

REGIONE MARCHE  
Assemblea legislativa

## **deliberazione n. 57**

APPROVATA DALL'ASSEMBLEA LEGISLATIVA REGIONALE  
NELLA SEDUTA DEL 9 AGOSTO 2023, N. 121

PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2023-2025.  
SALUTE, SICUREZZA E INNOVAZIONE PER I CITTADINI MARCHIGIANI.

-----

## L'ASSEMBLEA LEGISLATIVA REGIONALE

Visto l'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e successive modificazioni ed integrazioni;

Vista la legge regionale 5 settembre 1992, n. 46 (Norme sulle procedure della programmazione regionale e locale);

Vista la proposta della Giunta regionale;

Visto il parere favorevole di cui all'articolo 4, comma 5, della legge regionale 30 luglio 2021, n. 18 in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo di legittimità del direttore del dipartimento salute, nonché l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può comunque derivare un impegno di spesa a carico della Regione, resi nella proposta della Giunta regionale;

Preso atto che la predetta proposta è stata preventivamente esaminata, ai sensi del comma 1

dell'articolo 22 dello Statuto regionale, dalla Commissione assembleare permanente competente in materia;

Visto il parere espresso ai sensi del combinato disposto di cui al comma 1 dell'articolo 12 della legge regionale 10 aprile 2007, n. 4 e al comma 4 dell'articolo 94 del Regolamento interno nel termine ridotto dal Presidente dell'Assemblea legislativa;

Visto il parere espresso ai sensi del combinato disposto di cui al comma 1 dell'articolo 8 della legge regionale 26 giugno 2008, n. 15 e al comma 4 dell'articolo 94 del Regolamento interno nel termine ridotto dal Presidente dell'Assemblea legislativa;

Visto l'articolo 21 dello Statuto della Regione;

## DELIBERA

di approvare il "Piano socio sanitario regionale 2023-2025. Salute, sicurezza e innovazione per i cittadini marchigiani" di cui agli Allegati 1 e 2, che formano parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

Avvenuta la votazione, il Presidente ne proclama l'esito: "l'Assemblea legislativa regionale approva"

IL PRESIDENTE

f.to Dino Latini

IL CONSIGLIERE SEGRETARIO

f.to Pierpaolo Borroni

**ALLEGATO 1**

**Piano Socio Sanitario  
Regionale  
2023-2025**

*Salute, sicurezza e  
innovazione per i cittadini  
marchigiani*

# INDICE

PREMESSA .....	6
PARTE PRIMA: IL FABBISOGNO E LA DOMANDA .....	11
1 LA POPOLAZIONE E LA SALUTE: INQUADRAMENTO GENERALE.....	11
1.1 IL CONTESTO DEMOGRAFICO ED EPIDEMIOLOGICO.....	11
1.1.1 La popolazione in Italia e nelle Marche .....	11
1.1.2 Il quadro epidemiologico .....	12
1.2 LA DOMANDA DI ASSISTENZA SANITARIA .....	13
1.3 LA MOBILITÀ SANITARIA.....	14
1.3.1 La mobilità ospedaliera .....	15
1.4 L'EVOLUZIONE DEL FABBISOGNO .....	18
PARTE SECONDA: I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA .....	20
1 PREVENZIONE: IL POTENZIAMENTO DEI SISTEMI DI PREVENZIONE E SICUREZZA SUL TERRITORIO .20	
1.1 PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE .....	20
1.1.1 Area Promozione della Salute .....	24
1.1.2 Area Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro .....	28
1.1.3 Area Ambiente Clima e Salute .....	31
1.1.4 Altre Aree della Prevenzione .....	33
1.2 SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE.....	41
1.2.1 Assetto organizzativo dell'Area della Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare .....	42
1.2.2 Sanità e benessere animale .....	44
1.2.3 Sicurezza alimentare a tutela dei consumatori .....	45
1.2.4 Igiene degli alimenti e sicurezza nutrizionale.....	46
2 ASSISTENZA TERRITORIALE: L'AMPLIAMENTO DEI SERVIZI DI PROSSIMITÀ TERRITORIALE E DOMICILIARE E DELLE CURE INTERMEDIE .....	48
2.1 LA RETE SOCIO SANITARIA .....	48
2.2 LE STRUTTURE DISTRETTUALI .....	55
2.2.1 Distretto: funzioni e standard organizzativi .....	55
2.2.2 Casa della Comunità .....	56

2.2.3	Ospedale di Comunità .....	57
2.2.4	Centrale Operativa Territoriale .....	58
2.2.5	Centrale Operativa 116117 .....	59
2.3	CURE PRIMARIE E MEDICINA TERRITORIALE.....	59
2.4	ASSISTENZA DOMICILIARE.....	61
2.5	INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITÀ .....	64
2.6	CONSULTORIO FAMILIARE.....	65
2.7	PERCORSO NASCITA E AREA MATERNO INFANTILE .....	68
2.7.1	Preso in carico della gravidanza secondo i vari livelli di rischio .....	68
2.7.2	Preso in carico della gravidanza fisiologica.....	69
2.7.3	Implementazione delle procedure di partoanalgesia .....	70
2.7.4	Riduzione dei tagli cesarei .....	71
2.7.5	Rete di medicina prenatale.....	72
2.7.6	Diagnosi precoce del diabete in età pediatrica e screening dei minori a rischio di diabete.....	73
2.8	LA RETE DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE.....	74
2.8.1	La rete delle cure palliative pediatriche .....	77
2.8.2	La Rete della terapia del dolore .....	78
2.9	CRONICITÀ E PERCORSI DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO .....	78
2.9.1	Alcuni interventi sulle cronicità .....	79
2.10	RETE DELLA DIABETOLOGIA MARCHIGIANA .....	83
2.11	MALATTIE RARE .....	85
2.12	DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA.....	86
2.13	RETE SOCIO SANITARIA PER I DISTURBI DELLO SPETTRO DELL'AUTISMO (ASD).....	88
2.14	RETE REGIONALE DELLA RIABILITAZIONE .....	88
2.15	SALUTE MENTALE.....	90
2.15.1	Gli interventi per la salute mentale .....	92
2.15.2	Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) .....	96
2.16	DIPENDENZE .....	98
2.17	SANITÀ PENITENZIARIA.....	102
2.18	IL SISTEMA DI ACCOGLIENZA .....	105
3	ASSISTENZA OSPEDALIERA: LA RIMODULAZIONE DELLE RETI CLINICHE, IL RECUPERO DELLA MOBILITÀ PASSIVA E IL POTENZIAMENTO DEI SERVIZI IN AREE PARTICOLARMENTE DISAGIATE.....	106
3.1	RIQUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	106
3.2	LA RETE OSPEDALIERA .....	109
3.3	STRUTTURE IN AREE DISAGIATE .....	111

