

ALLEGATO “1.4.”
Bilancio Preventivo Economico Anno 2019

**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 | 1 |
| 2.1. TERRITORIO SERVITO | 1 |
| 2.2. POPOLAZIONE ASSISTITA..... | 2 |
| 2.3. ORGANIZZAZIONE AZIENDALE | 3 |
| 3. GENERALITÀ SULLA STRUTTURA E SULL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI..... | 6 |
| 3.1. ASSISTENZA OSPEDALIERA..... | 6 |
| 3.1.1. Stato dell'arte | 6 |
| 3.1.2. Obiettivi dell'esercizio relativi alla struttura e all'organizzazione dei servizi ospedalieri..... | 10 |
| 3.1.2.1. Area Medica..... | 13 |
| 3.1.2.2. Area Chirurgica..... | 14 |
| 3.1.2.3. Area Materno infantile..... | 16 |
| 3.1.2.4. Area dei Servizi..... | 18 |
| 3.1.2.5. Area Emergenza Urgenza | 20 |
| 3.1.2.6. Trapianti e Donazioni d'Organo | 23 |
| 3.1.2.7. Medicina Trasfusionale..... | 24 |
| 3.1.2.8. Completezza, qualità e tempestività nell'invio dei flussi informativi del livello ospedaliero | 24 |
| 3.2. ASSISTENZA TERRITORIALE | 26 |
| 3.2.1. Stato dell'arte | 26 |
| 3.2.2. Obiettivi dell'esercizio relativi alla struttura e all'organizzazione dei servizi territoriali | 29 |
| 3.2.2.1. Area Territoriale..... | 29 |
| 3.2.2.2. Area Salute Mentale..... | 44 |
| 3.2.2.3. Area Dipendenze patologiche | 45 |
| 3.2.2.4. Area Integrazione Socio-sanitaria..... | 46 |
| 3.2.2.5. Completezza, qualità e tempestività nell'invio dei flussi informativi del livello territoriale..... | 50 |
| 3.3. PREVENZIONE..... | 53 |
| 3.3.1. Stato dell'arte | 53 |
| 3.3.2. Obiettivi dell'esercizio relativi alla struttura e all'organizzazione della prevenzione..... | 54 |
| 3.3.2.1. Promozione della salute | 54 |
| 3.3.2.2. Veterinaria e sicurezza alimentare | 59 |
| 3.3.2.3. Completezza, qualità e tempestività nell'invio dei flussi informativi del livello prevenzione | 61 |
| 4. LA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA DELL'AZIENDA | 62 |
| 4.1.1. OBIETTIVI ECONOMICI 2019..... | 62 |
| 4.1.2. CONFRONTO CE PREVENTIVO/CONSUNTIVO E RELAZIONE SUGLI SCOSTAMENTI.... | 68 |
| 4.1.2.1. Valore della produzione..... | 68 |
| 4.1.2.2. Costi della produzione..... | 74 |

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 smi 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. 1658 del 23/12/2019 stabilisce che gli enti devono adottare il Bilancio Preventivo economico 2019 e il Bilancio Pluriennale di previsione 2019-2021 entro il 31/12/2019 e nelle disposizioni contenute nell'allegato B della stessa specifica che il Bilancio Economico Annuale deve essere corredato, tra l'altro, da una relazione redatta dal Direttore Generale.

Il documento intende illustrare la programmazione aziendale per l'anno 2019, avviata con determina n. 359/DG del 2/7/2019 e successivamente modificata con determina n. 380/DG del 18/7/2019 con la quale la Direzione ASUR ha fornito l'elenco degli obiettivi, indicatori e target da perseguire per l'anno 2019 in applicazione di quanto contenuto nella Determina n. 241 del 29/4/2019 di approvazione del Piano della Performance 2019/2021, nonché degli obiettivi regionali assegnati all'Azienda con DGRM 415 e 414 del 8/04/2019.

In particolare, con DGRM 415/2019, la Giunta Regionale ha individuato gli obiettivi sanitari del SSR per l'anno 2019 mentre con DGRM 414/2019, la Giunta Regionale ha stabilito i criteri di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali dell'ASUR, rispetto agli obiettivi di budget annuali assegnati con DGRM 415/2019.

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

2.1. TERRITORIO SERVITO

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) si estende su un territorio di 9.401,4 Km² (3,2% del territorio nazionale) con struttura geomorfologica differenziata. Come evidenziato dal documento “Profilo di Salute” della Regione Marche la distribuzione territoriale della popolazione residente nella Regione Marche si è modificata profondamente nel tempo. Nell'ultimo decennio la maggioranza dei marchigiani si è stabilita lungo la costa. La variazione percentuale di popolazione rileva una percentuale di crescita di popolazione dal 2015 al 2018 principalmente nei comuni Costieri o nei Comuni entro un raggio di 5-10 Km dalla costa. La percentuale di superficie in km² distribuita per “Area Montana” e “Area non Montana” nei territori della Regione Marche, rileva nell' Area Vasta n.1 una percentuale maggiore di km² Area Montana (76% sul totale), Area Vasta n.2 prevalenza in km² di Area non Montana (55%), Area Vasta n.3 prevalenza km² Area Montana (73%), Area Vasta n.4 prevalenza km² Area non Montana (73%) e Area Vasta 5 una percentuale maggiore in km² di Area Montana (54%). In tutti i territori della Regione Marche la popolazione residente è situata principalmente nelle Aree non Montane (popolazione Regione Marche residente Area non Montana 1.203.900 il 78,6%), nei territori Montani sono residenti 327.853 abitanti il 21,4% della popolazione complessiva.

2.2. POPOLAZIONE ASSISTITA

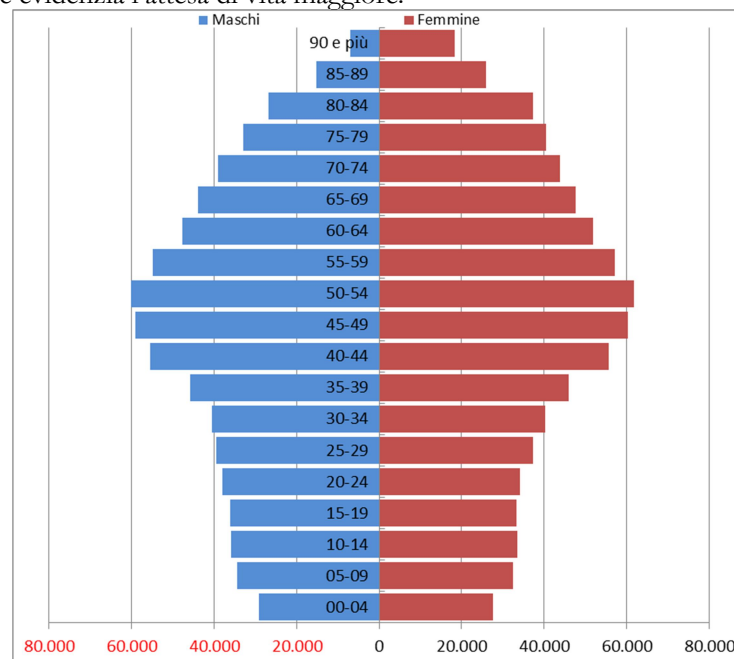
L'ASUR Marche, l'Azienda sanitaria si estende su un territorio di 9.401,4 Km² (3,2% del territorio nazionale) con struttura geomorfologica differenziata. La popolazione assistita al 01/01/2019 è pari a 1.525.271¹ distribuita in 228 Comuni e in 13 Distretti, con una densità di 162 abitanti per Km². La popolazione per Area Vasta e classe di età è riportata nella tabella seguente.

| AREE VASTE | TOTALE POPOLAZIONE ALL' 1-1-2019 | CLASSI DI ETÀ' | | | | | | | |
|-------------------|----------------------------------|----------------|----------|---------|--------------|---------------|-----------|-----------|----------|
| | | Neonati | 1-4 anni | 5-14 | 15-44 Maschi | 15-44 Femmine | 45-64anni | 65-74anni | =>75anni |
| AV1 PESARO | 358.886 | 2.375 | 11.086 | 33.131 | 59.890 | 58.282 | 107.559 | 40.743 | 45.820 |
| AV2 ANCONA | 483.747 | 3.217 | 14.617 | 44.055 | 80.409 | 77.502 | 143.115 | 55.553 | 65.279 |
| AV3 MACERATA | 301.659 | 2.090 | 9.491 | 26.733 | 50.880 | 49.255 | 87.696 | 34.379 | 41.135 |
| AV4 FERMO | 173.800 | 1.168 | 5.135 | 14.989 | 29.287 | 28.225 | 51.793 | 19.802 | 23.401 |
| AV5 ASCOLI PICENO | 207.179 | 1.309 | 6.017 | 17.380 | 34.636 | 33.173 | 62.455 | 24.041 | 28.168 |
| TOTALE | 1.525.271 | 10.159 | 46.346 | 136.288 | 255.102 | 246.437 | 452.618 | 174.518 | 203.803 |

Nelle Marche la speranza di vita alla nascita per gli uomini è di 81,6 anni e per le donne di 85,9 (dati Istat, 2018), rappresentando uno dei valori più alti tra tutte le regioni italiane (dato medio nazionale: 80,8 maschi e 85,1 femmine). L'indice di vecchiaia (determinato come rapporto tra il numero di ultra sessantacinquenni e la popolazione tra 0 e 14 anni), pari al 196%, supera di ben 23 punti percentuali il dato nazionale. Attualmente gli ultra sessantacinquenni (378.321) rappresentano il 24,8% della popolazione residente (in Italia il 22,8%).

Nel 2019, come avviene ormai da oltre un ventennio, il saldo naturale dei primi otto mesi dell'anno è risultato negativo, pari a -5.805 unità, in proiezione annua si evidenzia un decremento pari a -8.707 unità.

Il grafico in basso, detto "Piramide delle Età", rappresenta la distribuzione della popolazione delle Marche per età e sesso al 1° gennaio 2019. La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). In generale, la forma di questo tipo di grafico dipende dall'andamento demografico di una popolazione, pertanto la base piuttosto "stretta", un segmento mediano più allargato ed un vertice "appiattito" testimonia un calo delle nascite ed un aumento della popolazione più anziana, in particolare si evidenzia la maggiore longevità femminile degli ultra-sessantenni, che evidenzia l'attesa di vita maggiore.



¹ Fonte: ISTAT

La struttura del nucleo familiare (e le sue modifiche nel tempo) costituisce un parametro fondamentale nella politica del welfare, sicuramente fattore rilevante per la programmazione e l'organizzazione sociale e sanitaria aziendale; a questo proposito, il numero medio di componenti dei nuclei familiari nel 2018 è risultato nelle Marche pari a 2,3 unità, valore allineato alla media nazionale.

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

| Assistiti per Fascia di Età Anno 2019 | Maschi | Femmine | Numero |
|--|----------------|----------------|------------------|
| 0-13 | 90.023 | 85.089 | 175.112 |
| 14-64 | 463.580 | 466.799 | 930.379 |
| 65-74 | 81.998 | 90.450 | 172.448 |
| 75 anni oltre | 82.122 | 121.575 | 203.697 |
| Totale | 717.723 | 763.913 | 1.481.636 |

2.3. ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

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

Successivamente alla costituzione, l'Azienda è stata interessata da tre distinte operazioni straordinarie di scorporo di ramo d'azienda: il trasferimento delle strutture sanitarie afferenti ai comuni dell'Alta Valmarecchia alla Regione Emilia Romagna, il passaggio del Presidio Ospedaliero "S. Croce" di Fano all'Azienda Ospedaliera Marche Nord e, infine, il passaggio del Presidio Ospedaliero "Santi Benvenuto e Rocco" di Osimo all'INRCA di Ancona.

In particolare, con decorrenza 01/01/2010, in seguito alla Legge n. 117 del 03 agosto 2009, i comuni della Valmarecchia sono stati trasferiti dall'ASUR alla Regione Emilia Romagna.

Con Legge Regione Marche n. 17 del 1 agosto 2011 la Regione Marche ha rivisitato gli assetti territoriali definendo le Aree Vaste quali articolazioni dell'ASUR. La formalizzazione dell'Area Vasta rappresenta, in sostanza, l'ambito fondamentale necessario ad innescare una serie di interventi che permettano il raggiungimento di elevati livelli di efficacia e di efficienza della gestione.

Successivamente, a decorrere dal 01/01/2011, il Presidio Ospedaliero S. Croce di Fano, scorporato dall'ASUR ai sensi della Legge Regionale n. 21 del 22 settembre 2009, è stato incorporato nella Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord", in seguito all'approvazione da parte della Giunta Regionale della DGRM n. 1759 del 6/12/2010.

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



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

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

Sistema a rete dell'assetto organizzativo

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..).

Relativamente all'organizzazione della Direzione Generale ASUR 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 o aree dipartimentali:

- 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:

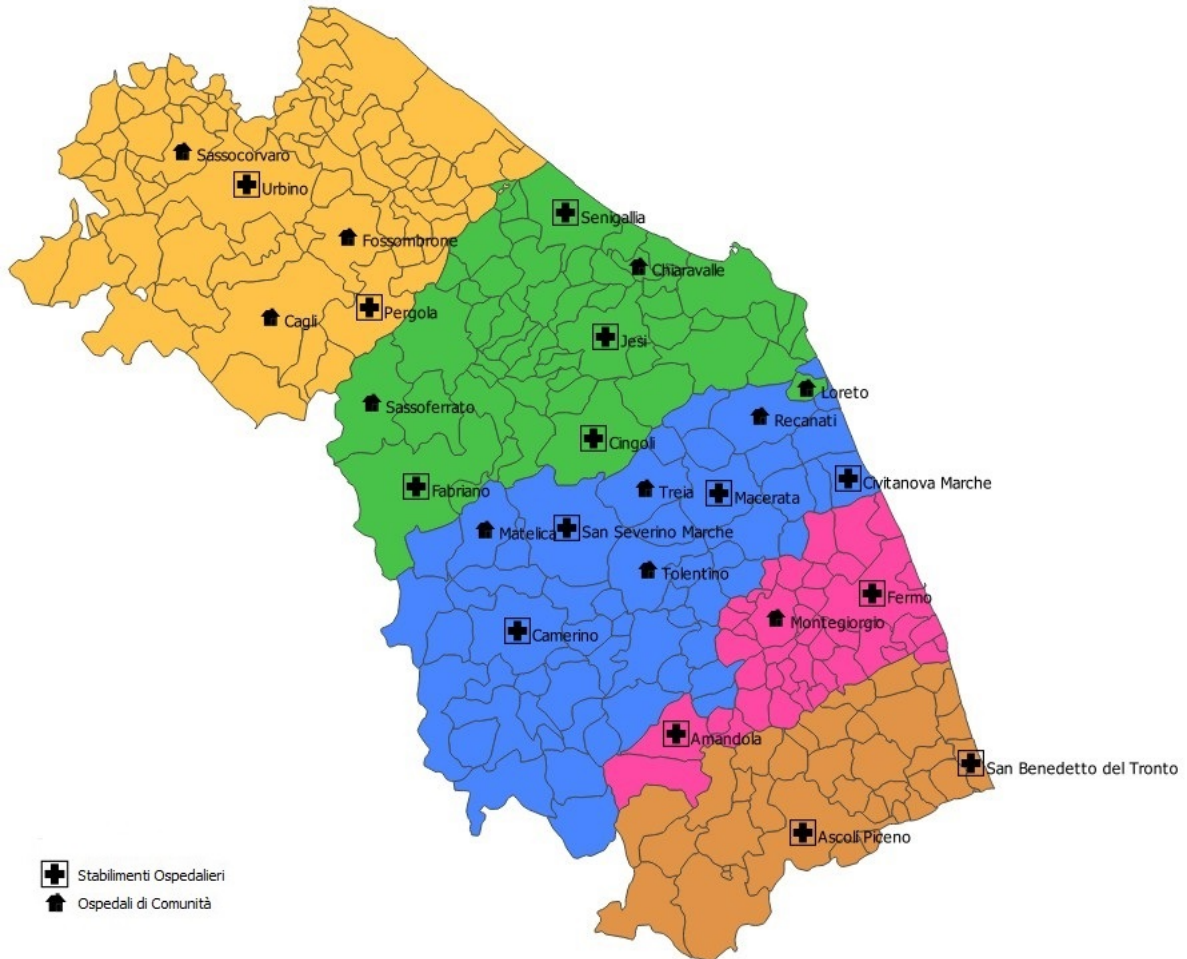
- il Dipartimento funzionale a valenza aziendale del Farmaco;
- il Dipartimento funzionale a valenza aziendale di Diabetologia;
- il Dipartimento funzionale a valenza inter-Area Vasta AV1e AV2 di Cardiologia;
- il Dipartimento funzionale a valenza inter-Area Vasta AV3, AV4 e AV5 di Cardiologia;
- il 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.

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

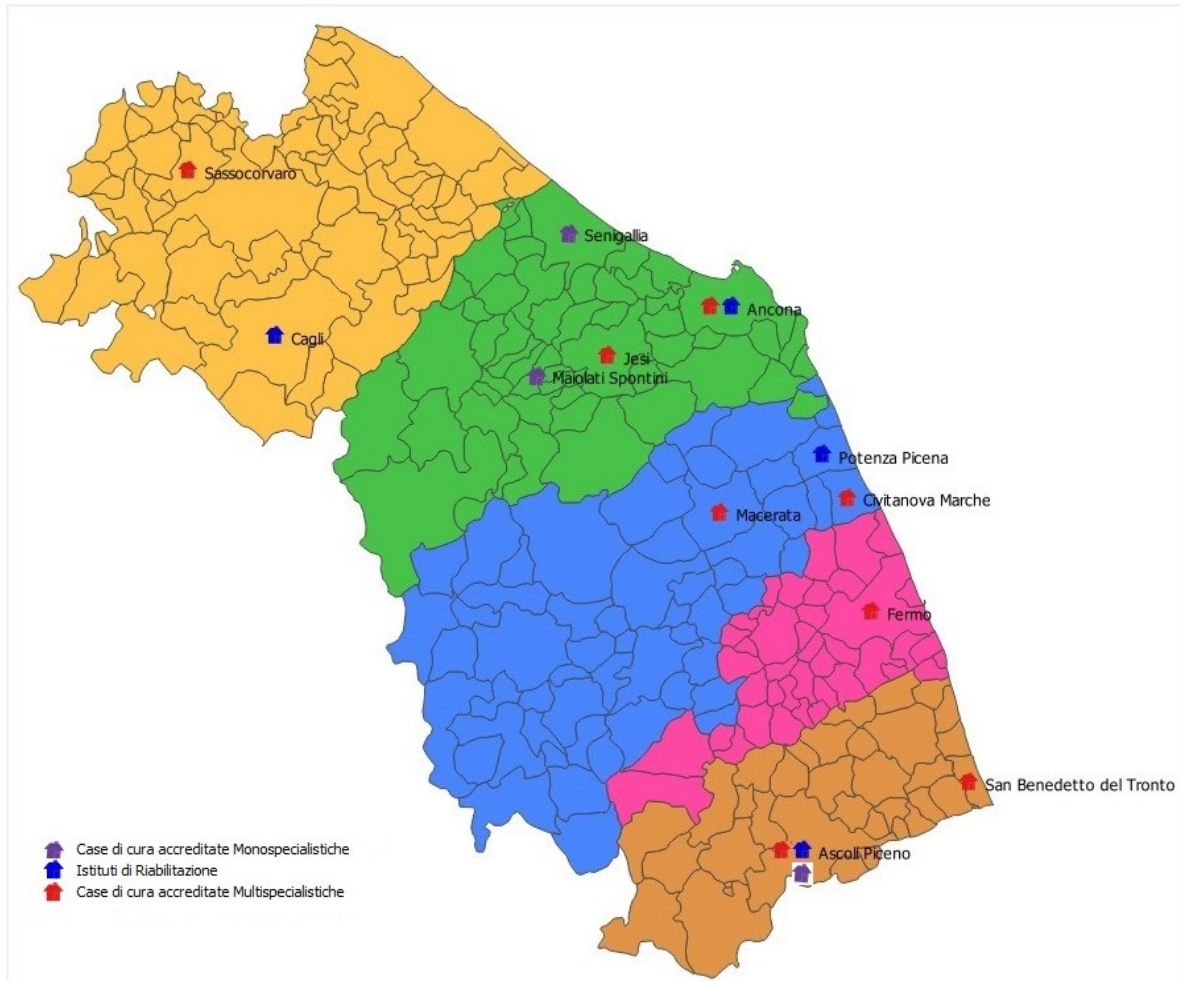
3.1. ASSISTENZA OSPEDALIERA

3.1.1. Stato dell'arte

L'Azienda opera mediante 5 presidi ospedalieri unici di Area Vasta comprendenti 25 stabilimenti totali, di cui 14 stabilimenti ospedalieri tra maggiori e minori e 11 riconvertiti in Case della Salute, 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 2019)

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

Strutture private accreditate (Fonte Modello HSP 11 anno 2019)

| 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 | CASA DI CURA VILLA JOLANDA |
| 110071 | CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE' | Struttura mono-specialistica del settore neuro-psichiatrico | AV5 | 01 | CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE' |
| 110076 | CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 2 | Struttura multi-specialistica | AV2 | 01 | CASA DI CURA VILLA IGEA |
| | | | AV2 | 02 | LABOR SPA CASA DI CURA VILLA SERENA |
| 110077 | CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 3 | Struttura multi-specialistica | AV3 | 01 | CASA DI CURA VILLA PINI 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 |
| 110079 | CENTRO OSPEDALIERO SANTO STEFANO | Struttura riabilitativa ex art. 26 | AV1 | 05 | CASA DI CURA VILLA MONTEFELTRO |
| | | | 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 2019 i posti letto direttamente gestiti sono pari a 2.583 unità, comprendenti 311 posti letto di DH/DS, 169 posti letto di riabilitazione e lungodegenza e, infine, 2.103 posti letto ordinari (incluso detenuti, nido e discipline ospedaliere per acuti). Rispetto l'anno precedente non si evidenziano variazioni della dotazione complessiva dei posti letto ASUR a gestione diretta.

| 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 | 222 | 300 |
| AV2 | 110002 | PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2 | 48 | 33 | 90 | 586 | 757 |
| AV3 | 110003 | PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3 | 51 | 53 | 23 | 592 | 719 |
| AV4 | 110004 | PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4 | 23 | 20 | | 274 | 317 |
| AV5 | 110005 | PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5 | 40 | 10 | 11 | 429 | 490 |
| Totale complessivo | | | 179 | 132 | 169 | 2.103 | 2.583 |
| <i>Anno precedente</i> | | | <i>174</i> | <i>129</i> | <i>170</i> | <i>2.103</i> | <i>2.576</i> |
| <i>Delta</i> | | | <i>5</i> | <i>3</i> | <i>-1</i> | <i>0</i> | <i>7</i> |

Fonte: HSP 11 e 12

Passando alla dotazione di posti letto nelle strutture private accreditate, il numero di posti letto delle Case di Cura private regionali è pari a 902 unità, comprendenti 61 posti letto di DH/DS, 406 posti letto di riabilitazione e lungodegenza e, infine, 433 posti letto ordinari (incluso detenuti, nido e discipline ospedaliere per acuti).

| Codice Stabilimento | Descrizione Stabilimento | Day hospital | Day surgery | Degenza ordinaria Riab. E Lungod. (cod. 56-60) | Degenza ordinaria escluso precedenti | Totale |
|---------------------|--|--------------|-------------|--|--------------------------------------|------------|
| 110037 | CASA DI CURA VILLA SILVIA | 0 | 0 | 32 | 0 | 32 |
| 110039 | KOS CARE SRL - CLINICA VILLA JOLANDA | 0 | 0 | 15 | 0 | 15 |
| 110071 | CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE' | 0 | 0 | 35 | 0 | 35 |
| 110075 | STUDIO MEDICO CHIR. POLISP. | 0 | 5 | 0 | 0 | 5 |
| 110076 | CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 2 | 0 | 20 | 84 | 52 | 156 |
| 110077 | CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 3 | 2 | 14 | 42 | 85 | 143 |
| 110078 | CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 4/5 | 0 | 22 | 45 | 241 | 308 |
| 110079 | CENTRO OSPEDALIERO SANTO STEFANO | 0 | 0 | 153 | 55 | 208 |
| | Totale complessivo | 2 | 61 | 406 | 433 | 902 |
| | <i>Anno precedente</i> | 2 | 61 | 406 | 433 | 902 |
| | <i>Delta</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Fonte: HSP 11 e 13

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

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera i riferimenti normativi portanti delle riforme e della riorganizzazione in atto riguardano:

- L'applicazione del DM 70/2015 che negli anni ha portato, attraverso step graduali, alla ridefinizione della dotazione di Posti Letto (P.L.) della rete ospedaliera marchigiana, con l'obiettivo finale di garantire, nel rispetto del numero massimo di P.L. pari al 3,7 per 1.000 ab., una maggiore equità nella distribuzione dei P.L. ospedalieri sul territorio regionale e assicurare un maggiore livello di soddisfazione dei bisogni di salute dei cittadini. L'allocazione di P.L. aggiuntivi, come da DGRM 2/2018 ha consentito di ottimizzare l'implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali già deliberati o in fase di realizzazione e di promuovere strategie per il recupero della mobilità passiva.
- L'approvazione dei nuovi Lea (G.U. n. 65 del 18-3-17) ha comportato interventi su diversi settori: sono state definite le attività, i servizi e le prestazioni da garantire ai cittadini da parte del SSN, in parte dettagliando attività già precedentemente incluse nei Lea ed in parte aggiornandole ed ampliandole. In particolare sono stati ridefiniti ed aggiornati gli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche ed invalidanti che danno diritto all'esenzione (ad esempio la celiachia, le sindromi di Down e Klinefelter e le connettiviti indifferenziate passano dall'elenco delle malattie rare a quelle croniche, poiché sono sindromi croniche senza la caratteristica epidemiologica di rarità); sono state aggiunte all'elenco del D.M. 2001 ulteriori 118 nuove entità tra singole malattie rare e gruppi di malattie ed all'elenco delle malattie croniche sono state aggiunte 6 patologie, tra cui le patologie renali croniche e la bronco pneumopatia cronico ostruttiva distinguendo gli stadi clinici "moderato", "grave" e "molto grave". Per la maggior parte delle malattie incluse negli elenchi sono individuate le prestazioni fruibili in esenzione per garantire l'appropriatezza prescrittiva.

L'attuazione di tali riforme ha richiesto all'Azienda di incentrare le proprie strategie sulla prevenzione e sull'appropriatezza delle prestazioni erogate: si è scelto di lavorare attraverso la costruzione e l'applicazione corretta dei PDTA, la presa in carico del malato cronico, l'attento monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e l'implementazione delle reti cliniche, tra le quali la rete delle malattie rare, e sviluppando le attività su quattro direttici:

a) Riconversione dei piccoli ospedali in Ospedali di Comunità con attivazione delle cure intermedie: DGRM 960/2014, DGRM 1696/2012, DGRM 735/2013, DGRM 452/2014, DGRM 1183/2015 e DGRM 1218/2015.

Sono state introdotte, definite ed istituite:

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

b) Ricognizione, programmazione e sviluppo della Rete Territoriale delle Case della Salute di Tipo A e B: Determina DG ASUR 469 del 9/9/2018 con la quale è stato approvato l'assetto territoriale della Case della Salute di Tipo A e B comprensivo delle strutture già attive e di quelle programmate da realizzarsi nel triennio 2018-2020;

c) Cure domiciliari - DGRM 791 del 30/07/2014 "Linee guida per le cure domiciliari. Approvazione".

d) Reti cliniche L'ASUR Marche dal 2015 ha dato l'avvio alle reti previste nella DGR 1345/2013 per arrivare entro il 2018 alla loro piena attuazione.

Occorre tuttavia tenere conto degli atti successivamente emanati dalla regione Marche:

- **DGR n. 2 del 08/01/2018** Revisione delle DGR n. 735/2013, n. 908/2015 e s.m.i. Applicazione del DM 70/2015 per la ridefinizione della dotazione dei posti letto della rete ospedaliera marchigiana;
- **DGR n. 639 del 14/05/2018** Ridefinizione della dotazione dei posti letto della rete ospedaliera marchigiana in ottemperanza alla DGR n. 2/2018: Revisione delle DGR n. 735/2013, n. 908/2015 e s.m.i. Applicazione del DM 70/2015 per la ridefinizione della dotazione dei posti letto della rete ospedaliera marchigiana;
- **DGR n. 1623 del 27/11/2018** - Modifiche alla DGR n. 1554/2018 "Documento tecnico di ricognizione dello stato di attuazione del D. M. 70/2015 avente ad oggetto 'Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera'".

La metodologia è stata quella di:

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

Nel corso del 2016, del 2017 e del 2018 è continuato il percorso di implementazione delle reti esistenti, attivate con determina n. 916/DG del 24/12/2015.

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale ha rimodulato, con la determina n. 481/DG del 20/6/2016 e successivamente con la determina n. 361/DG del 26/6/17, l'assetto organizzativo ASUR. Sono stati attivati tavoli di lavoro pluridisciplinari, condotti dai professionisti, per la realizzazione delle reti cliniche previste formalizzate con Determina 916/15 in cui sono definite 10 reti cliniche, continuando con la Determina n. 818/DG del 29/12/2016 sulla rete clinica gastroenterologica ed endoscopica e quella otorinolaringoiatria e la determina n. 797/DG del 29/12/16 sulla Breast Unit con la quale è stata definito il primo centro di senologia, seguito dai centri dell'Area Vasta 5 e dell'Area Vasta 3.

La rimodulazione dell'offerta del livello assistenziale ospedaliero si è resa necessaria per dare una maggiore attenzione all'organizzazione delle cure ospedaliere per i pazienti fragili in fase di riacutizzazione, ma anche all'offerta dei livelli assistenziali extraospedalieri, nella dimensione domiciliare, semiresidenziale e residenziale, implementando la risposta ai bisogni sociali e sanitari delle persone pazienti fragili. L'ASUR Marche ha lavorato attraverso l'elaborazione di percorsi di presa in carico e continuità di cura attraverso tavoli tecnici formati da professionisti afferenti alle diverse discipline sanitarie, di tutte le AAVV.

d) Nuovo assetto organizzativo aziendale (DGRM 551/2013, DG ASUR n. 850/2014 e DG ASUR n. 350/2015, DGR n. 481/2016 e DG ASUR n. 361/2017) nel quale è stato individuato il numero complessivo degli incarichi dirigenziali (strutture complesse e strutture semplici) assegnate alle cinque Aree Vaste in coerenza con la riorganizzazione ospedaliera delle reti cliniche.

Si evidenziano inoltre i seguenti **Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)** approvati a livello regionale nel corso del 2019 che hanno coinvolto le strutture organizzative ASUR:

- **DGR n. 346 del 1/4/2019** - Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione del paziente con malattia di Ménière
- **DGR n. 734 del 24/6/2019** - Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione del paziente adulto e pediatrico con Immunodeficienza Primitiva sul territorio marchigiano

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 avuto occasione di riunirsi in plurimi incontri nel corso dei quali è stato dato un forte impulso all'analisi delle problematiche inerenti la materia del rischio clinico cercando di fornire anche una certa uniformità alla documentazione utilizzata.

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

- **DGR n. 55 del 18/02/19** - Modifica DGR n. 1094 del 15.12.15 "Rischio clinico e sicurezza dei pazienti e delle cure: approvazione del sistema regionale di monitoraggio dei piani di miglioramento aziendali successivi agli eventi sentinella". Approvazione modifica del testo dell'ALLEGATO 1 - SCHEDE 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)

Di seguito gli obiettivi 2019

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2019 |
|----------|------------|-----------------|---|--|--------------------------|---|
| 40 | <u>400</u> | Rischio clinico | Relazioni annuali (art. 2, e 5, L. 24/2017) | Evidenza nel sito internet aziendale delle relazioni annuali | | pubblicazione della relazione annuale entro il 31/12/2019 |
| 41 | <u>401</u> | Rischio clinico | Revisione ed implementazione delle raccomandazioni del Ministero della Salute | N. raccomandazioni revisionate ed implementate | Totale raccomandazioni | almeno 1 |

L'ASUR Marche, attenta che gli obiettivi dati si traducano in un programma di miglioramento della qualità dei servizi, dello loro accessibilità, dell'efficacia dei trattamenti, dell'equità del sistema ha prodotto con determina n. 626/DG del 13/11/2018 il "Piano della Qualità dell'ASUR Marche". Elemento centrale di questo documento è lo sviluppo di iniziative finalizzate a promuovere la salute ed il raggiungimento di condizioni di benessere della popolazione, interpretando in modo innovativo il ruolo di una azienda quale solido riferimento della Medicina sia Territoriale che Ospedaliera e di Prevenzione e, più in generale, realtà capace di soddisfare integralmente i bisogni di salute dei cittadini. Il modello organizzativo ASUR prevede la diffusione di una cultura di gestione per obiettivi rappresentati da elementi capaci di coinvolgere e valorizzare tutte le professionalità mediante la adozione di linee guida, protocolli, audit interni, con verifica dei risultati mediante opportuni indicatori di processo. Con le determina n. 767/DG del 16/12/2016, n 582/DG del 5/10/2018 e n. 439/DG del 1/8/2019 è stata ridefinita e formalizzata la "Composizione e Funzionamento del Comitato Scientifico ASUR per la Formazione", organismo tecnico con funzione di programmazione e verifica dei percorsi formativi aziendali. Il modello gestionale ASUR tiene conto del processo di comunicazione interna, coinvolgimento del personale e adeguata motivazione mediante la consapevolezza del proprio ruolo all'interno di una organizzazione. L'attività di formazione rappresenta l'input fondamentale per il miglioramento continuo e la motivazione del personale nell'ottica del pieno soddisfacimento delle aspettative dell'utente coerentemente con le linee guida proposte dal Ministero della Salute e le direttive Regionali. Con determina 599/DG del 19/10/2018, è stato formalizzato il "Manuale della qualità" attraverso il quale la Direzione si è assunta l'impegno di erogare formazione in conformità ai requisiti standard dell'accreditamento. Detto Manuale è finalizzato all'adozione, implementazione, mantenimento e miglioramento continuo di un sistema qualità nell'ambito dell'attività formativa aziendale in risposta alle esigenze dei propri dipendenti e delle parti interessate, nel rispetto della politica e degli obiettivi della politica aziendale.

Inoltre, con determina n. 735/DG del 29/11/2016, in applicazione alla DGRM 168/15, è stato ridefinito il "Comitato di Partecipazione dei cittadini alla tutela della salute ASUR", dotato di un proprio Regolamento ed alla cui composizione partecipano anche i Presidenti ed i Rappresentanti dei Comitati delle cinque AAVV. Rappresenta un luogo di confronto tra associazioni e Direzione Aziendale, che si è riunito regolarmente nel corso di questi anni (n. 6 incontri nel 2018 e n. 3 incontri nel 2019), trattando in particolar modo il tema delle Liste di attesa evidenziando criticità, ma anche presentando proposte a supporto anche della realizzazione della Legge Regionale ed al Piano attuativo del governo delle liste di attesa e percorsi di tutela (DGRM 640/18, DGRM 492/19).

La determina n. 228/DG del 15/4/2019 "Linee di indirizzo ASUR in materia di Consenso Informato ed indicazioni in tema di Disposizioni Anticipate di Trattamento, ai sensi della Legge n. 219 del 22 dicembre 2017. Approvazione", ha

recepito la Legge n. 219/17 ed è attualmente in corso la formazione di base ed avanzata rivolta a tutti gli operatori sanitari ASUR.

Il modello organizzativo dell'ASUR Marche ha previsto la presenza di cinque UUOO di Rischio Clinico/Governo Clinico (nella già citata determina ASUR n.361/17), una in ogni Area Vasta, con il compito di individuare le criticità presenti nei servizi territoriali ed ospedalieri e dopo la loro analisi individuare ed attuare le opportune azioni di miglioramento. Attraverso l'implementazione di nuove metodologie organizzative vengono organizzate attività formative specifiche in tematiche della sicurezza, rischio clinico e qualità. I Risk manager ASUR partecipano alle attività del Centro Regionale per la gestione del Rischio Sanitario e la sicurezza del paziente (DGRM 1093 del 6/08/18).

Sono state pubblicate sul sito aziendale ASUR, Amministrazione Trasparente, le relazioni annuali delle Cinque Aree Vaste, relative all'attività 2017, nei termini previsti ed entro il 31/12/2019 avverrà la regolare pubblicazione da parte di tutte e cinque le Aree Vaste della relazione relativa all'attività 2018, come da Legge 24/17.

Le 18 Raccomandazioni Ministeriali sono state recepite ed implementate dalle Aree Vaste e pubblicate sull'apposito sito AGENAS.

