrarsi dell’emergenza COVID fino a tutto l’anno 2022 e della ripresa dell’attività istituzionale dopo la battuta d’arresto registrata nel 2020-2021.

Parte di tale aumento è finanziato con la gestione straordinaria (E) che evidenzia un aumento rispetto all’anno precedente, di 20,1 milioni di euro.

Per garantire il rispetto del vincolo economico sono stati assegnati anche per il 2022 i seguenti obiettivi che riguardano le aree della gestione dei costi e dei debiti, delle risorse umane (oltre a quelle della spesa farmaceutica dei dispositivi medici, del sistema tessera sanitaria, ricetta elettronica e fascicolo sanitario elettronico già trattati nelle sezioni precedenti del presente documento 3.1.2, 3.2.1 e 3.3.2).

| N. ob. DGRM 1284/22 | NSG | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2022 | PRIORITA' |
|---------------------|-----|--|---|--|---|---|-----------|
| 1 | | Equilibrio di bilancio | Rispetto del Budget assegnato con DGRM 1704/2020 | | | 100% | 1 |
| | | Rispetto dei tempi di pagamento | Garantire il rispetto dei tempi di pagamento | Tempo medio di pagamento delle fatture di beni e servizi | | Rispetto del c. 865 L.145/2019 | 2 |
| 3 | | Rispetto dei tempi di pagamento | | (Valore al 31/12/2022 di nc da ricevere di fatture anno 2022) | Totale valore nc richieste relative a fatture anno 2022 | ≤ 10% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contenzioso o controlli non conclusi) | 3 |
| 4 | | Chiusura note di credito da ricevere (nc) relative a fatture antecedenti l'anno in corso | Valore al 31/12/2022 di nc di fatture anni antecedenti il 2022 rispetto al valore al 31/12/2021 di nc di fatture | (Valore al 31/12/2022 di nc di fatture anni antecedenti il 2022) | (Valore al 31/12/2021 di nc di fatture) | ≤ 4% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contenzioso) | 1 |
| 5 | | Rispetto dei tempi di pagamento | Debiti al 31/12/2022 verso Enti del SSR di fatture antecedenti il 2022 rispetto ai debiti al 31/12/2021 verso Enti del SSR | (Debiti al 31/12/2022 verso Enti del SSR di fatture antecedenti il 2022) | (Debiti al 31/12/2021 verso Enti del SSR) | ≤ 0% | 3 |
| 6 | | Rispetto dei tempi di pagamento | % valore fatture pagate oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 | Valore Fatture pagate nell'esercizio 2022 oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 | Totale valore fatture pagate nell'esercizio 2022 | ≤ 1% | 1 |
| | | Rispetto dei tempi di pagamento | Rispetto tempi di pagamento/liquidazione previsti dalla Det. 639/2013 (Area Acquisti, Bilancio, Ufficio Tecnico e Patrimonio, DAO, DAT, Farmacia Territoriale ed ospedaliera) | | | Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza (5 giorni per il Bilancio, 20 per l'Ufficio liquidatore) | 2 |

In particolare l'obiettivo del rispetto dei tempi di pagamento (art. 33 del D.lgs. 33 del 14 marzo 2013 e smi) dispone che le Pubbliche Amministrazioni pubblichino annualmente e, a partire dal 2015, anche trimestralmente l'indicatore di tempestività dei pagamenti relativo ai propri tempi medi di pagamento. Le modalità di elaborazione e pubblicazione dell'indicatore sono precisate dagli artt. 9 e 10 del DPCM del 22 settembre 2014. Tutte le pubbliche amministrazioni sono tenute a pagare le proprie fatture entro 30 giorni dalla data del loro ricevimento, ad eccezione degli enti del servizio sanitario nazionale, per i quali il termine massimo di pagamento è fissato in 60 giorni.

Gli obiettivi sui tempi di pagamento assegnati nell'anno 2022 evidenziano criticità per quanto riguarda obiettivi di riduzione al 1% della percentuale di fatture pagate oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014, in quanto si parte da un rapporto percentuale dell'anno precedente ben oltre il 6%. A tal fine, sono state trasmesse alle Aree vaste, da parte della Direzione Amministrativa ASUR, le verifiche periodiche dell'obiettivo con richiesta di intervento con azioni correttive.

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

| N. ob. DGRM 1284/22 | NSG | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2022 | PRIORITA' |
|---------------------|-----|---|---|---|--|--|-----------|
| | | 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) | mantenimento % 2020 (Al netto delle assunzioni per il contrasto del Sars Cov-2) | 4 |
| 22 | | 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 31/07/2022 attestante l'avvenuta definizione del budget | 4 |
| 23 | | 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 | 4 |
| | | Evidenza del rispetto del tetto del costo del personale nel Piano Triennale di Fabbisogno | Evidenza del rispetto del tetto del costo del personale nel Piano Triennale di Fabbisogno 2022/2024 | | | 100% | 2 |
| | | Gestione informatizzata dell'organigramma di AV | Evidenza della gestione in AREAS dell'organigramma aziendale | Produzione reportistica da inviare alla Direzione, dalla quale si evidenzia la gestione informatizzata su AREAS dell'organigramma aziendale | | Report entro il 31/07/2022 | 4 |
| 21 | | 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 al Settore Risorse umane e formazione, 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 | | Report trimestrali il mese successivo al trimestre di riferimento, a partire dal III trimestre | 1 |
| 24 | | Adeguamento n. SOC / SOS previste (comprese strutture universitarie e di ricerca) agli standard nazionali | Riduzione n. SOC / SOS | (N. SOC / SOS al 31/12/2022) (N. SOC / SOS al 31/12/2021) | | -2 SOC | 1 |