3.4	RIORGANIZZAZIONE DELLE RETI CLINICHE.....	113
3.5	IL POTENZIAMENTO DELL'ATTIVITÀ IN PRONTO SOCCORSO .....	125
3.6	LE RETI CLINICHE ONCOLOGICHE.....	126
3.7	LA RETE TRAPIANTOLOGICA E LA BANCA DEI TESSUTI .....	128
4	IL GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA, IL CONSOLIDAMENTO DELLE MODALITÀ DI RACCORDO E DI COORDINAMENTO DEI SERVIZI, LA GESTIONE DEL RISCHIO .....	130
4.1	IL GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA .....	130
4.2	IL NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO PER L'EMERGENZA-URGENZA .....	134
4.3	IL SISTEMA DEI CONTROLLI.....	136
4.4	RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE .....	138
5	LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA, DELLA PROTESICA E DEI DISPOSITIVI MEDICI..	140
5.1	ASSISTENZA FARMACEUTICA.....	140
5.1.1	La Farmacia di Comunità .....	145
5.2	ASSISTENZA PROTESICA .....	145
5.3	DISPOSITIVI MEDICI .....	146
5.4	I LABORATORI .....	148
	PARTE TERZA: LE FUNZIONI TRASVERSALI .....	149
6	L'INNOVAZIONE E LA DIGITALIZZAZIONE NEL SSR.....	149
6.1	L'EVOLUZIONE DELLA SANITÀ E L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE .....	149
6.2	L'OSPEDALE VIRTUALE.....	154
6.3	SISTEMA INFORMATIVO SOCIO SANITARIO E SANITÀ DIGITALE .....	155
6.3.1	Fascicolo Sanitario Elettronico .....	158
6.3.2	Cartella clinica unica delle terapie intensive .....	159
6.3.3	Potenziamento della rete informatica regionale dei Laboratori Analisi .....	160
6.3.4	Rete regionale delle dosi da prestazioni con radiazioni ionizzanti .....	162
6.3.5	Sicurezza informatica.....	162
6.4	TELEMEDICINA.....	162
6.5	IMAGING CON RISONANZA MAGNETICA.....	165
6.6	TECNOLOGIE BIOMEDICHE .....	167
6.7	FLUSSI INFORMATIVI E MONITORAGGIO DEL SSR .....	168
7	L'ADEGUAMENTO INFRASTRUTTURALE: IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)	173
7.1	LA "MISSIONE 6: SALUTE" E LE SUE AZIONI .....	174

7.2	IL PROGETTO DELLA REGIONE MARCHE .....	175
7.3	LA MISSIONE 5 COMPONENTE SOCIALE E LE SUE AZIONI CHE SI INTEGRANO CON LA SANITÀ .....	185
8	LA QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE E LA VALORIZZAZIONE DELLA RICERCA .....	189
8.1	POLITICHE DEL PERSONALE.....	189
8.2	RISORSE UMANE, BENESSERE ORGANIZZATIVO E FORMAZIONE .....	190
8.3	SICUREZZA DEGLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE .....	196
8.4	MEDICINA CONVENZIONATA .....	196
8.5	RICERCA.....	197
9	GLI INTERVENTI IN AMBITO NORMATIVO, ORGANIZZATIVO E RELAZIONALE .....	201
9.1	L'ASSETTO ISTITUZIONALE DEL SSR .....	201
9.2	AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO .....	202
9.2.1	Integrazione e complementarietà tra pubblico e privato nell'acquisto di servizi/prestazioni ..	204
9.3	ASSOCIAZIONISMO, VOLONTARIATO E TERZO SETTORE .....	204
9.4	COMUNICAZIONE .....	205
9.5	TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE .....	206
9.6	CODICE ETICO COMPORTAMENTALE .....	207

## PREMESSA

### *La sanità dopo la pandemia*

La situazione di emergenza causata dalla pandemia da covid-19, che ha caratterizzato gli anni 2020 e 2021, ha fortemente condizionato il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale marchigiano, che, per buona parte di tali anni, si è quasi unicamente orientato alla definizione delle strategie e degli indirizzi necessari all'organizzazione degli interventi riguardanti la risposta alla diffusione del virus in concomitanza con quanto è avvenuto all'interno del quadro di riferimento nazionale e internazionale. In questo contesto, è stato comunque indispensabile non venir meno alla necessità di rispondere anche a tutte le altre esigenze e domande di assistenza espresse dalla popolazione, con una enorme pressione sull'intero sistema e sulle professionalità presenti.

L'impatto devastante dell'emergenza pandemica, senza dimenticare gli eventi sismici del 2016 ed inizio 2017, ha evidenziato la necessità di sviluppare forme assistenziali meno rigide e più velocemente riconfigurabili, che forniscano risposte assistenziali ai disagi derivanti da bisogni emergenti e dalla variabilità delle necessità dei cittadini. È indispensabile individuare le attività assistenziali che possano prevenire la diffusione di patologie e siano in grado di rispondere con immediatezza a necessità conseguenti ad eventi di carattere emergenziale, con il ricorso a modalità organizzative flessibili e diffuse sul territorio e con supporti di tipo psico-socio assistenziali nonché forme di assistenza "a distanza" (teleassistenza, telemedicina).

### *Il programma di governo*

Con l'avvio della nuova legislatura a seguito delle elezioni svoltesi nel mese di settembre 2020, la Regione Marche ha adottato un programma di governo per il periodo 2020-2025 denominato "Ricostruiamo le Marche". Il Programma ha disegnato 10 impegni strategici e 10 priorità operative. Tra queste ultime, alla luce delle richieste emergenti e della criticità registrate nei periodi precedenti, viene dato particolare rilievo all'area della sanità e del sociale, sotto la voce "Sanità e sociale di qualità per tutti: nessuno resti solo".