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. Pertanto tale area svolge un ruolo capillare nel territorio relativo sia alla diagnosi e cura delle malattie croniche, delle neoplasie, ma anche nella gestione di pazienti acuti per esempio a seguito di ictus. Nel 2016 con DGR n. 987 del 29/8/2016 è stato approvato il *Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione dell'Ictus* in fase acuta sul territorio marchigiano. E' stato avviato un tavolo di lavoro Asur dal quale è scaturita la determina n. 620/2017 "Gestione dell'ictus in fase acuta: rete Asur" che ha previsto il recepimento della DGRM sopra citata e l'articolazione Asur dei nodi della rete.

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

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

Nel settore della cronicità l'ASUR sta lavorando, attraverso tavolo di esperti, per omogeneizzare i percorsi su tutto il territorio regionale relativi a settori diversi: Nutrizione Artificiale (in particolare con l'obiettivo di potenziare la rete della nutrizione artificiale implementando il servizio nel rispetto della determina n. 719/17, tema trattato anche nella sezione "Assistenza Territoriale" della presente relazione), Ferite Difficili (559/DG/2017), Attuazione del piano nazionale cronicità e ottimizzazione dell'assistenza domiciliare del paziente nefropatico (555/DG/18), percorso ospedale/territorio del paziente con SLA (707/DG/17), percorso terapeutico recentemente approvato con DGR n. 927 del 9/7/2019- *Percorso Diagnostico - Terapeutico - Assistenziale (PDTA) per la Sclerosi Multipla nella Regione Marche*. Inoltre con DGR n. 271 del 27/3/2017 è stato avviato a livello regionale anche il Percorso Diagnostico - Terapeutico - Assistenziale (PDTA) delle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali della Regione Marche e più recentemente con DGR n. 263 del 11/3/2019 quello relativo alla gestione della Celiachia.

Di seguito gli obiettivi 2019:

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Asur Valore atteso 2019 |
|----------|------|--|--|--|---|-------------------------|
| 78 | 227 | "Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15 | % di IMA trattati con PTCA entro 2 gg | Numero di ricoveri di IMA con PTCA eseguita entro 2 giorni | Numero totale di ricoveri per IMA | > 2018 |
| 81 | 261 | "Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15 | Mortalità a 30 gg dai ricoveri di Ictus ischemico: | N° ricoveri con dia. princ. ictus ischemico in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data ricovero | N° ricoveri con dia. princ. ictus ischemico | < 2018 |
| 82 | 295 | "Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15 | mortalità a 30 giorni dai ricoveri per BPCO riacutizzata | N° ricoveri indice per BPCO riacutizzata in cui il pz risulta deceduto entro 30 gg da data ricovero | N° ricoveri indice per BPCO riacutizzata | < 2018 |
| 69 | 45.9 | Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza | % Ricoveri in DH medico diagnostici/ricoveri in DH medico | Ricoveri in DH medico diagnostici | Ricoveri in DH medico | ≤ 22% |
| 74 | 224 | Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza | Proporzione di ricoveri per infarto miocardico acuto eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi >100 casi annui | Numero di ricoveri per infarto miocardico acuto eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 100 casi annui | Numero totale ricoveri per infarto miocardico acuto | > 95% |
| 64 | 45.8 | Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza | Riduzione % n. accessi in DH medico per pazienti residenti | N. accessi in DH medico per pazienti residenti 2019 - N. Accessi in DH medico per pazienti residenti 2018 (Vincolante) | N. Accessi in DH medico per pazienti residenti 2018 | -13,5% (Tolleranza 20%) |
| 63 | 304 | Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza | Riduzione % n. ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti (Vincolante) | N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2019 - N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2018 | N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2018 | -5% |
| 72 | 46 | Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza medica | % Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni | Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni | Ricoveri medici ≥ 65 anni | -5% |
| | 366 | Prevenzione insorgenza lesioni da pressione | Riduzione prevalenza lesioni da pressione | Numero pazienti con lesioni da pressione insorte durante la degenza nella struttura | Numero pazienti arruolati nell'indagine di prevalenza | <2018 |

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.

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

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

Occorre ricordare che, già nell'allegato A del Patto per la Salute 2010-2012, sono state identificate una serie di prestazioni ad alto rischio di inappropriata in regime di Day Surgery, trasferibili in regime ambulatoriale, riconfermate nel Patto per la Salute 2014-2016.

Di seguito gli obiettivi 2019:

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2019 |
|----------|------|--|--|---|--|---|
| 75 | 199 | "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 (Vincolante) | Pazienti con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni | Totale pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica | >2018 |
| 87 | 265 | "Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15 | Int. TM colon: mortalità a 30 gg | N° ricoveri con int. di asportazione TM colon, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data intervento | N° ricoveri con int. di asportazione TM colon | < 2018 |
| 85 | 262 | "Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15 | Int. TM mammella: % nuovi int. di resezione entro 120 gg da int. conservativo | N° ricoveri con nuovo int. di resezione entro 120 gg da int. TM mammella | N° ricoveri con nuovo int. di resezione per int. TM mammella | < 2018 |
| 86 | 263 | "Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15 | Int. TM polmone: mortalità a 30 gg | N° ricoveri con int. di asportazione TM polmonare, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data intervento | N° ricoveri con int. di asportazione TM polmonare | ≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento |
| 83 | 198 | "Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15 | Proporzione di colecistectomie laparoscopiche eseguite in U.O. con volumi di attività > 100 interventi annui (Tolleranza del 10% sul valore soglia) | Numero ricoveri per colecistectomia laparoscopica in reparti con volumi di attività > 100 casi annui (Tolleranza del 10% sul valore soglia) | Numero totale ricoveri per colecistectomie laparoscopiche | >2018 |
| 84 | 200 | "Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15 | Proporzione di interventi per tumore della mammella eseguiti in U.O. con volumi di attività > 150 interventi annui (Tolleranza del 10% sul valore soglia) | Numero di ricoveri per intervento tumore mammella in reparti con volume di attività > 150 casi annui (Tolleranza del 10% sul valore soglia) | Numero totale ricoveri per interventi per tumore mammella | ≥ 50% per ciascun stabilimento |
| 66 | 237* | CHIRURGIA AMBULATORIALE | Rapporto tra prestazioni dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di day surgery (DGR 709/2014) e totale prestazioni trasferibili in regime ambulatoriale | Prestazioni dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di day surgery (DGR 709/2014) | Prestazioni dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di day surgery + Prestazioni già trasferite in regime ambulatoriale (DGR 709/2014) | < 2018 |
| 48 | 286 | INCREMENTO PRODUZIONE PER CONTRASTO MOBILITA' PASSIVA | Potenziamento prestazioni relative a specifiche attività | (N° interventi e prestazioni ambulatoriali ortopediche anno 2019) - (N° interventi e prestazioni ambulatoriali ortopediche anno 2018) | (N° interventi e prestazioni ambulatoriali ortopediche anno 2018) | ≥ 2018 (tolleranza 10%) |
| 68 | 45.2 | Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza | % pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (Vincolante) | Pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate | Totale pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore | ≥ 80% |
| 70 | 45.7 | Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza | % ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza) | N. dimissioni con DRG chirurgico in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza) | N. complessivo di dimissioni in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza) | ≥ 2018 [Tolleranza 5%] |
| 73 | 196 | Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza | Degenza media pre-operatoria | Degenza pre-operatoria interventi chirurgici | Dimessi con interventi chirurgici | -10% [Tolleranza 20%] |
| 65 | 45.6 | Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza | Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario (Vincolante) | Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario | Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario. | ≤ 0,17 |
| 71 | 47.1 | Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza chirurgica | % DRG Medici da reparti chirurgici | Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici | Dimessi da reparti chirurgici | < 2018 |
| 47.2 | | Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza chirurgica | DRG LEA Chirurgici: % Ricoveri in Day-Surgery | Ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici | Ricoveri effettuati in Day-Surgery e ricovero ordinario per i Drg LEA Chirurgici | ≥ val 2018 |

In attuazione della DGRM 459/2016, l'ASUR si è attivata, con una serie di tavoli tecnici multidisciplinari, per la realizzazione di un percorso che portasse alla istituzione delle Breast Unit (BU), attraverso le quali passare da una parcellarizzazione degli interventi eseguiti nelle 10 unità di chirurgia, alla centralizzazione in pochi stabilimenti ospedalieri.

Come risultato di tali lavori, sono state adottate le seguenti determinazioni:

- determina DG Asur n.797/2016 individuazione in Area Vasta n.2 di un'equipe unica della breast unit e successivamente definita, con verbale di dipartimento, come sede unica del centro senologico la struttura di Senigallia;
- determina DG Asur n.798/2017 individuazione della Breast Unit del presidio ospedaliero dell'area vasta 5 con individuazione equipe unica.
- determina DG Asur n. 63/2018 individuazione della sede della Breast Unit presso la struttura ospedaliera di Macerata, Area Vasta 3:

Presso molti centri di senologia ASUR sono attuate le seguenti azioni:

- definizione delle carte dei servizi disponibili anche sul sito,
- programmati ed attuati incontri aperti ai MMG per condividere e divulgare le modalità operative di presa in carico della donna con carcinoma mammario;
- incontri con la popolazione in collaborazione con le associazioni di volontariato di settore;

Inoltre, è stata sviluppata ed implementata la cartella specialistica ambulatoriale nell'ambito del lotto 4 per la Breast Unit. Sono stati previsti moduli relativi alle professionalità che afferiscono al percorso senologico ed è stata avviata una prima fase sperimentale nella Breast Unit dell'AV2 come primo centro formalizzato. Il gestionale è stato successivamente condiviso ed implementato da parte dei professionisti afferenti alle altre Breast Unit ed è attualmente in uso in tutte le sedi centro di senologia. L'utilizzo è avvenuto a seguito dell'erogazione di adeguata formazione, sia frontale che sul campo, da parte del fornitore. La cartella in uso permette a ciascun professionista di visionare l'attività relativa al percorso del paziente ed integrare le informazioni, attraverso il modulo dedicato, per quanto riguarda la propria specialità grazie a delle password dedicate. E' in fase di sviluppo la costruzione di un cruscotto che permetterà a breve di agevolare l'elaborazione delle informazioni presenti all'interno del database e degli indicatori ministeriali al fine di garantire un costante monitoraggio dei percorsi senologici afferenti all'Asur.

Nel corso del 2019 si prevede un costante monitoraggio dell'attività delle Breast Unit formalizzate, l'attuazione di eventuali azioni correttive che si rendono necessarie al fine di garantire il raggiungimento degli standard ministeriali.

Si prevede l'espletamento di un audit Aziendale con tutti i referenti delle BU aziendali al fine di omogeneizzare i percorsi ed evidenziare gli scostamenti del percorso organizzativo rispetto a quanto previsto dagli standard eusomia e ministeriali.

In merito all'indicatore 84 e 85 verrà attuato un attento monitoraggio al fine di garantire il mantenimento dell'obiettivo per le strutture che hanno raggiunto lo standard e il raggiungimento per le strutture che erano in linea con lo standard Regionale ma non avevano ancora raggiunto quello ministeriale.

Con ASUR determina n. 629/DG del 2018 sono state approvate le Linee di Indirizzo per la Regolamentazione del Percorso Chirurgico e l'Organizzazione dei Blocchi Operatori nell'ASUR Marche, è quindi stato nominato Gruppo Tecnico aziendale di programmazione chirurgica, che si è riunito regolarmente e fino ad oggi ha valutato:

- la presenza nei Blocchi operatori ASUR dei criteri autorizzativi;
- la presenza ed implementazione delle raccomandazioni Ministeriali;
- l'attività formativa annuale.

3.1.2.3. Area Materno infantile

Le attività dei dipartimenti Materno infantile delle Aree Vaste sono volte al raggiungimento dei seguenti principali obiettivi strategici:

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

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

Di seguito gli obiettivi 2019:

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2019 |
|----------|-------------|---|--|--|---|---|
| 76 | <u>45.1</u> | "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 (Vincolante) | 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 progresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000 | <2018 |
| 77 | <u>45.1</u> | "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 (Vincolante) | 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 progresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000 | <2018 |
| 89 | <u>267</u> | "Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15 | Parto cesareo: % complicanze | N° ricoveri per parto cesareo con almeno una complicanza materna grave nel corso del ricovero o in ricoveri successivi entro 42 gg da data ammissione per parto | N° totale ricoveri per parto cesareo | < del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento |
| 88 | <u>266</u> | "Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15 | Parto naturale: % complicanze | N° ricoveri per parto naturale con almeno una complicanza materna grave nel corso del ricovero o in ricoveri successivi entro 42 gg da data ammissione per parto | N° totale ricoveri per parto naturale | < 2018 |
| 67 | <u>45.5</u> | Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza | % 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 | | <2018 |
| | 195 | Potenziamento qualità clinica | Appropriatezza clinico-assistenziale ostetricia | N. Schede di valutazione per taglio cesareo compilate | Totale parti cesarei | 1 |

L'ASUR con determina n. 226/DG del 7/4/ 2017 ha recepito il documento La Nascita Naturale: protocollo della gravidanza, travaglio e parto a basso rischio e ha aggiornato ed integrato il protocollo per la gestione della gravidanza a basso rischio di cui alla DG ASUR 916/15. Il percorso di implementazione del percorso nascita, è stato realizzato dal Comitato Percorso Nascita ASUR con la collaborazione di un Gruppo di lavoro ASUR composto da professionisti esperti nel settore che si sono confrontati, condividendo e producendo con una valutazione multidisciplinare il documento 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.

Inoltre con determina n. 227/DG del 7/4/2017 “*Rischio Clinico e sicurezza dei pazienti e delle cure: recepimento allegato 1 e allegato 2 relativo alle Raccomandazioni Ministeriali n. 6 e n. 16*” sono state recepite e rielaborate le indicazioni ministeriali inerenti la sicurezza di cure per il neonato e la puerpera. Nel 2019 si porrà l'accento sull'appropriatezza nelle indicazioni cliniche alle modalità del parto.

3.1.2.4. Area dei Servizi

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

Gli obiettivi 2019 dell'Area Servizi sono finalizzati all'utilizzo appropriato delle risorse e alla centralizzazione per Area Vasta sia della preparazione delle terapie antitumorali che delle attività di Laboratorio Analisi.

Di seguito si espongono gli obiettivi relativi alla spesa farmaceutica ospedaliera mentre quelli relativi alla farmaceutica territoriale saranno esposti nel paragrafo 3.2.3 “Area Territoriale”.

Nella stessa sezione sono esposti anche gli obiettivi della DGR 415/2019 relativi alle liste di attesa che coinvolgono le strutture di radiologia, radiodiagnostica e senologia.

Farmaceutica Ospedaliera

Di seguito gli obiettivi del 2019

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2019 |
|----------|-----|---|--|---|---|--|
| 107 | 382 | Allattamento di Bevacizumav intravitale | % Unità posologiche Bevacizumav intravitale su totale unità posologiche Bevacizumav intravitale e altri farmaci (lucentis, macugen e eylea) per pazienti "naive" | Unità posologiche Bevacizumav intravitale per pazienti "naive" | Unità posologiche Bevacizumav intravitale e altri farmaci (lucentis, macugen e eylea) per pazienti "naive" | ≥ 90% |
| 106 | 394 | Farmaci oncologici | N° UFA centralizzate in logica interaziendale, con bacini di utenza superiori al 200.000 abitanti | N° UFA centralizzate in logica interaziendale, con bacini di utenza superiori al 200.000 abitanti | | 1 |
| | 99 | Farmaci oncologici | Produzione di documentazione attestante il completamento delle centralizzazioni dei laboratori di allestimento delle terapie oncologiche | Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore | Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore | Relazione attestante la centralizzazione da inviare al DS Asur entro il 15/01/2020 |
| 102 | 246 | Incremento segnalazioni ADR | % Segnalazioni di ADR rispetto al 2018 | | | ≥ 5% |
| | 102 | Razionalizzazione dei costi dei dispositivi medici | Produzione di documentazione attestante l'attività della commissione dei DM in merito: a. alla gestione ed omogeneizzazione dei singoli repertori dei DM; b. alla valutazione tramite criteri di costo-efficacia dei nuovi DM da inserire nella pratica clinica e in repertorio; c. al monitoraggio di spesa e consumi dei DM; d. al confronto dei dati sui DM tra strutture di analoga complessità; e. alla promozione della vigilanza sui DM. | Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore | Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore | Relazione da inviare al DS Asur entro il 15/01/2020 |
| 94 | 377 | Rispetto del tetto della spesa DM (4,4% FSN da lettera b) art. 9-ter Decreto Legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125) | Valori economici rendicontati nel modello CE (B.1.A.3) 2019 | Valori economici rendicontati nel modello CE (B.1.A.3) 2019 | | < 2018 |
| 91 | 376 | Rispetto del tetto spesa farmaceutica per acquisti diretti (Tetto 6,89% FSN) | Riduzione spesa farmaceutica per acquisti diretti anno 2019 (Modello CE: B.1.A.1.1 + B.15.A) (Vincolante) | Spesa farmaceutica per acquisti diretti anno 2019 (Modello CE: B.1.A.1.1 + B.15.A) | | -2% rispetto alla spesa dell'anno 2018 |
| 104 | 381 | Rispetto della compilazione Registri AIFA | % trattamenti chiusi su trattamenti che non ricevono una richiesta farmaco da più di 6 mesi [Vincolante] | N° trattamenti chiusi (compilazione scheda fine trattamento) | N° trattamenti che non ricevono una richiesta farmaco da più di 6 mesi | 90% [Tolleranza 20%] |
| 103 | 247 | Rispetto della compilazione Registri AIFA | N° dispensazioni farmaci registri AIFA [Vincolante] | N° totale richieste farmaci registri AIFA | | 100% |
| | 92 | Utilizzo PTO di AV (DRG 1696/2012) | % Controlli a campione sulle schede di dimissione per verificare la prescrizione della presenza nel PTO di AV dei farmaci prescritti (percentuale massima 20%) | Controlli a campione effettuati su cartelle cliniche per verifica della presenza nel PTO di AV dei farmaci prescritti | Totale cartelle cliniche | ≥ 3% |

Si evidenzia che in riferimento all'obiettivo di rispetto del tetto spesa farmaceutica per acquisti diretti (6,89% FSN), in tale limite di spesa sono ricompresi: la DPC e la DD dei farmaci esclusivi e dei farmaci erogati nel rispetto dell' art. 8 L.405/2001.

Per quanto riguarda il rispetto del tetto della spesa DM (4,4% FSN da lettera b) art. 9-ter Decreto Legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125) sono in corso azioni sull'appropriatezza delle prescrizioni e sulla corretta attribuzione dei costi ai proscrittori (anche delle aziende ospedaliere).

3.1.2.5. Area 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, è stato istituito e disciplinato dalla Regione Marche con L.R. n.36 del 1998, in ottemperanza a quanto previsto dalle Linee Guida 1/1996 di cui all' "Atto di intesa tra stato regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 27.03.1992", pubblicate sulla G.U. del 17/05/1996 n. 114. In applicazione a quanto disposto, al sistema d'emergenza sanitaria afferiscono diversi servizi collegati ed organizzati di strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere tra loro funzionalmente integrate ed uniformi su tutto il territorio.

Nello specifico, tale complesso organizzato è articolato in:

- **sistema di allarme sanitario (CO118)**, che provvede ad ogni emergenza territoriale, compresi i servizi di pronto intervento garantiti dai dipartimenti di prevenzione attivati nel territorio di competenza ed i collegamenti funzionali con gli uffici periferici del Ministero della sanità al fine di far fronte alle emergenze sanitarie di frontiera, il trasporto urgente di sangue e le operazioni connesse all'attività relativa ai trapianti e prelievi di organo;
- **sistema territoriale di soccorso**, che svolge le attività extra-ospedaliere finalizzate all'accettazione e al trattamento delle emergenze e delle urgenze sanitarie;
- **sistema ospedaliero di emergenza** volto a garantire idonea assistenza ospedaliera alle emergenze sanitarie. Il sistema si articola in: punti di primo intervento (PPI); pronto soccorso ospedaliero (PS); Dipartimento di emergenza-urgenza ed accettazione (DEA) di primo livello; Dipartimento di emergenza-urgenza ed accettazione (DEA) di secondo livello.

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Asur Valore atteso 2019 |
|----------|-------------|-----------------|--|---|--|--|
| 54 | <u>49.1</u> | Pronto Soccorso | % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti | Pazienti in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti | Pazienti in PS con codice giallo (al triage) | >2018 |
| 55 | <u>49.2</u> | Pronto Soccorso | % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora | Pazienti in PS con codice verde visitati entro 1 ora | Pazienti in PS con codice verde (al triage) visitati entro e oltre 1 ora | >2018 |
| 49 | <u>107</u> | Pronto Soccorso | Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti) (vincolante) | 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 | | ≤ 17,5 minuti (nessuna Tolleranza) |
| 50 | <u>299</u> | Pronto Soccorso | Monitoraggio degli accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8 alle ore 20,00 di adulti residenti con codice di dimissione bianco/verde | Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza ospedaliera, Emergenza - Urgenza, Ricerca e Formazione, relativa al monitoraggio degli accessi nei giorni feriali dalle ore 08,00 alle ore 20,00 di adulti (età > 14 anni) residenti codice di priorità (bianco/verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS | | Documentazione inviata entro il 30/04/2020 |
| 51 | <u>298</u> | Pronto Soccorso | Monitoraggio degli accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8 alle ore 20,00 di minori residenti con codice di dimissione bianco/verde | Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza ospedaliera, Emergenza - Urgenza, Ricerca e Formazione, relativa al monitoraggio degli accessi nei giorni feriali dalle ore 08,00 alle ore 20,00 di minori (età ≤ 14 anni) residenti codice di priorità (bianco/verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS | | Documentazione inviata entro il 30/04/2020 |
| 52 | <u>300</u> | Pronto Soccorso | Monitoraggio degli accessi in PS ore notturne, festivi e prefestivi di adulti residenti con codice di dimissione bianco/verde | Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza ospedaliera, Emergenza - Urgenza, Ricerca e Formazione, relativa al monitoraggio degli accessi nei giorni festivi e prefestivi e nei giorni feriali (dalle ore 20,00 alle ore 08,00) di adulti (età > 14 anni) residenti codice di priorità (bianco/verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS | | Documentazione inviata entro il 30/04/2020 |
| 53 | <u>301</u> | Pronto Soccorso | Monitoraggio degli accessi in PS ore notturne, festivi e prefestivi di minori residenti con codice di dimissione bianco/verde | Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza ospedaliera, Emergenza - Urgenza, Ricerca e Formazione, relativa al monitoraggio degli accessi nei giorni festivi e prefestivi e nei giorni feriali (dalle ore 20,00 alle ore 08,00) di minori (età < 14 anni) residenti codice di priorità (bianco/verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS | | Documentazione inviata entro il 30/04/2020 |

In considerazione del fatto che l'emergenza/urgenza costituisce un'area fondamentale dell'intero sistema sanitario, che in poco tempo è chiamato a rispondere ad esigenze cliniche legate a patologie acute con situazioni di pericolo di vita o complicanze di malattie croniche e che la domanda non è programmabile è stato istituito un tavolo multidisciplinare di lavoro con mandato di elaborare e definire un documento in grado di fornire strumenti utili e necessari per affrontare le criticità del settore. Il documento formalizzato con determina n. 357/DG DG Asur 357 del 20/6/2017 fornisce indirizzi operativi da attuare in merito a :

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

La rete dell'emergenza è stata completata e potenziata attraverso l'implementazione dei percorsi delle principali condizioni patologiche "tempo dipendenti":

1. **“Infarto” – determina n. 732 del 15/12/2017 “Rete clinica cardiologica ASUR”**. A livello regionale con le DGRM 1345/13 e 1219/14 sono state definite le Unità Operative Complesse e le relative funzioni delle aziende del SSN. L’ASUR, in coerenza con gli atti regionali, tramite DG 350/2015, 481/2016 e 361/2017 ha definito l’assetto organizzativo aziendale ed ha individuato i Dipartimenti Funzionali Cardiologici. Attraverso un tavolo di lavoro multidisciplinare finalizzato alla riorganizzazione della rete cardiologica, valutando i bisogni di popolazione (dati SDO) e nel rispetto della normativa vigente, l’ASUR Marche ha elaborato la determina sopracitata. Il modello assistenziale della rete cardiologica ASUR è quello per intensità di cura, che prevede la presa in carico del paziente in tutti i suoi diversi momenti assistenziali, dalla gestione della fase acuta intensiva, sino alla fase riabilitativa. La dimensione dell’emergenza-urgenza rappresenta solo la prima tappa di un percorso di sviluppo della rete cardiologica come effettiva integrazione ospedale-territorio, che comprende, attraverso l’acquisizione di diverse competenze e profili professionali, anche il trattamento delle patologie croniche cardiovascolari, in un’ottica di approccio integrato e multidisciplinare alle polipatologie della persona, per lo più anziana. Il tavolo tecnico ha affrontato 3 diverse tematiche cardiologiche: urgenze, cardiologia riabilitativa ed aritmologia. Per il 2019 è prevista la prosecuzione delle attività citate.

2. **“Ictus”- determina n. 620/DG del 26/10/2017 “Gestione dell’ictus in fase acuta: rete ASUR Marche”**, il documento ha definito l’organizzazione dell’assistenza della fase pre-ospedaliera, ospedaliera e post-ospedaliera con indicazioni operative per strutture e professionisti coinvolti. Sono state definite anche le sedi di centralizzazione per le Centrali Operative 118 presso le Stroke Unit di riferimento. Alla luce della DGRM 987/16, con cui la Regione Marche ha definito il PDTA della gestione dell’ictus, l’ASUR Marche ha confermato le Sedi di Centralizzazione come precedentemente definite ed elaborato il percorso operativo del paziente con ictus ischemico candidabile alle procedure tempo-dipendenti di trombolisi e di trombectomia meccanica secondo le indicazioni del PDTA della Regione Marche. In questo ambito è stato istituito il Registro aziendale.

3. **“Trauma grave” - con DGRM 988 del 29/9/2016** la Regione ha delineato il percorso diagnostico terapeutico (PDTA) per la gestione del trauma grave sul territorio marchigiano. In linea con il DM 70/2015 la rete del trauma, designata secondo un modello hub e spoke, prevede la concentrazione della casistica più complessa nell’hub regionale che coincide con l’AA.OO.UU.RR. di Ancona. Alla luce della riorganizzazione delle reti ospedaliere, eseguita con DGR 1219/2014 sono stati definiti gli standard per l’assistenza del soggetto con trauma grave e specifici percorsi per la presa in carico durante la fase acuta, garantendo qualità ed equità di trattamento su tutto il territorio regionale. Al fine di attuare quanto delineato all’interno della DGRM sopra citata è stato istituito un tavolo di lavoro composto da membri di ciascuna azienda ospedaliera coordinato dall’ASUR. Dal 2017 sono stati convocati diversi incontri per condividere le modalità attuative della nuova organizzazione e condivisa modalità e gestione del registro traumi regionale partito in via sperimentale nell’ultimo trimestre del 2017 e definitivo da gennaio 2018. Sono state condivise modalità formative volte alla divulgazione del documento e alla trasmissione delle nuove modalità organizzative. Sono stati organizzati in collaborazione con i referenti dell’hub eventi formativi su tutte le Aree Vaste con l’obiettivo di condividere i percorsi e rivedere le tecniche fondamentali per la corretta gestione del paziente strategiche per garantire la centralizzazione del paziente. L’Asur gestisce, anche per conto delle altre Aziende, il Registro regionale.

Maxiemergenza

Gli eventi sismici che hanno interessato le Marche, hanno stimolato l’avvio di un tavolo di lavoro i cui i componenti, sulla scorta delle attività poste in essere e delle lezioni apprese nella gestione del sisma Centro/Italia 2016-2017, hanno avuto il mandato di individuare linee di indirizzo aziendali omogenee per la gestione delle grandi emergenze sanitarie formalizzate con determina del Direttore generale n. 640/2019. Sono state previste nel piano della formazione 2019 attività volte a formare personale che possa essere chiamato ad operare presso le Sale Operative integrate e la divulgazione del documento nelle singole Aree Vaste.

Di seguito gli obiettivi di cui alla DGR 415/2019, (esposti con la numerazione della DGR 415/2019 e con la numerazione del sistema di controllo degli indicatori ASUR) correlati all'Area Emergenza.

3.1.2.6. Trapianti e Donazioni d'Organo

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.

A fronte dell'attività di trapianto, è necessario sostenere l'attività di procurement degli organi perché, in occasione del prelievo di organi, in tutte le strutture ospedaliere sede di rianimazione debbono sempre essere garantiti ottimi livelli organizzativi ed elevatissimi standard qualitativi.

La Regione Marche definisce annualmente il Progetto regionale di sviluppo e potenziamento attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti, approvato per il 2019 con DGR n. 709 del 18/06/2019. Il progetto regionale si sviluppa in 4 sotto-progetti e l'ASUR è coinvolta nei seguenti:

- 1) Progetto per i Coordinatori al prelievo delle Marche,
- 2) Progetto di formazione ed informazione regionale sulla donazione di organi e tessuti,
- 3) Progetto di potenziamento attività di prelievo di organi, cornee e tessuti ossei.

Una delle eccellenze regionali in tale ambito, è rappresentata dalla Banca degli occhi della Regione Marche che è ubicata all'interno del presidio ospedaliero Profili di Fabriano.

Di seguito gli obiettivi di cui alla DGR 415/2019, (esposti con la numerazione della DGR 415/2019 e con la numerazione del sistema di controllo degli indicatori ASUR) correlati alla donazione organi e tessuti.

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2019 |
|----------|------------|----------------------------|--|--|--|---|
| 58 | <u>318</u> | Donazione organi e tessuti | % Donatori di tessuti sottoposti ad accertamento di morte sugli accertamenti di morte | N. soggetti deceduti e sottoposti ad accertamento di morte a cui sia stata prelevata almeno una tipologia di tessuto (muscolo-scheletrico, vasi, valvole, cute sottocutaneo e tessuto oculare) | N. soggetti deceduti e sottoposti ad accertamento di morte | ≥ 2018 |
| 56 | <u>375</u> | Donazione organi e tessuti | % donatori effettivi di organi | N. Donatori effettivi di organi | N. Pazienti deceduti entro 15 gg dal ricovero con lesione cerebrale acuta | ≥ 2018 |
| 59 | <u>343</u> | Donazione organi e tessuti | Attuazione DGR 982/2016 | Implementazione procedure attivazione trasporti (su gomma, ala fissa, ala rotante) connessi con le attività trapiantologiche | | Implementazione delle procedure entro il 31/12/2019 |
| 60 | <u>402</u> | Donazione organi e tessuti | Costituzione Banca degli Occhi di Fabriano | Predisposizione Atto Aziendale di Costituzione Banca degli Occhi in attuazione della DGR 2951/2001 | | |
| 57 | <u>234</u> | Donazione organi e tessuti | Donazione di organi: % Accertamenti di morte con criteri neurologici su decessi per cerebrolesione acuta in rianimazione | N° accertamenti di morte con criteri neurologici | N° soggetti deceduti entro 15 giorni dal ricovero con lesione cerebrale acuta rianimazione | ≥ 2018 |

3.1.2.7. Medicina Trasfusionale

L'assetto organizzativo della Medicina Trasfusionale della regione Marche si caratterizza per la presenza di un Dipartimento interaziendale funzionale Regionale di Medicina Trasfusionale.

Esso rappresenta lo strumento organizzativo e gestionale sotto il profilo tecnico, scientifico, logistico e amministrativo di tutte le attività trasfusionali.

I Centri trasfusionali presenti capillarmente in tutto il territorio aziendale svolgono tutte le attività connesse con la donazione e l'assegnazione del sangue e dei suoi componenti ed effettua attività diagnostica e terapeutica in ambito della Medicina Trasfusionale.

Di seguito gli obiettivi di cui alla DGR 415/2019, (esposti con la numerazione della DGR 415/2019 e con la numerazione del sistema di controllo degli indicatori ASUR) correlati alla medicina trasfusionale

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2019 |
|----------|-----|----------------------------|--|--|--------------------------|--|
| 141 | 370 | Attuazione DGR 182/2017 | Predisposizione ed aggiornamento linee guida per utilizzo clinico appropriato emocomponenti e farmaci plasmaderivati e predisposizione protocolli basati sul PBM | Predisposizione ed aggiornamento linee guida per utilizzo clinico appropriato emocomponenti e farmaci plasmaderivati e predisposizione protocolli basati sul PBM | | Adozione provvedimenti formali entro il 31/12/2019 |
| 140 | 214 | Potenziamento dell'offerta | Incremento raccolta associativa (DGR 736/2016) in collaborazione con l'AVIS | Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza - Urgenza, Ricerca e Formazione, attestante il potenziamento della raccolta associativa su ciascuna AV | | reportistica da inviare al D.S. ASUR entro il 15/01/2020 |

L'ASUR Marche, preso atto della normativa nazionale (Legge n. 219 del 21 ottobre 2005, Decreto Legislativo n. 261 del 20 dicembre 2007 e decreto del Ministero della Salute del 28 giugno 2016 recante "Programma di autosufficienza del sangue e dei suoi prodotti per l'anno 2016") e della DGRM n. 182 del 7 marzo 2017 "Recepimento Linee Guida per il programma di Patient Blood management – Centro Nazionale Sangue – Indicazioni operative", ha attivato un tavolo tecnico multidisciplinare e con successiva Determina n. 475 del 2 settembre 2019 "Gestione delle anemie carenziali nel paziente candidato a chirurgia d'elezione: linee di indirizzo ASUR", ha recepito le linee guida per il programma di Patient Blood Management ed ha stabilito che i cinque presidi ospedalieri unici di Area vasta debbano predisporre specifiche procedure per declinare il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale dei pazienti candidati ai percorsi operatori in elezione e con anemie carenziali. Nel 2019 è iniziata specifica attività formativa che è previsto continui, in ogni Area vasta, nel corso del 2020.

3.1.2.8. Completezza, qualità e tempestività nell'invio dei flussi informativi del livello ospedaliero

Nella DGR n. 415/2019 di assegnazione degli obiettivi 2019 agli Enti del SSR, questi sono stabiliti in termini di adempimenti assegnati dai Ministeri della Salute e dell'Economia per la 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 marzo 2005, è stata data particolare attenzione alla qualità, completezza e tempestività nell'invio dei flussi informativi obbligatori ed agli obiettivi della "Griglia LEA".

Di seguito gli obiettivi assegnati per l'anno 2019 nell'ambito dei flussi del livello ospedaliero.