Inoltre, con riferimento alla Legge di riforma del Servizio Sanitario Regionale (L.R. 19 del 8/8/2022), la DGR 1284/2022 ha assegnato all'ASUR l'obiettivo di "Messa a disposizione dei dati, informazioni e documentazione richieste dall'Unità di Progetto per l'attuazione del processo di riorganizzazione degli Enti del SSR". La richiesta di adempimenti è stata evasa dall'ASUR con nota prot. 30626 del 02/09/2022.

| N. ob. DGRM 1284/22 | NSG | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2022 | PRIORITA' |
|---------------------|-----|--|------------------------|------------------------|--------------------------|---|-----------|
| 7 | | Messa a disposizione dei dati, informazioni e documentazione richiesti dall'Unità di Progetto per l'attuazione del processo di riorganizzazione degli Enti del SSR | | | | Produzione dati e documentazione entro i termini previsti | 1 |

4.2. CONFRONTO CE PREVENTIVO/CONSUNTIVO E RELAZIONE SUGLI SCOSTAMENTI

4.2.1. Valore della produzione

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2021 | BILANCIO DI PREVISIONE 2022 | DELTA PREVISIONE ANNUA 2022 - CONSUNTIVO 2021 |
|--------|---|--------------------------|-----------------------------|---|
| AZ9999 | Totale valore della produzione (A) | 3.034.498.997 | 2.999.899.704 | -34.599.293 |
| AA0010 | A.1) Contributi in c/esercizio | 2.813.684.911 | 2.821.292.607 | 7.607.696 |
| AA0240 | A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti | -21.789.517 | -24.625.556 | -2.836.039 |
| AA0270 | A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti | 34.492.922 | 4.395.481 | -30.097.441 |
| AA0320 | A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria | 99.656.033 | 94.573.785 | -5.082.248 |
| AA0750 | A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi | 44.093.426 | 41.147.184 | -2.946.242 |
| AA0940 | A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) | 20.878.896 | 22.114.808 | 1.235.912 |
| AA0980 | A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio | 40.981.058 | 38.441.906 | -2.539.152 |
| AA1050 | A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni | 0 | 0 | 0 |
| AA1060 | A.9) Altri ricavi e proventi | 2.501.268 | 2.559.489 | 58.221 |

AA0010 A.1) Contributi in c/esercizio

I contributi del Bilancio preventivo 2022 sono previsti in incremento di euro +7.607.696, comprensivi delle risorse Covid per complessivi 10.614.704 euro stanziati per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni non erogate a causa del Covid di cui alla DGR 490/2022 e delle risorse per il potenziamento USCA.

Un rilevante scostamento rispetto alle assegnazioni del 2021 riguarda il Fondo regionale, che evidenzia un decremento di -13.592.081 euro, con una diversa distribuzione tra Fondo Indistinto (AA0031) e Fondo finalizzato dalla Regione (AA0032); nel 2022, infatti, si prevede un incremento del Fondo indistinto pari a 27.979.348 milioni di euro, mentre il fondo finalizzato e vincolato si prevede che sia in riduzione di -41.571.429.

Inoltre, incidono sull'incremento complessivo le assegnazioni della voce AA0040 le previsioni dei contributi vincolati (relativi alle risorse per gli obiettivi prioritari, medicina penitenziaria, farmaci innovativi ecc.) in aumento di euro 25.569.142.

Infine, le risorse extra fondo sanitario (AA0050), sono previsti in riduzione di euro -4.247.524. Tra i contributi extra-fondo sono registrate risorse covid per euro 607.841.

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

La rettifica per investimenti con fondi correnti è prevista pari a -24,6 milioni di euro, in riduzione rispetto all'anno precedente di 2,8 milioni di euro.

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

| TIPOLOGIA DI INVESTIMENTI | RIEPILOGO COPERTURA FINANZIARIA | | | | | | TOT INV | Note |
|--|---------------------------------|------------------|----------------------|-------|-------------------|---------------|-------------------|------|
| | alienazioni | donazioni | contributi regionali | mutuo | fondi correnti | altro | | |
| INVESTIMENTI IMMOBILIARI (Escluso manutenzione straordinaria) | - | - | 1.031.000 | - | 4.802.139 | - | 5.833.139 | |
| IMMOBILIZZAZIONI IN CORSO E ACCONTI | - | 25.124 | 37.052.903 | - | 6.849.947 | - | 43.927.974 | |
| INTERVENTI DI MANUTENZIONE STRAORDINARIA SU IMMOBILI | - | - | - | - | - | - | - | |
| MIGLIEU SU BENI DI TERZI | - | - | - | - | 104.597 | - | 104.597 | |
| ATTREZZATURE SANITARIE (inclusa la manutenzione straordinaria) | - | 1.018.999 | 11.755.770 | - | 8.694.394 | 5.612 | 21.474.774 | |
| SOFTWARE E LICENZE | - | - | 593.320 | - | 211.900 | - | 805.219 | |
| IMPIANTI E MACCHINARI (Inclusa manutenzione straordinaria) | - | - | - | - | 643.036 | - | 643.036 | |
| MOBILI E ARREDI | - | 18.972 | 342.689 | - | 1.065.343 | 8.375 | 1.435.379 | |
| AUTOMEZZI | - | - | - | - | 416.207 | - | 416.207 | |
| ALTRI BENI | - | 31.048 | 1.052.318 | - | 1.837.994 | 3.291 | 2.924.650 | |
| TOTALE | - | 1.094.143 | 51.827.999 | - | 24.625.556 | 17.278 | 77.564.975 | |