In particolare, vengono declinate le azioni e gli interventi da realizzare per la trasformazione e la ricostruzione della sanità regionale. Tra i punti qualificanti viene indicata la stesura di un nuovo Piano Socio Sanitario Regionale, basato su principi di integrazione tra sanità e sociale, miglioramento dell'assistenza ospedaliera e territoriale; sviluppo di ospedali di alta specializzazione e strutture minori diffuse su tutto il territorio, abbattimento liste di attesa, drastica riduzione di mobilità passiva, integrazione tra servizi pubblici e privati, lotta agli sprechi, ottimale utilizzo delle risorse regionali, nazionali (Fondo sanitario) ed europee (Recovery Fund).

### *Il piano nazionale di ripresa e resilienza*

L'Unione Europea ha risposto alla crisi pandemica con il Next Generation EU (NGEU), un programma che prevede investimenti e riforme concernenti la transizione ecologica e digitale, il miglioramento della formazione delle lavoratrici e dei lavoratori, il conseguimento di una maggiore equità di genere, territoriale e generazionale, con un determinante impatto sull'evoluzione dei servizi sanitari.

Per l'Italia nel suo complesso e per ciascuna Regione, il NGEU rappresenta una eccezionale opportunità di sviluppo, investimenti e riforme. Per ottemperare alle richieste dell'UE, l'Italia ha presentato il proprio pacchetto di investimenti e riforme: il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Il Piano si sviluppa intorno a tre assi strategici condivisi a livello europeo: digitalizzazione e innovazione, transizione ecologica, inclusione sociale. Questo Piano, si articola inoltre in sei Missioni e 16 Componenti. Le sei Missioni del Piano sono: digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo; rivoluzione verde e transizione ecologica; infrastrutture per una mobilità sostenibile; istruzione e ricerca; inclusione e coesione; salute. La Missione 6 (Salute) "è focalizzata su due obiettivi: il rafforzamento della prevenzione e dell'assistenza sul territorio, con l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, e l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del Servizio Sanitario Nazionale. Potenzia il Fascicolo sanitario elettronico e lo sviluppo della telemedicina. Sostiene le competenze tecniche, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario oltre a promuovere la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario".



Il PNRR fornisce quindi importanti indicazioni su cui far convergere le azioni di riprogettazione e riorganizzazione dei sistemi sanitari regionali, in considerazione inoltre delle risorse economiche che verranno messe a disposizione.

### *La programmazione regionale*

Il presente piano socio sanitario vede il consolidamento e lo sviluppo del sistema integrato dei servizi territoriali come priorità assoluta. In questa prospettiva deve essere strettamente coerente con i Livelli Essenziali di Assistenza, e con l'integrazione tra i sistemi dei servizi sociali e sociosanitari, declinando in maniera definita e incontrovertibile la necessità di potenziare il sistema della prevenzione e delle cure territoriali, sviluppare piani assistenziali individualizzati e coerenti con i bisogni di salute, ribadire la centralità dei bisogni del cittadino, che non si deve trovare in balia di sistemi assistenziali rigidi e incapaci di comunicare, con la consapevolezza che tutto ciò che colpisce i soggetti fragili si moltiplica in termini di disagio. A questo si aggiunge la necessità di superare le separazioni tra i sistemi, sanitario, sociosanitario, sociale, scolastico, produttivo, ecc., a favore di forme di interazione e integrazione in cui i cittadini, anche attraverso le associazioni di volontariato, sono parte attiva e non spettatori passivi, incapaci di comprendere come e dove chiedere assistenza.

Il consolidamento dell'attività programmatoria regionale passa anche attraverso la riorganizzazione del servizio sanitario regionale, di cui alla recente legge regionale 8 agosto 2022, n. 19, che ha rivisto l'assetto organizzativo del sistema in termini di strutture e funzioni presenti sul territorio marchigiano, con particolare attenzione al potenziamento dei servizi territoriali, agli strumenti di programmazione e alle modalità di partecipazione dei principali soggetti coinvolti.

### *Intersectorialità e sinergie*

Il settore sanitario ha riflessi importanti anche in ambito economico, sia per gli effetti diretti che per quelli indiretti: non solo è uno dei settori più importanti dell'economia in tutti i Paesi a medio e alto reddito, ma agisce sulla salute della popolazione e, conseguentemente, sulla sua produttività. La presenza di tutto il personale di settore, compresi medici, infermieri e altri professionisti, fa inoltre del sistema sanitario uno dei principali "datori di lavoro" se non il primo della Regione Marche.

Mai come in questo periodo la necessità di inclusione dei diversi settori, comprendendo la scuola, il lavoro e la protezione sociale, si rende necessaria: la resilienza, l'inclusione e la coesione sociale sono necessarie per far crescere la fiducia nel funzionamento dell'intero sistema, oltre alle competenze individuali e comunitarie, e per promuovere stili di vita orientati al benessere e al mantenimento della salute.

Un lavoro di integrazione fra diversi settori consente di affrontare le varie questioni sotto molteplici punti di vista. Tale approccio permette di conseguire un reale cambiamento finalizzato alla riduzione delle disuguaglianze e al miglioramento delle condizioni di vita e dello stato di salute della popolazione.

Le disuguaglianze (economiche, sociali, territoriali, organizzative, ...) creano condizioni sfavorevoli per una qualità di vita dignitosa e aprono allo sviluppo di fragilità, vulnerabilità, e quindi al possibile sviluppo di patologie. Una popolazione anziana in aumento, la popolazione fragile per eccellenza, richiede di operare in modo appropriato per avere risorse a sufficienza e garantire in modo equo l'accesso alle cure, riportando i cittadini al centro dell'azione e delle politiche sanitarie.

### *Sostenibilità economica*

La tutela del diritto alla salute delle persone richiede che ciascun cittadino abbia il diritto di ottenere prestazioni di cura secondo l'effettiva necessità e bisogno, ma questo non significa che vi può essere un accesso e un utilizzo indiscriminato delle prestazioni e dei servizi sanitari. Il soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione nelle sue varie manifestazioni deve essere garantito attraverso una efficiente ed efficace allocazione delle risorse disponibili. Il presente Piano vuole orientare le attività e le azioni descritte affinché siano garantite nell'ambito delle risorse assegnate al servizio sanitario regionale e nel rispetto dei vincoli definiti dalla finanza pubblica.