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2019 |
|----------|-----|---|---|---|---|------------------------------|
| 2 | 303 | Frequenza degli invii mensili flussi farmaceutica ospedaliera | Rispetto del termine di invio mensile del File H (entro il 15° giorno di ogni mese) | Rispetto del termine di invio mensile del File H (entro il 15° giorno di ogni mese) | | 100% |
| 6 | 88 | Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF | Consumi dispositivi medici: Valore percentuale della spesa rilevata dal Flusso consumi rispetto ai costi rilevati dal Modello di conto economico (Voce B.1.A.3.1) | Valore della spesa rilevata dal Flusso consumi | Costi rilevati dal Modello di conto economico | ≥ 90% |
| | 79 | Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF | Emergenza urgenza - PS: Numero % di record con ASL e Comune di residenza correttamente valorizzati | Numero di record con ASL e Comune di residenza correttamente valorizzati | Numero totale di record inviati | Valore compreso tra 90 e 100 |
| | 80 | Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF | Emergenza urgenza - PS: Valutazione della coerenza del numero di accessi calcolati con il flusso EMUR e con il Modello HSP24 | Numero di accessi calcolati con EMUR | Numero di accessi calcolati con HSP24 | Valore compreso tra 90 e 110 |
| 1 | 302 | Rispetto tempistiche di invio dei flussi informativi sanitari soggetti ad interconnessione da DM 262/2016 (DGR 248/2018) | Trasmissione dei flussi informativi relativi a determinati periodi temporali, specificati nella DGR 248/2018 secondo le scadenze previste dalla stessa DGR | SDO (13 invii per AV) 118 (12 invii per AV) PS (12 invii per AV) SIAD (4 invii per AV) FILE C (12 invii per AV) | | 100% |

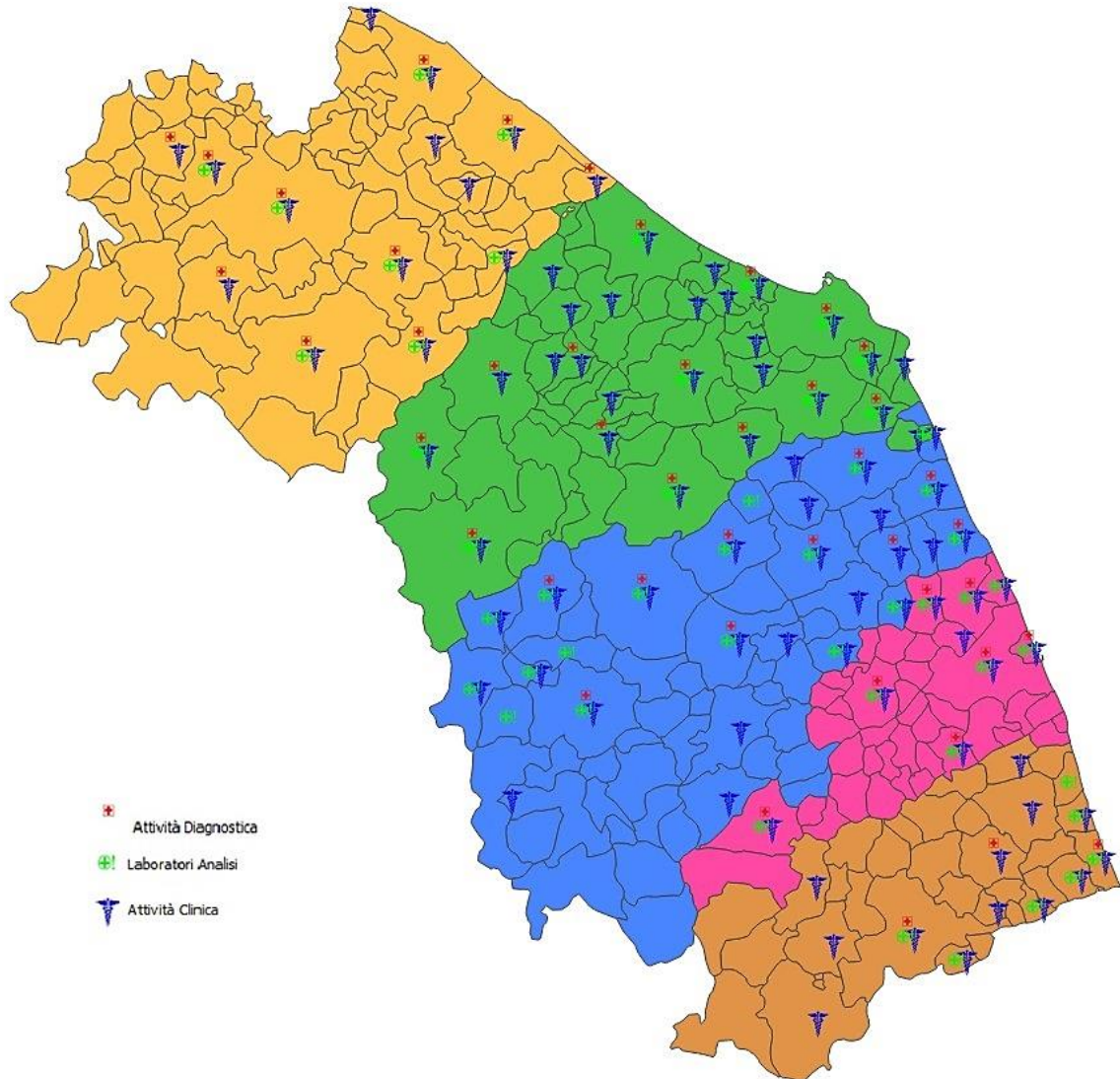
Gli obiettivi sono stati raggiunti al 100%, fermo restando l'obiettivo di miglioramento continuo della qualità nella predisposizione dei flussi da cui derivano le valutazioni di efficacia e di efficienza dell'attività ospedaliera.

3.2. ASSISTENZA TERRITORIALE

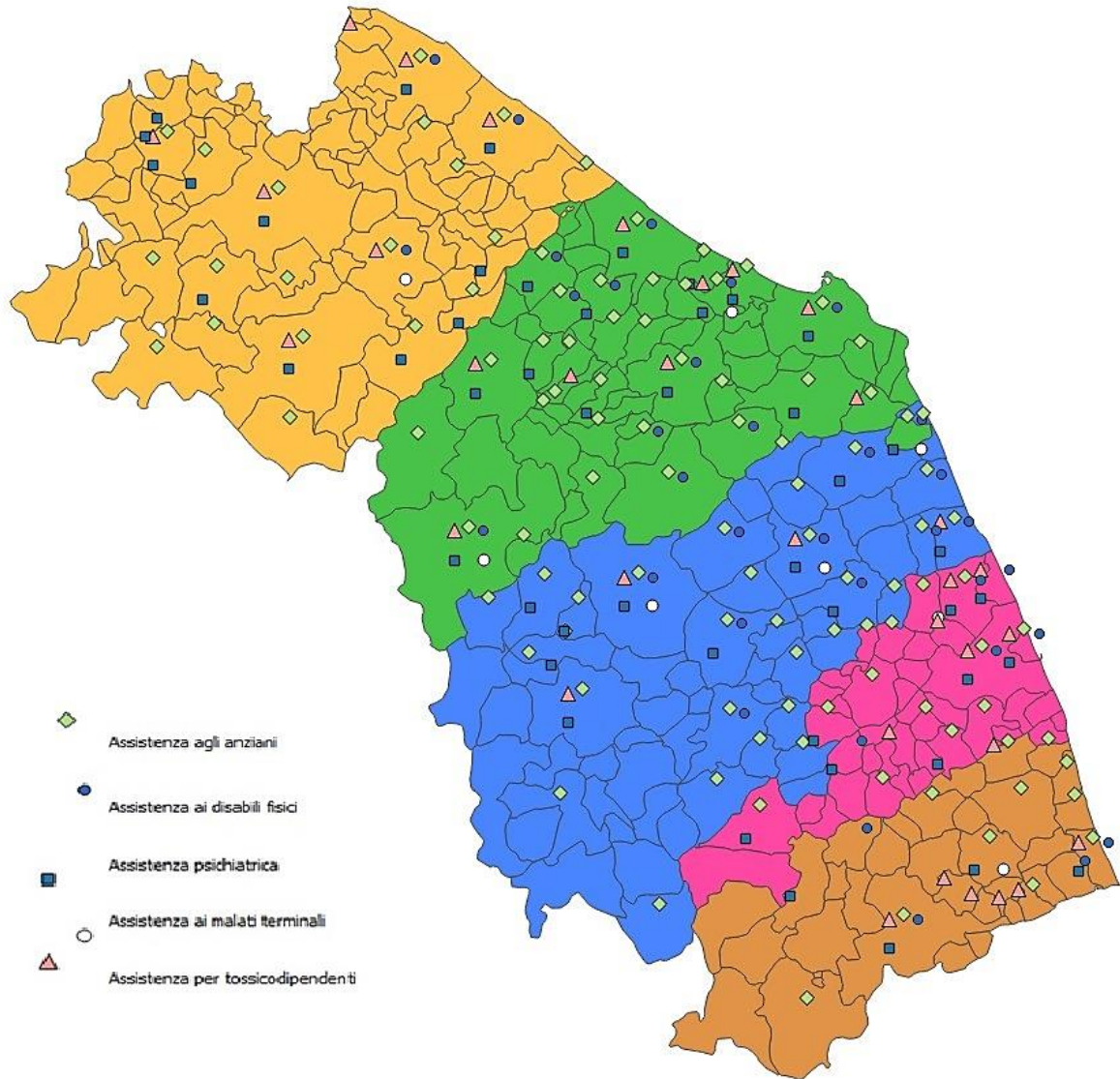
3.2.1. Stato dell'arte

L'Azienda opera mediante 304 strutture territoriali a gestione diretta e 397 strutture territoriali convenzionate (Fonte STS 11).

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



Dislocazione geografica delle strutture residenziali (pubbliche e private)



Le tabelle che seguono, coerentemente con i flussi ministeriali STS 11 e 24, riportano il numero di strutture a gestione diretta ASUR e il numero delle strutture private convenzionate per il 2019 suddiviso per tipologia di struttura e tipo di assistenza erogata, nonché il numero di posti letto di assistenza residenziale e semiresidenziale attivi nel 2019.

| Numero di strutture a gestione diretta ASUR | Tipo struttura | | | | Totale complessivo |
|---|--------------------------------------|---------------------------|------------------------|----------------------------|--------------------|
| | ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE | AMBULATORIO E LABORATORIO | STRUTTURA RESIDENZIALE | STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE | |
| Assistenza agli anziani | | | 45 | 3 | 48 |
| Assistenza ai disabili fisici | | | 3 | 1 | 4 |
| Assistenza ai disabili psichici | | | 2 | 3 | 5 |
| Assistenza ai malati terminali | | | 8 | | 8 |
| Assistenza per tossicodipendenti | 19 | | 1 | 3 | 23 |
| Assistenza psichiatrica | 33 | | 28 | 21 | 82 |
| Attività clinica | 106 | 54 | | | 160 |
| Attività di consultorio familiare | 72 | | | | 72 |
| Attività di laboratorio | 20 | 27 | | | 47 |
| Diagnostica strumentale e per immagini | 26 | 29 | | | 55 |
| Totale complessivo | 276 | 110 | 87 | 31 | 504 |

| Numero di strutture convenzionate | Tipo struttura | | | | Totale complessivo |
|--|--------------------------------------|---------------------------|------------------------|----------------------------|--------------------|
| | ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE | AMBULATORIO E LABORATORIO | STRUTTURA RESIDENZIALE | STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE | |
| ASSISTENZA AGLI ANZIANI | | | 130 | 5 | 135 |
| ASSISTENZA AI DISABILI FISICI | | | 11 | 32 | 43 |
| ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI | | | 6 | 4 | 10 |
| ASSISTENZA AIDS | | | 1 | | 1 |
| ASSISTENZA IDROTERMALE | 6 | | | | 6 |
| ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI | | | 27 | 3 | 30 |
| ASSISTENZA PSICHIATRICA | | | 27 | 1 | 28 |
| ATTIVITA' CLINICA | 4 | 60 | | | 64 |
| ATTIVITA' DI LABORATORIO | | 59 | | | 59 |
| DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI | | 21 | | | 21 |
| Totale complessivo | 10 | 140 | 202 | 45 | 397 |

| POSTI LETTO PER STRUTTURA | Tipo di assistenza erogata | STRUTTURA RESIDENZIALE | STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE | TOTALE |
|--|-----------------------------------|------------------------|----------------------------|--------------|
| Strutture a gestione diretta ASUR | Assistenza agli anziani | 1.015 | 30 | 1.045 |
| | Assistenza ai disabili fisici | 26 | 8 | 34 |
| | Assistenza ai disabili psichici | 55 | 46 | 101 |
| | Assistenza ai malati terminali | 96 | | 96 |
| | Assistenza per tossicodipendenti | | | |
| | Assistenza psichiatrica | 283 | 319 | 602 |
| | Attività clinica | | | |
| | Attività di consultorio familiare | | | |
| | Attività di laboratorio | | | |
| Diagnostica strumentale e per immagini | | | | |
| Totale | | 1.475 | 403 | 1.878 |
| Strutture convenzionate | Assistenza agli anziani | 4.145 | 94 | 4.239 |
| | Assistenza ai disabili fisici | 159 | 572 | 731 |
| | Assistenza ai disabili psichici | 99 | 96 | 195 |
| | Assistenza AIDS | | | |
| | Assistenza idrotermale | | | |
| | Assistenza per tossicodipendenti | | | |
| | Assistenza psichiatrica | 525 | 6 | 531 |
| | Attività clinica | | | |
| | Attività di laboratorio | | | |
| Diagnostica strumentale e per immagini | | | | |
| Totale | | 4.928 | 768 | 5.696 |
| Totale complessivo | | 6.403 | 1.171 | 7.574 |

Con riferimento agli istituti di riabilitazione ex art. 26, operano 13 centri di riabilitazione privati con 779 posti letto di assistenza residenziale e 172 posti di semiresidenziale. Per la gestione pubblica, nell'azienda esiste un centro con 10 posti letto di assistenza residenziale (Galantara di Pesaro) e 13 posti di semiresidenziale (Centro di riabilitazione Montessori di Fermo) (Fonte RIA 11).

| Posti Letto Strutture residenziali riabilitative ex art. 26 | STRUTTURA RESIDENZIALE | STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE | TOTALE |
|---|------------------------|----------------------------|------------|
| Strutture a gestione diretta ASUR | 10 | 13 | 23 |
| Strutture convenzionate | 779 | 172 | 951 |
| Totale complessivo | 789 | 185 | 974 |

Relativamente alla medicina di base, l'Azienda opera mediante 1.094 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 1.322.897 unità, e 174 pediatri di libera scelta, che assistono 158.607 assistiti (Fonte: Modello FLS 12, Anno 2019).

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

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

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

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

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

3.2.2.1. Area Territoriale

Liste di attesa

Nell'ambito dell'area territoriale la Direzione dell'ASUR ha incentrato la programmazione delle attività due linee di sviluppo strategiche: le liste di attesa e la farmaceutica territoriale, sulla base delle indicazioni regionali.

Nella programmazione regionale sulla riduzione delle liste di attesa i seguenti atti programmatori hanno definito le modalità di gestione delle liste da parte dell'ASUR:

- 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"

Nel 2019 è stato approvato il nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa che ha individuato le nuove linee di intervento nel governo dei percorsi di accesso alla specialistica ambulatoriale e ai ricoveri programmati; in tale atto hanno trovato conferma alcune linee di azione già attivate nelle Marche in particolare in

materia di gestione della presa in carico dell'utente da parte dello specialista. Il Piano Regionale di recepimento ha ribadito un percorso definito lungo quattro direttrici principali:

- A. miglioramento dell'appropriatezza della domanda di prestazioni;
- B. ampliamento dell'offerta di prestazioni;
- C. facilitazione dell'accesso dei cittadini, miglioramento della gestione e della trasparenza delle agende di prenotazione;
- D. attuazione di percorsi di tutela per il cittadino finalizzati a garantire l'effettuazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nei tempi previsti (Bonus) e di percorsi di irrogazione di sanzioni ai cittadini per mancata disdetta dell'appuntamento nei casi di rinuncia alla prestazione prenotata (Malus).

In particolare, l'introduzione dei percorsi di tutela di cui alla DGR 380 del 01/04/2019 a completamento del lavoro svolto negli anni precedenti per la risoluzione della problematica dei tempi di attesa relativamente alle prestazioni monitorate ai sensi del PNGLA 2019-21, ha avviato un profondo cambiamento nel rapporto tra cittadino e sistema sanitario

regionale. Oggi, infatti, l'approccio alla gestione dei tempi di attesa non è più centrato sul monitoraggio dei casi che ottengono una prenotazione, ma sulla concreta possibilità di dare risposte effettive e in tempi definiti ai bisogni dei cittadini. Lo standard definito per la sanità regionale marchigiana prevede infatti che sia il sistema sanitario regionale a farsi carico di ogni richiesta, senza costringere il cittadino alla ricerca del posto o all'acquisto della prestazione al di fuori dell'offerta fornita dai servizi regionali (out of pocket).

Con DGR 1361 del 7/11/2019, in risposta ad istanza avanzate in sede di Tavolo di monitoraggio regionale da parte delle associazioni di tutela e delle OOSS, si individuano ulteriori sfide per l'ASUR in questa materia:

- definizione di uno standard sull'accessibilità della prestazione, definito sulla base della percentuale di prenotazioni effettuate dai cittadini all'interno dell'ambito del distretto di residenza o distretti confinanti superiore al 90%;
- allargamento delle procedure di monitoraggio e dei percorsi di garanzia e tutela ad altre prestazioni rispetto a quelle ricomprese nel PNGLA, ma per le quali si registra una richiesta significativa da parte dei cittadini con l'obiettivo di:
 - o definizione di uno standard di riferimento per i tempi di erogazione delle visite di controllo (entro 1 anno salvo diversa indicazione medica) al fine di migliorare i percorsi per la visita di controllo;
 - o migliorare la trasparenza nella comunicazione dei dati relativi ai tempi d'attesa con un cruscotto dinamico pubblicato nel sito web basato sull'analisi dei dati del CUP unico regionale;
 - o ulteriore sviluppo delle soluzioni finalizzate alla facilitazione delle modalità di accesso al sistema di prenotazione.

Il piano di sviluppo delle azioni da parte dell'ASUR ha dato priorità al potenziamento dell'offerta, all'attivazione dei percorsi di tutela, avviati per la classe di priorità B dal 30 giugno 2019, per la classe D dal 30 luglio e per la classe P dal 30 agosto. Con Determina n. 628/DG del 18/11/2019 è stato adottato il Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 in cui sono definiti obiettivi specifici per Area Vasta/Distretto sulla base di analisi dettagliate per prestazione della domanda/offerta.

Oltre alle azioni prevalenti sull'offerta aziendale e il coordinamento con l'offerta delle Aziende ospedaliere / INRCA, il percorso sviluppato in materia di liste di attesa ha visto un'azione forte di re-indirizzamento della committenza delle strutture private accreditate con accordo di fornitura. Infatti, in attuazione delle specifiche indicazioni definite in sede di accordi quadro regionali con le strutture private, l'ASUR ha proceduto a fornire indicazione per il potenziamento dell'offerta nei settori critici, secondo una logica di complementarità rispetto all'offerta aziendale. Gli atti regionali di riferimento rispetto all'azione di committenza aziendale sono i seguenti:

- DGR 978 del 3/8/2019 - *Approvazione accordo con l'AIOP e le case di cura aderenti alla rete d'impresa denominata "Casa di Cura delle Marche", per gli anni 2019-2020-2021;*
- DGR n. 1330 del 28/10/2019: *Approvazione dello schema di accordo-quadro tra la Regione Marche ed AIUDAPDS (Associazione Italiana delle Unità Dedicare Autonome Private di Day Surgery e dei centri di chirurgia ambulatoriali) per gli anni 2019-2020-2021*
- DGR n. 1331 del 28/10/2019: *Approvazione dello schema di accordo-quadro tra la Regione Marche e LAISAN (Libera Associazione Imprese Sanitarie Ambulatoriali Nazionali) per gli anni 2019-2020-2021*

- DGR n. 1516 del 2/12/2019: *Approvazione dello schema di accordo-quadro con le Case di Cura monospécialistiche accreditate della Regione Marche per gli anni 2019-2020-2021 ed integrazione della D.G.R. n. 978 del 05.08.2019*

Di seguito gli obiettivi assegnati relative alla riduzione e al monitoraggio dei tempi di attesa:

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2019 |
|----------|------------|---|---|--|---|---|
| | 390 | Omoogenizzazione della produttività in ambito aziendale | Definizione, in accordo con i Direttori delle UUOO coinvolte di analisi di produttività in almeno due discipline con definizione di uno standard condiviso | Relazione sull'analisi della produttività e del percorso di omogenizzazione aziendale | | Relazione di AV da inviare alla DS Asur entro il 31/12/2019 |
| 44 | <u>192</u> | OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione) | Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D dei primi esami diagnostici monitorizzati dal PNGLA | Numero primi esami diagnostici garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità B (10gg) | Numero totale di prestazioni per classe di priorità B | >90% |
| 45 | <u>193</u> | OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione) | Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D dei primi esami diagnostici monitorizzati dal PNGLA | Numero primi esami diagnostici garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità D (60gg) | Numero totale di prestazioni per classe di priorità D | >90% |
| 44 | <u>190</u> | OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione) | Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D delle altre prime visite monitorizzate dal PNGLA | Numero altre prime visite garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B (10gg) | Numero totale di prestazioni per classe di priorità B | >90% |
| 45 | <u>191</u> | OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione) | Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D delle altre prime visite monitorizzate dal PNGLA | Numero altre prime visite garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D (30 gg) | Numero totale di prestazioni per classe di priorità D | >90% |
| 42 | <u>188</u> | OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione) | Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica; visita ortopedica; visita cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale | Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B | Numero totale di prestazioni per classe di priorità B | >90% |
| 43 | <u>189</u> | OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione) | Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica; visita ortopedica; visita cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale | Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D | Numero totale di prestazioni per classe di priorità D | >90% |

Gli obiettivi sopra elencati sono finalizzati al monitoraggio degli indicatori di risultato della gestione dell'offerta ambulatoriale, ovvero al rispetto dei tempi di attesa. Purtroppo è stata riscontrata una criticità nel sistema di monitoraggio regionale derivante da una problematica del software di gestione delle prenotazioni che non registra correttamente il rifiuto della prima disponibilità da parte dell'utente; poiché tale programma è unico in ambito regionale, questo inficia i dati di monitoraggio dell'intero sistema ed è in fase di correzione. Inoltre occorre rilevare che la gestione dei percorsi di tutela si sviluppa in due livelli: disponibilità per l'operatore CUP di posti aggiuntivi nelle strutture finalizzati alla gestione di questi percorsi e gestione dal team di garanzia dei casi residui che avviene tramite il recupero di posti inutilizzati della presa in carico o tramite l'attivazione di attività aggiuntive che però non sono tracciate dal sistema di prenotazione.

Particolarmente rilevante è il percorso avviato di analisi comparativa della produttività in ambito aziendale per due discipline, che ha riguardato la radiologia e la gastroenterologia. Per la prima disciplina l'analisi si basa sulla valutazione ponderata della produzione (pesata secondo la metodologia definita dalla Società italiana di radiologia medica e interventistica) e sulle ore lavorate dei medici radiologia (rilevate tramite una apposita estrazione del sistema rilevazione presenze aziendale). Per la gastroenterologia si è proceduto a concordare la tipologia di prestazioni e una valutazione dei tempi necessari al fine di definire il dato di ore di attività attese da rapportare a quelle effettivamente lavorate dalle equipe mediche. L'analisi nelle due discipline è stata resa complessa per criticità nell'estrazione delle ore lavorate, problematica in fase di risoluzione.

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2019 |
|----------|------------|--|---|---|---|--|
| | 365 | Ottimizzazione offerta primi accessi per le prestazioni di diagnostica strumentale sottoposte a monitoraggio | % di agende con il 20% in più di posti disponibili, rispetto alle agende attuali (al 15 maggio 2018), per le 29 prestazioni di diagnostica strumentale | Numero di posti/settimana medi disponibili nell'ultimo quadrimestre 2019 | Numero di posti/settimana medi disponibili all'ultimo quadrimestre 2018, per le 29 prestazioni di diagnostica strumentale | >0 |
| | 391 | Ottimizzazione offerta primi accessi per le prestazioni di diagnostica strumentale sottoposte a monitoraggio | Posti a CUP per prestazioni BPD delle prestazioni monitorate (incluso privato accreditato) | Numero posti/mese disponibili medi sull'ultimo quadrimestre 2019 | > Numero posti/mese disponibili medi sull'ultimo quadrimestre 2018 | >0 |
| | 363 | Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up | Garanzia di erogazione entro il tempo massimo di attesa previsto dal PRGLA per la classe di priorità P | Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità P (≤ 180 gg) | Numero totale di prestazioni per classe di priorità P | 90% entro il 31/03/2019 |
| 46 | <u>166</u> | OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio | Completezza della compilazione della ricetta per tipologia di accesso/classe priorità per le prestazioni previste al PNGLA | Numero delle prestazioni richieste con indicazione della tipologia di accesso/classe priorità | N.totale di prestazioni richieste | >90% |
| | 113 | Omogenizzazione della produttività in ambito aziendale | Inserimento dell'indicatore relativo al volume delle attività istituzionali e delle attività in libera professione nella scheda di Budget di Centro di Responsabilità | | | 100% |
| | 389 | Attivazione dei percorsi PIC in diagnostica per immagini per la gestione dei controlli: senologia | Pazienti con prestazione di diagnostica per immagini senologica (ecografia / mammografia) successiva con prenotazione in agenda PIC | Numero utenti con prenotazione di prestazione di diagnostica per immagini senologica in agenda PIC radiologica | | > 100 al 31/12/2019 |
| 47 | <u>392</u> | Operatività dei percorsi di presa in carico del paziente da parte del medico specialista | Disponibilità di slot dedicati per le prestazioni successive a tutte le visite specialistiche comprese tra le 43 prestazioni oggetto di monitoraggio PNGLA, per la presa in carico di pazienti cronici sottoposti a follow-up | Produzione reportistica da inviare alla P.F. Territorio e Integrazione Ospedale-Territorio attestante la disponibilità di slot per la presa in carico nel 100% delle strutture eroganti per Az/AV | | Publicazione dell'indicatore sul sito web aziendale con aggiornamento costante |
| | 388 | Operatività dei percorsi di presa in carico del paziente da parte del medico specialista | Pazienti con seconda prestazione dopo prima visita entro 30 giorni con DEMA emessa dallo specialista | Numero di pazienti con prestazione di controllo dopo prima visita entro 30 giorni con DEMA emessa dallo specialista | Numero di pazienti con seconda prestazione dopo prima visita | > 2018 |
| 38 | <u>374</u> | Assistenza specialistica | Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per residenti | N. prestazioni di risonanza magnetica individuate sia dal nomenclatore nazionale sia dallo specifico nomenclatore regionale erogate a pazienti residenti | | > 57.416 |

Questa serie di indicatori è finalizzata a ottimizzare alcune specifiche fasi del processo rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa.

Innanzitutto la disponibilità di posti per le prenotazioni: il problema delle liste di attesa è espressione di uno sbilanciamento tra domanda e offerta: la garanzia di un adeguato numero di posti è un presupposto per il governo della problematica; l'attivazione dei percorsi di tutela rappresenta un elemento fondamentale poiché dall'avvio ha prodotto un taglio della coda, ovvero il bilanciamento giorno per giorno del rapporto domanda offerta evitando l'effetto di consumo di posti tra le diverse classi di priorità.

L'obiettivo relativo al rispetto dei tempi di attesa per la classe P è stato posto dalla Regione Marche già prima dell'introduzione del nuovo Piano nazionale e ha rappresentato una sfida per il sistema per la necessità di redistribuire l'offerta anche rispetto a questa classe, per la quale si registra una specifica anomalia poiché viene confusa da molti prescrittori con l'attività di controllo.

Rispetto agli altri obiettivi si deve rilevare che in ambito aziendale viene programmato il volume dell'attività libero professionale e sono già attivi i percorsi di presa in carico; per quanto attiene la presa in carico in ambito radiologica questa non è ancora attiva per un ritardo nell'attivazione del collegamento bidirezionale tra il sistema CUP e il RIS (Radiology Information System).

Farmaceutica Territoriale

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

La Legge n.135/2012 ha fissato il tetto per la farmaceutica al 14,85% del FSN, di cui al 11,35% per la spesa farmaceutica territoriale e al 3,5% per la farmaceutica ospedaliera. La legge di Bilancio in vigore ha confermato il tetto del 14,85%, ma ha rideterminando il tetto della spesa farmaceutica territoriale, ora denominato «tetto della spesa farmaceutica convenzionata» nella misura del 7,96% (all'art. 1 comma 398 e 399 della Legge n. 232/2016). Altre politiche di controllo della spesa farmaceutica sono le seguenti:

- 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

Relativamente ai farmaci erogati in regime di convenzione:

- i farmaci innovativi, così come altre categorie di medicinali soggetti a un regime particolare, sono sottoposti all'attività regolatoria centrale da parte dell'AIFA;
- i sistemi informativi centrali e locali permettono il continuo monitoraggio delle prescrizioni edella spesa farmaceutica.

Il governo della farmaceutica convenzionata risulta prioritario in quanto il consumi dei farmaci e della spesa dipendono principalmente:

- dal progressivo innalzamento dell'età media della popolazione e dall'incremento della speranza e della qualità di vita da parte dei pazienti e la comorbidità, coesistenza di più patologie nello stesso individuo;
- dall'aumento di fasce di popolazione non autosufficienti o con bisogni di sostegno, non solamente sanitario, ma anche sociale;
- dalla continua immissione in commercio di farmaci ad alto e altissimo costo.

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

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

Con DGR 1764 del 27/12/2018 “Disposizioni relative alla promozione dell'appropriatezza e della razionalizzazione d'uso dei farmaci e del relativo monitoraggio” sono state evidenziate le aree ulteriormente migliorabili e definite 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.

Nel 2019 ulteriori atti di indirizzo e programmazioni, approvati dalla Giunta Regionale hanno definito gli indirizzi per la razionalizzazione dei consumi e dei costi nella spesa farmaceutica tra cui:

- DGR n. 980 del 05/08/2019 - *Approvazione schema di protocollo d'intesa tra la Regione Marche e Cittadinanzattiva Marche per la realizzazione della campagna informativa sui farmaci equivalenti "IOEquivalgo"*
- DGR n. 732 del 24/06/2019 - *Modifica dell'accordo tra la Regione Marche, Federfarma Marche e Confservizi Assofarm Marche per l'Assistenza Integrativa Regionale di cui alla DGR n. 1119/2018, sottoscritto in data 07.08.2018*
- DGR n. 573 del 21/05/2019 - *Aggiornamento dell'"Elenco dei farmaci erogabili in distribuzione per conto e in distribuzione diretta" di cui alla Tabella 1 allegata alla DGR n. 1118/2018 "Schema di accordo relativo alla distribuzione per conto di cui alla lettera a) art. 8 della Legge 405/2001, tra la Regione Marche, Federfarma Marche e Confservizi Assofarm Marche"*
- DGR n. 458 del 15/04/19 - *Regolamento regionale di competenza della Giunta regionale concernente: "Disposizioni di attuazione della legge regionale 16 febbraio 2015, n. 4 (Nuove norme in materia di servizio farmaceutico)"*

Di seguito gli obiettivi 2019

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2019 |
|----------|--------|---|---|---|--|---|
| 108 | 395 | Allestimento di Bevacizumav intravitale | % Unità posologiche Bevacizumav intravitale su totale unità posologiche Bevacizumav intravitale e altri farmaci (lucentis, macugen e eylea) per pazienti non "naive" | Unità posologiche Bevacizumav intravitale per pazienti non "naive" | Unità posologiche Bevacizumav intravitale e altri farmaci (lucentis, macugen e eylea) per pazienti non "naive" | ≥ 46% |
| | 90 | Attivazione monitoraggio prescrizioni nella farmaceutica convenzionata (DGR 140/2009) | Produzione di documentazione attestante lo svolgimento: a. dell'analisi dei comportamenti prescrittivi dei MMG/PLS, specialmente sui farmaci che determinano incrementi della spesa e dei consumi; b. del controllo sul rispetto delle note AIFA, delle indicazioni nelle schede tecniche dei farmaci e dei piani terapeutici; c. della progettazione ed attuazione di azioni correttive; d. dell'applicazione di eventuali sanzioni. | | | Relazione da inviare al DS Asur entro il 15/01/2020 |
| 101 | 150 | Incremento consumo di farmaci oppioidi maggiori su tutti i canali distributivi | Variazione % DDD farmaci oppioidi maggiori | (N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2019) - (N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2018) | (N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2018) | ≥ 2% |
| 99 | 279 | Incremento copertura delle trasmissioni con targatura (per i farmaci con AIC) | % copertura delle trasmissioni con targatura in distribuzione diretta | N° trasmissioni con targatura | Totale trasmissioni | ≥ 90% |
| 100 | 280 | Incremento copertura delle trasmissioni con targatura (per i farmaci con AIC) | % copertura delle trasmissioni con targatura in distribuzione per conto | N° trasmissioni con targatura | Totale trasmissioni | ≥ 99% |
| | 368 | Incremento della distribuzione diretta | Avvio distribuzione diretta ospedaliera presso le strutture private accreditate | Valore DDD | | >0 (I sem AV3 - II sem AV 1-2-4-5) |
| | 100.1 | Incremento distribuzione diretta (ad esclusione delle classi ATC J01, N06AX, N06AB, A02BC, C09DA e C10AA) | Variazione % DDD farmaci in distribuzione diretta rispetto al 2018 | (DDD in distribuzione diretta anno 2019 - DDD in distribuzione diretta anno 2018) | DDD in distribuzione diretta anno 2018 | > 2018 (ad esclusione delle classi ATC J01, N06AX, N06AB, A02BC, C09DA e C10AA) |
| 96 | 207.1 | Incremento utilizzo farmaci biosimilari | % PT Naive con prescrizione biosimilari su totale PT Naive | N° PT Naive con prescrizione biosimilari | N° tot. PT Naive | ≥ 95% |
| 95 | 207 | Incremento utilizzo farmaci biosimilari | % PT verificati sul totale PT | N° PT verificati | N° totale di PT | 100% |
| 97 | 207.4 | Incremento utilizzo farmaci biosimilari | %DDD Enoxaparina a minor costo (biosimilare / originatore) sul totale DDD enoxaparina | DDD Enoxaparina a minor costo (biosimilare / originatore) | Totale DDD Enoxaparina | ≥ 80% |
| 98 | 207.3 | Incremento utilizzo farmaci biosimilari | Audit con i clinici su incremento prescrizione biosimilari ai Naive | N° Audit con i clinici su incremento prescrizione biosimilari ai Naive | | ≥ 3 |
| | 245 | Incremento utilizzo farmaci in distribuzione diretta di classe A con brevetto scaduto | % DDD farmaci classe A in distribuzione diretta | N° DDD farmaci classe A in distribuzione diretta 2019 | N° DDD farmaci classe A in distribuzione diretta 2018 | > 3% rispetto al 2018 |
| | 91.1 | Incremento utilizzo farmaci in farmaceutica convenzionata di classe A con brevetto scaduto | % DDD farmaci classe A in farmaceutica convenzionata a brevetto scaduto | DDD farmaci classe A in farmaceutica convenzionata a brevetto scaduto | DDD farmaci classe A in farmaceutica convenzionata | >2018 |
| | 91.1.1 | Incremento utilizzo farmaci in farmaceutica convenzionata di classe A con brevetto scaduto | incremento DDD/1000 da/die farmaci a brevetto scaduto | DDD/1000 da/die 2019-2017 | DDD/1000 da/die 2017 | > 20% |

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2019 |
|----------|-------|---|---|---|---|---|
| | 100.2 | Potenziamento della farmaceutica in distribuzione diretta | Produzione di documentazione attestante: a. la realizzazione di incontri con i medici delle UU.OO. per la definizione dei principi attivi (specialmente a brevetto scaduto) erogabili e dei coretti percorsi assistenziali; b. l'incentivazione delle collaborazioni tra medici delle UU.OO. e farmacisti; c. la realizzazione di una programmazione delle dimissioni e delle visite specialistiche per l'ottimizzazione degli accessi degli utenti alle farmacie; d. la predisposizione di un prontuario delle case di riposo al quale i medici prescrittori dovranno attenersi; e. l'implementazione delle risorse umane per il corretto adempimento delle attività sovraccitate | Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore | Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore | Relazione da inviare al DS Asur entro il 15/01/2020 |
| 105 | 208 | Riduzione consumo antibiotici su tutti i canali distributivi | Variazione % DDD farmaci antibiotici per pazienti residenti | (N° DDD (ATC2 J01) anno 2019) - (N° DDD (ATC2 J01) anno 2018) | (N° DDD (ATC2 J01) anno 2018) | - 6% [Tolleranza 20%] |
| 93 | 243 | Rispetto del tetto della spesa farmaceutica convenzionata (Tetto 7,96% FSN) | Riduzione della spesa farmaceutica convenzionata netta dalle "distinte contabili" [Vincolante] | Spesa farmaceutica convenzionata 2019 | | ≤ 2018 |
| 92 | 403 | Rispetto del tetto di spesa per ossigeno (Tetto 0,20% FSN) | Valore economico della spesa per ossigeno 2019 | Valore economico della spesa per ossigeno 2019 | | ≤ 2018 +1% |

Cure palliative

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

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

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

La centralità delle cure palliative è stata ribadita a livello nazionale e regionale nella definizione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale. Con DGR n. 909 del 27/07/2019 "Legge nazionale 662/96, art. 1 comma 34 e 34bis - Approvazione dei progetti della Regione Marche per il perseguimento degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2019, individuati nell'Accordo del 6 giugno 2019 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 91/CSR)". Il progetto approvato dalla citata delibera prevede per l'anno 2019:

- Ottimizzare il sistema di cure palliative mediante percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi e di supporto integrati, anche in raccordo con le associazioni di volontariato radicate nel territorio regionale, in coerenza con quanto previsto dagli atti regionali;
- Implementare l'attuale sistema di offerta per le cure palliative in tutti i setting di cura (Hospice, ospedale, territorio, domicilio) in coerenza con la riorganizzazione in rete dell'offerta assistenziale regionale complessiva;
- Integrare la rete per le cure palliative con la rete della terapia del dolore;
- Predisporre programmi formativi "ad hoc";
- Implementare il flusso SIA.

Rete terapia del Dolore

Alla luce della DGR 325 del 20/04/2015 avente per oggetto: “Linee di indirizzo per la definizione della Rete regionale della Terapia del Dolore”, si è avviata la riorganizzazione della attività di Terapia del Dolore in ambito ASUR con l’obiettivo di garantire in modo diffuso le cure contro il dolore e contestualmente mantenere il paziente dentro il sistema sanitario regionale.

Si è definito un percorso lineare per la gestione e presa in carico del paziente con il dolore che può avvenire attraverso qualsiasi accesso al SSR da parte dell’utente (visita MMG, Specialista A/O, Sistema Emergenza, altro), nel momento in cui venga effettuata la rilevazione della presenza e della intensità del dolore. In caso di dolore correlato a patologia specifica, il paziente, verrà inserito nel corretto PDTA e trattato per il dolore in modo sintomatico con rivalutazione a breve della persistenza e della intensità del sintomo.