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

Il dato di previsione 2022 relativo all'utilizzo di quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti, è previsto in decremento rispetto al consuntivo 2021 per euro 30.097.441 euro, da ricondursi principalmente all'utilizzo delle quote accantonate nei bilanci 2020-2021 per l'Emergenza COVID (DL 18/20, 34/20 e 104/20) pari a complessivi 28,3 milioni di euro.

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

Per l'aggregato in parola si prevede un decremento di euro -5.082.248 di euro in riferimento ai fattori produttivi seguenti:

- mobilità attiva prevista in decremento di -16 milioni di euro comprensiva della mobilità attiva extra regionale e infragrappo, del valore registrato relativo alla mobilità attiva internazionale e degli scambi in regolazione diretta;
- mobilità attiva da privato accreditato prevista in riduzione di -19,5 milioni di euro;
- ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati: tale aggregato, che si prevede in decremento per euro 3,2 milioni e riguarda principalmente i ricavi da rilascio certificati e cartelle cliniche, sperimentazione farmaci, cessione sangue ed emoderivati v/privati, attività del dipartimento di prevenzione ex art. 3 D.Lgs n.502/92, servizio di medicina legale, ospedaliera ed altri servizi sanitari resi a privati paganti e ad enti privati, attività veterinarie v/privati, multe, ammende, contravvenzioni di vigili sanitari e, in genere, tutti gli altri ricavi propri per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria maturati verso soggetti privati.
- ricavi per prestazioni erogate in libera professione intramoenia sono previste in incremento di 1,5 milioni di euro, tale incremento tuttavia risulta ancora inferiore rispetto ai livelli di attività del pre-pandemica.

AA0750 A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi

Con riferimento ai concorsi, recuperi e rimborsi, la previsione in riduzione di tale aggregato (-2.946.242) euro è riconducibile ai fattori seguenti:

- per quanto riguarda rimborso ricevuto parte delle aziende farmaceutiche per sfioramento del tetto della farmaceutica (cosiddetto "Pay back"), il valore iscritto nel bilancio di previsione 2022, pari ad euro 31.119.738, secondo le indicazioni regionali, risulta in decremento di 2,1 milioni di euro rispetto all'anno precedente;
- Gli altri rimborsi e recuperi si prevedono in riduzione per 800 mila euro rispetto al consuntivo 2021, in particolare, per effetto del decremento registrato dal concorso da parte degli utenti per attività di rivolte a minori, disabili e per integrazione rette in R.S.A (-420 mila euro) a cui si aggiungono previsioni di riduzione degli altri recuperi e rimborsi per acquisto beni da parte di altri soggetti pubblici e degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di comando presso altri enti pubblici.

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

Si prevede che l'emergenza sanitaria abbia allentato l'impatto negativo sul ammontare dei ricavi da ticket, parzialmente compensato dall'aumento delle riscossioni conseguenti alla ripresa dell'attività specialistica ambulatoriale. Pertanto si prevede un incremento rispetto all'anno precedente pari a +1.235.912 euro.

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

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

AA1060 A.9) Altri ricavi e proventi

L'aggregato altri ricavi e proventi, si prevede in incremento di 58 mila euro, in considerazione della ripresa dell'attività dei dipartimenti di prevenzione e di conseguenza degli incassi per sanzioni amministrative.