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2022-2024, a partire dal Programma di governo regionale 2020-2025, si sviluppa quindi in coerenza con le indicazioni di carattere nazionale e internazionale, volte a rimodulare e rinnovare la capacità di risposta dei singoli sistemi sanitari, senza far venir meno il modello comune di politica sanitaria definito dall'OMS, riguardante il miglioramento in modo significativo della salute e del benessere delle popolazioni, la riduzione delle disuguaglianze di salute, il rafforzamento della sanità pubblica e la garanzia di sistemi sanitari che pongano al centro la persona e che siano universali, equi, sostenibili e di alta qualità.

Nell'ambito di questi riferimenti di carattere generale, sono definite le strategie, i programmi, le azioni e i tempi per lo sviluppo della sanità marchigiana il cui paradigma deve essere salute, qualità delle cure, innovazione e sicurezza per tutti.

## **STRUTTURA E OBIETTIVI**

Il Piano è un documento di *indirizzo strategico* che, in forma sintetica ma esaustiva, definisce le priorità della sanità a breve-medio termine, e formula contemporaneamente le principali indicazioni di carattere operativo per dare immediata attuazione all'azione di rinnovamento della sanità regionale.

Il piano definisce i programmi strategici che renderanno possibile un deciso salto di qualità del sistema socio sanitario regionale. Questi programmi sono rivolti a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e assumono, nella gran parte dei casi, un carattere trasversale a tutti i settori assistenziali, il cui conseguimento è necessario per creare le migliori condizioni (in termini strutturali, organizzativi, tecnologici, ecc.) per l'attuazione delle specifiche azioni di miglioramento.

I programmi contengono specifici obiettivi che definiscono operativamente le azioni prioritarie da attivare nei diversi settori di intervento.

Sono inoltre disponibili sei Appendici, contenenti gli approfondimenti sugli aspetti di carattere demografico ed epidemiologico, sull'organizzazione del sistema, sulla mobilità e sui bisogni di salute della popolazione marchigiana.

### ***Programmi strategici e obiettivi prioritari***

Il Piano vuole fornire una visione per la sanità marchigiana del prossimo futuro, individuando la cornice normativa e i principali strumenti necessari per dare attuazione ai programmi previsti.

Il Piano riporta l'inquadramento dello scenario attuale in termini epidemiologici e sanitari della Regione, con l'evidenziazione di eventuali criticità e di punti di forza: dall'analisi della situazione esistente deriva la formulazione del fabbisogno e degli orientamenti per le diverse aree di intervento.

Il Piano fornisce quindi le indicazioni operative per consentire la formalizzazione e il puntuale avvio delle azioni necessarie al conseguimento di ciascuno degli obiettivi indicati, nonché le modalità per consentire il monitoraggio e la valutazione dello stato di attuazione.

Il contenuto fondamentale del Piano riguarda la descrizione dei Programmi Strategici della Regione per i prossimi tre anni, in coerenza con le indicazioni del livello centrale e con le esigenze emergenti in ambito regionale, necessari per rispondere ai bisogni dei cittadini.

I Programmi Strategici si traducono in specifici *Obiettivi Prioritari* da sviluppare per le diverse aree di intervento. Alcuni Programmi hanno la caratteristica della "trasversalità", nel senso che riguardano particolari condizioni "di sistema" che sono necessarie e comuni a tutte le azioni da intraprendere.

Di seguito si riporta in sintesi l'elenco dei Programmi con l'indicazione di alcuni degli elementi che concorrono a definire gli obiettivi prioritari da raggiungere.

Per quanto riguarda i Livelli Essenziali di Assistenza:

1. **PREVENZIONE.** *Il potenziamento dei sistemi di prevenzione e sicurezza sul territorio:* per programmare e creare concrete azioni di intervento laddove si presentano le condizioni di maggiore criticità per situazioni di emergenza, fragilità e cronicità a causa di particolari patologie o di specifiche condizioni epidemiologiche

e sociali, etniche, relativamente ai temi collegati al Piano Regionale della Prevenzione su salute, ambiente, sicurezza sul lavoro nonché sanità veterinaria e sicurezza alimentare;

2. *ASSISTENZA TERRITORIALE. L'ampliamento dei servizi di prossimità territoriale e domiciliare e delle cure intermedie*: per rendere disponibili servizi e trattamenti in modo diffuso e in tempi ragionevoli, con lo sviluppo dei servizi territoriali e con una presenza capillare in tutta la regione, riducendo la mobilità sanitaria nonché per eliminare eventuali differenze nell'erogazione dell'assistenza, legate ai territori, al genere, all'età, alla provenienza. I temi trattati riguardano la rete socio sanitaria sul territorio delle cure primarie, le Case della comunità, gli Ospedali di comunità, le disabilità, Malattie rare, Salute mentale, Dipendenze patologiche, Cure palliative, sanità penitenziaria;
3. *ASSISTENZA OSPEDALIERA. La rimodulazione delle reti cliniche, il recupero della mobilità passiva, il potenziamento dei servizi in aree particolarmente disagiate*: per incrementare gli interventi in chiave organizzativa e professionale che consentano di garantire prestazioni di alta qualità in modo appropriato e coerente con il contesto demografico ed epidemiologico, con la domanda e i bisogni dei pazienti e per il recupero della mobilità passiva, relativamente a temi quali il consolidamento delle reti cliniche, l'organizzazione dei servizi ospedalieri, con particolare attenzione alle aree particolarmente disagiate;
4. *Il governo dei tempi di attesa, il consolidamento delle modalità di raccordo e coordinamento dei servizi, la gestione del rischio*: per un efficiente ed efficace raccordo tra strutture, operatori e cittadini, potenziando le funzioni di integrazione tra ospedale e territorio attraverso servizi diffusi e differenziati, per temi quali il sistema dell'emergenza urgenza, il governo dei tempi di attesa, la gestione del rischio e la sicurezza delle cure;
5. *Lo sviluppo dell'Assistenza farmaceutica, della protesica e dei dispositivi medici*: per rendere adeguata e appropriata l'assistenza farmaceutica e la rete dei servizi ad essa collegati, nonché per il rafforzamento della farmacovigilanza, oltre all'adeguamento delle azioni per la protesica e i dispositivi medici;