La messa a regime di tale organizzazione si è raggiunta progressivamente e si articola attraverso una organizzazione a rete hub e spoke, in cui è stata individuata l’AV3 quale hub:

I professionisti della rete si sono costantemente riuniti per definire strategie uniformi organizzative ed hanno condiviso i protocolli relativi alle principali patologie che vengono prese in carico dai centri. condivisi tra i vari nodi della rete e conferimento del paziente per complessità.

Sono stati inoltre coinvolti attraverso degli eventi formativi anche i MMG che rappresentano il cardine principale della rete.

Nel tempo si è proceduto a monitorare costantemente il percorso ed il mantenimento del servizio nel tempo

Di seguito gli obiettivi 2019:

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2019 |
|----------|-----|--|---|--|--|--------------------------------------|
| 36 | 306 | Potenziamento della Rete delle Cure Palliative | % Deceduti per tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul totale dei deceduti per tumore | Σ Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore + Σ Assistiti in cure domiciliari con assistenza conclusa per decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore | Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili | > 40% |
| | 327 | Potenziamento della Rete delle Cure Palliative | % Giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti per tumore rispetto al numero dei deceduti per tumore | N. Giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti per tumore | Medi dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili | Incremento del 2,5% rispetto al 2018 |
| | 328 | Potenziamento della Rete delle Cure Palliative | % Ricoveri in Hospice per patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito, con periodo di ricovero in Hospice \leq a 7 gg, sul totale dei ricoveri in Hospice per patologia oncologica | N. Ricoveri in Hospice per patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito, con periodo di ricovero in Hospice \leq a 7 gg | Totale dei ricoveri in Hospice per patologia oncologica | < 25% |

Rete Diabetologica

La Legge Regionale 24 marzo 2015, n. 9 “Disposizioni in materia di prevenzione, diagnosi precoce e cura del diabete mellito” ha istituito presso l’ASUR il Dipartimento funzionale di Diabetologia “con il compito di

assicurare l'esercizio unitario delle funzioni di prevenzione, diagnosi e cura, il coordinamento delle attività dei Centri di assistenza specialistica per adulti dell'ASUR, finalizzata all'integrazione e all'ottimizzazione delle procedure". L'Art. 4 della Legge declina in modo dettagliato i compiti e gli obiettivi. La Direzione Generale ASUR con Determina n. 361/2017 ha formalizzato il Dipartimento Funzionale individuando le UU.OO. in Area Vasta afferenti al Dipartimento. Al fine di promuovere percorsi omogenei in Area Vasta di presa in carico del paziente diabetico, anche in un'ottica di medicina integrata con l'Assistenza Primaria e di medicina di iniziativa, la Direzione Sanitaria ASUR ha costituito un apposito Tavolo di Lavoro nell'anno 2017 che ha coinvolto i responsabili delle UU.OO. del Dipartimento. I lavori sono proseguiti nel corso dell'anno 2018 e il documento tecnico elaborato è stato approvato con Determina del Direttore Generale 623 del 13/11/2018. Il documento ha definito il percorso di presa in carico del paziente con Diabete Mellito in un'ottica di gestione integrata con il Medico di Medicina Generale, con una modalità uniforme in tutto il Dipartimento Funzionale Diabetologico ASUR. Nel corso dell'anno 2019 verrà promossa dalla Direzione Generale ASUR e dai diabetologi del Dipartimento Funzionale una formazione specifica rivolta ai Medici di Medicina Generale volta ad implementare tale percorso di presa in carico. La formazione verrà svolta in Area Vasta con modalità omogenee e condivise.

Dimissioni Protette Ospedaliere

A partire dall'anno 2016, attraverso la costituzione di appositi Tavoli di Lavoro, è stato sviluppato il modulo Dimissioni Protette per la definizione della richiesta informatizzata di presa in carico del paziente fragile in dimissione da una U.O. per acuti verso il sistema territoriale. Nel 2017 è stata avviata una fase di sperimentazione che ha coinvolto l'Area Vasta 3 (Macerata) e l'Area Vasta 4 (Fermo). Il software è stato collaudato e approvato dalla commissione tecnica del Servizio Salute della Regione Marche in data 21 settembre 2017 e il suo utilizzo implementato in tutte le UU.OO. Ospedaliere e distrettuali anche con il coinvolgimento dell'Azienda Ospedaliera Marche Nord. Nel corso dell'anno 2018 è stato implementato presso tutti gli Enti del SSR con condivisione del percorso a livello interaziendale. Nel 2019 verrà effettuata un'analisi dei dati al fine di definire degli indicatori di processo per un monitoraggio reale ed utile al sistema

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2019 |
|----------|-----|-------------------------|---|---|---|--------------------|
| 123 | 393 | Assistenza residenziale | Richieste di dimissioni protette digitalizzate mediante Sistema informativo regionale per la rete del territorio (SIRTE) (Da rendicontare tramite reportistica da inviare alla P.F. HTA e Tecnologie Biomediche entro 31/05/2020) | N. richieste di dimissioni protette informatizzate (mediante sistema informativo per la rete del territorio SIRTE nel 2019) | N. totale delle richieste di dimissioni protette nel 2019 | > 90% |

Cure domiciliari

Le Cure Domiciliari, in adempimento della DGR 791/2014 avente per oggetto "Linee guida per l'organizzazione delle cure domiciliari", s'inseriscono in un contesto di aumento della complessità assistenziale dei cittadini da prendere in carico nel setting territoriale e nel panorama della nuova riorganizzazione ospedaliera che implica un profondo mutamento e potenziamento della capacità di presa in carico. Nel corso dell'anno 2014 è stato avviato il percorso di informatizzazione delle Cure Domiciliari nell'ambito dello sviluppo del Sistema Informativo per la Rete del Territorio (SIRTE) della Regione Marche che ha coinvolto i Distretti dell'Area Vasta 1, 2, 3 e 4. Nel corso dell'anno 2018 si sono svolti incontri finalizzati al monitoraggio e al miglioramento della qualità del flusso ministeriale dell'assistenza domiciliare (Flusso SIAD) anche in relazione all'incremento dell'attività di Cure Palliative Domiciliari. Nel corso dell'anno 2019 verrà svolto un Gruppo di Miglioramento aziendale finalizzato al raggiungimento del seguente obiettivo generale: rendere uniformi le valutazioni e la modalità di presa in carico dei pazienti in Cure Domiciliari Integrate nei Distretti dell'ASUR Marche e dei seguenti obiettivi specifici: classificare in modo omogeneo tra i Distretti le prese in carico in Cure Domiciliari e utilizzare in maniera uniforme gli strumenti di valutazione multidimensionale.

Di seguito gli obiettivi 2019:

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2019 |
|----------|-----|------------------------|---|---|--------------------------|--------------------|
| 31 | 308 | Assistenza Domiciliare | Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1 | N. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1 (0,14 - 0,30) | | ≥ 1451 |
| 32 | 309 | Assistenza Domiciliare | Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2 | N. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2 (0,31 - 0,50) | | ≥ 911 |
| 33 | 310 | Assistenza Domiciliare | Tasso di assistiti 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 (0,51 - 0,60) | | ≥ 727 |

Cure Intermedie e Case della Salute

Con Determina n. 914 del 24/12/2015, l'ASUR ha provveduto, in ottemperanza alle Delibere di Giunta Regione Marche n. 735/2013 e smi, n. 452/2014, n. 960/2014, n. 665/2015, n. 1183/2015, n. 1218/2015, n. 139/2016 sentito anche il parere della IV commissione riunitasi in data 11/01/2016, all'approvazione del riassetto organizzativo della Rete degli Ospedali di Comunità (O.d.C.) dell'Azienda con Determina del Direttore Generale n. 144 del 7/03/2016 "Integrazione e modifica in applicazione DGRM 139 del 22/02/2016". Con la DGRM 139/2016 infatti la Regione Marche ha proceduto a disporre l'adeguamento delle Case della Salute di tipo C ridefinite Ospedali di Comunità, in coerenza con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera di cui al DM 70/2015 ed alla revisione della DGR 735 del 2013, della DGR n. 920 del 2013 e della DGR n. 1476 del 2013.

La citata DGR n. 139 del 22/02/2016 definisce con decorrenza dal 01/01/2017 l'assetto degli Ospedali di Comunità in termini di posti letto e tipologia di servizi sanitari offerti (Allegato A alla DGRM 139/2016). La normativa regionale prevede inoltre che negli O.d.C. siano presenti attività di specialistica ambulatoriale e ambulatori infermieristici che possono offrire alcune prestazioni (medicazioni, terapie infusive, gestione di device, attività di educazione sanitaria...) che possano potenziare l'offerta assistenziale territoriale riducendo la domanda presso gli ospedali per acuti. L'attività infermieristica infatti completa il percorso delle cure primarie che costituiscono l'area nella quale sono comprese forme essenziali di assistenza sanitaria che sono basate su tecnologie di base e metodi pratici, scientificamente validi, accessibili a tutti gli individui.

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

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

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

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

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

Nel corso dell'anno 2018, attraverso i lavori del Tavolo Tecnico preposto, accreditato ECM come Gruppo di Miglioramento Aziendale è stato svolto il percorso di sviluppo della cartella clinica informatizzata, modulo del Sistema SIRTE. Tale modulo è integrato con quello delle Cure Domiciliari e delle Dimissioni Protette. Il percorso di sviluppo, sperimentazione e implementazione della cartella clinica informatizzata ha previsto le seguenti fasi: analisi e sviluppo, sperimentazione della cartella clinica e fase di utilizzo in produzione della cartella clinica informatizzata in 9 strutture residenziali territoriali.

Nel corso dell'anno 2019 verrà realizzato un Gruppo di Miglioramento aziendale volto al monitoraggio e alla implementazione della cartella clinica della residenzialità in tutte le Aree Vaste.

Nell'anno 2018 è stato intrapreso un percorso di confronto con i Direttori di Area Vasta, Direttori di Distretto e Responsabili Amministrativi per la definizione e formalizzazione dell'assetto aziendale delle CdS di tipo A e B attive che soddisfano i requisiti previsti dalla normativa vigente. Con la determina n. 469/DG 9/8/2018 è stata definita quindi la programmazione territoriale per lo sviluppo e l'implementazione delle strutture da attivare nel triennio 2018-2020, compatibilmente con le risorse finanziarie ed organizzative disponibili. L'impostazione a rete che prevede l'articolazione dell'assistenza in Cure Primarie, Cure Domiciliari, Cure Semiresidenziali e Residenziali (incluse le Cure Intermedie) con al centro la rete delle Case della Salute è finalizzata al potenziamento dell'offerta dei servizi in grado di garantire a livello distrettuale un equilibrio nell'erogazione dei LEA, secondo criteri di omogeneità e equità di accesso. Nel 2019 si procederà con l'attivazione delle Case della Salute programmate nella determina n. 469/DG del 9/8/2018.

Rete Vulnologica

La Rete Vulnologica è stata formalizzata nell'anno 2015 con Det. Dir. Gen. ASUR 916 dove sono stati definiti i livelli di presa in carico del paziente con lesioni difficili ed è stato approvato il profilo di cura "Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione". Nel corso dell'anno 2017, grazie alla costituzione di un Tavolo di Lavoro interaziendale (ASUR, AOU Ospedali Riuniti di Ancona, AO Marche Nord e INRCA), è stato redatto un documento approvato con Det. Dir. Gen. ASUR 559/2017 dal titolo "Prevenzione e cura delle Lesioni da Pressione (LdP): documento interaziendale di esperti".

Nel mese di febbraio 2018 è stata svolta la prima indagine ospedale-territorio sulla prevalenza delle lesioni da pressione. Tale studio, approvato dal Comitato Etico Regionale nella seduta del 14/12/2017 e autorizzato con Det. Dir. Gen. ASUR 53/2018, ha coinvolto 12 presidi ospedalieri per acuti ASUR, gli 12 Ospedali di Comunità e 20 RSA a gestione diretta e arruolato complessivamente 1.768 pazienti. L'indagine ha avuto come obiettivo principale quello di stimare la prevalenza delle LdP tra i pazienti ricoverati nelle strutture oggetto dello studio e come obiettivi secondari quelli di valutare l'applicazione di misure preventive idonee, la completezza delle informazioni raccolte in cartella relativamente a valutazione del rischio, cambio posturale e scheda di rilevazione della lesione e l'aderenza alle indicazioni contenute nel documento interaziendale di esperti per la prevenzione e cura delle LdP. I principali risultati dello studio sono stati presentati ai Dirigenti Sanitari e ai rilevatori in occasione di un evento dal titolo "Lesioni da pressione: strumenti per prevenire, misurare, curare e prendersi cura" che si è svolto nelle date del 26 ottobre e dell'8 novembre 2018, presso la Regione Marche.

Al fine di continuare a monitorare il fenomeno a febbraio 2019 verrà svolta una seconda indagine di prevalenza, con la medesima metodologia adottata nel precedente anno, volta anche alla verifica dell'efficacia della formazione svolta. Continueranno altresì gli incontri del Gruppo Vulnologia ASUR per il monitoraggio dell'applicazione della determina n. 559/DG del 27/9/2017 "Prevenzione e cura delle Lesioni da Pressione (LdP): documento interaziendale di esperti".

Di seguito l'obiettivo 2019:

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2019 |
|----------|-----|---|---|---|---|--------------------|
| | 367 | Prevenzione insorgenza lesioni da pressione | Riduzione prevalenza lesioni da pressione | Numero pazienti con lesioni da pressione insorte durante la degenza nella struttura | Numero pazienti arruolati nell'indagine di prevalenza | <2018 |

Cure Tutelari

Le strutture del territorio “Cure Tutelari” operano nell’ambito dell’assistenza sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle disabilità, ai servizi consorziali, agli adolescenti e ai giovani, attraverso i servizi UMEA e UMEE.

Nel corso del 2019 è proseguita la ricognizione del personale esistente e delle attività di tutte le Aree Vaste dell’ASUR afferenti ai seguenti servizi:

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

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

A) CONSULTORI

Nell’ambito delle Cure tutelari nel 2017 con determina n. 560/DG del 27/11/2017 “Linee di indirizzo: la cura e la presa in carico della persona che ha subito violenza”: l’ASUR Marche ha iniziato sistematicamente dal 2017 a lavorare perché le strutture sanitarie sia ospedaliere che territoriali attuassero corretti percorsi di cura e la presa in carico della persona che ha subito violenza (rispettando la normativa nazionale e regionale). Il protocollo ASUR è stato da subito rivolto a tutte le forme di violenza, la violenza di genere, violenza sui minori, bullismo, violenza perpetrata ai danni degli anziani e/o dei diversamente abili. Dopo la formalizzazione della ASUR DG n. 560/2017, il tavolo tecnico ha continuato a riunirsi regolarmente per monitorarne lo stato di attuazione. In ogni Area vasta è stato nominato un referente per la corretta applicazione della determina. Dall’analisi dei dati provvisori 2019 emerge un forte incremento degli accessi a tale servizio. L’ASUR, nell’anno 2019, si pone come l’obiettivo anche quello di omogeneizzare in tutte le Aree Vaste, il percorso di IVG con particolare riferimento all’attività di counseling e di offerta dei metodi anticoncezionali, dopo aver completato il percorso relativo alla IVG effettuata con metodica farmacologica in tutte le Aree Vaste.

Di seguito gli obiettivi 2019 sulle interruzioni volontarie di gravidanza

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2019 |
|----------|-----|---------------------------------------|--|---|---|--------------------|
| | 326 | Interruzioni volontarie di gravidanza | % IVG da donne residenti con certificazione rilasciata dal Consultorio familiare sul totale delle IVG da donne residenti | IVG da donne residenti con certificazione rilasciata dal Consultorio familiare | Totale IVG effettuate dalle donne residenti | ≤ 42% |
| | 325 | Interruzioni volontarie di gravidanza | % IVG ripetute da donne residenti in rapporto al totale delle IVG da donne residenti | IVG effettuate da donne residenti che nel modello D12 - campo 8 riportano "IVC>1" | Totale IVG effettuate dalle donne residenti | ≤ 1% |

B) DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA)

I disturbi del comportamento alimentare sono uno dei problemi più comuni nei giovani in Italia ed in tutti i Paesi Occidentali, rappresentano un problema sociosanitario complesso per dimensione del fenomeno, per necessità imposte della clinica, per le progressive acquisizioni scientifiche relative ai trattamenti. A livello organizzativo l’ASUR ha predisposto la costituzione di una rete territoriale ed ospedaliera. Attualmente sono stati attivati tre ambulatori pubblici, presso il DSM di Pesaro, Jesi e Fermo, con professionisti dedicati, secondo le indicazioni della DGRM 247/15. L’ambulatorio costituisce il nucleo fondamentale dell’attività diagnostica e terapeutica e svolge funzione di filtro per i diversi livelli terapeutici ed il ricovero ordinario negli eventuali momenti di scompenso organico. L’ospedalizzazione può rendersi necessaria sia per scompenso medico sia per quello psichiatrico e per gestire le forme più gravi di malnutrizione e/o la presenza di gravi complicanze fisiche. Con determina n. 376 del 18/6/2018 “La presa in carico della persona con disturbi del comportamento alimentare (DCA): il ricovero ospedaliero in fase acuta”. L’ASUR ha previsto che i ricoveri avvengano all’interno delle UO di Medicina Interna per le complicanze medico-nutrizionali, e nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e cura, nei casi in cui il ricovero è motivato dalla presenza di scompenso psichico. La gestione integrata dei ricoveri avviene con

consolidati percorsi di collaborazione tra gli specialisti dell'ambulatorio DCA, nutrizionista, psichiatra, neuropsichiatra infantile, psicologo, psicoterapeuta e le equipe delle UO di ricovero per acuti, permettendo l'avvio o la ridefinizione del progetto terapeutico globale, nutrizionale, psicoterapico individuale e familiare, già in fase di ospedalizzazione. Durante l'ospedalizzazione è prevista l'attuazione di una valutazione psichiatrica e l'avvio al trattamento psicoterapeutico di tipo individuale.

C) PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON MALATTIA RENALE CRONICA

La rimodulazione dell'offerta del livello assistenziale ospedaliero si è resa necessaria per dare una maggiore attenzione all'organizzazione delle cure ospedaliere per i pazienti fragili in fase di riacutizzazione, ma anche all'offerta dei livelli assistenziali extraospedalieri, nella dimensione domiciliare, semiresidenziale e residenziale, implementando la risposta ai bisogni sociali e sanitari delle persone pazienti fragili. L'ASUR Marche ha lavorato attraverso l'elaborazione di percorsi di presa in carico e continuità di cura attraverso tavoli tecnici formati da professionisti afferenti alle diverse discipline sanitarie, di tutte le AAVV. Tra i principali temi affrontati vi è la presa in carico del paziente con malattia cronica renale.

Con determina n. 555/DG del 24/10/2018 è stato avviato un percorso di prevenzione, presa in carico e domiciliarizzazione della persona con insufficienza cronica renale e ha individuato i seguenti obiettivi prioritari:

- identificare precocemente i pazienti con alterata funzione renale tra tutti gli assistiti dei Medici di Medicina Generale ed in particolare tra i soggetti a rischio;
- intervenire sui fattori modificabili di progressione del danno renale;
- prevenire il ritardo nel riferimento allo specialista;
- rallentare la progressione del danno renale;
- attuare una prevenzione secondaria e terziaria delle complicanze delle malattie renali (anemia, iperparatiroidismo, calcificazioni vascolari ecc.) e contenere il peso delle co-morbidità;
- ridurre l'incidenza del trattamento sostitutivo;
- valutare le opportunità di trattamento conservativo e sostitutivo (trapianto, dialisi peritoneale, emodialisi) per ogni specifico paziente;
- informare il paziente ed i suoi familiari per una scelta consapevole, con il coinvolgimento delle associazioni dei pazienti disponibili a partecipare al percorso;
- favorire la domiciliarizzazione del paziente dializzato.

D) PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON STOMIE

Con determina n. 727 del 13/12/2017 è stato avviato anche il percorso di presa in carico della persona portatrice di stomia, che richiede cure e gestione specializzata con la finalità di promuovere l'indipendenza e la qualità della vita per il paziente, care giver e la famiglia in tutti i setting assistenziali, coinvolgendo dalla UO Chirurgica alle cure a lungo termine, residenziali o domiciliari. Punto di forza dell'atto citato è la condivisione dei percorsi di presa in carico e cura con le altre aziende marchigiane (AOU Ospedali Riuniti di Ancona, INRCA e AO Marche Nord) e con l'Associazione dei portatori d'interesse (A.M.I.STOM).

Altri percorsi di presa in carico riguardano:

- La gestione della nutrizione artificiale: con determina n. 719/DG del 12/12/2017 è stato avviato un percorso omogeneo nell'intero territorio aziendale per la presa in carico del paziente in nutrizione artificiale domiciliare e in dimissione dall'ospedale. Il documento definisce le caratteristiche del servizio che deve essere istituito presso ciascuna Area Vasta e le modalità organizzative.
- Il paziente con diabete mellito: con determina n. 623/DG del 13/11/2018 "è stato condiviso il percorso di cura del paziente diabetico in tutto il territorio aziendale

E) PRESA IN CARICO DEL MINORE ALL'UMEE CON NECESSITÀ DI TIPO RIABILITATIVO

E' stato elaborato un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)/Percorso Integrato di Cura (PIC), attualmente in fase di validazione e approvazione, nel complesso delle sue fasi di definizione, costruzione, implementazione e monitoraggio. E' uno strumento di coordinamento che, attraverso un approccio per processi,

consente di strutturare e integrare attività e interventi in un contesto in cui diverse specialità, professioni e aree d'azione (Ospedale, Territorio, Agenzie) sono implicate nella presa in cura attiva e globale del bambino che presenta un problema di salute e/o assistenziale. Il PDTA/PIC permette inoltre di valutare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle linee guida e/o ai riferimenti presenti in letteratura e alle risorse disponibili, consente il confronto e la misura delle attività (processi) e degli esiti (*outcomes*) con indicatori specifici, con l'obiettivo di raggiungere un continuo miglioramento dell'efficacia, dell'efficienza e dell'appropriatezza di ogni intervento. Soprattutto nell'ambito di patologie caratterizzate da cronicità e/o che richiedano interventi sanitari e assistenziali complessi che coinvolgano più attori, come nel caso specifico dei bambini a rischio neuroevolutivo, la costruzione e realizzazione di processi di cura e/o interventi favorisce l'uniformità, la congruità e la continuità della presa in carico. Il documento, realizzato dall'ASUR, ha la finalità di offrire a tutti gli operatori interessati nel processo di cura, linee d'indirizzo semplici e contestualizzabili per la costruzione di un percorso di presa in carico che garantisca i livelli essenziali di assistenza.

E' stato predisposto un Protocollo operativo di collaborazione su casi clinici in età evolutiva afferenti all'UMEE dell'ASUR e alle strutture accreditate con accordo negoziale tra ASUR Marche e strutture accreditate. Le finalità del protocollo sono:

- favorire la collaborazione tra gli operatori dell'UMEE dell'ASUR e le Strutture Accreditate
- favorire l'utente e la sua famiglia nel fruire di una serie di servizi in una forma coordinata
- consentire di superare le eventuali sovrapposizioni nella presa in carico di bambini con disordine del neurosviluppo, disabilità neuromotorie e sensoriali
- sistematizzare lo scambio di informazioni.

F) TUTELA DEI DIRITTI

Con Determina ASUR n 712 del 06/12/2019 è stato approvato lo schema di convenzione da parte dell'ASUR per la costituzione dell'Osservatorio regionale sulle forme e condizioni del disagio giovanile ed adolescenziale nelle Marche.

L'osservatorio, coordinato dal Garante Regionale dei diritti della persona, che lo presiede, è composto da:

- Garante regionale dei diritti della persona, che lo presiede e lo coordina;
- Presidente della Giunta Regionale Marche;
- Direttore Generale dell'ASUR Marche;
- Presidente del Tribunale per i minorenni delle Marche;
- Procuratore della Procura della Repubblica per i minorenni;
- Presidente dell'ANCI Marche;
- Dirigente del Centro per la Giustizia minorile per l'Emilia Romagna e Marche;
- Dirigenti delle strutture competenti in materia di Politiche Sociali, Politiche Giovanili, Sport e Formazione Professionale.

Le attività principali dell'Osservatorio rivolte alla popolazione adolescenziale e giovanile compresa nella fascia d'età 6 e 25 anni, sono le seguenti:

- costruire una rete di informazioni utili alle istituzioni per supportare la programmazione e la progettazione, potenziare le politiche di prevenzione, rimodulare i servizi e le risorse, anche economiche, alle esigenze ed ai bisogni espressi dal territorio, analizzare l'impatto delle politiche di prevenzione;
- realizzare un sistema condiviso di raccolta, ricerca e rilevazione di dati, informazioni statistiche ed esperienze per analizzare e monitorare in maniera approfondita e stabile gli stili di vita ed i comportamenti a rischio degli adolescenti e dei giovani.

G) SALUTE IMMIGRATI

E' attivo il Progetto "Footprints – Formazione Operatori di sanità pubblica per la definizione di Piani Regionali di coordinamento per la Salute dei migranti e la realizzazione di comunità di pratica" del Ministero dell'Interno che riguarda l'attuazione di azioni e strumenti di governance degli aspetti di salute pubblica della popolazione migrante, concernenti la definizione di un profilo formativo nazionale, il rafforzamento delle competenze e lo sviluppo di una comunità di pratica del personale delle Regioni e Province autonome. L'obiettivo generale del progetto è superare la frammentazione delle esperienze esistenti locali e regionali per giungere, attraverso la definizione di un profilo formativo nazionale, ad un approccio uniforme sul territorio nazionale per la definizione delle modalità operative per il coordinamento degli aspetti di salute pubblica riguardanti la popolazione migrante. Ciò

attraverso sia la formazione di referenti regionali e operatori socio-sanitari in aula che sul campo, nonché creando comunità di pratica per favorire un confronto ed uno scambio, anche nel tempo, tra referenti regionali coinvolti nel coordinamento e gestione degli aspetti di salute pubblica connessi ai movimenti migratori.

Gli obiettivi generali sono:

- Acquisire le nozioni base sul fenomeno migratorio in Italia
- Approfondire le conoscenze sulle normative relative all'accesso ai servizi da parte della popolazione migrante

Tra le varie fasi è prevista un'analisi del contesto territoriale (risorse e criticità) per la quale si richiede il supporto delle Aree Vaste e Distretti Sanitari della Regione al fine di comporre un quadro di riferimento utile alla formazione di buone prassi.

3.2.2.2. 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.

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

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

- approvazione, con Determina del Direttore Generale ASUR, n. 627 del 13/11/2018, delle linee guida ed istruzioni operative circa interventi sanitari di 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.

Obiettivi 2019

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2019 |
|----------|-----|--|---|--|--|--------------------|
| | 307 | Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologia psichiatrica | N. contatti con i DSM per soggetti residenti di età ≥ 18 anni | N. soggetti residenti di età ≥ 18 anni con almeno un contatto nell'anno con le strutture dei Dipartimenti di salute mentale (DSM) e le Strutture private accreditate | | > 21.850 |
| 37 | 373 | Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologia psichiatrica | % Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni (Vincolante) | Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni | Totale ricoveri in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni | ≤ 5% |

3.2.2.3. 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.

Con DGR n. 1437 del 29/10/2018 è stato approvato lo schema di accordo quadro per il triennio 2018-2020 tra la Regione Marche, il Coordinamento regionale degli Enti ausiliari Accreditati (CREA) delle Marche,

L'Associazione italiana per la Cura Dipendenze Patologiche (ACUDIPA) relativo alle prestazioni residenziali, semiresidenziali ed ambulatoriali ASUR erogate a persone con dipendenze patologiche. Tale atto specifica tra l'altro:

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

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'Azardo Patologico (GAP) e da nuove tecnologie e social network (dipendenze digitali) - Periodo 2019-2021*" sono stati definite le risorse e ambiti di attività.

3.2.2.4. Area Integrazione Socio-sanitaria

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

I motivi sono diversi:

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

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

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

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

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2012/2014 ha definito i "macro processi del livello territoriale" di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale, ovvero:

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

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

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

Nell'anno 2019 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.

Accordi contrattuali

Attraverso un continuo monitoraggio il quadro degli accordi contrattuali con le strutture sanitarie e socio-sanitarie si può considerare pressoché assestato. Ciò permette di rendere efficiente, tempestivo e certo il rapporto con gli enti gestori ed in particolare con la contrattualizzazione a valenza aziendale delle strutture utilizzate da tutte le Aree Vaste: si dà certezza rispetto ai posti letto contrattualizzati effettivamente utilizzabili per l'inserimento dei pazienti. Nell'ambito delle Convenzioni quadro aziendali con le strutture sanitarie e socio/sanitarie autorizzate accreditate ex DGRM n.1331/2014 è stata inserita una modalità di verifica della capacità ricettiva dei posti contrattualizzati. Di fatto ha consentito a tutte le Aree Vaste dell'ASUR interessate di effettuare gli inserimenti, di prestare una particolare attenzione ad attivare tutte le procedure idonee per verificare in tempo reale, all'atto dell'inserimento degli utenti da parte delle Aree Vaste, l'effettiva disponibilità di posti letto contrattualizzati dall'ASUR con ciascuna struttura. A tal fine ogni Area Vasta individua un responsabile degli inserimenti nelle strutture per ogni Area (anziani, disabili, salute mentale) che deve essere riportato nella Determina di approvazione dell'accordo contrattuale; lo stesso è tenuto a verificare, all'atto della richiesta di inserimento, l'effettiva disponibilità di P.L. contrattualizzati attraverso le modalità definite con il Responsabile del Procedimento competente.

Fabbisogno

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

In tema di programmazione dei Piani organizzativi dei servizi territoriali strategici da inserire in Atto di Fabbisogno sono stati realizzati 18 incontri con le Aree Vaste e gli Ambiti territoriali sociali di riferimento, i cui esiti sono stati riportati in appositi verbali.

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

Linee operative

Data la complessità del settore dell'integrazione socio sanitaria, una possibile descrizione delle principali attività può essere data dalla definizione di "macroprocessi del livello territoriale" di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale, sintetizzabili in:

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

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

- Approvazione, con Determina del Direttore Generale ASUR, n. 627 del 13/11/2018, delle linee guida ed istruzioni operative circa interventi sanitari di contenimento meccanico in psichiatria finalizzate alla sicurezza del paziente ricoverato e degli operatori.
- Approvazione, con Determina del Direttore Generale ASUR, n. 536 del 06/09/2018, degli indirizzi operativi di collaborazione tra servizi del dipartimento di salute mentale e servizi dell'unità multidisciplinare età adulta per la gestione integrata di pazienti con disabilità e patologia psichiatrica,

definiti dal Gruppo di miglioramento composto da rappresentanti UMEA e DSM di tutte le Aree Vaste.

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

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

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

L’Area Integrazione Socio- sanitaria, tramite le funzioni ad essa assegnate, intende proseguire 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 tale settore si evidenzia l’attuazione del piano di convenzionamento con residenze protette per anziani, adottato con la determina n. 134/2019 in attuazione della DGRM 1115/2018 che ha comportato:

- Il trascinarsi dei PL n. 386 pl di RPA (R3) attivati dal 06/08/2018.
- la riqualificazione di n. 186 PL con trasformazione da RPA in RPD (R3D) attivati dal 1/1/2019.

Con la costituzione di un Gruppo di coordinamento delle procedure di verifica e controllo degli accordi contrattuali con strutture residenziali e semiresidenziali delle aree sanitaria extra-ospedaliera e socio-sanitaria si è avviato il percorso che ha portato all’approvazione della determina n. 620/DG del 5/11/2019 che definisce Linee Guida per le attività di controllo ordinario e straordinario delle strutture sopra citate.

Un ulteriore intervento che prosegue quanto già avviato nel 2018 riguarda l’attuazione della DGR n. 121 del 13/2/2019 che, riconoscendo l’importanza del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e favorire l’autonomia e la permanenza di tali persone nel proprio domicilio, che proseguirà nel prossimo biennio.

Residenzialità anziani

In termini di dotazione di PL per anziani la DGR n. 128 del 13/02/19 "Avvio delle progettualità "prioritarie" i cui al punto 4, lettera c), quarto alinea/capoverso della DGR 1105/17 "Piano Regionale Socio Sanitario 2010-2014 –DGR n. 289/2015 -Revisione del fabbisogno delle strutture residenziali e semiresidenziali delle aree: sanitaria extraospedaliera, socio-sanitaria e sociale" ha rappresentato la prima applicazione di quanto stabilito nella DGR n. 1105/2017 in quarto si danno indicazioni rispetto a progettualità "prioritarie" dei territori.

Obiettivi 2019

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2019 |
|----------|-----|------------------------------|--|--|---|---------------------------------|
| 34 | 371 | 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 (≥ 8.320 assistiti) |
| 35 | 372 | Assistenza semi-residenziale | Giornate di assistenza per attività semiresidenziale in strutture che erogano assistenza ai disabili | Giornate di assistenza per attività semiresidenziale in strutture che erogano assistenza ai disabili | Giornate di assistenza per attività semiresidenziale in strutture che erogano assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici residenti in regione | ≥ 140.000 |

Con la DGR n. 1539/2019 “Residenzialità e Semiresidenzialità territoriale. Sviluppo operativo regionale di integrazione dell’attuale offerta” vengono implementati i posti letto sulla base delle proposte pervenute della

UOSeS dei distretti sanitari dell'ASUR Marche e si dovrà provvedere nel 2020, a destinare i suddetti PL in una logica di riequilibrio territoriale.

Formazione

Nell'ambito del Piano formativo aziendale 2019, l'Area integrazione socio sanitaria ha realizzato i seguenti percorsi formativi (Gruppi di miglioramento) che proseguiranno anche nel 2020:

- Nuovi orizzonti della psichiatria transculturale;
- Organizzazione dei dipartimenti dipendenze patologiche nell'ottica della revisione della DGR n. 747/20 04;
- Riqualificazione delle UVI di cui alle DGRM n. 110 e n.111/2015;
- Le Urgenze Neurologiche nelle Demenze;
- Salute mentale giudiziaria: percorsi di cura;
- Percorsi di cura (PDTA) nei DSM: Problematicità organizzative;
- Rete pubblico privato accreditato e convenzionato nell'area UMEE;
- Rete pubblico privato accreditato e convenzionato nell'area UMEA;
- Rete pubblico privato accreditato e convenzionato e/o Enti locali nell'area consultoriale;
- PDTA: Presa in carico dell'adolescente con patologia

L'approccio diagnostico terapeutico e la presa in carico della patologia psichiatrica in età evolutiva: il sistema *hub-spoke* transmurale.

I partecipanti previsti alla formazione, per l'anno 2019, sono circa 200 provenienti da tutte le Aree Vaste dell'ASUR.

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

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

Ricerca

Il Protocollo di intesa tra l'Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo" Dipartimento di Scienze della Comunicazione, Studi Umanistici e Internazionali: Storia, Culture, Lingue, Letterature, Arti, Media (DISCUI), e ASUR Marche, per la realizzazione di iniziative di ricerca e di elaborazione dei dati relativi alla capacità di adattamento delle strutture operative in grado di evidenziare punti di forza e/o criticità dell'organizzazione ed il livello di integrazione e di coordinamento con le altre unità coinvolte. L'obiettivo generale del progetto è di osservare l'offerta coordinata di servizi sanitari e/o assistenziali che coinvolge diversi soggetti distribuiti sul territorio in modo tale da individuare il livello di integrazione intra e inter-organizzativo. In particolare, l'attenzione in questa fase sarà rivolta all'erogazione di servizi socio-sanitari nei territori marchigiani colpiti dal sisma del 2016, che appartengono ai distretti sanitari n. 12 e 13 dell'Area Vasta n. 5 della provincia di Ascoli Piceno, cercando di ricostruire le reti sociali che si sviluppano per individuare i punti di forza e le criticità intorno a tali reti, attraverso la *social network analysis*. La scelta di utilizzare un approccio relazionale ha il vantaggio di studiare il sistema organizzativo a diversi livelli di aggregazione, che comprendono sia le unità organizzative sia i singoli individui.

Il progetto intende analizzare i processi di interazione che si evolvono in queste situazioni e individuare delle *best practices* che consentono di mantenere un buon livello d'integrazione.

Gli obiettivi specifici del progetto sono sostanzialmente tre:

- Ricostruire le reti relazionali che si sviluppano nella pratica e confrontarle con ciò che è previsto "sulla carta", cioè con i modelli *flowchart* definiti nelle linee guida e nei protocolli stabiliti dall'ASUR.
- Individuare una serie d'indicatori empirici del livello d'integrazione tra enti coinvolti nell'erogazione dei servizi socio-sanitari basati sulla *network analysis*.
- Usare tali indicatori per analizzare il contesto territoriale ed individuare delle *best practices*.