4.2.2. Costi della produzione

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2021 | BILANCIO DI PREVISIONE 2022 | DELTA PREVISIONE ANNUA 2022 - CONSUNTIVO 2021 |
|--------|---|--------------------------|-----------------------------|---|
| BZ9999 | Totale costi della produzione (B) | 3.005.283.290 | 3.002.345.795 | -2.937.495 |
| BA0010 | B.1) Acquisti di beni | 454.168.544 | 472.185.651 | 18.017.107 |
| BA0020 | B.1.A) Acquisti di beni sanitari | 443.788.683 | 460.982.756 | 17.194.073 |
| BA0310 | B.1.B) Acquisti di beni non sanitari | 10.379.861 | 11.202.895 | 823.034 |
| BA0390 | B.2) Acquisti di servizi | 1.658.440.696 | 1.676.236.988 | 17.796.292 |
| BA0400 | B.2.A) Acquisti servizi sanitari | 1.535.677.087 | 1.530.536.633 | -5.140.454 |
| BA0410 | B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base | 179.814.527 | 168.012.239 | -11.802.288 |
| BA0490 | B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica | 205.997.716 | 206.360.699 | 362.983 |
| BA0530 | B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale | 188.637.674 | 187.748.492 | -889.182 |
| BA0640 | B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa | 85.730.180 | 84.964.594 | -765.586 |
| BA0700 | B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa | 27.045.088 | 27.022.614 | -22.474 |
| BA0750 | B.2.A.6) Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica | 14.499.552 | 16.580.168 | 2.080.616 |
| BA0800 | B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera | 489.814.428 | 486.840.247 | -2.974.182 |
| BA0900 | B.2.A.8) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale | 30.403.104 | 31.284.823 | 881.719 |
| BA0960 | B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F | 82.493.699 | 80.941.734 | -1.551.965 |
| BA1030 | B.2.A.10) Acquisto prestazioni termali in convenzione | 1.408.673 | 3.978.973 | 2.570.300 |
| BA1090 | B.2.A.11) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario | 32.002.174 | 30.990.027 | -1.012.147 |
| BA1140 | B.2.A.12) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria | 120.420.071 | 132.268.142 | 11.848.071 |
| BA1200 | B.2.A.13) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intraoemia) | 12.823.295 | 13.482.413 | 659.118 |
| BA1280 | B.2.A.14) Rimborsi, assegni e contributi sanitari | 11.794.821 | 12.226.481 | 431.660 |
| BA1350 | B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie | 27.980.425 | 23.653.226 | -4.327.199 |
| BA1490 | B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria | 24.811.660 | 24.181.762 | -629.898 |
| BA1560 | B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari | 122.763.610 | 145.700.355 | 22.936.745 |
| BA1570 | B.2.B.1) Servizi non sanitari | 119.672.545 | 142.416.240 | 22.743.694 |
| BA1750 | B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie | 2.397.945 | 2.274.679 | -123.266 |
| BA1880 | B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non) | 693.120 | 1.009.436 | 316.317 |
| BA1910 | B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata) | 27.956.866 | 29.175.536 | 1.218.670 |
| BA1990 | B.4) Godimento di beni di terzi | 25.159.311 | 27.085.111 | 1.925.800 |
| BA2080 | Totale Costo del personale | 713.411.555 | 722.268.788 | 8.857.233 |
| BA2090 | B.5) Personale del ruolo sanitario | 557.198.080 | 565.335.950 | 8.137.870 |
| BA2100 | B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario | 262.903.517 | 259.286.353 | -3.617.164 |
| BA2190 | B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario | 294.294.563 | 306.049.597 | 11.755.034 |
| BA2230 | B.6) Personale del ruolo professionale | 1.939.692 | 2.193.928 | 254.236 |
| BA2320 | B.7) Personale del ruolo tecnico | 99.122.180 | 100.303.219 | 1.181.039 |
| BA2410 | B.8) Personale del ruolo amministrativo | 55.151.603 | 54.435.690 | -715.912 |
| BA2500 | B.9) Oneri diversi di gestione | 7.616.040 | 8.216.346 | 600.306 |
| BA2560 | Totale Ammortamenti | 45.582.002 | 43.069.291 | -2.512.711 |
| BA2570 | B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali | 1.281.362 | 1.178.795 | -102.567 |
| BA2580 | B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali | 44.300.640 | 41.890.496 | -2.410.143 |
| BA2630 | B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti | 4.211.438 | 1.140.666 | -3.070.772 |
| BA2660 | B.13) Variazione delle rimanenze | 0 | 0 | 0 |
| BA2690 | B.14) Accantonamenti dell'esercizio | 68.736.839 | 22.967.419 | -45.769.420 |
| CZ9999 | Totale proventi e oneri finanziari (C) | -474.227 | -155.264 | 318.963 |
| DZ9999 | Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D) | 0 | 0 | 0 |
| EZ9999 | Totale proventi e oneri straordinari (E) | 23.469.886 | 55.861.285 | 32.391.399 |
| XA0000 | Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E) | 52.211.366 | 53.259.931 | 1.048.565 |
| YZ9999 | Totale imposte e tasse (Y) | 52.211.366 | 53.259.931 | 1.048.565 |
| ZZ9999 | RISULTATO DI ESERCIZIO | 0 | 0 | 0 |

BA0020 B.1.A) Acquisti di beni sanitari

Il costo relativo agli Acquisti di beni sanitari vede in previsione un aumento di circa +17,2 milioni di euro rispetto al consuntivo 2021, influenzato da una quota attribuita ad attività Covid nel corso del 2022 per circa 23 milioni di euro. I costi Covid hanno un impatto economico lievemente in aumento rispetto al precedente anno, per circa +750 mila euro.

La voce di maggiore impatto riguarda i Prodotti farmaceutici ed emoderivati che vede uno scostamento di +21,6 milioni di euro rispetto al Consuntivo 2021. Si prevede infatti un incremento sia degli acquisti diretti di medicinali con AIC di circa +19 milioni di euro, sia degli acquisti in distribuzione per conto (DPC) di +3,5 milioni di euro, il cui prezzo di rimborso e le specialità distribuite risultano in incremento rispetto al 2021, ma si prevede un decremento dei valori afferenti alla voce Ossigeno e altri gas medicali per circa -800 mila euro.