Per quanto riguarda aree e azioni trasversali e di supporto:

6. *L'innovazione e la digitalizzazione nel SSR*: programma trasversale per portare le strutture, tramite investimenti in tecnologia, ai più elevati standard di funzionamento e di sicurezza in chiave organizzativa, strutturale, tecnica e logistica nonché per consolidare l'integrazione dei sistemi di comunicazione e informazione, digitalizzando e semplificando i sistemi di supporto e le procedure amministrative, nonché per consentire analisi e valutazioni necessarie per orientare le scelte e superare tempestivamente le criticità, con particolare riferimento alla digitalizzazione dei processi clinico assistenziali, alla telemedicina, al fascicolo sanitario elettronico;
7. *L'adeguamento infrastrutturale*: piena attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Pnrr), rendendo coerente l'implementazione del progetto regionale con le azioni necessarie su tutte le principali realtà strutturali e infrastrutturali della sanità regionale;
8. *La qualificazione del personale e la valorizzazione della ricerca*: per adeguare e valorizzare le competenze manageriali, tecniche, professionali e digitali e le esperienze del personale, attraverso il potenziamento degli organici, l'incremento della formazione specialistica e il consolidamento delle competenze professionali e lo sviluppo delle attività di ricerca;
9. *Gli interventi in ambito normativo, organizzativo e relazionale*: piena attuazione della legge regionale di riforma della sanità per un miglior esercizio della governance insieme ad un adeguamento del ruolo e dell'organizzazione del sistema pubblico, in termini di differenziazione, integrazione dei servizi e rapporti con interlocutori istituzionali, stakeholder, OO.SS, cittadini e Associazioni di volontariato.

L'attuazione dei Programmi del Piano, declinati negli Obiettivi prioritari, sarà demandata ad uno o più atti della Giunta regionale che, con l'eventuale parere della Commissione assembleare competente su specifici argomenti, definiranno il dettaglio delle specifiche misure attuative, con gli indicatori di monitoraggio, la tempistica ed i target da raggiungere. La definizione dell'orizzonte temporale, considera la seguente tempistica per la realizzazione degli obiettivi:

a breve termine, entro 12 mesi;

a medio termine, tra 12 e 24 mesi;  
a medio/lungo termine, oltre 24 mesi.

### **MONITORAGGIO E VALUTAZIONE**

Per il monitoraggio periodico e la valutazione dell'applicazione del Piano sarà individuato, con atto della Giunta regionale, un "comitato di verifica", composto da rappresentanti degli stakeholder competenti nelle diverse materie indicate e verrà indicata una struttura tecnica regionale che si occuperà della verifica periodica dello stato di attuazione degli interventi e degli eventuali impatti sul sistema, attraverso l'analisi e la valutazione dei parametri definiti nei documenti di attuazione.

La definizione e la realizzazione del Piano avviene secondo principi di partecipazione, responsabilità e trasparenza, con il coinvolgimento di tutti gli interlocutori che possono partecipare ai processi decisionali, di cambiamento e di diffusione delle conoscenze.

# **PARTE PRIMA: IL FABBISOGNO E LA DOMANDA**

## **1 LA POPOLAZIONE E LA SALUTE: INQUADRAMENTO GENERALE**

### **1.1 IL CONTESTO DEMOGRAFICO ED EPIDEMIOLOGICO**

#### **1.1.1 La popolazione in Italia e nelle Marche**

La popolazione residente in Italia è progressivamente diminuita nell'ultimo quadriennio: secondo l'ultimo dato ufficiale pubblicato dall'Istat, tra il 1° gennaio 2017 e il 1° gennaio 2021 la popolazione residente in Italia si è complessivamente ridotta di 809 mila unità. Si è passati da 60,07 milioni di abitanti (al 1° gennaio 2017) a 59,26 milioni di abitanti (al 1° gennaio 2021), con un tasso di variazione negativo medio annuo pari al 3,38%. Decrescita che si è rilevata pressoché costante nel primo triennio (con un tasso di variazione medio annuo del -2,37%) ma più significativa nell'ultimo anno di analisi: dal 1° gennaio 2020 al 1° gennaio 2021 la popolazione italiana, infatti, è diminuita del 6,44%, conseguenza dell'impatto della pandemia di COVID-19 su natalità e mortalità.

La dinamica presentata si riflette sulla composizione della popolazione per fasce d'età: con costanza, aumentano, negli anni, gli anziani mentre diminuiscono i giovani. Il 9% della popolazione residente è rappresentata dalla popolazione immigrata, mediamente più giovane della popolazione italiana.

L'evoluzione descritta comporta un'ulteriore significativa variazione nella composizione della popolazione per fasce d'età, con evidenti ripercussioni sul fabbisogno di servizi di salute.

Le previsioni mostrano un'incidenza della popolazione di 65 anni e oltre sul totale della popolazione in aumento (+1,8% nel quinquennio) e, di contro, una diminuzione dell'incidenza della popolazione nelle fasce di età dagli 0 anni ai 64 anni (-1,9% nel quinquennio).

La popolazione residente nella Regione Marche, al 1° gennaio 2021, è pari a 1.501.406 abitanti (dato provvisorio pubblicato dall'Istat). L'analisi della tendenza della popolazione della Regione Marche mostra un andamento decrescente negli ultimi anni: dal 1° gennaio 2017 al 1° gennaio 2021 si è registrata una contrazione del numero di residenti pari al 2%. Come già rilevato nel contesto nazionale, il tasso di variazione del periodo ha risentito dell'impatto della pandemia COVID, mostrandosi tendenzialmente costante nel primo triennio (decrescita media dello 0,4%) e più rilevante nel 2020 (-0,7%).

In linea con l'andamento previsionale della popolazione in Italia, anche il numero dei residenti nella Regione Marche appare destinato a subire una contrazione. Sulla base dello "scenario mediano", dai dati ufficiali pubblicati dall'Istat, si stima una diminuzione del 1,9% nel prossimo quinquennio. Si passerà da 1,49 milioni di persone al 1° gennaio 2022 a 1,46 milioni di persone al 1° gennaio 2027, con una tendenza annua in diminuzione al tasso medio di variazione dello 0,4% (meno accentuato nel 2025 e 2026).