3.2.2.5. Completezza, qualità e tempestività nell'invio dei flussi informativi flussi informativi del livello territoriale

Di seguito gli obiettivi assegnati per l'anno 2019 nell'ambito dei flussi del livello territoriale .

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2019 |
|----------|-----|---|---|--|---|------------------------------|
| 3 | 138 | Assistenza residenziale e semiresidenziale: DGR 1331/2014; DGR 289/2015; DGR 1105/17 | Acquisire stabilmente i dati che garantiscano il monitoraggio dei costi dell'assistenza residenziale e semiresidenziale distinti per tipologia di destinatari e tipologie di prestazioni | Report trimestrali (disaggregati per Area Vasta) attestanti l'inserimento completo di tutte le prestazioni residenziali e semiresidenziali 2018, con i quantitativi di ordini e fatture distinti per codici prodotto e per codici ORPS nell'applicativo di gestione del listino multiplo per coppie prodotto/fornitore del sistema AREAS AMC | | ≥ 70 % |
| 9 | 87 | Coerenza trimestrale dei valori economici rendicontati in diversi flussi della spesa farmaceutica non convenzionata | Coerenza trimestrale tra valore farmaceutica non convenzionata rendicontata nel File D (DPC), File F e File H e valore farmaceutica non convenzionata rendicontata nel modello CE BA0040 | Spesa farmaceutica non convenzionata rendicontata nel File D (DPC), File F e File H | Spesa farmaceutica non convenzionata rendicontata nel modello CE (BA0040) | Tra 97% e 103% |
| 7 | 130 | Completa trasmissione del flusso informativo sui dati spesa sanitaria anno 2018 (Dati per dichiarazione dei redditi) | % di dati di spesa sanitaria trasmessi al MEF | Numero dati di spesa sanitaria anno 2019 trasmessi al MEF | Numero totale dati di spesa sanitaria anno 2019 | 100% |
| 5 | 209 | Completezza Tabella 1C. Bis Personale delle strutture di ricovero delle case di cura accreditate | % strutture di ricovero private accreditate che hanno inviato Tab. 1C.bis su totale strutture private accreditate | Num strutture private accreditate che hanno inviato Tab. 1C.bis | Num. Totale strutture private accreditate | 100% |
| 4 | 218 | Flusso FAR; Utilizzo del sistema RUG III (DGR 960/2014, DGR 139/2016 e DGR 746/2016) | Flusso RUG-FAR | Valutazione di tutti i pazienti con i sistema RUG III/FAR | | 100% |
| | 74 | Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF | Assistenza domiciliare: Valutazione della coerenza dei dati totali di presa in carico tra il flusso SIAD ed il Modello FLS21-Quadro H | Numero prese in carico attivate presenti nel flusso SIAD | Numero prese in carico nel Modello FLS21 | Valore compreso tra 80 e 120 |
| | 83 | Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF | Assistenza residenziale: Numero di ammissioni attive con FAR / Numero di utenti rilevati con modello STS24 | Numero di ammissioni attive con FAR | Numero di utenti rilevati con modello STS24 Quadro G | Valore compreso tra 80 e 120 |
| | 75 | Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF | Dipendenze - Indicatore di qualità: Numero % di record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore | Numero di record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore | Numero totale di record inviati | Valore compreso tra 90 e 100 |
| | 85 | Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF | Hospice: valutazione della completezza del flusso Hospice: disponibilità dei dati di ogni struttura per tutti i trimestri | Numero di strutture che inviano i dati del flusso Hospice ogni trimestre | Numero di strutture presenti nel Modello STS11 | 100% |
| | 77 | Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF | Salute mentale - Contatti: Numero % di record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche) | Numero di record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche) | Numero totale di record inviati | Valore compreso tra 90 e 100 |

Relativamente agli obiettivi sulla dematerializzazione e sul fascicolo sanitario elettronico sono stati assegnati i seguenti obiettivi 2019:

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2019 |
|----------|-----|---|---|--|--|--|
| 120 | 152 | Alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico | Incremento cittadini che hanno rilasciato consenso per FSE | Numero nuovi consensi FSE rilasciati | | > 310.000 (inclusi MMG/PLS) |
| | 333 | Alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico | Qualità delle informazioni inserite negli MPI di ciascuna Azienda | Numero anagrafiche non certificate MEF in MPI | Numero anagrafiche totali in MPI | < 4% |
| 118 | 332 | Costituzione nucleo minimo FSE | Produzione di lettere di dimissione conformi al formato CDA2 di HL7 Italia | Numero di lettere di dimissione conformi al formato CDA2 di HL7 Italia prodotte ed archiviate nel repository aziendale secondo le specifiche del FSE | | > 5000 |
| 121 | 334 | Informatizzazione processo di gestione dei presidi di protesica maggiore | Ottimizzazione processo di richiesta, autorizzazione, erogazione ed eventuale restituzione dei presidi di protesica maggiore | N. autorizzazioni informatizzate di presidio di protesica maggiore con sistema SIRTE (anno 2019) | | > 20.000 (minimo 1000 per ogni AV) |
| 122 | 379 | Informatizzazione processo di gestione dei trasporti programmati | N.ro delle richieste informatizzate di trasporto programmato effettuate dai prescrittori con sistema SIRTE (anno 2019) | Totale delle richieste di trasporto programmato gestite (anno 2019) | | > 25% [Tolleranza 20%] |
| 115 | 338 | Prescrizioni dematerializzate farmaceutiche (prodotte dai MMG/PLS e dagli specialisti) - Produzione | % ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata (Vincolante) | N° Ricette dematerializzate di farmaceutica (rilevate da SAC) | N° totale ricette di farmaceutica prodotte (rilevate da comma 11) | ≥ 90% |
| 116 | 291 | Prescrizioni dematerializzate specialistica (prodotte da MMG, PLS e specialisti) - Erogazione | % Ricette dematerializzate di specialistica trasmesse a SOGEI che non risultano essere state prese in carico dalla struttura erogatrice | N° ricette dematerializzate di specialistica trasmesse via comma 11 a SOGEI che risultano 'libere' (non prese in carico e non erogate) | N° totale ricette dematerializzate di specialistica trasmesse a SOGEI via comma 11 | <10% |
| 114 | 157 | Prescrizioni dematerializzate specialistiche (prodotte da MMG, PLS e specialisti) - Prescrizione | % ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale (Vincolante) | N° ricette di specialistica dematerializzate prodotte (rilevate da SAC) | N° totale ricette di specialistica prodotte (rilevate da comma 11) | ≥ 75% |
| 119 | 378 | Produzione e trasmissione del 90% dei referti di laboratorio in formato CDA2 al Sistema FSE | Produzione e trasmissione (metadati) dei referti di laboratorio al Sistema FSE | N.ro dei referti di laboratorio prodotti e trasmessi (metadati) al Sistema FSE | N.ro totale di referti di laboratorio prodotti nel 2019 | 90% (incluse le strutture private accreditate) |

Nonostante i ritardi registrati negli anni precedenti, con riferimento agli obiettivi sulla dematerializzazione delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale si sta registrando una rapida adesione dei prescrittori con il raggiungimento nel mese di ottobre il 64,6% con un trend di incremento del 2,5%: il dato atteso è quindi vicino al 70%, valore obiettivo indicato dal livello nazionale. Oltre alla positiva adesione dei MMG e dei PLS un apporto rilevante verrà dalla prescrizione degli specialisti ma il percorso di adozione della cartella clinica ospedaliera informatizzata è stato avviato a novembre 2019. Nell'ambito della farmaceutica la dematerializzazione ha raggiunto l'85,1% nell'ottobre 2019 con un trend in crescita del 2%: il ricorso a tale strumento trova però limitazioni da un lato sulla mancanza di uno strumento informatizzato a disposizione degli ambulatori specialistici.

L'obiettivo di attivazione della registrazione informatizzata dei presidi delle protesica maggiore è stato posto in essere nell'ambito dell'azienda e con l'avvio da gennaio 2020, per alcune problematiche rilevate in fase di attuazione rispetto alla procedura preesistente, nell'Area vasta 3 si avrà la piena operatività della procedura.

Rispetto al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) si deve rilevare che per le dimensioni dell'ASUR e l'uso di applicativi aziendale ogni problematica relativa agli stessi determina problematiche omogenee nell'azienda e quindi la risoluzione delle stesse produce un immediato allineamento dell'intero sistema. Naturalmente questi problemi rilevati nell'alimentazione dell'FSE hanno inciso sull'adesione dei cittadini, per la quale l'azienda ha attivato una serie di azioni basate sull'attività degli URP, la collaborazione delle Unità operative nella fase di

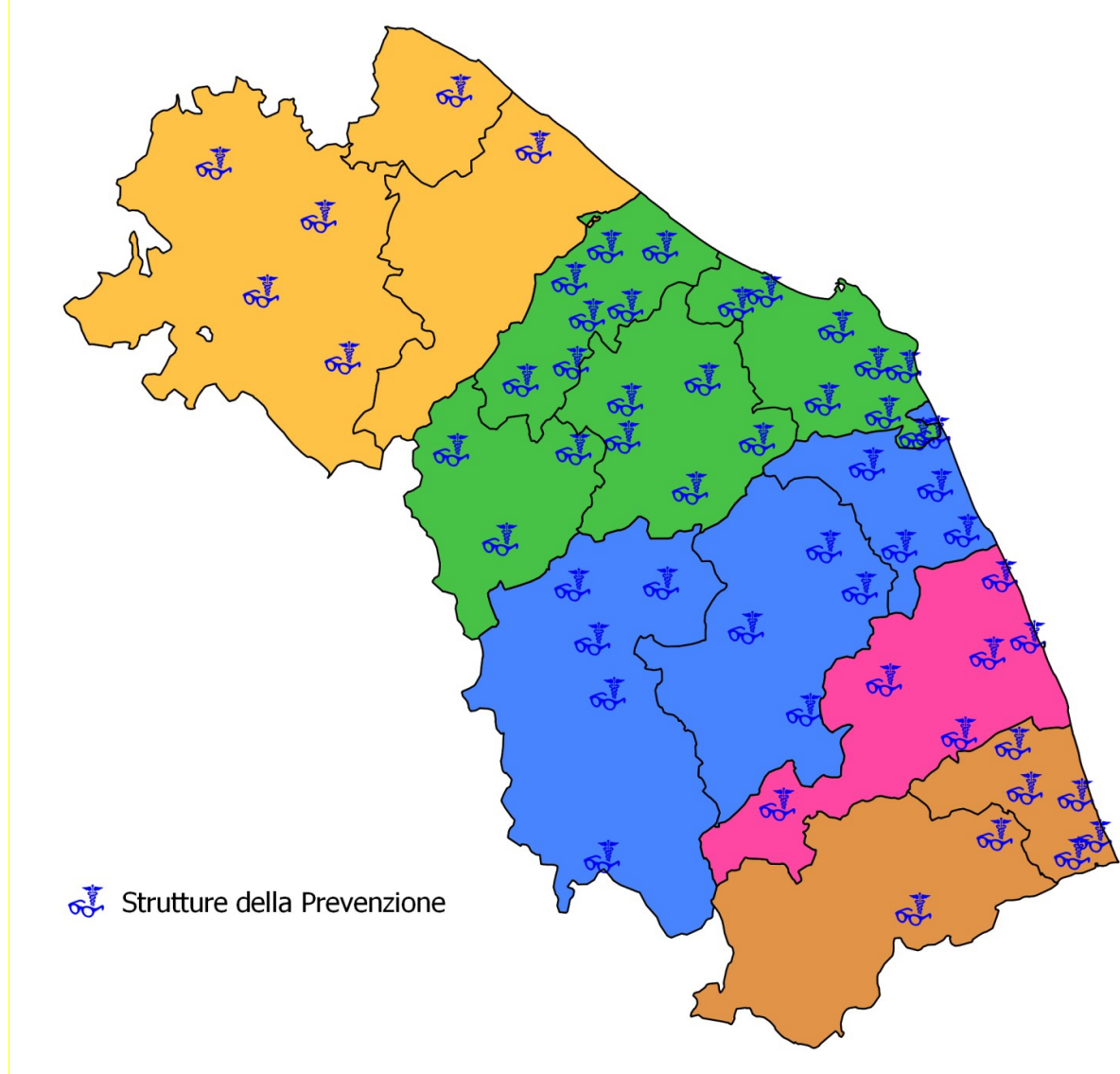
ricovero, la promozione del FSE per i dipendenti (che hanno una identità digitale nell'ambito del sistema cohesion) e la diffusione di comunicati stampa/comunicazione istituzionale con il sito web.

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

3.3.2.1. Promozione della salute

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

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

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

Da rilevare inoltre la consueta e consolidata collaborazione tra gli operatori ASUR con l'Agenzia Regionale Sanitaria, attraverso le attività di "gruppi di lavoro" tematici in attuazione del Piano Regionale Prevenzione 2014 – 2019, finalizzati alla programmazione condivisa ed al monitoraggio dei risultati.

E' in atto l'azione di studio del nuovo capitolato d'appalto del sistema informativo specifico "Marche Prevenzione", in scadenza nel giugno 2020.

La programmazione delle attività proprie dei diversi Servizi afferenti alle strutture dipartimentali sarà indirizzata allo sviluppo e consolidamento delle linee progettuali del Piano Regionale della Prevenzione di cui alla DGRM n. 540 del 15/07/2015, modificata e integrata dalla DGRM n. 887 del 02/07/2018.

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

Coperture vaccinali

L'attività di supporto alla prevenzione vaccinale in applicazione della L.119/2017 sta determinando da un lato un fortissimo incremento nei carichi di lavoro sia di erogazione dei servizi e sia di tipo burocratico amministrativo, dall'altro sta producendo effetti positivi con il progressivo aumento della percentuale di partecipazione dell'utenza, anche se non del tutto ottimali. Occorrerà pertanto garantire la prosecuzione di un'adeguata, capillare e continua formazione del personale dei Servizi vaccinali e degli altri operatori sanitari coinvolti nel percorso di supporto alle attività vaccinali diffondendo la cultura della prevenzione vaccinale come scelta consapevole della popolazione generale e promuovendo un'adeguata opera educativo/informativa in merito ai benefici della vaccinazione quale misura di prevenzione individuale collettiva.

In definitiva lo scopo di questo programma è il miglioramento del sistema della qualità del sistema vaccinale e soprattutto dell'anagrafica vaccinale e soprattutto l'integrazione ospedale e territorio per le coperture nei gruppi a rischio.

Obiettivi 2019:

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2019 |
|----------|------------|---------------------|---|--|---|--------------------|
| | 274 | Copertura vaccinale | Campagna vaccinazione antipneumococcica nell'anziano 65enne | N° di soggetti di età =65 anni vaccinati per antipneumococcica | Popolazione 65enni residente | ≥ 25% |
| | 273 | Copertura vaccinale | Copertura vaccinale agli adolescenti (range 11 - 18 anni) con la quinta dose di vaccino anti-poliomelite, da effettuare con richiamo (dTpa IPV) | N° di adolescenti vaccinati | N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita | ≥ 90 |
| | 270 | Copertura vaccinale | Copertura vaccinale agli adolescenti (range 11 - 18 anni) di una dose antimeningococco ACWY | N° di adolescenti vaccinati | N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita | ≥ 80 |
| | 12 | Copertura vaccinale | copertura vaccinale anti HPV | N. soggetti nel corso del 12° anno di vita vaccinati con cicli completi | N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita | ≥ 70% |
| | 275 | Copertura vaccinale | Copertura vaccinale Herpes Zoster nei soggetti di 65 anni di età | N° di soggetti vaccinati anni 65 | N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita | > = 25% |
| 12 | <u>183</u> | Copertura vaccinale | Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) (Vincolante) | Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomelite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib | Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita | >=95% |
| 13 | <u>4.1</u> | Copertura vaccinale | Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite e rosolia (MPR) (Vincolante) | N° di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con 1 dose vaccino MPR | Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita | ≥ 95% |
| | 345 | Copertura vaccinale | Copertura vaccinale nei bambini di 5 - 6 anni di età contro difterite, tetano, pertosse e poliomelite | N° di soggetti di 5-6 anni di età vaccinati contro difterite, tetano, pertosse e poliomelite | N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita | > = 95 |
| | 271 | Copertura vaccinale | Copertura vaccinale nei bambini nati dall'anno 2017 con offerta a 13-15 mesi con dose vaccino antivaricella | N° di soggetti vaccinati nati a partire dall'anno 2017 | N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita | ≥ 75 |
| 14 | <u>115</u> | Copertura vaccinale | Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (Vincolante) | numero di soggetti di età superiore o uguale a 65 anni vaccinati per influenza | Popolazione ≥ 65 anni residente | ≥ 75% |
| | 269 | Copertura vaccinale | Offerta attiva vaccino Meningo B nella coorte dei nati 2017 | N° di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo, per età, per meningo B | N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita | ≥ 80 |

Relativamente alla vaccinazione anti influenzale il valore indicato quale obiettivo non è stato mai raggiunto da nessuna Regione italiana. Per l'ASUR i dati documentano il lavoro svolto con un trend in crescita (anno 2016/2017: 50,0% vs 2017/2018: 51,6, con un dato medio nazionale di 53,1%) che è presumibile si manterrà anche per la campagna vaccinale 2018/2019. A seguito di tale previsione per la campagna antinfluenzale in corso è stato acquistato un quantitativo di vaccino del 10% superiore all'anno precedente. Al fine di sensibilizzare sull'importanza di tale vaccinazione è stata attuata una campagna informativa rivolta agli anziani, agli operatori sanitari e alle donne in gravidanza. Si evidenzia che la vaccinazione anti-influenzale è affidata ai MMG e sarebbe

opportuno come già avviene in altre regioni, agire anche attraverso un sistema di incentivi basati sul raggiungimento di obiettivi di copertura dei propri assistiti.

In riferimento alle coperture vaccinali nei bambini nel 2018 i dati di copertura sono risultati pari al 92,1% per MPR in forte incremento rispetto all'anno precedente e 93,8% per ESAVALENTE anch'esso in miglioramento rispetto al dato precedente.

Per l'anno in corso si prevede un sostanziale mantenimento dei dati 2018, considerando che storicamente nelle Marche per MPR non si è mai superata tale copertura e che in generale l'esitazione vaccinale della popolazione marchigiana è stimata dai recentissimi dati di "Sorveglianza nazionale 0 – 2 anni" sensibilmente superiore rispetto al dato medio nazionale, come di seguito illustrato.

| ESITAZIONE VACCINALE | % REGIONE MARCHE | % ITALIA |
|-----------------------------------|-------------------------|-----------------|
| <i>Contrari alla vaccinazione</i> | 1,1% | 0,1% |
| <i>Indecisi</i> | 5,0% | 4,3% |

Screening Oncologici

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2019 |
|----------|-----|---------------------------------------|--|---|--|--------------------|
| 17 | 186 | Rispetto LEA per Screening Oncologici | % persone che effettuano test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro del colon retto | Persone in età target che eseguono nel 2018 il test di screening per tumore colon retto | Popolazione target 2018 | > 40% |
| 16 | 185 | Rispetto LEA per Screening Oncologici | % persone che effettuano test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della cervice uterina | Persone in età target che eseguono nel 2018 il test di screening per cervice uterina | Popolazione target 2018 | > 45% |
| 15 | 184 | Rispetto LEA per Screening Oncologici | % persone che effettuano test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della mammella | Persone in età target che eseguono nel 2018 il test di screening per carcinoma mammella | Popolazione target 2018 | >50% |
| | 5.3 | rispetto LEA per Screening Oncologici | Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza | N° dei cancri invasivi screen-detected | N° di tutti i cancri screen-detected * 100 | < 25% |

Il programma prevede il miglioramento dell'attività di screening oncologici in quanto permette di identificare le neoplasie in fase precoce oppure in stato pre-tumorale. L'individuazione della malattia in fase precoce ha il vantaggio, nella maggioranza dei casi, di permettere di intervenire rapidamente con le cure più appropriate, facilitando la guarigione e riducendo la mortalità e/o i disturbi legati alla malattia, o gli effetti dannosi dei trattamenti somministrati in una fase di malattia. Nonostante l'importanza della prevenzione in questo campo e nonostante il continuo lavoro d' informativa e di inviti alla popolazione target, non si riesce in alcune tipologie di screening a raggiungere la media nazionale delle persone che si sottopongono ai test di screening.

Relativamente al programma per cancro al colon si evidenzia che l'indicatore di "estensione" è pressoché al 100% ; per ciò che concerne l'indicatore di "adesione" si riscontrano valori critici in alcune AA.VV. come l'AV3 mentre in altre, per esempio AV2, l'indicatore è raggiunto. Nel 2019 sono state messe in atto azioni volte ad aumentare in modo significativo il tasso di risposta rispetto all'anno precedente, incrementando il grado di fiducia

della popolazione verso i servizi sanitari. Il Rapporto MeS 2018 riconosce infatti quanto segue: "Per quanto riguarda gli screening oncologici, si conferma una capillare attività di invito, non ancora seguita da un altrettanto ottimale adesione dell'utenza (ad esempio, per lo screening colon rettale)". Il trend registrato dal 2017 al 2018 segnala un tendenziale lento incremento dell'adesione sino al 36,5% (con un dato medio delle Regioni del centro Italia del 35%), dopo una flessione degli anni precedenti. I dati dello screening devono essere letti in rapporto a quanto emerge dall'indagine PASSI (dati 2015-2018) che registra una copertura dello screening del 60,7% della popolazione (vs una media nazionale del 46,6%), con una percentuale di soggetti che riferisce l'effettuazione del SOF pari al 54,7% (vs una media nazionale del 40,4%): l'effettuazione di accertamenti su prescrizione del curante impatta quindi negativamente sull'adesione allo screening organizzato ed attivamente offerto in modo gratuito dalle strutture del SSR. Si ritiene che su questo tema, vada sviluppata una più efficace campagna informativa sia verso i sanitari che verso gli utenti.

Epidemiologia

L'attività si caratterizza in una continua e costante sorveglianza in sanità pubblica raccogliendo dati attraverso indagini campionarie, informazioni dalla popolazione italiana adulta (18-69 anni) sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione. Questi studi sono effettuati attraverso il sistema di effettuazione sorveglianza "PASSI" sugli stili di vita e il sistema di effettuazione della rilevazione del sistema di sorveglianza "PASSI D'ARGENTO", successivamente alla effettuazione del percorso formativo degli operatori. Recentemente è stato introdotto anche il sistema di sorveglianza della popolazione tra 0 e 2 anni.

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2019 |
|----------|----|---|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------|
| 18 | 8 | effettuazione sorveglianza epidemiologica (***) | Realizzazione sorveglianza PASSI | n. di interviste effettuate | n. interviste da effettuare | ≥ 90% |

Sino allo scorso anno gli indicatori di performance sono stati sempre raggiunti, ma la carenza di risorse specifiche rende sempre più difficoltoso il raggiungimento dell'obiettivo.

Promozione Salute

L'attività programmata si basa sullo sviluppo in tutte le AA.VV. delle azioni previste dai programmi 1, 2, 3, 4 del PRP 2014-2019 quali:

- tutela della salute del bambino e della neo mamma dal momento dell'allattamento, agli screening neonatali fino alla sicurezza dei piccoli neonati;
- tutela della salute nell'ambito scolastico attraverso incontri/iniziative per la sensibilizzazione a stili di vita salutari secondo la metodologia LIFE SKILLS, all'aumento del benessere riguardante la salute psicologica fisica attraverso la metodologia pee education, all'aumento dell'attività fisica, fino alla sensibilizzazione del buon uso del cellulare;
- tutela della salute dell'adulto con lo scopo di far comprendere l'importanza del movimento fisico, della sana alimentazione con la diminuzione dell'utilizzo del sale ed aumento di quello iodato, la promozione dei corretti stili di vita nel "setting" luoghi di lavoro attraverso l'adesione – in crescita – al programma europeo WHP (Aziende che Promuovono Salute inserito nel PRP attuale), tutela della salute nell'anziano con azioni informative per la prevenzione dell'osteoporosi, degli incidenti domestici.

Va infine menzionato l'importante progetto "sport senza età" realizzato su programmazione specifica regionale degli assessorati alla Salute ed allo Sport, indirizzato a favorire l'aumento della attività motoria negli adulti ed anziani, con la collaborazione in particolare degli Enti di Promozione Sportiva e Sociale.

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2019 |
|----------|-----|--|--|--|--|--|
| 22 | 398 | attuazione DGR 540/2015 e 202/2016 (PRP 2014 - 2019) | Formalizzazione dei Piani Integrati Locali per i programmi 1 - 4 PRP in ciascuna AV per l'anno 2018 | determina in ciascuna Area Vasta | | Approvazione atti |
| | 216 | attuazione DGR 540/2015 e 202/2016 (PRP 2014 - 2019) | raggiungimento obiettivi di processo indicatori "sentinella" paragrafo 1.5 DGR 540/15 e smi DGR 202/16 | valori previsti per anno 2018 descritti in all. A DGR 202/16. (Tutti tranne indicatori 3-3, 4-3, 6-7, 7-2, 7-5, 9-2, 11-7, 12-4, 12-8, 12-10, 12-11) | | relazione ASUR |
| | 396 | attuazione programmi regionali attuativi dell'accordo Stato Regioni "Guadagnare Salute" | prevalenza popolazione sovrappeso/obesa e sedentaria, misura consumo di frutta | prevalenza anno di valutazione | prevalenza anno precedente a quello della valutazione | >=% sovrapp/obesa, sedentaria e consumo frutta anno precedente |
| | 119 | Costo procapite assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro | Costo procapite assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro | Costo Modello La voce 19999 (escluso Ribaltamento 2 e 3) | Popolazione residente ISTAT 1/1/anno | >80 euro o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente |
| | 182 | DGR 540/2015 Screening neonatali visivo ed oculare | tasso di copertura neonati sottoposti a screening | n. neonati sottoposti a screening/ n. neonati dimessi | | 0,95 |
| 21 | 210 | Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale | Registrazione schede cause di morte anno 2017 | Numero schede cause di morte registrate anno 2017 | Numero totale schede cause di morte anno 2017 | 100% |
| 20 | 131 | Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale | Trasmissione dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionae (anno 2018) | Dati di anatomia patologica necessari trasmessi al Registro Tumori Regionale (anno 2018) | Dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale presenti negli archivi aziendali (anno 2018) | 100% |

Prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro

Lo specifico programma n. 6 del vigente PRP stabilisce molte linee di intervento atte al miglioramento qualitativo delle prestazioni erogate, contribuendo contemporaneamente al raggiungimento dell'indicatore LEA del controllo del 5% delle aziende del territorio.

| Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2019 |
|-------|---|--|--|--|--------------------|
| 399 | attuazione DGR 540/2015 e 202/2016 (PRP 2014 - 2019) | Registrazione delle attività di controllo ispettivo relative ai cantieri notificati nella piattaforma web Marche Prevenzione (Linea progettuale 6.7) | N. cantieri per i quali viene registrata attività ispettiva nella piattaforma Marche Prevenzione | N. di cantieri notificati e sottoposti a controllo ispettivo (notifiche on line ex art 99) | 100% |
| 6.1 | Prevenzione salute nei luoghi di lavoro | Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare | N. aziende controllate | numero aziende con almeno 1 dipendente | ≥ 5% |
| 117.2 | rispetto LEA e accordi Stato Regione (programmazione ex art. 5 D.Lgs 81/08 e progetti prioritari di piano) per TSSL | Cantieri edili controllati | Numero cantieri edili ispezionati | Numero di notifiche ex art. 99 D. Lgs 81/08 pervenute | >10% |

Nel 2018 il dato di copertura, misurato con i parametri indicati nel documento ufficiale per il calcolo della Griglia LEA è risultato pari al 4,4% quindi inferiore al target atteso. Nell'indicatore non si tiene conto di controlli effettuati senza sopralluogo nelle aziende. Considerando anche tale dato la copertura risulterebbe superiore al 5%.

Il trend per il 2019, stimato alla fine di settembre 2019 indica un miglioramento del dato rispetto al 2018, tuttavia verosimilmente di poco inferiore al target.

Qualitativamente viene completata la fase prevista dal PRP della azione di supporto ad RLS ed RLST, con la ormai storica collaborazione con il CRISS – della Università Politecnica delle Marche, relativa in questa fase, alla formazione relazionale di questi centrali soggetti per il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione di malattie professionali ed infortuni.

Si assiste inoltre alla ripresa della quantità e qualità dei controlli nelle aziende mediante misurazioni di igiene industriale, in particolare relativamente ai rischi cancerogeni chimici e fisici collegati con l'avvio concreto delle nuove organizzazioni previste nelle AA.VV.

Una specifica criticità, legata alla presenza di limitate risorse specifiche, deve invece registrarsi per le attività di epidemiologia occupazionale.

3.3.2.2. Veterinaria e sicurezza alimentare

Le funzioni di prevenzione veterinaria e sicurezza alimentare sono definite nell'ambito del primo livello assistenziale del Servizio Sanitario Regionale, riconducibili ai livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui al D.P.C.M. 12 gennaio 2017 *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*

Queste funzioni sono vincolate ad una stringente normativa europea e nazionale (cosiddetto “pacchetto igiene”) e sono espletate sul territorio dai seguenti Servizi/UUOO dei Dipartimenti di prevenzione: Igiene Alimenti e Nutrizione (IAN), Igiene Alimenti di origine Animale (IAOA), Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche (IAPZ) e Sanità Animale (SA). Le complessità delle attività sanitarie sviluppate in questi ambiti richiedono un'alta specializzazione professionale di settore. Nei rispettivi Servizi/UUOO (IAN-IAOA-IAPZ-SA) di Area Vasta, sono individuate le Autorità competenti per la sicurezza alimentare, il benessere animale, la sanità animale, la sanità dei vegetali con compiti di controllo ufficiale lungo le filiere alimentari, dalla produzione alla distribuzione, di analisi e di comunicazione del rischio.

Nell'ambito della rete della prevenzione collettiva, questi Servizi/UUOO perseguono gli obiettivi di salute con un approccio sistemico e multidisciplinare basato sulle evidenze scientifiche (EBP) le cui azioni sanitarie sono coordinate attraverso il Piano Regionale Integrato dei Controlli 2015-2018 (DGRM 880/2015 e 887/2018) che raccorda i macro-obiettivi del Piano Nazionale Prevenzione 2015-2019 ed i rispettivi programmi individuati dal Piano Regionale Prevenzione (DGRM n.540/2014, DGRM n. 202/2016).

Di seguito si elencano alcune delle principali linee di programma previste anche per l'anno 2019:

- studi e sensibilizzazione tramite attività formativa e informativa finalizzata al perseguimento degli obiettivi di prevenzione nelle collettività delle patologie legate agli stili di vita e alimentari, nonché agli squilibri nutrizionali; verifiche ufficiali di conformità per la sicurezza degli alimenti di origine vegetale e animale lungo le filiere, dalla produzione alla distribuzione fino alla somministrazione finale; attività volte alla verifica di presenza di OGM;
- verifiche ufficiali di conformità per la sicurezza degli alimenti di origine animale e dei loro derivati, su residui di sostanze/miscele compresi i contaminanti indesiderati: fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente;
- aggiornamento in tempo reale tra gli archivi dei dati aventi rilevanza sanitaria di ARPAM, IZS e Regione per consentire una valutazione integrata del rischio contaminanti;
- adeguamento dell'anagrafica SIVA-DATAFARM-VETINFO degli stabilimenti/imprese alimentari con i criteri della “Master List” e categorizzazione dei rischi in sicurezza alimentare,
- attività tramite controlli ufficiali lungo le filiere di produzione di alimenti per la ricerca di sostanze, farmaci e/o molecole farmacologicamente attive il cui uso è vietato in quanto pericolose per la salute;
- contrasto all'antibiotico-resistenza con azioni di sensibilizzazione volte a ridurre dell'utilizzo degli antibiotici negli animali (sia da reddito che da compagnia) e tracciabilità elettronica dei farmaci e delle molecole farmacologicamente attive utilizzate nell'ambito veterinario,

- azioni rivolte alla prevenzione ed alla eradicazione delle malattie infettive ed infestive degli animali (piani di vaccinazione, risanamento, sorveglianza, monitoraggio, ecc.), con particolare riferimento a quelle con carattere zoonosico nonché quelle emergenti e riemergenti;
- sorveglianza sanitaria nell'ambito delle popolazioni di animali selvatici e quelle dei sinantropi ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente;
- soccorso degli animali a seguito di incidente stradale Legge 281/91 art. 2 c.12 Legge 120/2010 - nuovo codice della strada art. 31;
- attuazione dei sistemi di risposta sanitaria alle emergenze epidemiche delle popolazioni animali, alle maxiemergenze e agli eventi catastrofici imprevedibili.

Obiettivi 2019

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2019 |
|----------|------|---|--|--|--|--|
| 26 | 20.1 | ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report | % Aziende ovi-caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle aziende e 5% dei capi) | N. Aziende ovi-caprini controllati | N. totale aziende ovi-caprini | > 3% delle aziende |
| 27 | 20.2 | ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report | % Aziende suinicole controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R - art. 8 comma 2, dlgs 200/2010 (1% aziende) | N. aziende suinicole controllate I&R | N. totale aziende suinicole | 1% |
| 26 | 20.1 | ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report | % Capi ovi-caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle aziende e 5% dei capi) | N. totale capi ovi-caprini controllati | N. totale capi ovi-caprini | > 5% dei capi |
| 29 | 344 | CONTROLLI ANALITICI NELLE FASI DI PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI - attuazione Accordo Stato-Regioni del 10 novembre 2016, rep 212, concernente Linee guida controllo ufficiale ai sensi Reg 882/04 e 854/04, Capitolo 15 e ripartizione dei controlli su base regionale (nota DGSAN n. 15168 del 14/04/2017. Percentuale di controlli analitici minimi effettuati per ciascuna matrice alimentare nelle fasi, rispettivamente, di "produzione" e "distribuzione" | % campionii effettuati sul totale dei programmi negli esercizi di produzione e distribuzione | N. campionamenti effettuati negli esercizi di produzione e distribuzione | N. totale campionamenti programmati negli esercizi di produzione e distribuzione | 100% in ciascuna matrice alimentare e 100% in ciascuna fase |
| 30 | 19 | 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 |
| 24 | 14.1 | 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% |
| 25 | 14.2 | 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% |
| | 22 | OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003- alimenti e mangimi geneticamente modificati. | % campioni eseguiti sul totale dei previsti dal Piano OGM | N. campioni eseguiti | N. totale campioni previsti dal Piano OGM | >60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione |
| 28 | 16 | 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 |

Le complessità delle tematiche sanitarie che caratterizzano i programmi attuativi della prevenzione veterinaria e sicurezza alimentare, vengono gestite con l'approccio metodologico sistemico del "one health", basato sulle evidenze scientifiche (EBP) e gli standard di funzionamento definiti dalla DGRM 1741/2013.

Le attività sanitarie erogate sul territorio dalle UUOO competenti, vengono monitorate periodicamente attraverso il sistema dei flussi informativi implementato con Determina DG-ASUR 514/2015.

Le Autorità competenti locali in sicurezza alimentare, individuate nelle UUOO territoriali del Dipartimento di Prevenzione con Determina DG-ASUR 479/2015, sono assoggettate ad un sistema di audit (DGRM 1244/2014), che è finalizzato alla verifica dei processi operativi e delle procedure adottate per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, sia in termini di efficacia che di efficienza, perseguendo l'obiettivo comune del miglioramento continuo di sistema.

3.3.2.3. Completezza, qualità e tempestività nell'invio dei flussi informativi del livello prevenzione

Tra obiettivi della DGR n. 415/2019 di assegnazione degli obiettivi 2019 agli Enti del SSR stabiliti in termini di adempimenti assegnati dai Ministeri della Salute e dell'Economia per la 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 marzo 2005 è stata data particolare attenzione alla qualità, completezza e tempestività nell'invio dei flussi informativi obbligatori ed agli obiettivi della "Griglia LEA".

1. Di seguito gli obiettivi assegnati per l'anno 2019 nell'ambito dei flussi della prevenzione.

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2019 |
|----------|-----|--|--|--|--|--------------------|
| 21 | 210 | Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale | Registrazione schede cause di morte anno 2017 | Numero schede cause di morte registrate anno 2017 | Numero totale schede cause di morte anno 2017 | 100% |
| 20 | 131 | 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 2018) | Dati di anatomia patologica necessari trasmessi al Registro Tumori Regionale (anno 2018) | Dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale presenti negli archivi aziendali (anno 2018) | 100% |

4. LA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA DELL'AZIENDA

4.1.1. OBIETTIVI ECONOMICI 2019

La Regione ha assegnato il Budget definitivo per l'anno 2019 con DGRM n. 1658 del 23/12/2019 avente ad oggetto "L.R. n. 13 del 20/06/2003 - Disposizioni agli Enti del SSR per la redazione del Bilancio Preventivo Economico 2019 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2019-2021 degli Enti del SSR".