Nella categoria dei Dispositivi medici si rileva in previsione un decremento complessivo pari a -2 milioni di euro rispetto al consuntivo del 2021, decremento determinato dalla compensazione tra la categoria dei Diagnostici in vitro (BA0240) che registra un valore atteso di circa 30 milioni di euro, di cui 11,6 milioni di euro per reagenti correlati alla ricerca COVID rispetto al valore consuntivo 2021 pari a 33,5 milioni di euro, facendo evidenziare uno scostamento negativo di circa -3,5 milioni di euro e la categoria dei Dispositivi Medici (BA0220) che registra un valore atteso di circa 88,9 milioni di euro, per cui si attende un incremento di 1,4 milioni di euro rispetto al consuntivo 2021, incremento in parte correlato al costante aumento di acquisti destinati ai sensori per monitoraggio della glicemia.

Altro forte decremento si attende per la voce Altri beni e prodotti Sanitari (BA0290) per cui la previsione annua è pari a circa 1,8 milioni, fenomeno rilevato per l'abbassamento dei prezzi rispetto al 2021 di alcuni prodotti largamente usati per fronteggiare l'emergenza Covid, proiettando una diminuzione nei soli costi Covid di tale aggregato un valore pari a -1,7 milioni.

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

La spesa per l'aggregato di Acquisti di beni non sanitari vede uno scostamento positivo di +823 mila euro riconducibile alla voce di maggior impatto dei Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere, che evidenzia un incremento di 554 mila euro rispetto al consuntivo 2021 e le voci relative agli acquisti di Combustibili, carburanti e lubrificanti per cui si attende un aumento pari a +283 mila euro. Per i Prodotti alimentari si prevede un lieve incremento pari a +205 mila euro. Segue un decremento per acquisti di Supporti informatici e cancelleria facendo registrare uno scostamento negativo di -279 mila euro rispetto all'anno precedente.

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

Gli acquisti per servizi sanitari per la medicina di base (B.2.A.1) comprendono i costi relativi ai medici di medicina generale (MMG), ai pediatri di libera scelta (PLS), alla guardia medica turistica (GMT), ai medici della Continuità assistenziale e medici dell'Emergenza Territoriale - 118 e la Medicina dei Servizi. I valori del Bilancio di previsione 2022 rilevano complessivamente un decremento rispetto all'anno precedente di -11,8 milioni di euro. Tale decremento si rileva prevalentemente nei compensi accessori per assistenza medico generica in convenzione (-5 milioni di euro) e nei compensi per servizio continuità assistenziale (-6,3 milioni di euro), tale contrazione rispetto al 2021 è in parte determinato dal potenziamento registrato lo scorso anno nei servizi di base legati all'emergenza pandemica Coronavirus, in attuazione del DL 34/2021, relativamente all'attività delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) e all'attività dei PLS e MMG per la vaccinazione ed i tamponi Covid.

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

La spesa Farmaceutica convenzionata (B.2.A.2) evidenzia una previsione in incremento rispetto al consuntivo 2021, pari a 362 mila di euro, si tratta quindi di un consolidamento dei risultati raggiunti nel 2021 con l'attuazione delle azioni avviate con determina 741/2019.

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

Relativamente a tale aggregato si registra nel bilancio di previsione un decremento rispetto al consuntivo 2021 di 900 mila, dovuto ai seguenti scostamenti: -5,3 milioni di euro di riduzione della mobilità infra-gruppo, +4,9 milioni di mobilità extraregionale, e infine +218 mila euro di incremento del privato accreditato, di cui -580 mila euro in riferimento all'attività dei residenti e +220 mila euro all'attività per extra-regione. Tale lieve incremento degli acquisti da privato è più che compensato dalla riduzione nell'acquisto di prestazioni ospedaliere da privato.

Per quanto riguarda i costi dei medici specialisti interni (BA0570), la previsione evidenzia un incremento dei costi rispetto all'anno precedente di 500 mila euro

Sia nell'aggregato relativo all'attività da privato che in quello relativo alla medicina convenzionata, sono inclusi gli importi finanziati dalla legge di bilancio 2022 (attraverso gli strumenti straordinari di cui al DL 104/2020) per il recupero delle attività specialistiche non erogate durante la pandemia.

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

Tale aggregato è previsto in lieve decremento rispetto al 2021 per euro 765 mila euro, pur nell'ambito tetti definiti dall'Accordo ARIS 2019-2021 di cui alla DGR1668/2019, in vigore fino alla definizione del nuovo accordo per il 2022. Rispetto al 2021 si prevedono minori costi legati ai ricoveri dei pazienti covid positivi da parte delle strutture di riabilitazione rispetto all'anno precedente. In particolare la previsione di costi Covid, in continuità con le DGR 1467/2020 e DGR 1468/2020 si riferiscono alle seguenti strutture:

- 1) Kos macerata Feltria (AV1): 316 mila euro
- 2) Residenza Dorica (AV2): 28 mila euro
- 3) Campofilone (AV4): 1,5 milioni di euro.