La stessa tendenza rilevata a livello nazionale è attesa in tema di composizione della popolazione per fasce di età. La popolazione di età superiore ai 65 anni subirà, nel quinquennio, un aumento del 5,5%, cioè si passerà da 384 mila persone over 65 stimate al 1° gennaio 2022 a 405 mila persone over 65 stimate al 1° gennaio 2027; contestualmente si avrà anche una contrazione della popolazione di età under 65 nello stesso periodo (-4,5% nel quinquennio). Considerando la tendenza in diminuzione della popolazione residente, l'aumento del numero di residenti anziani inciderà sulla composizione della popolazione nel suo complesso: si avrà pertanto nel 2027 il 27,6% di persone con 65 anni e più (di cui il 5% over 85 anni) e il restante 72,3% di persone compreso nelle fasce di età da 0 anni a 14 anni e da 15 anni ai 65 anni.

## 1.1.2 Il quadro epidemiologico

A livello nazionale, cronicità e policronicità raggiungono numeri importanti con l'avanzare dell'età: tra i 65 e gli 85 anni più della metà delle persone convive con una patologia cronica e la quota aumenta fino a interessare i tre quarti degli ultra-ottantacinquenni, di cui la metà risulta policronico.

La prevalenza per singole patologie croniche muta notevolmente con l'età: prima dei 55 anni la più frequente riguarda l'apparato respiratorio e coinvolge il 6% degli adulti mentre dopo i 55 anni, progressivamente con l'avanzare dell'età, aumenta la prevalenza di cardiopatie e di diabete, che raggiungono valori intorno al 30% e al 20% verso gli 80 anni.

La prevalenza dei tumori raggiunge il suo valore massimo (circa 15%) intorno agli 80 anni.

Per la Regione Marche, attraverso l'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) dei ricoveri ospedalieri del triennio 2017-2019, viene mostrato come le diagnosi relative a tumori (54.037) e malattie cardiovascolari (40.618) rappresentino nell'ordine le patologie più diffuse, seguite da diabete e patologie cerebrovascolari. Oltre a questi ricoveri maggiormente frequenti, ne sono presenti altri ad elevato peso in termini diagnostici, terapeutici e di caregiving quali le broncopneumopatie cronico ostruttive, le demenze, l'Alzheimer, l'insufficienza renale e la sclerosi multipla. Per la popolazione straniera, le principali cause di ricorso al ricovero sono rappresentate da: traumi, malattie cardiovascolari e respiratorie negli uomini, parti, complicanze in gravidanza e tumori per le donne.

Dall'analisi delle diagnosi principali, stratificate per classi di età, la classe di età maggiormente colpita per le patologie più frequenti, oncologica e cardiovascolare, per tutto il triennio preso in considerazione, risulta essere quella dai 65 agli 84 anni.

Per quanto riguarda le patologie oncologiche, che determinano oltre un terzo di tutti i ricoveri, si osserva che il tumore alla mammella nelle femmine e alla prostata nei maschi rappresentano i quadri di maggiore incidenza e prevalenza, seguiti dal tumore al colon-retto per entrambi i sessi. Per tutti questi quadri esistono programmi di screening di popolazione e protocolli per diagnosi e trattamento precoce (a cui è opportuno stimolare una maggiore adesione della popolazione, compreso il personale sanitario ed i MMG) e programmi di trattamento secondo protocolli definiti per la loro terapia secondo evidenze cliniche condivise: appare, quindi, opportuno consolidare l'adozione di protocolli omogenei che possano prendere in carico precocemente le relative diagnosi e gestirle nelle reti cliniche definite nella Regione.

Il trattamento delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT) produce una significativa parte della domanda di prestazioni sanitarie dato l'aumento dell'aspettativa di vita, il conseguente progressivo invecchiamento della popolazione e la necessità di controllare le condizioni dei cronici e prevenirne le complicanze. Le tendenze rilevate a livello demografico, secondo lo scenario previsionale mediano, evidenziano, per il periodo 2022-2027, una modesta ma costante riduzione della popolazione, in cui cresce l'incidenza delle fasce di età più elevate, in cui i soggetti portatori di malattie croniche sono maggiormente presenti.

La multicronicità, ossia la presenza di più patologie croniche, che è la condizione di persone affette da due o più condizioni di cronicità oppure da altre patologie croniche, colpisce un numero crescente di persone con l'aumento dell'età. La prevalenza della multicronicità è del 24% tra la popolazione di oltre 14 anni nelle Marche, rispetto al 27% circa nazionale (OS). Tale condizione è stimata al 4% tra i 18 e 49 anni, al 8,8% tra i 50 ed i 69 anni, e riguarda il 23,7% oltre i 65 anni (PS). Il trattamento delle cronicità, secondo il Piano Nazionale Cronicità recepito dalle Marche e le indicazioni della Medicina di Iniziativa dell'Agenas, determinerà una parte sempre più significativa del fabbisogno di prestazioni sanitarie da parte della popolazione.

L'impatto della pandemia da Covid-19 sul trattamento delle patologie, specie chirurgiche, oggetto dell'attività ospedaliera ha comportato ripetute riduzioni delle attività programmate e il differimento di quelle non urgenti. Anche a parità di prevalenza ed incidenza delle patologie ciò comporterà nei prossimi anni una maggiore richiesta, non facilmente quantificabile, di prestazioni derivante dalla necessità di recuperare i ritardi e le prestazioni rimandate a causa della pandemia.

Un approfondito quadro di riferimento sugli aspetti demografici ed epidemiologici, corredato da grafici e tabelle numeriche, predisposto in collaborazione con l'Università Politecnica delle Marche, è riportato in **Appendice 1**.

## 1.2 LA DOMANDA DI ASSISTENZA SANITARIA

L'avvento della pandemia di COVID-19 ed il suo conseguente impatto sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN) hanno evidenziato le carenze strutturali di quest'ultimo. La Missione Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è strutturata per porre rimedio a tali lacune e pone tra i suoi obiettivi l'adeguamento del SSN ad un contesto demografico ed epidemiologico in evoluzione nonché l'equità del servizio, che garantisca il soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione, senza differenze geografiche o dettate da elementi socioeconomici. Si pone altresì l'obiettivo di capillarizzare l'offerta di salute sul territorio, rafforzando parallelamente la rete dell'assistenza primaria territoriale.