Il nuovo tetto di spesa per l'ASUR (totale risorse disponibili), di cui all'allegato A della delibera di assegnazione definitiva, è rideterminato in 2.408.221.736 euro.

Nelle more dell'assegnazione definitiva del Budget, con DGRM n. 1779 del 27/12/2018, la Regione Marche ha autorizzato gli Enti del Servizio Sanitario Regionale, e quindi anche l'ASUR, alla gestione provvisoria dei rispettivi Bilanci economici preventivi anno 2019 per lo svolgimento delle sole attività istituzionali. Per l'esercizio provvisorio, la Regione ha assegnato all'ASUR un tetto di spesa di 2.355.254.736 euro (Allegato A alla DGRM 1617/2017), comprensivi della mobilità passiva interregionale internazionale stimata pari ad euro 181.346.731. Inoltre il totale degli investimenti finanziati con risorse correnti autorizzati con la Gestione Provvisoria 2019 è pari ad euro 10.000.000. Il livello dei costi così autorizzati deve essere finanziato con un valore delle entrate proprie pari a euro 85.054.000. Di contro, la Giunta Regionale rinvia la definizione del tetto di costi da destinare agli investimenti con fondi correnti ad atto successivo.

La programmazione regionale è stata recepita con Determina ASUR/DG n. 359 del 2/7/2019, così come modificata con determina n. 380 del 18/7/2019, atto con il quale la Direzione ASUR ha fatto proprio il contenuto della DGRM n. 1779/2019 di autorizzazione alla gestione provvisoria dei Bilanci economici preventivi ed ha assegnato ai Direttori di Area Vasta gli obiettivi da perseguire nell'anno 2019 in coerenza con quanto approvato dalla Giunta regionale con la DGRM 415/2019.

Come già evidenziato, l'approvazione degli obiettivi degli Enti del SSR per l'anno 2018 è avvenuta con DGRM n. 415 del 8/04/2019, mentre con DGR 414 del 8/04/2019 sono state definite le pesature degli obiettivi oggetto valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori generali degli Enti del SSR.

Gli obiettivi sanitari (di cui all'allegato A della DGR 415/2019) sono stati esposti nelle sezioni 1.1, 1.2 e 1.3 della presente relazione e di seguito saranno altresì indicati quelli di tipo economico di cui all'allegato B, nonché gli obiettivi riferiti all'Area ATL (Amministrativa Tecnica e Logistica).

1. Raggiungimento dell'equilibrio di bilancio

La Regione Marche, nelle more dell'assegnazione definitiva del Budget, con DGRM n. 1779 del 27 dicembre 2018 ha autorizzato gli Enti del Servizio Sanitario Regionale, e quindi anche l'ASUR, alla gestione provvisoria dei rispettivi Bilanci economici preventivi anno 2019 per lo svolgimento delle sole attività istituzionali. Le prime indicazioni per la programmazione aziendale sono state fornite dalla Direzione Generale con nota prot. 2465 del 21/01/2019; sulla base di tali indicazioni, le Direzioni di Area Vasta hanno predisposto uno specifico Piano di A.V. che partendo dall'analisi dello stato dell'arte di ciascun settore (prevenzione, territorio, ospedale, servizi sanitari e amministrativi di supporto), ha evidenziato le criticità in termini di efficienza ed efficacia dei servizi resi, ha individuato le azioni correttive e conseguentemente ha predisposto le previsioni economiche per fattore produttivo per l'anno 2019.

Successivamente, con Determina ASUR/DG n. 359 del 2/07/2019 l'ASUR ha recepito il contenuto della DGRM n. 1779/2018 di autorizzazione alla gestione provvisoria dei Bilanci economici preventivi ed ha assegnato ai Direttori di Area Vasta gli obiettivi sanitari da perseguire nell'anno 2019 in coerenza con quanto approvato dalla Giunta regionale con la DGRM 415/2018 citata. Con Determina ASUR/DG n. 380 del 18/07/2019, è stata approvata una nuova ripartizione del budget provvisorio alle Aree Vaste, che prevede l'allocatione di risorse differenti tra le Aree Vaste, a seguito dei nuovi percorsi di presa in carico supportati dalle Aziende Ospedaliere in applicazione della DGRM n. 380/2019 e s.m.i. e a parità di costi autorizzati e assegnati con la DGRM 1779/2018.

L'andamento dei costi nel corso del 2019, così come risultanti dalle tre chiusure di contabilità analitica trimestrali, hanno evidenziato scostamenti rispetto al Budget provvisorio assegnato dalla Regione. Oltre alle azioni già previste nei Piani di Area Vasta sopra citati, entro il 30/08/2019, ai sensi della Determina ASUR/DG n. 437 del 30/07/2019 di approvazione dei criteri di valutazione delle Direzioni, le Aree Vaste hanno predisposto ulteriori azioni di rientro per rientrare nei limiti del Budget a copertura dello scostamento registrato nel primo semestre; con note prot. n. 36619-36378-36377-36376-36375 del 5 e 6 settembre 2019, la Direzione Generale ha individuato per ciascuna Area Vasta le economie derivanti dalle azioni di razionalizzazione dei farmaci, dei dispositivi medici e dall'analisi di confronto delle reti cliniche per struttura ospedaliera.

Al terzo trimestre, i costi di esercizio non risultavano in linea con il tetto assegnato con DGRM 1779/18. Pertanto, il Servizio Salute e la P.F. Bilancio della Regione hanno avviato un confronto con le Aree Vaste, durato tutto il mese di novembre e dicembre 2019, teso a individuare ulteriori margini di efficientamento dei costi di Area Vasta, oltre a quanto già programmato per l'ultimo trimestre, da cui è scaturito in un nuovo e formale impegno di riduzione della spesa da parte delle Direzioni di Area Vasta, le cui risultanze complessive sono rappresentate nel prospetto seguente in termini di costi, livello minimo di ricavi e investimenti con fondi correnti.

| BUDGET 2019 | AREA VASTA 1 | AREA VASTA 2 | AREA VASTA 3 | AREA VASTA 4 | AREA VASTA 5 |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| TETTO A (Costi di esercizio) | 357.249.201 | 692.272.056 | 515.833.265 | 247.520.225 | 369.979.548 |
| <i>di cui:</i> | | | | | |
| A.1) PERSONALE, BENI, SERVIZI, MEDICI CONVENZIONATI, ALTRI COSTI CON CCNL | 270.140.412 | 500.361.517 | 373.717.710 | 196.724.023 | 278.072.659 |
| A.2) SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA | 47.370.055 | 71.169.240 | 43.026.492 | 24.923.591 | 26.709.448 |
| A.3) PRIVATO ACCREDITATO (RESIDENTI) esclusi disabili cronici | 38.770.370 | 111.341.135 | 86.538.030 | 23.416.193 | 42.461.950 |
| A.4) PRIVATO ACCREDITATO (NON RESIDENTI) | 968.364 | 9.400.164 | 12.551.033 | 2.456.418 | 22.735.491 |
| TETTO B (Livello Ricavi Minimi) | 18.896.628 | 28.379.264 | 19.400.966 | 9.425.556 | 16.772.701 |
| TETTO C (Investimenti con fondi correnti) | 4.377.094 | 3.866.398 | 4.314.869 | 1.898.705 | 4.877.583 |

Lo scostamento residuale sui costi delle Aree Vaste rispetto alla Det. 380/19 di assegnazione del Budget provvisorio 2019 è pari a 44.378 migliaia di euro ed è stato interamente coperto per 42.421 migliaia di euro da una maggiore assegnazione del Budget definitivo da parte della Regione (DGRM 1658/19) e per la differenza dalla sterilizzazione straordinaria degli ammortamenti non coperti da contributo per investimenti anteriori al D.Lgs. 118.

Il Budget definitivamente assegnato all'ASUR è stato approvato con DGRM 1658 del 23 dicembre 2019, che prevede un'assegnazione di risorse pari a 2.408.221.736 euro, al netto degli scambi infragruppo, comprensivi di contributi in conto capitale di 10.000.000 euro per gli investimenti ed un livello di Entrate proprie pari a 85.024.000 euro. La Delibera citata assegna inoltre all'ASUR contributi in conto capitale per 12,6 milioni di euro finalizzati agli investimenti, derivanti dalla revoca del contributo avvenuto con DGRM n. 1533 del 02/12/2019 (oggetto "Revoca della DGR n. 961 del 07 agosto 2017").

La tabella seguente riporta il Budget assegnato dalla Giunta Regionale con la DGRM 1658 citata.

| ASUR | | BILANCIO DI PREVISIONE 2019 |
|---------------------|--|-----------------------------|
| a4 | FSR indistinto agli Enti del SSR di cui: | 2.120.554.316 |
| a4.1a | da destinare alla spesa corrente | 2.105.570.730 |
| a4.1b | da destinare al F.do di riequilibrio | |
| a4.2 | da destinare a spesa corrente con vincolo di destinazione regionale | 4.983.586 |
| a4.3 | da destinare agli investimenti ai sensi del D.Lgvo 118/2011 | 10.000.000 |
| b | Mobilità attiva interregionale ed internazionale | 100.652.548 |
| b1 | Mobilità attiva interregionale | 95.016.889 |
| b2 | Mobilità attiva internazionale | 5.635.660 |
| c | Fondo Sanitario Regionale vincolato di cui: | 63.802.672 |
| c1 | Obiettivi di carattere prioritario | 27.957.912 |
| c2 | Farmaci innovativi | 30.261.411 |
| c3 | Medicina Penitenziaria | 2.682.048 |
| c4 | Altre quote vincolate (assistenza detenuti tossic., OPG, borse di studio MMG) | 2.901.300 |
| d | Ulteriori trasferimenti agli Enti del SSR di cui: | 38.188.200 |
| d1 | Pay Back | 7.200.000 |
| d2 | Risorse regionali aggiuntive | 1.857.272 |
| d3 | Ripiano sfondamento tetto spesa farmaceutica | 29.130.928 |
| e=(a4+b+c+d) | TOTALE TRASFERIMENTI DA REGIONE AGLI ENTI DEL SSR | 2.323.197.736 |
| f | ENTRATE PROPRIE DEGLI ENTI DEL SSR DI CUI: | 85.024.000 |
| f1 | Ricavi propri | 74.685.083 |
| f2 | Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione | 2.066.000 |
| f3 | Ricavi straordinari | 8.272.917 |
| g=e+f | TOTALE RISORSE DISPONIBILI PER GLI ENTI DEL SSR | 2.408.221.736 |
| h | TOTALE COSTI | 2.408.221.736 |
| h1 | Gestionali (al netto degli scambi SSR) | 2.194.888.405 |
| h2 | Mobilità passiva interregionale e internazionale | 185.701.170 |
| h3 | Rinnovi contrattuali | 17.632.161 |
| h4 | Costi da destinare agli investimenti ai sensi del D.Lgvo 118/2011 | 10.000.000 |
| j = (g-h) | Avanzo/disavanzo programmato | - 0 |

Il presente Bilancio Preventivo Economico annuale è stato predisposto in coerenza con l'assegnazione regionale e nel rispetto di quanto previsto a pag. 11 della DGRM 1658/19 che consente di programmare un livello maggiore di costi se finanziati dalle entrate proprie; in applicazione di tale disposizione, il Bilancio Preventivo 2019 include un livello di entrate proprie maggiori rispetto al tetto assegnato dalla Regione di 85.024.000 (lett. f) per 11.709.084 euro, con pari aumento del totale dei costi gestionali (lett.h).

| | ASUR | DGRM 1658/19 | BILANCIO DI PREVISIONE 2019 |
|---------------------|--|----------------------|-----------------------------|
| a4 | FSR indistinto agli Enti del SSR di cui: | 2.120.554.316 | 2.120.554.316 |
| a4.1a | da destinare alla spesa corrente | 2.105.570.730 | 2.105.570.730 |
| a4.1b | da destinare al F.do di riequilibrio | | |
| a4.2 | da destinare a spesa corrente con vincolo di destinazione regionale | 4.983.586 | 4.983.586 |
| a4.3 | da destinare agli investimenti ai sensi del D.Lgvo 118/2011 | 10.000.000 | 10.000.000 |
| b | Mobilità attiva interregionale ed internazionale | 100.652.548 | 100.652.548 |
| b1 | Mobilità attiva interregionale | 95.016.889 | 95.016.889 |
| b2 | Mobilità attiva internazionale | 5.635.660 | 5.635.660 |
| c | Fondo Sanitario Regionale vincolato di cui: | 63.802.672 | 63.802.672 |
| c1 | Obiettivi di carattere prioritario | 27.957.912 | 27.957.912 |
| c2 | Farmaci innovativi | 30.261.411 | 30.261.411 |
| c3 | Medicina Penitenziaria | 2.682.048 | 2.682.048 |
| c4 | Altre quote vincolate (assistenza detenuti tossic., OPG, borse di studio MMG) | 2.901.300 | 2.901.300 |
| d | Ulteriori trasferimenti agli Enti del SSR di cui: | 38.188.200 | 38.188.200 |
| d1 | Pay Back | 7.200.000 | 7.200.000 |
| d2 | Risorse regionali aggiuntive | 1.857.272 | 1.857.272 |
| d3 | Ripiano sfondamento tetto spesa | 29.130.928 | 29.130.928 |
| e=(a4+b+c+d) | TOTALE TRASFERIMENTI DA REGIONE AGLI ENTI DEL SSR | 2.323.197.736 | 2.323.197.736 |
| f | ENTRATE PROPRIE DEGLI ENTI DEL SSR DI CUI: | 85.024.000 | 96.733.084 |
| f1 | Ricavi propri | 74.685.083 | 74.673.854 |
| f2 | Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione | 2.066.000 | 1.629.000 |
| f3 | Ricavi straordinari | 8.272.917 | 20.430.230 |
| g=e+f | TOTALE RISORSE DISPONIBILI PER GLI ENTI DEL SSR | 2.408.221.736 | 2.419.930.820 |
| h | TOTALE COSTI | 2.408.221.736 | 2.419.930.820 |
| h1 | Gestionali (al netto degli scambi SSR) | 2.194.888.405 | 2.206.597.489 |
| h2 | Mobilità passiva interregionale e internazionale | 185.701.170 | 185.701.170 |
| h3 | Rinnovi contrattuali | 17.632.161 | 17.632.161 |
| h4 | Costi da destinare agli investimenti ai sensi del D.Lgvo 118/2011 | 10.000.000 | 10.000.000 |
| j = (g-h) | Avanzo/disavanzo programmato | 0 | - |

2. Rispetto del tetto di spesa del personale

Con DGR n. 82 del 28/2/2019 è stata approvata la direttiva vincolante in materia di contenimento della spesa del personale per i Direttori generali delle Aziende in cui sono stati individuati i tetti economici di spesa del personale per ciascun Ente del SSR. e con determina n. 679/DG del 27/11/2019 è stato approvato il nuovo Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) 2019-2021 dell'ASUR, quale evoluzione del precedente Piano di cui alla determina n. 70/DG del 20/2/2019 approvato con DGR n. 241 del 4/3/2019.

Nel PTFP 2019-2021 sono stati rispettati i seguenti vincoli della normativa nazionale e regionale, quali:

- il rispetto del budget di spesa assegnato con DGR 1779/2019
- il vincolo di spesa di cui alla L. n. 191/2009
- Riduzione della spesa del personale con rapporto di lavoro flessibile
- Stabilizzazione del precariato

3. Rispetto dei budget dei costi

Relativamente a questo obiettivo si rimanda all'analisi degli scostamenti rispetto al consuntivo di cui al paragrafo 4.1.2.

4. Rispetto dei tempi di pagamento

Obiettivi 2019

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Valore atteso 2019 |
|----------|-----|--|--|---|--------------------------------|
| | 211 | Garantire il rispetto dei tempi di pagamento | Indicatore di tempestività dei pagamenti | Ritardo medio di pagamento delle fatture di beni e servizi rilevato trimestralmente | <= 0 |
| | 369 | Garantire il rispetto dei tempi di pagamento | Tempo medio di pagamento delle fatture | Tempo medio di pagamento delle fatture di beni e servizi | Rispetto del c. 865 L.145/2018 |

L'Azienda trimestralmente effettua una reportistica di verifica dei tempi di liquidazione e pagamento ai sensi del c. 865 dell'Articolo 1 della L. 145/2018 (legge di bilancio 2019) e con la stessa scadenza temporale adempie agli obblighi informativi di cui all'articolo art. 4-bis c.2 e all'art. 41 c. 1-bis.

Obiettivi Area ATL

Inoltre L'Area Amministrativo Tecnica e Logistica (ATL) è impegnata nel perseguire i seguenti obiettivi

Percorsi Attuativi della Certificabilità (PAC)

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Valore atteso 2019 |
|----------|---------|---|---|--|--|
| 11 | 114.2.5 | Percorsi attuativi di certificabilità dei bilanci (PAC) | Attuazione azioni programmate dal PAC di cui alla DGR 1618/2017 | Attuazione azioni programmate dal PAC di cui alla DGR 1618/2017 secondo i termini previsti | Rispetto dei termini previsti nel cronoprogramma |

Anticorruzione e Trasparenza

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Valore atteso 2019 |
|----------|----------|---|---|------------------------|--|
| | 112.2 | Efficacia ed efficienza del processo di budgeting | Ribaltamento ai Responsabili di CDR degli obiettivi economici e sanitari della Direzione di AAVV | | Ribaltamento di almeno il 90% degli indicatori |
| | 114.13 | Obiettivi Area ATL (Anticorruzione e Trasparenza) | 1) Invio questionario ANAC per la predisposizione della Relazione annuale sull'attività di prevenzione della Corruzione | | Questionario compilato e inviato nei termini stabiliti dal RPC |
| | 114.13.1 | Obiettivi Area ATL (Anticorruzione e Trasparenza) | 2) Verifica dello stato dell'arte della pubblicazione dei dati di competenza sul sito "Amministrazione Trasparente" | | Almeno 2 report di verifica entro il 31/01/2020 |
| | 114.13.2 | Obiettivi Area ATL (Anticorruzione e Trasparenza) | 3) Adempiere agli obblighi di pubblicazione previsti nella griglia di cui al P.T.T.I. di competenza dell'AV | | Almeno il 95% degli adempimenti di competenza dell'AV previsti nella griglia |
| | 114.13.3 | Obiettivi Area ATL (Anticorruzione e Trasparenza) | 4) Aggiornamento della mappatura dei rischi del P.T.P.C 2016 per l'anno 2019 | | Predisposizione mappatura aggiornata entro il 31/12/2019 |

Investimenti

| DGRM 415 | Nr | Des Obiettivo | Descrizione Indicatore | Descrizione Numeratore | Descrizione Denominatore | Valore atteso 2019 |
|----------|------------|--|--|--|--|--------------------|
| 124 | <u>404</u> | Attuazione investimenti di cui alla DGRM 1250/17 | Rispetto dei tempi di attuazione previsti dalla DGRM 1250/17 | Numero di bandi avviati nei tempi previsti dalla DGRM 1250/17 per l'anno 2019 | Numero totale degli interventi progettuali previsti dalla DGRM 1250/17 per l'anno 2019 | 100% |
| 125 | <u>405</u> | Attuazione investimenti di cui alla DGRM 1250/17 | Rispetto dei tempi di attuazione previsti dalla DGRM 1250/17 | Numero di verifiche di conformità effettuate nei tempi previsti dalla DGRM 1250/17 per l'anno 2019 | Numero totale degli interventi progettuali previsti dalla DGRM 1250/17 per l'anno 2019 | 100% |

4.1.2. CONFRONTO CE PREVENTIVO/CONSUNTIVO E RELAZIONE SUGLI SCOSTAMENTI

Premessa

Il bilancio economico preventivo, di cui al modello CE aggiornato con decreto dal Ministero della Salute del 3/5/2019, può essere sinteticamente rappresentato come segue:

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|---|---------|
| AZ9999 | Totale valore della produzione (A) | 2.862.505.033 | 2.897.212.813 | 34.707.780 | 1,2% |
| BZ9999 | Totale costi della produzione (B) | 2.864.452.369 | 2.859.549.563 | -4.902.805 | 0% |
| CZ9999 | Totale proventi e oneri finanziari (C) | -86.927 | -91.995 | -5.068 | 6% |
| DZ9999 | Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D) | | | | |
| EZ9999 | Totale proventi e oneri straordinari (E) | 52.150.281 | 12.619.552 | -39.530.729 | -76% |
| XA0000 | Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E) | 50.116.019 | 50.190.807 | 74.789 | 0% |
| YZ9999 | Totale imposte e tasse (Y) | 50.116.019 | 50.190.807 | 74.789 | 0% |
| ZZ9999 | RISULTATO DI ESERCIZIO | | 0 | 0 | |

L'ASUR, sulla base delle risorse di cui alla DGR di assegnazione definitiva del budget 2019 presenta un bilancio di previsione in equilibrio.

Il valore della produzione aumenta di 34,707 milioni di euro rispetto al consuntivo 2018 a fronte di costi della produzione complessivi in riduzione di 4,902 milioni di euro. I proventi straordinari, che nel 2018 avevano contribuito alla copertura dei costi gestionali dell'Azienda, sono previsti in riduzione per euro 39,530 milioni.

Di seguito si analizzano nel dettaglio gli importi relativi al valore della produzione (par. 4.1.2.1) e ai costi della produzione (par. 4.1.2.2).

4.1.2.1. Valore della produzione

Nella seguente tabella si rappresenta il valore della produzione (A):

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|---|---------|
| AZ9999 | Totale valore della produzione (A) | 2.862.505.033 | 2.897.212.813 | 34.707.780 | 1,2% |
| AA0010 | A.1) Contributi in c/esercizio | 2.653.929.373 | 2.653.945.172 | 15.798 | 0% |
| AA0240 | A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti | -2.846.629 | -10.000.000 | -7.153.372 | 251% |
| AA0270 | A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti | 3.309.562 | 1.699.000 | -1.610.562 | -49% |
| AA0320 | A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria | 108.753.599 | 129.538.831 | 20.785.232 | 19% |
| AA0750 | A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi | 27.120.049 | 47.591.045 | 20.470.996 | 75% |
| AA0940 | A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) | 31.544.458 | 32.197.565 | 653.107 | 2% |
| AA0980 | A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio | 36.454.910 | 38.398.090 | 1.943.180 | 5% |
| AA1050 | A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni | | | | |
| AA1060 | A.9) Altri ricavi e proventi | 4.239.710 | 3.843.110 | -396.600 | -9% |

AA0010 - A1) Contributi in c/esercizio

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|---------------|---|--------------------------|--------------------------|---|---------|
| AA0010 | A.1) Contributi in c/esercizio | 2.653.929.373 | 2.653.945.172 | 15.798 | 0% |
| AA0020 | A.1.A) Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale | 2.649.948.220 | 2.651.782.865 | 1.834.645 | 0% |
| AA0030 | A.1.A.1) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto | 2.587.162.511 | 2.587.980.193 | 817.682 | 0% |
| AA0031 | A.1.A.1.1) Finanziamento indistinto | 2.539.840.486 | 2.530.747.896 | -9.092.590 | 0% |
| AA0032 | A.1.A.1.2) Finanziamento indistinto finalizzato da Regione | 5.073.315 | 14.983.586 | 9.910.271 | 195% |
| AA0033 | A.1.A.1.3) Funzioni | 42.248.711 | 42.248.711 | | |
| AA0040 | A.1.A.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato | 62.785.709 | 63.802.672 | 1.016.963 | 2% |
| AA0050 | A.1.B) Contributi c/esercizio (extra fondo) | 3.810.364 | 1.992.388 | -1.817.976 | -48% |
| AA0180 | A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca | | 1.454 | 1.454 | |
| AA0230 | A.1.D) Contributi c/esercizio da privati | 170.789 | 168.465 | -2.324 | -1% |

Il totale dei contributi del Bilancio preventivo 2019 risulta in linea rispetto all'anno precedente tuttavia si evidenzia un incremento pari a 1,83 ml di euro di contributi del Fondo Regionale (F.S.) Sanitario e una riduzione contestuale di euro 1,81 ml dei contributi extra-fondo.

L'incremento del Fondo Sanitario (AA0030) previsto è pari a 817 mila euro, derivante dalla compensazione tra Fondo Indistinto (AA031) in riduzione rispetto al 2018 di euro 9,09 milioni di euro e tra Fondo finalizzato dalla Regione (AA032) in aumento di 9,9 milioni di euro, per le seguenti finalità: quota investimenti da finanziare con le risorse correnti (pari a 10 milioni di euro), assegnazione di risorse per l'integrazione socio-sanitaria (1,9 milioni di euro), la prevenzione e la lotta all'AIDS (895 mila euro), dipendenze patologiche (632 mila euro), piano regionale della prevenzione (euro 400 mila) programmi di risanamento e profilassi veterinaria (350 mila euro) ed altre attività specifiche (potenziamento attività dialitiche, potenziamento prelievo e trapianto organi, medicina generale e cure primarie).

Il Fondo Sanitario vincolato (AA040) contiene tutti i contributi derivanti dalla quota vincolata del riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale, tra cui:

- obiettivi di carattere prioritario (27,9 milioni di euro) in riduzione come previsto con DGR n. 1546 del 12/12/2019;
- Farmaci innovativi, la quota riguarda in particolare il finanziamento per farmaci oncologici ed è pari a 30,2 milioni, in incremento rispetto al consuntivo 2018;
- attività di medicina penitenziaria (D.Lgs. 230/99), pari a 2,68 milioni di euro;
- altre quote: veterinaria (L. 218/88); borse di studio ai medici di medicina generale (L. 109/88); fondo di esclusività (L. 488/99); emersione dei lavoratori stranieri (D.Lgs. 109/12).

Gli altri contributi (AA0050, AA0180, AA0230), di entità residua, rispetto ai contributi da Fondo Sanitario, risultano nella previsione 2019 in riduzione: quelli extra fondo (-1,8 mil. di euro) in particolare da Ministero della Salute e da altri soggetti e quelli da privato, mentre sono stimati costanti quelli per la ricerca.

AA0240- A2) Rettifica dei contributi in conto esercizio

| CODICE | DESCRIZIONE | VOCE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|---------------|--|------|--------------------------|--------------------------|---|---------|
| AA0240 | A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti | | -2.846.629 | -10.000.000 | -7.153.372 | 251% |
| AA0250 | A.2.A) Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale | | -2.411.619 | -10.000.000 | -7.588.381 | 315% |
| AA0260 | A.2.B) Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi | | -435.009 | | 435.009 | -100% |

Per quanto riguarda la rettifica dei contributi in conto esercizio destinati ad investimenti, la voce di rettifica dei ricavi comprende l'entità degli investimenti con fondi correnti programmati nel 2019, pari ad euro 10 milioni, così come attribuiti dalla Regione all'Asur con la delibera di assegnazione definitiva del budget.

AA0270 --A3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate dei contributi vincolati di anni precedenti

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|---|---------|
| AA0270 | A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti | 3.309.562 | 1.699.000 | -1.610.562 | -49% |
| AA0271 | <i>A.3.A) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto finalizzato</i> | | | | |
| AA0280 | <i>A.3.B) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato</i> | 2.115.863 | 1.629.000 | -486.863 | -23% |
| AA0290 | <i>A.3.C) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati</i> | 310.232 | | -310.232 | -100% |
| AA0300 | <i>A.3.D) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti per ricerca</i> | 74.898 | | -74.898 | -100% |
| AA0310 | <i>A.3.E) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti da privati</i> | 808.570 | 70.000 | -738.569 | -91% |

L'art. 29, comma 1, lett. e) del D.Lgs.118/2011 stabilisce che “le quote di contributi di parte corrente finanziati con somme relative al fabbisogno sanitario regionale standard, vincolate ai sensi della normativa nazionale vigente e non utilizzate nel corso dell'esercizio, sono accantonate nel medesimo esercizio in apposito fondo spese per essere rese disponibili negli esercizi successivi di effettivo utilizzo.”

Relativamente alla voce AA0280, nel bilancio di previsione 2019 si prevede di utilizzare la quota dei contributi extra fondo vincolati assegnati nel 2015 e non utilizzati relativi al “DL 92/2012-L.135/2012 – Costi per accertamenti medico-legali effettuati dal personale ASUR sul personale delle pubbliche amministrazioni assente dal servizio per malattia – anni 2010-2014” per euro 1.629.000.

AA0320 – A4) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|---|---------|
| AA0320 | A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria | 108.753.599 | 129.538.831 | 20.785.232 | 19% |
| AA0330 | <i>A.4.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici</i> | 30.219.788 | 60.720.015 | 30.500.227 | 101% |
| AA0610 | <i>A.4.B) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva)</i> | 50.782.589 | 41.133.137 | -9.649.452 | -19% |
| AA0660 | <i>A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati</i> | 7.421.685 | 7.869.782 | 448.097 | 6% |
| AA0670 | <i>A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia</i> | 20.329.537 | 19.815.897 | -513.640 | -3% |

I ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria si prevedono in incremento di 20,78 milioni di euro (+19%) in riferimento a :

- **A0330:** mobilità attiva extra-regionale delle strutture ASUR (+30,500 milioni di euro);
- **A0610:** Una previsione di mobilità attiva del privato accreditato della regione Marche verso cittadini extra-regione in riduzione di 9,64 milioni da imputare agli accordi regionali triennali 2019-2021 in cui sono stati previsti tetti di spesa anche per i pazienti non residenti, e in alcuni accordi (come per esempio Case di Cura Multispecialistiche di cui alla DGR 978/2019) una riconversione del 15% della mobilità attiva del 2018 a favore dell'attività rivolta ai residenti per l'abbattimento delle liste di attesa e della mobilità passiva.
- **A0660:** tale aggregato, che si prevede in riduzione di euro 448 mila (-6%), contiene, tra gli altri, 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.

Relativamente all'aggregato **A0670** i ricavi per prestazioni erogate in libera professione intramoenia sono previste in lieve riduzione (-513 mila euro).

Il volume complessivo delle attività libero professionali ha come obiettivo quello di garantire la libera scelta delle prestazioni sanitarie ponendosi come offerta integrativa e non di certo sostitutiva dei servizi all'utenza.

I valori rappresentati nella tabella che segue mettono a comparazione il Bilancio Preventivo 2019 e il Bilancio Consuntivo 2018 per i valori direttamente riferiti alla libera professione, gli altri costi/quote retrocesse verranno indicate in sede di Relazione al Bilancio d'esercizio 2019.

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|---------------|--|--------------------------|--------------------------|---|------------|
| AA0670 | A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia | 20.329.537 | 19.815.897 | -513.640 | -3% |
| AA0680 | A.4.D.1) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area ospedaliera | 218.755 | 104.223 | -114.532 | -52% |
| AA0690 | A.4.D.2) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area specialistica | 20.080.295 | 19.711.675 | -368.620 | -2% |
| AA0700 | A.4.D.3) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area sanità pubblica | | | | |
| AA0710 | A.4.D.4) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex art. 57-58) | 30.488 | | -30.488 | -100% |
| AA0720 | A.4.D.5) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex art. 57-58) (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) | | | | |
| AA0730 | A.4.D.6) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro | | | | |
| AA0740 | A.4.D.7) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) | | | | |
| BA1200 | B.2.A.13) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia) | 16.484.699 | 16.022.852 | -461.847 | -3% |
| BA1210 | B.2.A.13.1) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area ospedaliera | 137.676 | 110.789 | -26.887 | -20% |
| BA1220 | B.2.A.13.2) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area specialistica | 16.329.258 | 15.894.297 | -434.960 | -3% |
| BA1230 | B.2.A.13.3) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area sanità pubblica | | | | |
| BA1240 | B.2.A.13.4) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58) | 17.765 | 17.765 | | |
| BA1250 | B.2.A.13.5) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58) (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) | | | | |
| BA1260 | B.2.A.13.6) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro | | | | |
| BA1270 | B.2.A.13.7) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) | | | | |

Il totale dei ricavi Intramoenia del CE Preventivo 2019 sono di 19,8 milioni di euro, in decremento di -513 mila euro, pari al -3%, rispetto al dato di consuntivo dell'anno precedente, si prevede una diminuzione dei ricavi afferenti all'Area Specialistica in concomitanza dell'applicazione della DGRM 1361/2019 che garantisce l'erogazione di tutte le prestazioni prenotate entro i tempi previsti dalla normativa vigente. In coerenza con la previsione dei ricavi, si prevede una riduzione di -461 mila euro del valore previsto per la compartecipazione al personale per attività libero-professionali (BA1200).

AA0750 – A5) Concorsi per recuperi e rimborsi

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|---------------|--|--------------------------|--------------------------|---|---------|
| AA0750 | A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi | 27.120.049 | 47.591.045 | 20.470.996 | 75% |
| AA0760 | A.5.A) Rimborsi assicurativi | 73.763 | 68.385 | -5.378 | -7% |
| AA0770 | A.5.B) Concorsi, recuperi e rimborsi da Regione | 661.872 | 766.001 | 104.129 | 16% |
| AA0800 | A.5.C) Concorsi, recuperi e rimborsi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione | 3.920.065 | 50.998 | -3.869.067 | -99% |
| AA0840 | A.5.D) Concorsi, recuperi e rimborsi da altri soggetti pubblici | 1.326.532 | 1.222.565 | -103.967 | -8% |
| AA0850 | A.5.D.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di comando presso altri soggetti pubblici | 309.280 | 262.540 | -46.740 | -15% |
| AA0860 | A.5.D.2) Rimborsi per acquisto beni da parte di altri soggetti pubblici | | | | |
| AA0870 | A.5.D.3) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte di altri soggetti pubblici | 1.017.252 | 960.025 | -57.227 | -6% |
| AA0880 | A.5.E) Concorsi, recuperi e rimborsi da privati | 21.137.817 | 45.483.096 | 24.345.279 | 115% |
| AA0890 | A.5.E.1) Rimborso da aziende farmaceutiche per Pay back | 11.664.417 | 36.330.928 | 24.666.511 | 211% |
| AA0921 | A.5.E.2) Rimborso per Pay back sui dispositivi medici | | | | |
| AA0930 | A.5.E.3) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da privati | 9.473.400 | 9.152.168 | -321.232 | -3% |

In tale aggregato la voce più rilevante riguarda: la voce **AA0880**: l'importo è rappresentato in massima parte dal rimborso ricevuto parte delle aziende farmaceutiche (cosiddetto "Pay back"). Il valore iscritto nel bilancio di previsione 2019, secondo le indicazioni regionali, è in aumento di 24,66 milioni di euro (+115%).

L'importo recepisce il maggiore trasferimento agli enti del SSR per lo sfioramento del tetto della spesa farmaceutica. Con DGR di assegnazione definitiva del budget 2019 la Regione, per tale finalità, ha assegnato all'ASUR risorse pari a euro 29.130.928.

AA0940- A6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|---------------|--|--------------------------|--------------------------|---|---------|
| AA0940 | A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) | 31.544.458 | 32.197.565 | 653.107 | 2% |
| AA0950 | A.6.A) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale e APA-PAC | 31.431.564 | 32.091.439 | 659.875 | 2% |
| AA0960 | A.6.B) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sul pronto soccorso | 112.894 | 106.126 | -6.768 | -6% |
| AA0970 | A.6.C) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) - Altro | | | | |

Si prevede un incremento della compartecipazione (ticket a carico degli utenti) pari a 653 mila di euro (+2%) in linea con la previsione di aumento dell'offerta di prestazioni ambulatoriali per la riduzione delle liste di attesa.

AA0980- A7) Quote contributi in C/capitale imputata all'esercizio

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|---------------|---|--------------------------|--------------------------|---|---------|
| AA0980 | A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio | 36.454.910 | 38.398.090 | 1.943.180 | 5% |
| <i>AA0990</i> | <i>A.7.A) Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per investimenti dallo Stato</i> | | | | |
| <i>AA1000</i> | <i>A.7.B) Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per investimenti da Regione</i> | 13.940.728 | 15.883.908 | 1.943.180 | 14% |
| <i>AA1010</i> | <i>A.7.C) Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per beni di prima dotazione</i> | 12.220.535 | 12.220.535 | | |
| <i>AA1020</i> | <i>A.7.D) Quota imputata all'esercizio dei contributi in c/ esercizio FSR destinati ad investimenti</i> | 9.808.242 | 9.808.242 | | |
| <i>AA1030</i> | <i>A.7.E) Quota imputata all'esercizio degli altri contributi in c/ esercizio destinati ad investimenti</i> | 165.883 | 165.883 | | |
| <i>AA1040</i> | <i>A.7.F) Quota imputata all'esercizio di altre poste del patrimonio netto</i> | 319.522 | 319.522 | | |

Tale aggregato del modello CE contiene le sterilizzazioni effettuate sugli ammortamenti delle immobilizzazioni, acquisite con contributi in c/capitale: in particolare nella voce AA1000 è prevista la sterilizzazione straordinaria degli ammortamenti non coperti da contributo e anteriori al D. Lgs 118/2011 per 2 milioni di euro ed a completo utilizzo della quota di investimento di euro 10 milioni, a cui si sommano euro 12,6 finalizzati agli investimenti, derivanti dalla revoca del contributo avvenuto con DGRM n. 1533 del 02/12/2019 (oggetto "Revoca della DGR n. 961 del 07 agosto 2017").