I principali scostamenti che incidono sulla riduzione dell'aggregato riguardano: l'incremento del conto economico di assistenza residenziale dell'AV3 (+2,6 milioni di euro) e AV4 (-3,8 milioni di euro relativamente ai minori ricoveri Covid della struttura di Campofilone rispetto al 2021).

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

I costi per assistenza integrativa si prevedono in linea al consuntivo 2021 (appena -22 mila euro) quelli per la protesica in aumento per euro 2.080.616 rispetto all'anno precedente per effetto della messa a regime della distribuzione dei presidi post covid nonostante le azioni di efficientemente poste in essere dalle Aree vaste.

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

I costi in previsione 2022 dell'assistenza ospedaliera confrontati con il consuntivo 2021, evidenziano un decremento complessivo di -2.974.182 milioni euro, sulla base delle seguenti previsioni economiche:

- -2,3 milioni di euro di mobilità passiva, registrata secondo le indicazioni regionali;
- +4,6 milioni di euro di ricoveri infra-gruppo;
- -4,4 milioni di euro di ricoveri da privato accreditato con particolare riferimento ai minori ricoveri nelle strutture multispecialistiche di AV2 (-832 mila euro), dei ricoveri nella struttura Kos dell'AV3 (-1,9 milioni di euro) e ai minori ricoveri nelle strutture multispecialistiche di AV5 (-1,8 milioni di euro),
- - 763 milioni di euro per dell'attività di ricovero delle strutture private regionali erogate a cittadini non residenti, in attuazione dei nuovi tetti previsti dall'Accordo regionale di cui alla DGR 1043/2022.

Non sono previsti costi covid di assistenza ospedaliera, in quanto tali ricoveri sono avvenuti nell'ambito delle strutture residenziali extra-ospedaliere.

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

La previsione di spesa per l'acquisto di prestazioni ambulatoriali, semi-residenziali e residenziali a rivolte a persone con disabilità mentali risulta in incremento di euro 881 mila euro rispetto al consuntivo 2021, dovuto principalmente alla ripresa dell'attività nelle strutture la cui operatività era stata limitata dalle restrizioni necessarie al contenimento della diffusione del Covid.

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

La previsione riguardo tale aggregato mostra un decremento rispetto al valore registrato nel bilancio consuntivo 2021 per complessivi -1,5 milioni di euro, riconducibili alla registrazione di un decremento sia nella mobilità passiva intra-regionale ed extra-regionale.

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

La previsione relativa alle strutture termali è in incremento di 2,5 milioni di euro, tenuto conto che durante la pandemia tali strutture avevano subito lunghi periodi di inattività:

- + 2,3 milioni di euro in riferimento alla registrazione di maggiore mobilità passiva extra-regionale;
- +233 mila euro di attività per residenti.

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

La previsione di spesa dei trasporti sanitari risulta in diminuzione per circa 1 milione di euro rispetto al bilancio consuntivo 2021. Tale diminuzione è programmata in linea con i tetti ridefiniti, in via provvisoria, con la determina Asur n. 547 del 26/10/2021 relativamente ai trasporti sanitari e non prevalentemente sanitari. Nei tetti sono comprese le spese emergenti per l'emergenza Covid 19 a titolo di rimborso dei maggiori oneri sostenuti dalle associazioni per turn over del personale dipendente e utilizzo dei dispositivi medici che comunque si prevedono in diminuzione rispetto all'anno precedente.

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

Tale aggregato, in incremento rispetto all'anno precedente di 11,8 milioni di euro, riguarda differenti tipologie di spesa, tra le principali voci di spesa sono:

- 1) l'assistenza residenziale agli anziani risulta in incremento di 9,1 milioni di euro, in riferimento alla attuazione della DGR 1397/2022, che ha previsto euro 4 milioni di incremento del fondo integrativo Covid per le strutture sanitarie e socio-sanitarie. Il restante incremento è dovuto all'applicazione del piano di convenzionamento di cui alla DGR 1539/2019 e DGR 1672/2019, nonché i nuovi convenzionamenti di cui alla DGR 1269/2020 che sono entrati a regime nel corso del 2022. In tale aggregato di prevedono costi covid nella struttura di Residenza Dorica per 52 mila euro.
- 2) L'assistenza domiciliare integrata (ADI), si prevede in riduzione di 600 mila euro, mentre risulta in incremento di circa 400 mila la spesa per strutture per tossico-dipendenti in relazione alla ripresa dell'attività post covid.

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

I costi relativi alla compartecipazione al personale per attività libero professionale, sono previsti in incremento di circa 659 mila euro rispetto al valore rilevato a consuntivo 2021, contestualmente all'incremento dei costi si stima un aumento dei ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia nel 2022, incremento stimato di 1,5 milioni di euro, come evidenziato nella sezione relativa al valore della produzione.

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

La spesa dei Rimborsi sanitari, che include euro 4,5 milioni di euro concernente l'applicazione della legge 210/92 (indennizzi a favore di soggetti danneggiati da vaccinazione obbligatoria e trasfusioni), risulta complessivamente in incremento di 431 mila euro, in relazione alle maggiori richieste, da parte dei cittadini di rimborsi ai caregiver, per oncologici ecc.