Per consentire l'adeguamento del SSN è necessaria un'attenta analisi di contesto, che consenta in primo luogo l'identificazione del fabbisogno di prestazioni sanitarie espresso dalla popolazione, con la relativa distribuzione geografica. Poiché il reale fabbisogno è difficilmente tracciabile con le fonti dati disponibili, esso può essere comunque approssimato attraverso il consumo sanitario delle prestazioni tracciate abitualmente dai flussi sanitari amministrativi regionali, analizzando in particolare il consumo di prestazioni sanitarie concernenti ricoveri in ospedale, accessi in pronto soccorso e prestazioni ambulatoriali, relative ai residenti nella regione Marche, descrivendo la distribuzione spaziale della domanda ed identificando eventuali aree geografiche nelle quali l'offerta sia carente.

Complessivamente, il confronto tra il biennio 2018-2019 ed il biennio successivo ha evidenziato l'impatto della pandemia di SARS-CoV-2, con una riduzione diffusa e significativa degli accessi. Tale riduzione, tuttavia, non è destinata a persistere nel tempo. Ciò identifica il consumo del biennio 2018-2019 come base analitica utile alla futura programmazione: nel breve termine, infatti, è plausibile che il consumo si riassetti su livelli prepandemici.

### ***Ricoveri ospedalieri***

La media annuale del numero di ospedalizzazioni nel corso del biennio 2018-2019 è stata pari a 228.005, corrispondente ad un tasso di 150,5 ammissioni per 1000 residenti. Nel biennio successivo si è registrato un forte decremento, dovuto all'impatto della pandemia: il numero medio annuo di ammissioni è stato 169.715, mentre il tasso è sceso a 113,0 per 1000. La provincia per la quale si registra il maggior numero ed anche il tasso grezzo massimo di ammissioni è quella di Ancona, per entrambi i bienni, mentre il tasso minimo di accesso è nella provincia di Macerata ed il numero minimo di accessi in quella di Fermo. I residenti nella provincia di Fermo sono quelli maggiormente interessati dal fenomeno della mobilità, seguiti da quelli della provincia di Ascoli Piceno: nel biennio 2018-2019 rispettivamente solo il 50,5% ed il 58,6% delle ospedalizzazioni dei residenti in queste province sono avvenute in strutture ubicate entro le province stesse.

All'estremo opposto, la provincia di Ancona ha erogato entro il territorio provinciale l'84,6% delle ospedalizzazioni che interessano i propri residenti. Ancona è stata anche provincia di destinazione per una buona percentuale dei ricoveri dei residenti nelle altre province (10,7% dei ricoveri che interessano residenti di Ascoli Piceno, 16,0% di quelli di Fermo, 20,1% di quelli di Macerata, 8,9% di quelli di Pesaro e Urbino). Il tempo medio di percorrenza tra il comune di residenza e quelli di ospedalizzazione variava tra 37,8 minuti per la provincia di Ancona e 48,1 per quella di Ascoli Piceno. Durante il biennio successivo non si evidenziano variazioni degne di nota.

### ***Accessi in pronto soccorso***

Nel biennio precedente la pandemia, in media sono stati osservati 477.093 accessi al pronto soccorso tra i residenti della regione Marche, ciò equivale ad un tasso medio annuo di 314,8 accessi per 1000 residenti. Come per le ospedalizzazioni, nel biennio successivo è stato osservato un forte decremento, con un numero medio annuo di accessi pari a 343.330 ed un tasso di 229,0 per 1000.

Nel corso del biennio 2018-2019 sono emerse sostanziali differenze territoriali sia nel numero che nel tasso di accessi, con la provincia di Ancona che ha assorbito il maggior numero di accessi (in media 173.117 all'anno) e che ha presentato anche il maggior tasso di accesso (369,1 accessi per 1000 residenti), e la provincia di Fermo

all'estremo opposto (47.906 accessi/anno, 277,6 accessi per 1000 residenti). Il tempo medio di attesa tra il triage e la presa in carico effettiva variava da 78 minuti nella provincia di Pesaro e Urbino e 91 minuti in quella di Ascoli Piceno. Le medesime differenze territoriali si sono espresse nel corso del biennio 2020-2021, ma con una forte riduzione degli accessi.

Anche la mobilità ha presentato sostanziali differenze geografiche: mentre la provincia di Ancona nel corso del biennio 2018-2019 ha coperto il 97,6% degli accessi dei propri residenti, quella di Fermo ne ha coperti solo il 77,7%, mentre i tempi medi di percorrenza variavano tra 10 minuti per la provincia di Ascoli Piceno e 15 minuti per quelle di Fermo e Macerata. Il biennio 2020-2021 ha mostrato una situazione simile.

### ***Prestazioni ambulatoriali***

Il numero medio annuale di prestazioni ambulatoriali di interesse erogate ai residenti nella regione Marche è stato di 4.694.573 per il biennio 2018-2019 e di 3.834.884 nel biennio successivo, con la consueta riduzione associata all'outbreak pandemico. I corrispondenti tassi medi annui sono stati rispettivamente pari a 3.097,9 e 2.560,0 per 1000 residenti.

L'eterogeneità spaziale osservata per i due precedenti outcome risulta in questo caso attenuata. Nel biennio 2018-2019 le province di Ancona ed Ascoli Piceno hanno registrato tassi di accesso simili e vicini a 3.300 per 1000 residenti e le restanti tre province tassi che variavano tra 2.900 e 3.000 accessi per 1000 residenti. Nel corso del biennio successivo, il valore massimo è stato registrato nel territorio di Ascoli Piceno, con un tasso medio annuo di accesso pari a 2.846,0 per 1000 residenti, mentre il minimo è stato osservato nella provincia di Fermo, con 2.348,0 accessi per 1000 residenti.

Nel corso del primo biennio analizzato, il tempo medio d'attesa per ricevere la prestazione era pari a 38 giorni, ma nella provincia di Macerata esso si riduceva a 27 giorni, mentre in quella di Ancona raggiungeva i 50 giorni. Nel corso del secondo biennio, i tempi di attesa si sono ridotti consistentemente, raggiungendo una media di 26 giorni, nuovamente con differenze provinciali marcate.