AA0160 – A9) Altri ricavi e proventi

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|---------------|--|--------------------------|--------------------------|---|---------|
| AA1060 | A.9) Altri ricavi e proventi | 4.239.710 | 3.843.110 | -396.600 | -9% |
| <i>AA1070</i> | <i>A.9.A) Ricavi per prestazioni non sanitarie</i> | 72.106 | 68.848 | -3.258 | -5% |
| <i>AA1080</i> | <i>A.9.B) Fitti attivi ed altri proventi da attività immobiliari</i> | 798.302 | 858.757 | 60.455 | 8% |
| <i>AA1090</i> | <i>A.9.C) Altri proventi diversi</i> | 3.369.302 | 2.915.505 | -453.797 | -13% |

Relativamente all'aggregato altri ricavi e proventi, sono in riduzione di 396 mila euro (-9%), in particolare per la riduzione di altri proventi diversi, in quanto in corso d'anno si sta rilevando una diminuzione dei incassi per sanzioni amministrative (-355 mila euro), e della cessione della gestione esercizi pubblici e delle macchine distributrici (-49 mila euro). I fitti attivi si prevedono in aumento per contratti attivi di locazione avviati nel corso dell'anno precedente (AA.VV. 1 e 5).

4.1.2.2. Costi della produzione

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|----------------|---|--------------------------|--------------------------|---|------------|
| BZ9999 | Totale costi della produzione (B) | 2.864.452.369 | 2.854.784.406 | -9.667.963 | 0% |
| BA0010 | B.1) Acquisti di beni | 397.793.016 | 402.570.587 | 4.777.571 | 1% |
| BA0390 | B.2) Acquisti di servizi | 1.645.463.298 | 1.636.201.324 | -9.261.974 | -1% |
| BA 1910 | B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata) | 24.613.901 | 24.637.060 | 23.159 | 0% |
| BA 1990 | B.4) Godimento di beni di terzi | 20.869.769 | 21.661.160 | 791.392 | 4% |
| BA 2080 | Totale Costo del personale | 698.233.465 | 694.772.783 | -3.460.682 | 0% |
| BA 2500 | B.9) Oneri diversi di gestione | 8.305.816 | 7.945.834 | -359.982 | -4% |
| BA 2560 | Totale Ammortamenti | 41.832.585 | 41.732.450 | -100.135 | 0% |
| BA 2630 | B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti | 762.491 | 762.491 | | |
| BA 2660 | B.13) Variazione delle rimanenze | | | | |
| BA 2690 | B.14) Accantonamenti dell'esercizio | 26.578.027 | 24.500.716 | -2.077.311 | -8% |

L'andamento dei costi totali di produzione è in riduzione di euro 9,66 milioni di euro rispetto al consuntivo 2018 determinato dal seguente andamento, rispetto al consuntivo 2018, che di seguito si analizzeranno nel dettaglio:

- + 4,77 milioni di euro (+1%) per acquisto di beni
- -9, 261 milioni di euro(-1%) per l'acquisto di servizi
- +791 mila euro per il godimento di beni di terzi
- +23 mila euro del valore relativo alle manutenzioni
- -3,460 milioni di euro relativamente al costo del personale
- -100 mila euro di ammortamenti
- -2,07 milioni di euro (-8%) di accantonamenti

BA0010- B1) Acquisto di beni

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|---------------|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------|
| BA0010 | B.1) Acquisti di beni | 397.793.016 | 402.570.587 | 4.777.571 | 1% |
| BA0020 | B.1.A) Acquisti di beni sanitari | 388.436.264 | 393.247.542 | 4.811.278 | 1% |
| BA0030 | B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati | 267.640.175 | 271.200.159 | 3.559.983 | 1% |
| BA0070 | B.1.A.2) Sangue ed emocomponenti | 2.156 | 2.156 | | |
| BA0210 | B.1.A.3) Dispositivi medici | 103.912.402 | 103.139.379 | -773.024 | -1% |
| BA0250 | B.1.A.4) Prodotti dietetici | 4.048.284 | 4.502.663 | 454.379 | 11% |
| BA0260 | B.1.A.5) Materiali per la profilassi (vaccini) | 12.289.427 | 13.401.334 | 1.111.907 | 9% |
| BA0270 | B.1.A.6) Prodotti chimici | 76.117 | 79.272 | 3.155 | 4% |
| BA0280 | B.1.A.7) Materiali e prodotti per uso veterinario | 75.536 | 87.271 | 11.734 | 16% |
| BA0290 | B.1.A.8) Altri beni e prodotti sanitari | 279.174 | 835.308 | 556.135 | 199% |
| BA0300 | B.1.A.9) Beni e prodotti sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione | 112.992 | | -112.992 | -100% |
| BA0310 | B.1.B) Acquisti di beni non sanitari | 9.356.752 | 9.323.045 | -33.707 | 0% |
| BA0320 | B.1.B.1) Prodotti alimentari | 2.323.638 | 2.036.149 | -287.489 | -12% |
| BA0330 | B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere | 1.249.377 | 1.381.970 | 132.593 | 11% |
| BA0340 | B.1.B.3) Combustibili, carburanti e lubrificanti | 2.097.041 | 2.034.201 | -62.840 | -3% |
| BA0350 | B.1.B.4) Supporti informatici e cancelleria | 2.022.514 | 2.143.333 | 120.819 | 6% |
| BA0360 | B.1.B.5) Materiale per la manutenzione | 1.632.305 | 1.684.066 | 51.762 | 3% |
| BA0370 | B.1.B.6) Altri beni e prodotti non sanitari | 31.878 | 43.326 | 11.448 | 36% |

BA0030- A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati

Il costo relativo agli acquisti di “Prodotti farmaceutici ed emoderivati B.1.A.1)” previsto nel Bilancio di Previsione 2019 è di 271.200.159 euro, in incremento di 3,5 milioni (pari al +1%) rispetto al consuntivo 2018.

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|---|---------|
| BA0030 | B.1.A.1) <i>Prodotti farmaceutici ed emoderivati</i> | 267.640.175 | 271.200.159 | 3.559.983 | 1% |
| BA0040 | B.1.A.1.1) Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini, emoderivati di produzione regionale, ossigeno e altri gas medicali | 266.775.845 | 270.087.465 | 3.311.619 | 1% |
| BA0050 | B.1.A.1.2) Medicinali senza AIC | 864.330 | 1.112.694 | 248.364 | 29% |

Analizzando nel dettaglio lo scostamento rilevato si evidenzia che l’incremento maggiore, in valore assoluto dei costi previsti per il 2019, riguarda i Medicinali con Aic, voce che comprende sia gli acquisti diretti che evidenziano un incremento pari a 928 mila euro (pari al +0,5%) sia gli acquisti in distribuzione per conto (DPC) che evidenziano un incremento di +2,3 milioni di euro (pari al +3,7%). Per quanto riguarda i medicinali con AIC distribuiti con il canale della distribuzione per conto, si registra un incremento di 2,3 milioni di euro per effetto della messa a regime del passaggio a tale canale distributivo di tutti i farmaci anticoagulanti orali (NAO), prima acquisiti direttamente dall’azienda (+1.3 milioni di euro), nonché dalla maggiore remunerazione a pezzo disposta dalla DGRM 1118/2018.

Ai fini di un’analisi della spesa farmaceutica per tipologia di prestazione erogata, secondo le “Specifiche tecniche e operative per la Distribuzione Diretta e altre prestazioni farmaceutiche rilevate con tracciato “File F” di cui alla DGRM 1610/2016”, si rappresenta di seguito la ripartizione per le diverse tipologie: la spesa per dimissione da ricovero (codice 01), per post visita (codice 02), la spesa diretta a cronici (codice 03), (che comprende la Distribuzione per conto (codice 03 bis)), la spesa in assistenza domiciliare (codice 04) e la spesa in assistenza residenziale e semiresidenziale (codice 05) che tutte insieme costituiscono la Distribuzione Diretta. La Distribuzione Diretta e per DPC evidenzia un complessivamente rispetto al consuntivo 2018 un incremento di +7,5 milioni di euro, pari al 4%, incremento determinato dall’aumento della Distribuzione diretta ai cronici, che accresce in previsione di 10,3 milioni di euro, dovuto all’incremento della DPC come già indicato in precedenza (+2,3 milioni di euro) E DALLA distribuzione dei Farmaci H Distretto (+7 milioni di euro).

tale incremento è determinato prevalentemente dalla crescita in previsione annua del valore della DPC (Progetto Marche) e della distribuzione dei Farmaci H Distretto.

| FARMACI PER TIPOLOGIA EROGAZIONE | | | | | |
|---|--|---------------|--------------------------|--|---|
| CODICE | TIPOLOGIA DI EROGAZIONE PRESTAZIONE | Bilancio 2018 | Bilancio Previsione 2019 | Scostamento VA Bil Prev 2019-Bilancio 2018 | Scostamento % Previsione 2019-Bilancio 2018 |
| 01 | DIMISSIONE DARICOVERO | 1.769.584 | 1.490.694 | - 278.890 | -16% |
| Sub 02 | POST VISITA SPECIALISTICA | 25.635.525 | 24.275.302 | - 1.360.222 | -5% |
| Sub 03 | DIRETTA A CRONICI | 173.272.346 | 183.649.063 | 10.376.717 | 6% |
| di cui '03/A | Progetto Marche | 61.254.311 | 63.632.830 | 2.378.519 | 4% |
| di cui '03/B | Progetto Ossigeno | 3.096.899 | 3.100.223 | 3.324 | 0% |
| Sub 04 | ASSISTENZA DOMICILIARE | 4.247.035 | 3.346.693 | - 900.342 | -21% |
| Sub 5 | ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE | 2.994.297 | 2.681.464 | - 312.833 | -10% |
| TOTALE DISTRIBUZIONE DIRETTA + DPC + Somministrazione | | 207.945.598 | 215.513.019 | 7.567.421 | 4% |
| CONSUMI INTERNI PER FARMACI | | 59.694.577 | 55.687.119 | - 4.007.458 | -7% |
| TOTALE | | 267.640.175 | 271.200.138 | 3.559.964 | -1% |

Farmaci innovativi oncologici

| DESCRIZIONE PRODOTTO | Consumi 2018 | Proiezione 2019 | Variazione Assoluta Proiezione 2019-Consumi 2018 | Variazione % Proiezione 2019-Consumi 2018 |
|---|--------------|-----------------|--|---|
| 254762 - ABRIXANE*INF 50ML 100MG 5MG/ML | 508.228 | 626.201 | 117.974 | 23% |
| 391946 - PERJETA*EV 1F 420MG 30MG/ML | 1.592.338 | 2.334.224 | 741.886 | 47% |
| 414857 - IMNOVID*21CPS 4MG | 311.799 | 435.882 | 124.083 | 40% |
| 488007 - IMNOVID*21CPS 3MG | - | 60.722 | 60.722 | 0% |
| 488025 - IMNOVID*21CPS 2MG | 260.549 | 83.886 | -176.663 | -68% |
| 488385 - ZYDELIG*FL 60CPR RIV 150MG | 206.232 | 182.161 | -24.071 | -12% |
| 488405 - ZYDELIG*FL 60CPR RIV 100MG | 148.370 | 136.946 | -11.423 | -8% |
| 490246 - OPDIVO*INFUS 1F 10ML 10MG/ML | 4.422.754 | 3.515.498 | -907.255 | -21% |
| 503827 - IMBRUVICA*FL 90CPS 140MG | 1.960.006 | 2.376.861 | 416.855 | 21% |
| 504147 - IMBRUVICA*FL 120CPS 140MG | 878.212 | 678.327 | -199.884 | -23% |
| 531790 - KEYTRUDA*1FL POLV EV 50MG | 244.674 | 0 | -244.674 | -100% |
| 541087 - OPDIVO*INFUS 1F 4ML 10MG/ML | 594.980 | 557.217 | -37.763 | -6% |
| 572517 - KEYTRUDA*1FL 25MG/ML 100MG | 3.950.855 | 5.629.376 | 1.678.522 | 42% |
| 576039 - DARZALEX*EV 1FL 20ML 20MG/ML | 269.339 | 586.066 | 316.727 | 118% |
| 576058 - DARZALEX*EV 1FL 5ML 20MG/ML | 31.797 | 168.495 | 136.698 | 430% |
| 597433 - ALECENSA*224CPS 150MG | 226.960 | 815.083 | 588.123 | 259% |
| 614180 - TECENTRIQ*INFUS 60MG/ML 20ML | 78.477 | 370.411 | 291.934 | 372% |
| 639798 - ZEJULA*56CPS 100MG | 14.960 | 340.341 | 325.381 | 2175% |
| 630597 - RYDAPT*112CPS MOLLII 25MG | - | 439.294 | 439.294 | 0% |
| 646434 - ZEJULA*84CPS 100MG | - | 157.081 | 157.081 | 0% |
| Totale complessivo | 15.700.527 | 19.494.074 | 3.793.547 | 24% |

Farmaci non oncologici (Epatite C)

| DESCRIZIONE PRODOTTO | Consumi 2018 | Proiezione 2019 | Variazione Assoluta Proiezione 2019-Consumi 2018 | Variazione % Proiezione 2019-Consumi 2018 |
|---|--------------|-----------------|--|---|
| 566576 - EPCLUSA*1FL 28CPR 400+100MG | 9.420.841 | 7.223.317 | -2.197.524 | -23% |
| 585178 - MAVIRET*84CPR RIV 100MG+40MG | 1.927.025 | 1.093.291 | -833.733 | -43% |
| 556247 - ZEPATIER*28CPR RIV 50MG+100MG | 395.634 | 306.600 | -89.034 | -23% |
| 611976 - VOSEVI*28CPR 400+100+100MG FL | 215.804 | 323.706 | 107.902 | 50% |
| 477757 - DAKLINZA*28CPR RIV 60MG | 3.300 | 0 | -3.300 | -100% |
| 479757 - VIEKIRAX*56CPR 12,5+75+50MG | 6.071 | 0 | -6.071 | -100% |
| 479759 - EXVIERA*56CPR RIV 250MG | 528 | 0 | -528 | -100% |
| 588396 - SPINRAZA*1FL 12MG 5ML 2,4MG/ML | 1.256.640 | 839.300 | -417.340 | -33% |
| 604936 - OXERVATE*COLL 7FL 20MCG/ML 1ML | 30.668 | 0 | -30.668 | -100% |
| 640000 - DUPIXENT*2SIR 300MG 2ML | 6.157 | 591.375 | 585.218 | 9505% |
| 645337 - HEMLIBRA*SC 150MG/ML 0,4ML | - | 415.391 | 415.391 | 0% |
| 646536 - PREVMIS*28CPR RIV 480MG | - | 32.746 | 32.746 | 0% |
| 645339 - HEMLIBRA*SC 150MG/ML 1ML | - | 43.270 | 43.270 | 0% |
| 645338 - HEMLIBRA*SC 150MG/ML 0,7ML | - | 30.289 | 30.289 | 0% |
| 645318 - PREVMIS*28CPR RIV 240MG | - | 184.637 | 184.637 | 0% |
| Totale | 13.262.667 | 11.083.922 | -2.178.745 | -16% |

Per quanto riguarda i consumi interni dei farmaci si evidenzia in previsione annua un decremento di -4 milioni di euro, pari al -7%, decremento da imputare alle azioni poste in essere dalle Aree Vaste per garantire il rispetto del tetto di Budget assegnato quali:

- Rimodulazione attività in Area Chirurgica (riduzione delle sedute operatorie, revisione attività in elezione, solo classi A ed urgenze, valorizzare le prestazioni aggiuntive in riduzione);
- Rimodulazione attività in Area Medica (selezione nuovi paziente, attenzione nell'utilizzo delle terze e quarte linee, ecc)
- Centralizzazione farmaci antiblastici;
- Distribuzione dei Farmaci ad alto costo con dispensazione di una sola confezione per il periodo di Dicembre
- Allineamento al Best per le reti cliniche di Cardiologia, Ortopedia, Urologia, Gastro, Dialisi e Chirurgia.

B.1.A.3) Dispositivi medici

L'aggregato dei Dispositivi Medici è caratterizzato da un lieve scostamento negativo di -773 mila euro pari al -1%, rispetto all'anno precedente. Analizzando in dettaglio le voci che compongono la spesa, si individua per il 2019 un forte decremento rispetto al consuntivo 2018, per la categoria degli impiantabili attivi (BA0230) di -356 mila euro pari al -8%, visto l'atteso allineamento al Best Performer delle Cardiologie e U.T.I.C. dove l'utilizzo di questo tipo di dispositivi è maggiormente utilizzato.

Per i diagnostici in vitro (BA0240) si prevede una riduzione di -322 mila euro (pari al -1%), valore atteso per la riduzione dei test autodiagnostici, il miglioramento dell'appropriatezza delle richieste interne e la riorganizzazione dei laboratori in Area Vasta. Infine, la lieve riduzione dei Dispositivi Medici (BA0220) pari a -94 mila euro, sottende un incremento rilevante (circa 2 milioni di euro) legato alla diffusione dei presidi per le patologie diabetiche e dei sensori sottocutanei per la rilevazione dell'indice glicemico, compensato dalla riduzione del consumo diretto dei dispositivi dell'AV4 e AV5 trasferito all'assistenza integrativa nonché dalle azioni di razionalizzazioni implementate nelle AAVV per il recupero dello sfioramento dal tetto dei dispositivi medici.

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|---|---------|
| BA0210 | B.1.A.3) Dispositivi medici | 103.912.402 | 103.139.379 | -773.024 | -1% |
| BA0220 | B.1.A.3.1) Dispositivi medici | 75.486.822 | 75.392.025 | -94.798 | 0% |
| BA0230 | B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi | 4.655.772 | 4.299.688 | -356.084 | -8% |
| BA0240 | B.1.A.3.3) Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) | 23.769.808 | 23.447.666 | -322.142 | -1% |

Altri beni sanitari

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|---|---------|
| BA0250 | B.1.A.4) Prodotti dietetici | 4.048.284 | 4.502.663 | 454.379 | 11% |
| BA0260 | B.1.A.5) Materiali per la profilassi (vaccini) | 12.289.427 | 13.401.334 | 1.111.907 | 9% |
| BA0270 | B.1.A.6) Prodotti chimici | 76.117 | 79.272 | 3.155 | 4% |
| BA0280 | B.1.A.7) Materiali e prodotti per uso veterinario | 75.536 | 87.271 | 11.734 | 16% |
| BA0290 | B.1.A.8) Altri beni e prodotti sanitari | 279.174 | 835.308 | 556.135 | 199% |

Per quanto riguarda la voce dei prodotti dietetici (BA0250) si prevede un discreto aumento di 454 mila euro, pari all'11%, visto l'atteso potenziamento dell'attività di distribuzione diretta per nutrizione enterale e parenterale nelle AAVV. La voce di maggior rilievo si identifica nei materiali per la profilassi (BA0260) che registra un aumento di circa 1.112.000 mila euro, pari al 9%, derivante dalla prosecuzione della campagna vaccinale introdotta dal Decreto Ministeriale sui nuovi LEA e dal nuovo Piano Regionale Prevenzione 2014 – 2019.

In merito ai materiali e prodotti per uso veterinario (BA0280) si individua un aumento in valore assoluto di 11.734 euro, pari al 16%, per un previsto aumento della casistica di interventi e medicamenti chirurgici e per la continua attività legata alla prevenzione ed alla eradicazione delle malattie infettive ed infestive degli animali.

Per l'aggregato degli altri beni e prodotti sanitari (BA0290) si prevede un forte aumento della spesa di circa 556 mila euro, pari al 199%, per l'atteso incremento dell'attività dei reparti di Ematologia e di Anatomia Patologica.

BA0390 - B2A) Acquisto di servizi sanitari

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|---------------|--|--------------------------|--------------------------|---|---------|
| BA0400 | B.2.A) Acquisti servizi sanitari | 1.545.386.875 | 1.541.511.216 | -3.875.660 | 0% |
| BA0410 | B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base | 171.876.625 | 171.663.523 | -213.102 | 0% |
| BA0490 | B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica | 221.367.724 | 215.024.906 | -6.342.818 | -3% |
| BA0530 | B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale | 179.636.082 | 178.681.642 | -954.440 | -1% |
| BA0640 | B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa | 76.301.060 | 73.103.939 | -3.197.121 | -4% |
| BA0700 | B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa | 27.365.648 | 29.533.291 | 2.167.644 | 8% |
| BA0750 | B.2.A.6) Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica | 16.514.218 | 15.917.827 | -596.391 | -4% |
| BA0800 | B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera | 556.336.233 | 553.489.387 | -2.846.847 | -1% |
| BA0900 | B.2.A.8) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale | 27.241.735 | 29.682.963 | 2.441.228 | 9% |
| BA0960 | B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F | 71.062.208 | 68.464.610 | -2.597.597 | -4% |
| BA1030 | B.2.A.10) Acquisto prestazioni termali in convenzione | 3.651.107 | 5.346.570 | 1.695.463 | 46% |
| BA1090 | B.2.A.11) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario | 25.668.503 | 26.221.404 | 552.901 | 2% |
| BA1140 | B.2.A.12) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria | 100.533.260 | 104.857.881 | 4.324.621 | 4% |
| BA1200 | B.2.A.13) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia) | 16.484.699 | 16.022.852 | -461.847 | -3% |
| BA1280 | B.2.A.14) Rimborsi, assegni e contributi sanitari | 12.181.037 | 12.001.724 | -179.313 | -1% |
| BA1350 | B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie | 13.630.824 | 12.744.466 | -886.358 | -7% |
| BA1490 | B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria | 25.535.913 | 28.754.230 | 3.218.317 | 13% |

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 Altro che include la spesa per i medici dell'Emergenza Territoriale – 118 e la Medicina dei Servizi e gli acquisti servizi sanitari per medicina di base da pubblico (Mobilità intraregionale e Mobilità extraregionale).

Gli acquisti per servizi sanitari per la medicina di base da convenzione (BA0410) previsti nel bilancio preventivo 2019 si attestano a 171.693.523 euro, con un decremento complessivo rispetto al consuntivo 2018 di -183.102 euro. Il decremento previsto per il 2019 rispetto all'anno precedente è da attribuire da un lato al decremento di costo previsto nell'assistenza medico generica pari a -537 mila euro e al decremento di costo previsto nell'assistenza pediatrica di libera, pari a -365 mila euro e dall'incremento previsto nei costi per la continuità assistenziale e per l'emergenza territoriale, che aumentano rispettivamente rispetto al costo registrato a consuntivo 2018 di +454 mila euro e 292 mila euro.

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|---------------|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------|
| BA0410 | B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base | 171.876.625 | 171.693.523 | -183.102 | -0,1% |
| BA0420 | B.2.A.1.1) - da convenzione | 171.128.519 | 170.972.927 | -155.592 | -0,1% |
| BA0430 | B.2.A.1.1.A) Costi per assistenza MMG | 119.710.480 | 119.173.325 | -537.155 | -0,4% |
| BA0440 | B.2.A.1.1.B) Costi per assistenza PLS | 22.704.637 | 22.338.900 | -365.737 | -1,6% |
| BA0450 | B.2.A.1.1.C) Costi per assistenza Continuità assistenziale | 19.449.904 | 19.904.427 | 454.523 | 2,3% |
| BA0460 | B.2.A.1.1.D) Altro (medicina dei servizi, psicologi, medici 118, ecc) | 9.263.499 | 9.556.276 | 292.777 | 3,2% |
| BA0470 | B.2.A.1.2) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale | | | | |
| BA0480 | B.2.A.1.3) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche Extraregione) - Mobilità extraregionale | 748.106 | 720.596 | -27.510 | -3,7% |
| YA0030 | Y.1.B) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente | 2.602.964 | 2.662.428 | 59.464 | 2,3% |

Per gli “Acquisti servizi sanitari per medicina di base da pubblico (Mobilità extraregionale)” si prevede complessivamente per l’anno 2019 valore di 720 mila euro che evidenzia una previsione in decremento di -25 mila euro, pari al -3,7% rispetto al costo rilevato a consuntivo per il 2018, in linea con le indicazioni regionali.

B0490-B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica

L’analisi della spesa per gli Acquisti servizi sanitari per farmaceutica (BA0490), così come evidenziato nel prospetto che segue di confronto tra il costo previsto per il 2019 e quello sostenuto nel 2018, evidenzia una previsione per il 2019 di 215.024.906 euro, in riduzione rispetto al consuntivo, pari a -6,3 milioni di euro, corrispondenti al -3%.

Di seguito, si rappresentano le previsioni di spesa per singola voce di CE: gli Acquisti servizi sanitari per farmaceutica da convenzione (BA0500) diminuiscono di 6,1 milioni di euro, per effetto della programmazione di azioni di contenimento di cui alla DGRM 764/2018, recepita con determina Asur 518/2019.

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|---------------|---|--------------------------|--------------------------|---|------------|
| BA0490 | B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica | 221.367.724 | 215.024.906 | -6.342.818 | -3% |
| BA0500 | B.2.A.2.1) - da convenzione | 219.361.990 | 213.198.826 | -6.163.164 | -3% |
| BA0510 | B.2.A.2.2) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)- Mobilità intraregionale | | | | |
| BA0520 | B.2.A.2.3) - da pubblico (Extraregione) | 2.005.735 | 1.826.080 | -179.655 | -9% |

Le azioni di contenimento programmate sono le seguenti:

- Applicazione delle indicazioni contenute nella nota della Direzione ASUR di protocollo n. 19617 del 10 luglio 2018, avente ad oggetto “Appropriatezza farmaceutica in Medicina Generale – verbale del Comitato Regionale Medicina Generale del 16/04/2018 di approvazione del documento dell’Osservatorio Regionale dell’Approvazione del 06/03/2018”;
- Prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto;
- Utilizzo di farmaci equivalenti contenenti 14 o 28 unità posologiche;
- Riduzione spesa MMG con deviazioni superiori al 50%;
- Riduzione spesa antibiotici.

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

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|---------------|--|--------------------------|--------------------------|---|---------|
| BA0530 | B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale | 78.974.757 | 78.020.317 | -954.440 | -1% |
| BA0540 | B.2.A.3.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) | 0 | 0 | 0 | 0% |
| BA0541 | B.2.A.3.2) prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) | | | | 0% |
| BA0550 | B.2.A.3.3) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione) | 44.041 | 46.166 | 2.125 | 5% |
| BA0551 | B.2.A.3.4) prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione) | | | | 0% |
| BA0560 | B.2.A.3.5) - da pubblico (Extraregione) | 23.158.441 | 21.749.540 | -1.408.901 | -6% |
| BA0561 | B.2.A.3.6) prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero - da pubblico (Extraregione) | | | | 0% |
| BA0570 | B.2.A.3.7) - da privato - Medici SUMAI | 19.120.488 | 18.974.022 | -146.466 | -1% |
| BA0580 | B.2.A.3.8) - da privato | 30.943.681 | 32.215.132 | 1.271.450 | 4% |
| BA0630 | B.2.A.3.9) - da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione) | 5.708.105 | 5.035.457 | -672.648 | -12% |
| BA0631 | B.2.A.3.10) Servizi sanitari per prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero - da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione) | | | | 0% |

Relativamente a tale aggregato si registra nel bilancio di previsione una riduzione pari a 954 mila euro così composta

- BA0560: -1,4 milioni di euro di riduzione della mobilità passiva per prestazioni di assistenza specialistica, in linea con le indicazioni regionali;
- BA0570: - 146 mila euro quindi una previsione di sostanziale mantenimento dei costi relativi ai medici e sumaisti, che prestano la propria attività nei Distretti sanitari dell'ASUR.

Relativamente a BA0580 in cui si prevede + 1,2 milioni di euro per attività ambulatoriale da privato per cittadini residenti e BA 0630 in cui si prevede - 670 mila euro (pari al 12%) dell'attività svolta dal privato accreditato verso cittadini non residenti, tali fenomeni vanno letti in modo simultaneo in quando, in parte, sono conseguenza dell'applicazione dei nuovi accordi contrattuali approvati con i seguenti atti:

- DGR n. 978 del 3/8/2019: Accordo AIOP
- DGR n. 1330 del 28/10/2019: Accordo strutture AIUDAPDS
- DGR n. 1331 del 28/10/2019: Accordo strutture LAISAN
- DGR n. 1516 del 2/12/2019: Accordo strutture monospecialistiche

In tutti gli accordi sopracitati è previsto, in primo luogo, un tetto di spesa per il 2019 all'attività svolta nei confronti dei cittadini non residenti e inoltre, nell'accordo con le case di cura multispecialiste una riconversione del 15% rispetto al consuntivo 2018, (per i mesi di vigenza dell'accordo) dell'attività per non residenti nel tetto dei residenti e destinata all'abbattimento delle liste di attesa e alla riduzione della mobilità passiva.

Inoltre, ha inciso nell'incremento dei costi per residenti la previsione di maggiore utilizzo, rispetto al 2018, dei tetti di spesa non raggiunti nell'anno precedente, maggiormente utilizzati nel 2019 per l'abbattimento delle liste di attesa.

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

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|---------------|--|--------------------------|--------------------------|---|---------|
| BA0640 | B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa | 76.301.060 | 73.103.939 | -3.197.121 | -4% |
| BA0650 | B.2.A.4.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) | 0 | 0 | 0 | 0% |
| BA0660 | B.2.A.4.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione) | 4.503.665 | 2.055.977 | -2.447.688 | -54% |
| BA0670 | B.2.A.4.3) - da pubblico (Extraregione) non soggetti a compensazione | 136.142 | 110.900 | -25.241 | -19% |
| BA0680 | B.2.A.4.4) - da privato (intra-regionale) | 54.953.259 | 52.501.552 | -2.451.707 | -4% |
| BA0690 | B.2.A.4.5) - da privato (extraregionale) | 16.707.994 | 18.435.509 | 1.727.515 | 10% |

Lo scostamento negativo pari a – 3,197 milioni riflette la valorizzazione dei costi al netto dell’assistenza erogata a pazienti disabili cronici residenti fuori regione che, coerentemente con le indicazioni fornite dalla Regione, dovranno rientrare, sulla base della decisione della Conferenza Stato-Regioni, nella compensazione della mobilità sanitaria interregionale. I costi relativi all’assistenza di tali pazienti risulta pari a complessivi euro 4.576.154 di cui euro 265.646,00 per l’assistenza erogata dall’Area Vasta 2, euro 4.015.803 per l’assistenza erogata dall’Area Vasta 3 ed euro 294.705 per l’assistenza erogata dall’Area Vasta 3.

Pertanto, tenendo conto dell’andamento della spesa per cronici disabili l’incremento per mobilità attiva del privato si prevede pari a 1,72 milioni (+10%). Il sostanziale mantenimento dei costi di assistenza riabilitativa per i residenti è dovuto in massima parte alla previsione nel 2019 della mancata compensazione tra budget di livelli assistenziali diversi previsti dagli accordi vigenti (l’ultimo accordo sottoscritto con le Strutture Private di Riabilitazione Accreditate della Regione Marche. Riguarda gli anni 2016-2017-2018 approvato con DGR n. 1438 del 23/11/16) e in analogia a quanto disposto per le strutture multispecialistiche, con nota del Direttore Generale ASUR prot. 42858 del 16/10/2019.

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

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|---------------|--|--------------------------|--------------------------|---|------------|
| BA0700 | B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa | 27.365.648 | 29.533.291 | 2.167.644 | 8% |
| BA0710 | B.2.A.5.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) | 0 | 0 | 0 | 0% |
| BA0720 | B.2.A.5.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione) | 747.472 | 906.329 | 158.857 | 21% |
| BA0730 | B.2.A.5.3) - da pubblico (Extraregione) | 630.240 | 638.682 | 8.442 | 1% |
| BA0740 | B.2.A.5.4) - da privato | 25.987.936 | 27.988.281 | 2.000.345 | 8% |
| BA0750 | B.2.A.6) Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica | 16.514.218 | 15.917.827 | -596.391 | -4% |
| BA0760 | B.2.A.6.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) | 0 | 0 | 0 | 0% |
| BA0770 | B.2.A.6.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione) | 11.486 | 11.486 | 0 | 0% |
| BA0780 | B.2.A.6.3) - da pubblico (Extraregione) | 6.967 | 6.967 | 0 | 0% |
| BA0790 | B.2.A.6.4) - da privato | 16.495.765 | 15.899.374 | -596.391 | -4% |

Gli acquisti di assistenza integrativa risultano nella previsione in incremento (2,167 milioni di euro, +8%) ma contemporaneamente sono in riduzione quelli per assistenza protesica del 4% (-596 mila euro).

Tali andamenti sono influenzati:

- dalla migrazione di alcuni prodotti dalla protesica all’assistenza integrativa
- dalla messa a regime della distribuzione tramite farmacie da parte dell’Area Vasta 4 in attuazione delle DGR n. 1120 del 6/8/2018 “DPCM 12.01.2017 - Aggiornamento LEA - Approvazione Schema di accordo tra la Regione Marche, Federfarma Marche e Confservizi Assofarm Marche relativo alla distribuzione dei dispositivi per l’autocontrollo e l’autogestione del diabete” e della DGR n. 732 del 24/6/2019 “Modifica dell’accordo tra la Regione Marche, Federfarma Marche e Confservizi Assofarm Marche per l’Assistenza Integrativa Regionale di cui alla DGR n. 1119/2018, sottoscritto in data 07.08.2018”. Tale incremento, ai sensi delle DGR sopracitate, dovrebbe essere compensato dalla riduzione del costo del personale aziendale che si occupava della gestione e distribuzione di tali prodotti.
- Dai maggiori consumi dovuti all’invecchiamento della popolazione

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

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|---------------|---|--------------------------|--------------------------|---|---------|
| BA0800 | B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera | 255.529.145 | 248.297.075 | -7.232.070 | -3% |
| BA0810 | B.2.A.7.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) | 0 | 0 | 0 | 0% |
| BA0820 | B.2.A.7.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione) | 0 | 0 | 0 | 0% |
| BA0830 | B.2.A.7.3) - da pubblico (Extraregione) | 140.765.950 | 137.879.508 | -2.886.441 | -2% |
| BA0840 | B.2.A.7.4) - da privato | 69.943.248 | 67.632.619 | -2.310.630 | -3% |
| BA0890 | B.2.A.7.5) - da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione) | 44.819.947 | 42.784.948 | -2.034.999 | -5% |

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera la previsione di riduzione pari a 7,232 milioni (-3%) è riconducibile ai seguenti elementi:

- BA0830 – riduzione della mobilità passiva verso altre regioni pari a -2,886 milioni (-2%), come da indicazioni regionali;
- BA0840 – riduzione dell'acquisto dei ricoveri da privato accreditato della Regione Marche, in relazione a:
 - attuazione dell'accordo AIOP 2019 di cui alla DGR n. 978 del 3/8/2019, che prevede la conversione del 15% del tetto dei ricoveri a favore di prestazioni di chirurgia ambulatoriale e di specialistica per il recupero della mobilità passiva e per la riduzione delle liste di attesa;
 - previsione di mancata compensazione o riduzione della stessa nei limiti del 15% tra tetti di ricoveri e tetti di altre tipologie di assistenza (ambulatoriale e residenziale) in coerenza con il piano delle prestazioni previsto con le per le Case di cura in particolare dalle Aree Vaste 2 e 3.
- BA890 – riduzione dell'attività di ricovero del privato accreditato a favore dei cittadini non residenti pari a 2,034 milioni (-5%) in attuazione degli accordi con le case di cura multispecialistiche e monospecialistiche 2019 (DGR n. 978 del 3/8/2019 e DGR n. 1516 del 2/12/2019)

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

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|---------------|---|--------------------------|--------------------------|---|---------|
| BA0900 | B.2.A.8) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale | 27.241.735 | 29.682.963 | 2.441.228 | 9% |
| BA0910 | B.2.A.8.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) | 0 | 0 | 0 | 0% |
| BA0920 | B.2.A.8.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione) | 673.922 | 458.443 | -215.479 | -32% |
| BA0930 | B.2.A.8.3) - da pubblico (Extraregione) - non soggette a compensazione | 175.155 | 110.208 | -64.947 | -37% |
| BA0940 | B.2.A.8.4) - da privato (intraregionale) | 26.392.658 | 29.114.312 | 2.721.654 | 10% |
| BA0950 | B.2.A.8.5) - da privato (extraregionale) | 0 | 0 | 0 | 0% |

L'incremento pari a 2,441 milioni di euro (+9%) è dovuto in particolare agli inserimenti in strutture non sottoposte a tetto, tra cui le REMS (Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza). Tali inserimenti non sono programmabili in quanto disposti dall'Autorità Giudiziaria. Inoltre si registrano incrementi rispetto al 2018 di inserimenti per DCA (Disturbi del Comportamento Alimentare) nell'AV3 e 4 e inserimenti di disabili psichici minori nella struttura Beata Corte da parte delle AV 2 e 3, per un importo di circa 400 mila euro.