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

La previsione di questa voce risulta in decremento di 4,3 milioni di euro rispetto al consuntivo 2021, passando da un totale di 27,9 milioni di euro del 2021 a 23,6 milioni di euro del 2022. Tale decremento deriva dai seguenti principali scostamenti:

- -4,9 milioni riduzione delle prestazioni aggiuntive al personale dipendente ed il personale non dipendente;
- l'aumento dei costi del personale in comando per 600 mila euro.

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

L'aggregato presenta un decremento rispetto al periodo precedente, pari a euro 629 mila euro, in riferimento ai seguenti scostamenti:

- -3,5 milioni di euro di mobilità passiva internazionale;
- +2,8 milioni di euro relativi all'acquisto di altri servizi da privato, in riferimento a:
 - +2,1 milioni di altre prestazioni sanitarie: l'aumento è dovuto all'incremento del ricorso rispetto all'anno precedente di servizi di guardia medica interdipartimentale e pediatrica oltre a prestazione di servizio presso i pronti soccorsi. Tali convenzioni sono state attivate in tutte le AA.VV. In questo conto si rileva in aumento anche il rimborso alle farmacie convenzionate per l'attività svolta nella somministrazione di vaccini e tamponi Sars-Cov 2;
 - + 666 mila euro di convezioni infermieristiche: la spesa risulta in aumento per le attività di assistenza socio assistenziali e riabilitative di fisioterapia, logopedia presso le strutture territoriali nonché per l'affidamento di servizi sociali connessi per la realizzazione del Piano Regionale Integrato per il contrasto alla dipendenza del gioco;
- +67 mila euro di acquisto di altri servizi sanitari da pubblico intra ed extra-regionale.

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

I servizi non sanitari sono previsti in aumento rispetto all'anno precedente per 22,7 milioni di euro. Gli scostamenti più rilevanti sono riconducibili alle utenze di cui energia elettrica +15 milioni di euro, servizio gestione calore +6,5 milioni di euro. La stima della previsione è stata fatta tenendo conto dell'avvio del nuovo contratto di fornitura di energia e dell'oscillazione delle tariffe in base all'andamento del mercato nazionale. Si rileva inoltre una previsione in aumento della spesa per servizi mensa degenti e dipendenti complessivamente per circa 866 mila euro, dato da una ripresa dell'attività ospedaliera e dall'avvio, in alcune aree vaste e del servizio di Buoni pasto per i dipendenti.

L'economia del Servizio di Vigilanza in diminuzione (-1,4 milioni di euro) per la cessazione dei servizi attivati per emergenza Covid vengono neutralizzati dal conto Altri servizi esternalizzati in cui si stima un incremento di spesa pari a 1,4 milioni di spesa per i servizi attivati nell'anno precedente per il Progetto CUP e per il contact center.

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

L'aggregato in oggetto risulta in diminuzione rispetto all'anno precedente per un importo complessivo pari a -123 mila euro. La previsione in diminuzione più rilevante si rileva per la spesa dei contratti di lavoro interinale non sanitari, nonché le collaborazioni del personale tecnico, amministrativo e professionale e la previsione 2022

risulta rispettivamente in diminuzione 212 e 105 mila euro. Risulta in aumento il ricorso al personale non sanitario in comando per un importo pari a 202 mila euro.

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

L'aggregato relativo alla spesa per Formazione da strutture pubbliche o private, mostra uno scostamento positivo rispetto al bilancio consuntivo 2021 di +316 mila euro, riprogrammata sulla base dell'offerta formativa aziendale, dando sempre la priorità ai corsi telematici nella piattaforma telematica sono stati riprogrammati corsi di formazione (elearning.sanita.marche.it).

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

La previsione in aumento pari a +1,2 milioni di euro che tiene conto per un importo pari a complessive 361 mila euro dei lavori su impiantistica con una stima di lavori per manutenzione ordinaria degli impianti elettrici ed idraulici non più procrastinabili in base alle norme vigenti per la prevenzione sicurezza e degli infortuni nonché per il rispetto della normativa antincendio. Inoltre include costi per 426 mila euro delle manutenzioni di attrezzature sanitarie e tecnico economali per effetto della scadenza di contratti di manutenzione e/o l'avvio di nuovi contratti stipulati nel corso dell'anno precedente. È da rilevare una previsione di spesa consistente per le altre manutenzioni e riparazioni (1,1 milioni di euro) di cui 800 mila euro solo per le manutenzioni software necessari alla gestione dei molteplici sistemi informativi in uso.

BA1990 B.4) Godimento di beni di terzi

L'aggregato del Godimento beni di terzi rileva complessivamente una previsione in aumento pari a 1,9 milioni di euro rispetto all'anno precedente. L'incremento più rilevante è relativo ai noleggi delle attrezzature sanitarie alimentato da nuovi contratti per apparecchiature di laboratorio, servizi di ossigenoterapia domiciliare, ventilatori polmonari e materassi antidecubito. I canoni hardware e software sono in aumento per 366 mila euro per utilizzo di procedure informatiche per la gestione delle prestazioni sanitarie e ricoveri. Anche i fitti si prevedono in aumento per contratti stipulati nell'anno precedente e per nuovi spazi per attività sanitarie di cui in parte anche per centri vaccinali.