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

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|---------------|--|--------------------------|--------------------------|---|---------|
| BA0960 | B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F | 71.062.208 | 68.464.610 | -2.597.597 | -4% |
| BA0970 | B.2.A.9.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale | 59.074.716 | 59.074.716 | | |
| BA0980 | B.2.A.9.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione) | | | | |
| BA0990 | B.2.A.9.3) - da pubblico (Extraregione) | 10.321.782 | 7.564.398 | -2.757.384 | -27% |
| BA1000 | B.2.A.9.4) - da privato (intraregionale) | 1.664.972 | 1.824.759 | 159.787 | 10% |
| BA1010 | B.2.A.9.5) - da privato (extraregionale) | 738 | 738 | | |

Gli Acquisti di prestazioni di distribuzione farmaci File F (B.2.A.9) contengono gli acquisti di prestazioni di somministrazione diretta di farmaci che il servizio di distribuzione farmaci e la previsione per il 2019 è pari a 68.464.610 euro, in decremento di 2,5 milioni rispetto al costo sostenuto nel 2018, tale decremento è da imputare alla contrazione degli acquisti di prestazioni di distribuzione farmaci File F intraregionale, in linea con le indicazioni date dalla Regione.

Di seguito, si rappresenta la previsione di spesa per il 2019 per singola voce di CE e il confronto tra il costo previsto per il 2019 e quello sostenuto nel 2018 da Aziende del SSR e SSN.

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

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|---------------|--|--------------------------|--------------------------|---|---------|
| BA1030 | B.2.A.10) Acquisto prestazioni termali in convenzione | 3.651.107 | 5.346.570 | 1.695.463 | 46% |
| BA1040 | B.2.A.10.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale | 0 | 0 | 0 | 0% |
| BA1050 | B.2.A.10.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione) | 0 | 0 | 0 | 0% |
| BA1060 | B.2.A.10.3) - da pubblico (Extraregione) | 1.244.170 | 2.684.325 | 1.440.155 | 116% |
| BA1070 | B.2.A.10.4) - da privato | 2.156.678 | 2.371.180 | 214.502 | 10% |
| BA1080 | B.2.A.10.5) - da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione) | 250.259 | 291.065 | 40.806 | 16% |

L'incremento dei costi pari a 1,69 milioni) (+46%) è dovuto in massima parte alla stima di maggiori costi per mobilità passiva extra- regionale pari a + 1,440 milioni di euro, come da indicazione regionale.

L'incremento registrato del 10% sulle strutture private deriva dalle seguenti motivazioni:

- applicazione del nuovo accordo triennale (2019-2021) con le strutture termali regionali, di cui alla DGR n. 1292 del 28/10/2019 che recepisce l'intesa della Conferenza Stato Regioni (rep. atti 169/CSR del 17/10/2019) e relativamente alla parte economica prevede il mantenimento del budget complessivo dell'anno precedente ma redistribuisce i tetti tra le strutture dell'AV1 incrementando ad euro 430.000 il budget della struttura Raffaello.
- Alla maggiore attività svolta da parte delle strutture termali a favore dei cittadini marchigiani che nel biennio precedente avevano rallentato o addirittura interrotto l'attività a causa del sisma. In particolare gli incrementi maggiori dei costi si prevedono nelle Aree Vaste 1 e 5.

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

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|---------------|---|--------------------------|--------------------------|---|---------|
| BA1090 | B.2.A.11) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario | 25.647.225 | 26.200.126 | 552.901 | 2% |
| BA1100 | B.2.A.11.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale | 0 | 0 | 0 | 0% |
| BA1110 | B.2.A.11.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione) | 1.072.269 | 1.072.269 | 0 | 0% |
| BA1120 | B.2.A.11.3) - da pubblico (Extraregione) | 1.175.340 | 1.070.573 | -104.767 | -9% |
| BA1130 | B.2.A.11.4) - da privato | 23.399.616 | 24.057.284 | 657.668 | 3% |

La previsione dei servizi di trasporto autoambulanza risulta in aumento per circa 552 mila euro (+2%) rispetto al bilancio consuntivo 2018, in realtà l'incremento è pari a 44 mila euro, in quanto nel 2018 le AA.VV 1 e 2 avevano effettuato accantonamenti ad altri fondi per un importo complessivo pari a 508 mila euro. Il lieve

incremento della previsione rappresenta una stima per aumenti del volume dei trasporti non prevalentemente sanitari.

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

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|---------------|--|--------------------------|--------------------------|---|-----------|
| BA1140 | B.2.A.12) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria | 98.680.601 | 103.005.222 | 4.324.621 | 4% |
| BA1150 | B.2.A.12.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale | 0 | 0 | 0 | 0% |
| BA1160 | B.2.A.12.2) - da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione) | 26.764.474 | 27.786.342 | 1.021.868 | 4% |
| BA1161 | B.2.A.12.3) - da pubblico (Extraregione) - Acquisto di Altre prestazioni sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici Extraregione | 0 | 0 | 0 | 0% |
| BA1170 | B.2.A.12.4) - da pubblico (Extraregione) non soggette a compensazione | 162.858 | 124.937 | -37.920 | -23% |
| BA1180 | B.2.A.12.5) - da privato (intraregionale) | 71.034.788 | 74.395.097 | 3.360.309 | 5% |
| BA1190 | B.2.A.12.6) - da privato (extraregionale) | 718.482 | 698.846 | -19.636 | -3% |

Nell'ambito delle prestazioni socio-sanitarie sono ricomprese le prestazioni ambulatoriali, domiciliari, semi-residenziali e residenziali rivolte principalmente ad anziani, disabili e tossicodipendenti.

L'incremento è dovuto principalmente all'attuazione del piano di convenzionamento con residenze protette adottato con la determina n. 134/2019 in attuazione della DGRM 1115/2018, ha comportato un incremento notevole dei costi dovuti:

- al trascinarsi dei PL n. 386 posti letto di RPA (R3) attivati dal 06/08/2018;
- alla riqualificazione di n. 186 posti da trasformare da RPA in RPD (R3D) attivati dal 1/1/2019.

Inoltre, sempre nella previsione 2019, si è tenuto conto anche degli incrementi dei costi relativi alle strutture semi-residenziali per disabili CDSER di circa 500 mila euro.

BA1200 B.2.A.13) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia): tali costi sono stati analizzati nell'ambito dei ricavi per libera professione nel paragrafo 4.1.2.1

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

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|---------------|--|--------------------------|--------------------------|---|------------|
| BA1280 | B.2.A.14) Rimborsi, assegni e contributi sanitari | 12.181.037 | 12.001.724 | -179.313 | -1% |
| BA1290 | B.2.A.14.1) Contributi ad associazioni di volontariato | 1.948.935 | 1.957.656 | 8.721 | 0% |
| BA1300 | B.2.A.14.2) Rimborsi per cure all'estero | 307.624 | 287.624 | -20.000 | -7% |
| BA1310 | B.2.A.14.3) Contributi a società partecipate e/o enti dipendenti della Regione | | | | |
| BA1320 | B.2.A.14.4) Contributo Legge 210/92 | | | | |
| BA1330 | B.2.A.14.5) Altri rimborsi, assegni e contributi | 9.924.478 | 9.756.445 | -168.033 | -2% |
| BA1340 | B.2.A.14.6) Rimborsi, assegni e contributi v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione | | | | |

L'aggregato dei rimborsi assegni e contributi sanitari prevede una diminuzione (-179 mila euro) per effetto dell'applicazione della DGR n. 531 8/5/2019 "Tutela dei cittadini fragili affetti da neoplasie", in cui si regolamenta l'accesso presso centri extraregionali e fissa un tetto di rimborso pari a mille euro per i pazienti oncologici.

BA 1350 - B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|----------------|--|--------------------------|--------------------------|---|---------|
| BA 1350 | B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie | 13.630.824 | 12.744.466 | -886.358 | -7% |
| BA1360 | B.2.A.15.1) Consulenze sanitarie e sociosanitarie da Aziende sanitarie pubbliche della Regione | 1.107.701 | 1.107.701 | | |
| BA1370 | B.2.A.15.2) Consulenze sanitarie e sociosanitarie da terzi - Altri soggetti pubblici | 1.074.208 | 116.453 | -957.755 | -89% |
| BA1380 | B.2.A.15.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie da privato | 11.136.983 | 10.917.219 | -219.764 | -2% |
| BA1450 | B.2.A.15.4) Rimborso oneri stipendiali del personale sanitario in comando | 311.933 | 603.093 | 291.160 | 93% |

La spesa per le Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie risulta in diminuzione (-886 mila euro) rispetto al consuntivo 2018; in realtà essa sottende un aumento per 419 mila euro in quanto la spesa del lavoro interinale area sanitaria è oggetto di una riclassifica con l'aggregato dell'area non sanitaria (v. BA1750 + 1,3 milioni di euro). Tra gli scostamenti in aumento più rilevanti si delineano la spesa per l'acquisizione di prestazioni aggiuntive della dirigenza medica (BA1390) per carenza di personale medico (+598 mila euro) e dei rimborsi oneri stipendiali personale sanitario in comando sia da università che da altre regione (BA1450) per complessive +291 mila euro. Per quanto concerne le consulenze sanitarie l'importo pari a - 958 mila euro è da considerare una riclassifica della natura della spesa tra pubblico e privato rispetto al consuntivo (v. BA1440) (+692 mila euro) pertanto, lo scostamento sarebbe pari a 266 mila euro. Da rilevare inoltre che si prevedono in diminuzione (-356 mila euro) anche le collaborazioni coordinate e continuative (BA1410) in quanto obiettivo dell'azienda è quello di ridurre il personale precario.

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

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|----------------|--|--------------------------|--------------------------|---|---------|
| BA 1490 | B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria | 25.228.351 | 28.446.668 | 3.218.317 | 13% |
| BA1500 | B.2.A.16.1) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Aziende sanitarie pubbliche della Regione | 0 | 0 | 0 | 0% |
| BA1510 | B.2.A.16.2) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Altri soggetti pubblici della Regione | 42.858 | 43.819 | 961 | 2% |
| BA1520 | B.2.A.16.3) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico (Extraregione) | 170.420 | 168.091 | -2.329 | -1% |
| BA1530 | B.2.A.16.4) Altri servizi sanitari da privato | 16.704.001 | 16.757.042 | 53.042 | 0% |
| BA1540 | B.2.A.16.5) Costi per servizi sanitari - Mobilità internazionale passiva | 8.311.073 | 11.477.716 | 3.166.644 | 38% |

L'incremento di tale aggregato è riferito alla previsione di aumento della mobilità passiva internazionale per 3,166 milioni di euro.

BA1570 - B2A) Acquisto di servizi non sanitari

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|---------------|--|--------------------------|--------------------------|---|-------------|
| BA1560 | B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari | 100.076.422 | 99.455.332 | -621.091 | -1% |
| BA1570 | B.2.B.1) Servizi non sanitari | 97.727.057 | 95.929.203 | -1.797.854 | -2% |
| BA1580 | B.2.B.1.1) Lavanderia | 13.497.178 | 13.306.829 | -190.350 | -1% |
| BA1590 | B.2.B.1.2) Pulizia | 20.744.870 | 20.191.026 | -553.844 | -3% |
| BA1600 | B.2.B.1.3) Mensa | 9.904.717 | 9.896.133 | -8.584 | 0% |
| BA1610 | B.2.B.1.4) Riscaldamento | 15.203.218 | 15.537.679 | 334.460 | 2% |
| BA1620 | B.2.B.1.5) Servizi di assistenza informatica | 1.039.051 | 1.106.142 | 67.091 | 6% |
| BA1630 | B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari) | 2.009.978 | 1.816.068 | -193.909 | -10% |
| BA1640 | B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti | 4.021.014 | 4.017.406 | -3.608 | 0% |
| BA1650 | B.2.B.1.8) Utenze telefoniche | 4.359.091 | 3.866.391 | -492.699 | -11% |
| BA1660 | B.2.B.1.9) Utenze elettricità | 14.812.396 | 14.130.236 | -682.160 | -5% |
| BA1670 | B.2.B.1.10) Altre utenze | 3.945.302 | 3.948.555 | 3.254 | 0% |
| BA1680 | B.2.B.1.11) Premi di assicurazione | 1.021.155 | 560.336 | -460.819 | -45% |
| BA1710 | B.2.B.1.12) Altri servizi non sanitari | 7.169.089 | 7.552.403 | 383.313 | 5% |
| BA1750 | B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie | 990.236 | 2.042.563 | 1.052.327 | 106% |
| BA1880 | B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non) | 1.359.129 | 1.483.566 | 124.436 | 9% |

Per quanto riguarda gli acquisti dei servizi non sanitari si prevedono delle economie per complessivi 621 mila euro rispetto all'anno precedente come si evince dalla tabella sopra riportata. In realtà, come indicato in precedenza, le Consulenze Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni non sanitarie risultano in incremento per effetto della riclassifica con la voce dell'Area sanitaria (BA1350).

Di seguito si analizza più dettagliatamente gli scostamenti più rilevanti.

- BA1580-1590: Servizi di lavanderia e pulizia: Si prevedono economie per effetto di azioni rivolte all'ottimizzazione del servizio di lavanderia attraverso una migliore gestione delle dimissioni nonché, alla riduzione delle ore dedicate alla pulizia nei servizi ove si svolga attività non sanitaria;
- BA1610-Riscaldamento: si prevede una spesa pari a 334 mila euro, aumento per effetto del contratto dell'A.V. 4;
- BA1620 Servizi di assistenza informatica: la previsione in aumento (+67 mila euro) è proporzionale all'incremento delle ricette da elaborare relative alla spesa della farmaceutica convenzionata;
- BA1710- Altri servizi non sanitari: la previsione è in incremento per 182 mila euro in quanto, l'A.V. 5 prevede studi e indagini geologici occasionali e l'A.V. 4 prevede l'aumento sia del volume delle ore dedicate all'attività del servizio di sanificazione delle strutture residenziali che dei nuovi spazi utilizzati per l'attività di assistenza residenziale (Osp. Amandola).

BA1910 –B3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|---------------|--|--------------------------|--------------------------|---|-----------|
| BA1910 | B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata) | 24.613.901 | 24.637.060 | 23.159 | 0% |
| BA1920 | B.3.A) Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze | 3.553.962 | 2.822.535 | -731.428 | -21% |
| BA1930 | B.3.B) Manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari | 3.676.980 | 3.837.934 | 160.954 | 4% |
| BA1940 | B.3.C) Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche | 12.966.682 | 13.378.204 | 411.522 | 3% |
| BA1950 | B.3.D) Manutenzione e riparazione ai mobili e arredi | 11.946 | 11.358 | -588 | -5% |
| BA1960 | B.3.E) Manutenzione e riparazione agli automezzi | 650.919 | 704.707 | 53.787 | 8% |
| BA1970 | B.3.F) Altre manutenzioni e riparazioni | 3.753.412 | 3.882.324 | 128.912 | 3% |

I costi per manutenzioni e riparazioni sono in aumento di solo 23 mila euro per effetto di economie previsti delle manutenzioni di immobili (-731 mila euro) rispetto all'anno precedente, ma che vengono riassorbite dall'aumento delle altre tipologie di manutenzioni. In particolare modo, si prevede un incremento per le manutenzioni di attrezzature sanitarie (+ 412 mila euro) per effetto della scadenza di contratti di manutenzione e/o l'avvio di nuovi contratti stipulati nel corso dell'anno precedente e, per le manutenzioni degli impianti e

macchinari (+161 mila euro) per lavori su impianti elettrici ed idraulici non più procrastinabili in base alle norme vigenti per la prevenzione sicurezza e degli infortuni.

BA1990- B4) Godimento di beni di terzi

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|---------------|--|--------------------------|--------------------------|---|---------|
| BA1990 | B.4) Godimento di beni di terzi | 20.869.769 | 21.661.160 | 791.392 | 4% |
| BA2000 | B.4.A) Fitti passivi | 2.130.600 | 2.303.990 | 173.390 | 8% |
| BA2010 | B.4.B) Canoni di noleggio | 18.739.169 | 19.357.170 | 618.001 | 3% |
| BA2020 | B.4.B.1) Canoni di noleggio - area sanitaria | 17.610.021 | 18.109.695 | 499.674 | 3% |
| BA2030 | B.4.B.2) Canoni di noleggio - area non sanitaria | 1.129.148 | 1.247.476 | 118.327 | 10% |
| BA2040 | B.4.C) Canoni di leasing | | | | |
| BA2050 | B.4.C.1) Canoni di leasing - area sanitaria | | | | |

L'aggregato del Godimento beni di terzi rileva complessivamente una previsione in aumento pari a 791 mila euro necessaria per:

- BA2000 Fitti passivi: L'aumento dei costi di 173 mila euro, è dato dall'ampliamento di un contratto già in essere nell'A.V. 1 e per un nuovo contratto di affitto nell'A.V. 2 ancora in via di definizione.
- BA2010 Canoni di noleggio: per i canoni di noleggio area sanitaria (B.4.B.1) si prevede un incremento della spesa rispetto all'anno precedente +606 mila euro per i contratti delle attrezzature sanitarie e biomedicali. Nel dettaglio la previsione tiene conto delle seguenti voci:
 - acquisizione di nuove attrezzature utilizzabili per l'attività di endoscopia digestiva (ospedale di Macerata);
 - contratti di noleggio avviati nel corso dell'anno precedente (TAC Ospedale di Civitanova);
 - aumento del servizio di ossigenoterapia domiciliare, ventilatori polmonari;
 - noleggio comunicatori a controllo oculari e noleggi;
 - canoni di noleggio per hardware e software per 135 mila euro per avvio nuove procedure e/o aggiornamento di quelle già in uso;
 - diminuzione dei costi per di noleggio degli automezzi di area sanitaria per -231 mila euro a seguito di cessazione di contratti.

Per i canoni di noleggio area non sanitaria (B.4.B.2) l'incremento della spesa è dato dall'aumento della spesa dei canoni delle macchine fotocopiatrici, delle macchine affrancatrici del servizio postale e carrelli termo refrigeranti per distribuzioni pasti.

BA2080 – Totale Costo del Personale

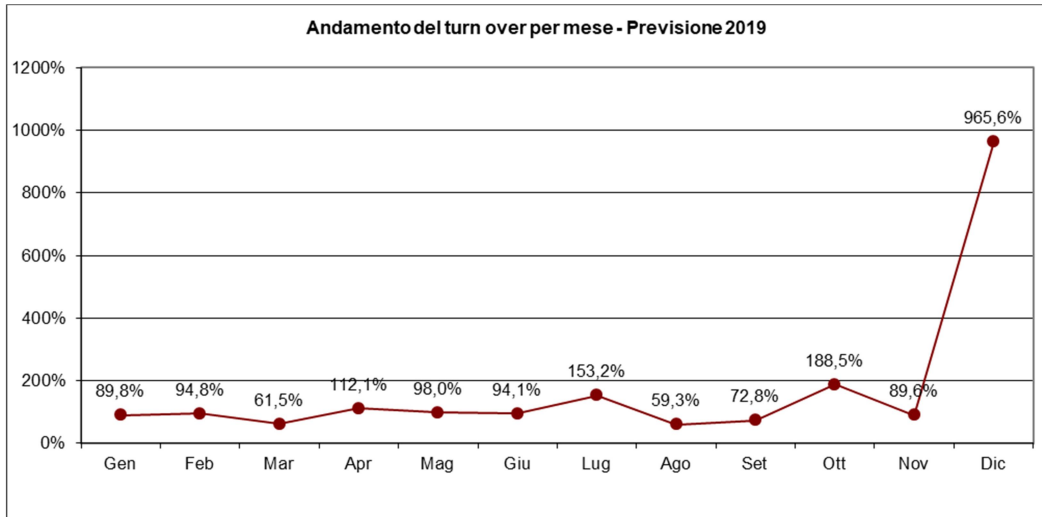
| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|---------------|---|--------------------------|--------------------------|---|---------|
| BA2080 | Totale Costo del personale | 698.233.465 | 694.772.783 | -3.460.682 | 0% |
| BA2090 | B.5) Personale del ruolo sanitario | 550.468.914 | 547.541.567 | -2.927.347 | -1% |
| BA2100 | B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario | 258.499.382 | 260.521.990 | 2.022.608 | 1% |
| BA2190 | B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario | 291.969.532 | 287.019.577 | -4.949.955 | -2% |
| BA2230 | B.6) Personale del ruolo professionale | 1.905.564 | 1.705.130 | -200.434 | -11% |
| BA2240 | B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale | 1.905.564 | 1.705.130 | -200.434 | -11% |
| BA2280 | B.6.B) Costo del personale comparto ruolo professionale | | | | |
| BA2320 | B.7) Personale del ruolo tecnico | 94.516.840 | 96.192.091 | 1.675.251 | 2% |
| BA2330 | B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico | 3.094.504 | 2.999.668 | -94.836 | -3% |
| BA2370 | B.7.B) Costo del personale comparto ruolo tecnico | 91.422.337 | 93.192.424 | 1.770.087 | 2% |
| BA2410 | B.8) Personale del ruolo amministrativo | 51.342.147 | 49.333.994 | -2.008.153 | -4% |
| BA2420 | B.8.A) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo | 6.848.204 | 7.047.988 | 199.785 | 3% |
| BA2460 | B.8.B) Costo del personale comparto ruolo amministrativo | 44.493.943 | 42.286.006 | -2.207.937 | -5% |

Il Bilancio di Previsione 2019 è stato predisposto in coerenza con la programmazione del fabbisogno di personale considerata nel Piano triennale del Fabbisogno del Personale (PTFP 2019-2021) approvato con Determina n. 679/DG del 27/11/2019 e delle assunzioni e cessazioni registrate fino a novembre 2019.

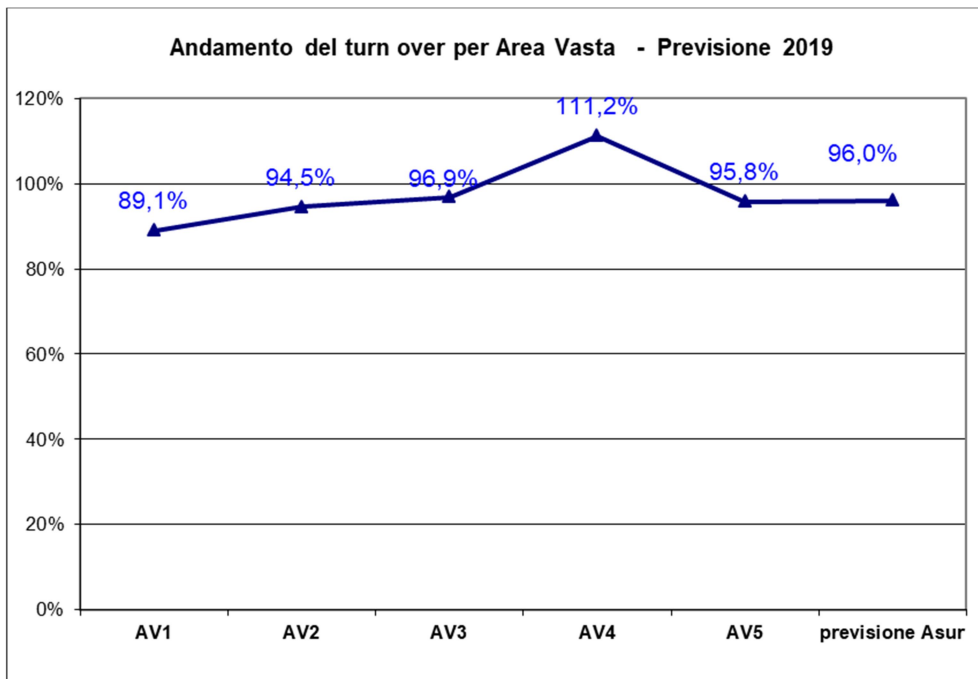
In particolare, si prevede di coprire a fine anno un turn over pari al 96%.

Rispetto al consuntivo 2018, la previsione di spesa del personale prevede una diminuzione complessiva di 3,5 milioni di euro, pari allo 0,5%, per effetto dei seguenti fattori: un risparmio dal trascinamento del piano assunzioni/cessazioni dell'anno 2018 di -8,7 milioni euro, impatto del piano assunzioni e cessazioni dell'anno 2019 di -1,9 milioni di euro e messa a regime del CCNL del comparto e Indennità di vacanza contrattuale 2019 della Dirigenza e del Comparto per complessivi 7 milioni di euro.

Nel grafico che segue viene rappresentata la previsione dell'andamento mensile del turn over 2019 si evidenzia un turn over al 96%.



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



BA2500 – B9) Oneri diversi di gestione

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|----------------|--|--------------------------|--------------------------|---|------------|
| BA 2500 | B.9) Oneri diversi di gestione | 8.305.816 | 7.945.834 | -359.982 | -4% |
| BA 2510 | B.9.A) Imposte e tasse (escluso IRAP e IRES) | 2.614.801 | 2.563.330 | -51.471 | -2% |
| BA 2520 | B.9.B) Perdite su crediti | 0 | 0 | 0 | 0% |
| BA 2530 | B.9.C) Altri oneri diversi di gestione | 5.691.015 | 5.382.504 | -308.511 | -5% |
| BA2540 | B.9.C.1) Indennità, rimborso spese e oneri sociali per gli Organi Direttivi e Collegio Sindacale | 1.525.775 | 1.524.233 | -1.542 | 0% |
| BA2550 | B.9.C.2) Altri oneri diversi di gestione | 4.165.240 | 3.858.271 | -306.969 | -7% |

La spesa delle Imposte e tasse (B2510) è in diminuzione per -51 mila euro in quanto si prevedono maggiori imposte comunali (+39 mila euro) e imposte di bollo (+13 mila euro), mentre si prevedono delle economie per le imposte e tasse diverse (-94 mila euro) per effetto della eccezionalità di alcune imposte verificatesi nell'anno precedente.

La spesa degli Altri oneri diversi di gestione è in diminuzione rispetto all'anno precedente (-309 mila euro) soprattutto per minor accantonamenti per gli oneri sociali personale in quiescenza, a seguito della valutazione della capienza al 31/12/2018 (-307 mila euro).

BA2560 – Totale Ammortamenti

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|----------------|--|--------------------------|--------------------------|---|-----------|
| BA 2560 | Totale Ammortamenti | 41.832.585 | 41.732.450 | -100.135 | 0% |
| BA 2570 | B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali | 940.613 | 940.613 | 0 | 0% |
| BA 2580 | B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali | 40.891.973 | 40.791.838 | -100.135 | 0% |
| BA 2590 | B.11.A) Ammortamento dei fabbricati | 24.052.282 | 23.952.147 | -100.135 | 0% |
| BA2600 | B.11.A.1) Ammortamenti fabbricati non strumentali (disponibili) | 803.129 | 803.129 | 0 | 0% |
| BA2610 | B.11.A.2) Ammortamenti fabbricati strumentali (indisponibili) | 23.249.153 | 23.149.018 | -100.135 | 0% |
| BA 2620 | B.11.B) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali | 16.839.691 | 16.839.691 | 0 | 0% |

La spesa degli ammortamenti calcolati in base alle disposizioni del D.Lgs 118/11 e alle risultanze degli anni precedenti, prevede un lieve decremento (-100 mila euro) per alienazione di alcuni cespiti riconducibili al conto fabbricati indisponibili.

BA2690 – B.14) Accantonamenti dell'esercizio

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|---------------|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------|
| BA2690 | B.14) Accantonamenti dell'esercizio | 26.578.027 | 24.500.650 | -2.077.377 | -8% |
| BA2700 | B.14.A) Accantonamenti per rischi | 4.447.864 | 5.447.864 | 1.000.000 | 22% |
| BA2710 | B.14.A.1) Accantonamenti per cause civili ed oneri processuali | 1.605.259 | 1.605.259 | | |
| BA2720 | B.14.A.2) Accantonamenti per contenzioso personale dipendente | 1.633.089 | 1.633.089 | | |
| BA2730 | B.14.A.3) Accantonamenti per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato | 20.000 | 20.000 | | |
| BA2740 | B.14.A.4) Accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione) | | 1.000.000 | 1.000.000 | |
| BA2741 | B.14.A.5) Accantonamenti per franchigia assicurativa | | | | |
| BA2750 | B.14.A.6) Altri accantonamenti per rischi | | | | |
| BA2751 | B.14.A.7) Accantonamenti per interessi di mora | 1.189.516 | 1.189.516 | | |
| BA2760 | B.14.B) Accantonamenti per premio di operosità (SUMAI) | 620.785 | 270.785 | -350.000 | -56% |
| BA2770 | B.14.C) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi finalizzati e vincolati | 2.727.311 | | -2.727.311 | -100% |
| BA2771 | B.14.C.1) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. indistinto finalizzato | | | | |
| BA2780 | B.14.C.2) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato | 1.747.686 | | -1.747.686 | -100% |
| BA2790 | B.14.C.3) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati | 735.676 | | -735.676 | -100% |
| BA2800 | B.14.C.4) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici per ricerca | | | | |
| BA2810 | B.14.C.5) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati da privati | 243.950 | | -243.950 | -100% |
| BA2811 | B.14.C.6) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti privati per ricerca | | | | |
| BA2820 | B.14.D) Altri accantonamenti | 18.782.067 | 18.782.002 | -66 | 0% |
| BA2840 | B.14.D.1) Acc. Rinnovi convenzioni MMG/PLS/MCA | 7.295.445 | 7.295.445 | | |
| BA2850 | B.14.D.2) Acc. Rinnovi convenzioni Medici Sumai | 799.198 | 799.198 | | |
| BA2860 | B.14.D.3) Acc. Rinnovi contratt.: dirigenza medica | 8.246.429 | 8.246.429 | | |
| BA2870 | B.14.D.4) Acc. Rinnovi contratt.: dirigenza non medica | 1.291.155 | 1.291.089 | -66 | 0% |
| BA2880 | B.14.D.5) Acc. Rinnovi contratt.: comparto | | | | |
| BA2881 | B.14.D.6) Acc. per Trattamento di fine rapporto dipendenti | | | | |
| BA2882 | B.14.D.7) Acc. per Trattamenti di quiescenza e simili | | | | |
| BA2883 | B.14.D.8) Acc. per Fondi integrativi pensione | | | | |
| BA2884 | B.14.D.9) Acc. Incentivi funzioni tecniche art. 113 D.lgs 50/2016 | | | | |
| BA2890 | B.14.D.10) Altri accantonamenti | 1.149.841 | 1.149.841 | | |

La previsione degli accantonamenti 2019 si attesta sui valori dell'anno precedente, ad eccezione delle poste seguenti:

- aumento degli accantonamenti per l'autoassicurazione, che risultano stimati in un milione di euro, stante il valore complessivo ad oggi accantonato e lo sviluppo del programma aziendale in materia di gestione del rischio clinico, sulla base delle indicazioni sviluppate in sede Unità di Coordinamento Regionale del Centro per la gestione del Rischio sanitario e la sicurezza del paziente di cui alla DGR n. 1093 del 06/8/2018, che nel 2019 ha riavviato un percorso coordinato in materia;
- la riduzione dell'accantonamento per il premio SUMAI operata dall'Area Vasta 2 per la valutazione di capienza del fondo;
- la riduzione degli accantonamenti per le quote inutilizzate di contributi, la cui valutazione complessiva è rinviata al consuntivo, considerato che in tale sede verranno altresì valorizzate le poste di ricavo.

CZ999- Proventi e oneri finanziari

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|---------------|---|--------------------------|--------------------------|---|---------|
| CZ9999 | Totale proventi e oneri finanziari (C) | -86.927 | -91.995 | -5.068 | 6% |
| CA0010 | C.1) Interessi attivi | 3.363 | 38.808 | 35.445 | 1054% |
| CA0050 | C.2) Altri proventi | | | | |
| CA0110 | C.3) Interessi passivi | 90.290 | 130.803 | 40.513 | 45% |
| CA0120 | C.3.A) Interessi passivi su anticipazioni di cassa | | | | |
| CA0130 | C.3.B) Interessi passivi su mutui | 4.616 | 4.616 | | |
| CA0140 | C.3.C) Altri interessi passivi | 85.674 | 126.187 | 40.513 | 47% |

La previsione per i proventi e oneri finanziari è in diminuzione (-5 mila euro) rispetto all'anno precedente. L'importo deriva dal differenziale tra l'incremento degli interessi attivi (+35mila euro) e quelli passivi (+41 mila euro) che entrambi aumentano per contenziosi in essere con ditte fornitrici di beni e servizi.

EZ999- Proventi e oneri straordinari

| CODICE | DESCRIZIONE | BILANCIO CONSUNTIVO 2018 | BILANCIO PREVENTIVO 2019 | DELTA BIL PREVENTIVO 2019 - BIL CONSUNTIVO 2018 | DELTA % |
|---------------|--|--------------------------|--------------------------|---|---------|
| EZ9999 | Totale proventi e oneri straordinari (E) | 52.150.281 | 12.619.552 | -39.530.729 | -76% |
| EA0010 | E.1) Proventi straordinari | 58.849.829 | 20.430.230 | -38.419.599 | -65% |
| EA0030 | E.1.B) Altri proventi straordinari | 58.838.126 | 20.430.230 | -38.407.896 | -65% |
| EA0040 | <i>E.1.B.1) Proventi da donazioni e liberalità diverse</i> | 130 | 130 | | |
| EA0050 | <i>E.1.B.2) Sopravvenienze attive</i> | 17.031.288 | 8.667.656 | -8.363.632 | -49% |
| EA0150 | <i>E.1.B.3) Insussistenze attive</i> | 41.762.200 | 11.717.827 | -30.044.372 | -72% |
| EA0250 | <i>E.1.B.4) Altri proventi straordinari</i> | 44.508 | 44.617 | 109 | 0% |
| EA0260 | E.2) Oneri straordinari | 6.699.548 | 7.810.678 | 1.111.130 | 17% |
| EA0270 | E.2.A) Minusvalenze | 330.506 | 11.548 | -318.957 | -97% |
| EA0280 | E.2.B) Altri oneri straordinari | 6.369.042 | 7.799.130 | 1.430.088 | 22% |
| EA0290 | <i>E.2.B.1) Oneri tributari da esercizi precedenti</i> | 9 | | -9 | -100% |
| EA0300 | <i>E.2.B.2) Oneri da cause civili ed oneri processuali</i> | 129.235 | 157.957 | 28.722 | 22% |
| EA0310 | <i>E.2.B.3) Sopravvenienze passive</i> | 4.159.239 | 7.389.344 | 3.132.699 | 75% |
| EA0460 | <i>E.2.B.4) Insussistenze passive</i> | 2.080.558 | 251.828 | -1.828.730 | -88% |

Per i proventi e oneri straordinari complessivamente la previsione è in diminuzione (-39.530 milioni di euro) rispetto all'anno precedente e per effetto proprio della straordinarietà degli eventi dell'anno di competenza. Infatti nell'anno precedente si sono verificate contabilizzazioni di partite straordinarie che non si ripeteranno nell'anno in corso riguardanti, il contributo Sisma assegnato dalla Regione (con decreto DDS 39/SAN/18), le sopravvenienze attive per deducibilità INAIL nel calcolo della determinazione IRAP dovuta nell'anno 2017, le transazioni di interessi moratori con ditte fornitrici di beni e servizi e la revisione dei fondi rischi.

Per l'anno in corso, si è tenuto conto dell'andamento del saldo contabile dell'anno legati al recupero accise, al riconoscimento produzione energia degli impianti di trigenerazione delle A.V. 3 e 5, allo stralcio di interessi passivi a seguito transazioni con ditte fornitrici di beni e servizi e infine dalla revisione delle fatture e note di credito da ricevere. Tra i proventi ed oneri straordinari sono inclusi gli impatti del riconoscimento alle Croci delle spettanze a conguaglio degli anni 2013/2016

Per gli oneri straordinari sono in aumento per contenziosi sorti in corso d'anno con ditte di fornitrici di servizi, riconoscimento di rette sanitarie per disabili per anni pregressi e conguagli di energia elettrica.

Ancona, 27/12/2019

 IL DIRETTORE GENERALE
 Dott.ssa Nadia Storti



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