BA2080 Totale Costo del personale

La previsione di costo del personale dipendente dei quattro ruoli (BA2080) per l'anno 2022, esclusi gli oneri IRAP classificati alla voce YA0010) evidenzia un incremento rispetto al consuntivo dell'anno precedente di 8,9 milioni di euro.

Tale incremento include l'applicazione del nuovo CCNL del comparto per 19,9 milioni di euro, incluso negli accantonamenti per rinnovi contrattuali nell'anno precedente. Al netto di tale incremento, il costo del personale subisce una riduzione di 11 milioni di euro; la previsione del numero di unità equivalenti 2022 è pari a 13.984 unità, in riduzione di 69 unità rispetto ai 14.053 UE dell'anno 2021.

In particolare, nell'ambito di tale previsione complessiva, si prevede di destinare all'emergenza covid risorse pari a 11,1 milioni di euro, per le attività seguenti:

- a) DGRM 1397/2021 – DL 34/2020 ADI (per 3,6 milioni di euro);
- b) Infermieri di comunità – DL 34/2020 - USCA (per 3 milioni di euro);
- c) DL 34/2020 assunzioni area ospedaliera (per 4,5 milioni di euro).

BA2500 B.9) Oneri diversi di gestione

La spesa in aumento rispetto all'anno precedente (600 mila euro) è legata alla previsione di aumento delle imposte comunali e delle imposte di bollo oltre all'incremento degli oneri generali di gestione come spese postali, di pubblicità e abbonamenti a testate scientifiche.

BA2560 Totale Ammortamenti

La spesa degli ammortamenti calcolati in base alle disposizioni del D.Lgs 118/11 e alle risultanze degli anni precedenti, si prevede in riduzione di 2,5 milioni di euro sulla base dell'andamento del piano ammortamento residuo dei beni non acquistati con contributi vincolati.

BA2690 B.14) Accantonamenti dell'esercizio

Gli accantonamenti dell'esercizio risultano in previsione pari a 22,9 milioni di euro, evidenziando una diminuzione rispetto all'anno precedente di 45,8 milioni di euro; tale previsione è il risultato da un lato dei minori costi per accantonamenti di quote inutilizzate dei contributi regionali vincolati (-5 milioni di euro) e dall'altro dall'annullamento degli accantonamenti per i rinnovi contrattuali del personale dipendente e dei Medici convenzionati e sumai, in base alle indicazioni regionali (-37 milioni di euro).

CZ9999 Totale proventi e oneri finanziari (C)

La gestione finanziaria, quale saldo tra i proventi e gli oneri finanziaria, è legata all'andamento dei flussi di cassa prospettici e la dinamica reddituale degli impieghi e fonti di denaro; l'incidenza di tale gestione sul bilancio è minimale, riflettendo il rispetto dei tempi di pagamento previsti per legge. Gli interessi passivi si prevedono in diminuzione, passando da 476 mila euro a 150 mila euro.

EZ9999 Totale proventi e oneri straordinari (E)

L'aggregato in questione comprende partite il cui manifestarsi è occasionale e del tutto imprevedibile, quali le sopravvenienze attive e passive, le insussistenze dell'attivo e del passivo, le minusvalenze, etc.. Il saldo previsto tra oneri e proventi, oltre a includere le risultanze della contabilità al momento dell'elaborazione del bilancio preventivo, consolida le previsioni di proventi straordinari certificate dai Direttori di Area Vasta (si vedano le note prot. riportate nel par. 4.1).

In particolare, gli uffici competenti delle Aree Vaste hanno proceduto alla revisione dell'entità dei fondi accantonati oneri e rischi alla luce dell'attuazione della L.R. 19 del 8/8/2022. Di seguito una sintesi delle principali valutazioni effettuate che avranno compimento in sede di chiusura di Bilancio d'esercizio 2022:

Area Vasta 1: fondo oneri da liquidare la personale, fondo della Libera professione e del personale in quiescenza, accantonamenti legati a competenze della medicina convenzionata.

Area Vasta 2: stralcio fatture non dovute, revisione Fondo cause civili/oneri processuali e Fondo rischi contenzioso personale, revisione Fondo personale in quiescenza.

Area Vasta 3: altri fondi accantonamenti MMG, accantonamenti territorio e rimborsi agli assistiti, stralcio fatture non dovute, revisione del fondi altri oneri.

Area Vasta 4: revisione del fondo rischi, altri fondi oneri e spese e fondo quiescenza.

Area Vasta 5: revisione fondo sumai, fondi rischi e cause, degli altri fondi e accantonamenti per incentivi funzioni tecniche.

Direzione Centrale: revisione fondo imposte, revisione degli altri fondi, revisione fondo rinnovi convenzionati.

YZ9999 Totale imposte e tasse (Y)

La previsione su questo aggregato vede un incremento di circa 1 milioni di euro attribuibili complessivamente alla voce relativa all'IRAP per il personale dipendente (+1 milioni di euro), interessato dal rinnovo contrattuale del personale del comparto.

Ancona, 30 dicembre 2022

IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa  Storti

Il Direttore Area Dipartimentale Controllo di Gestione ASUR
Dott.ssa  Percamilli