La provincia caratterizzata dalla maggiore mobilità intra ed extraregionale è risultata quella di Fermo, che ha coperto solo il 73,6% delle prestazioni dei suoi residenti nel biennio 2018-2019 ed il 67,7% nel biennio successivo, mentre all'estremo opposto si è collocata quella di Ancona, con percentuali rispettivamente pari a 90,9% e 89,5%. I tempi medi di percorrenza sono risultati inferiori ai 20 minuti per tutte le province in entrambi i bienni.

### ***Tempi di attesa***

Il fenomeno dei tempi di attesa e delle criticità legate alla difficoltà di garantire prestazioni nel rispetto dei codici di priorità, ha una rilevanza a livello nazionale e si riscontra su tutto il territorio regionale. Rappresenta uno degli aspetti sui quali è necessario porre la massima attenzione e adottare ulteriori azioni ancora più incisive, e indirizzare le energie al fine di soddisfare la domanda di salute dei cittadini e contestualmente limitare la mobilità sanitaria.

L'approfondimento, corredato da grafici e tabelle numeriche, predisposti in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano - Bicocca, è riportato in **Appendice 2**.

## **1.3 LA MOBILITÀ SANITARIA**

La mobilità sanitaria è espressione di un diritto del cittadino a richiedere prestazioni sanitarie a qualsiasi struttura, senza vincoli territoriali, per cercare una risposta al proprio bisogno di salute. Il percorso di cura origina da un bisogno di salute che richiede prestazioni sanitarie che devono essere rese disponibili, in condizioni di accessibilità, appropriatezza e qualità.

La mobilità sanitaria può essere distinta in:



- **attiva** cioè generata da pazienti non marchigiani che si rivolgono ai servizi sanitari regionali (pubblici o privati convenzionati);
- **passiva** cioè originata dai marchigiani che si recano fuori regione, presso strutture pubbliche o private convenzionate, per accedere a prestazioni sanitarie.

La richiesta di prestazioni sanitarie fuori dal territorio regionale può essere dovuta a:

- ricerca della qualità, ovvero ricerca di una migliore qualità della struttura, dei medici o anche delle relazioni interpersonali tra operatore sanitario e paziente;
- dimensione logistica, cioè connessa alla possibilità di ridurre gli spostamenti o alla disponibilità di un “appoggio” in loco o presso l’ospedale, ecc.;
- motivo di necessità, nei quali rientrano le scelte dettate dall’impossibilità di fruire, nella propria regione, con tempistica appropriata, delle prestazioni di cui si ha bisogno (ad es. per liste d’attesa eccessivamente lunghe).

### 1.3.1 La mobilità ospedaliera

#### ***Valutazione dell’impatto economico della mobilità sanitaria***

La componente dei ricoveri ospedalieri ha determinato, per tutto il quadriennio 2017-2020, oltre il 75% del valore economico complessivo e rappresenta l’elemento di maggior “costo sociale” per i cittadini che si rivolgono a strutture sanitarie di altre regioni, non trovando, all’interno del sistema sanitario regionale, una offerta di servizi ritenuta adeguata ai bisogni (tab. 1 Appendice 3). In particolare, su 161 milioni di euro di mobilità passiva regionale (dato puntuale del 2019), i ricoveri ospedalieri ammontano a oltre 121 milioni di euro. Analogamente, per la mobilità attiva, considerata come un indicatore della capacità di attrazione da parte dei sistemi sanitari regionali, il valore economico dei ricoveri, pari a oltre 94 milioni di euro, corrisponde a circa l’80% del totale delle prestazioni di ricovero erogate per pazienti provenienti da fuori Regione (119 milioni di euro nel 2019).

A livello regionale, il saldo di mobilità ospedaliera fra attiva e passiva, pur mantenendosi negativo in valore economico per oltre 13 milioni di euro, registra un costante trend in miglioramento, particolarmente nel 2020, in parte correlato alla pandemia Covid-19 che ha ridotto drasticamente i movimenti (tab. 2, Appendice 3). Il valore dei ricoveri in mobilità passiva della Regione Marche si attesta, nello stesso periodo, oltre i 120 milioni di euro (in contrazione soprattutto nel 2019), e rappresenta, mediamente, il 15% del valore complessivo dei ricoveri effettuati dalla popolazione marchigiana nel periodo 2017-2019 (tab. 3, Appendice 3). Una quota del 34-35% è riconducibile alla popolazione residente nel territorio dell’attuale AST di Pesaro Urbino, ex Area Vasta 1, mentre il 10-11% è riferita ai residenti dell’ex Area Vasta 4. I territori delle restanti ex Aree Vaste presentano un’incidenza intermedia, con valori più significativi per l’ex Area Vasta 2 rispetto alla 3 e alla 5 (tab. 3, Appendice 3).

#### ***Analisi del numero e della tipologia dei ricoveri in mobilità***

Il numero totale dei ricoveri in mobilità passiva rappresenta il 13% del numero totale dei ricoveri erogati dal SSR, inferiore a quello verificato in termini di valore economico (15%), suggerendo una prevalenza di ricoveri con complessità medio-alta (tab. 4, Appendice 3), confermato anche dall’analisi delle informazioni presenti nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (DRG-Diagnosis Related Groups, ovvero Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi). Le principali aree diagnostiche che contribuiscono a generare mobilità passiva sono:

- **ortopedico-traumatologica (39%)**: in particolare, il DRG 544 (*Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto arti inferiori*) e il DRG 503 (*Interventi sul ginocchio senza diagnosi di infezione*), DRG 498 (*Artrodesi vertebrale escluso cervicale*), DRG 224 (*Interventi su spalla e avambraccio*). Nell’ambito del DRG 558 le diagnosi più frequenti sono “Aterosclerosi coronarica di arteria coronarica nativa” e “Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica”. Per il DRG 104 invece troviamo in prevalenza “Disturbi della valvola aortica” e “Disturbi della valvola mitrale”.
- **cardiologica-interventistica (28%)**: in particolare DRG 104 (*Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco*), DRG 558 (*Interventi sul sistema cardiovascolare per via*

*percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore*), DRG 105 (*Interventi su valvole cardiache senza cateterismo*), DRG 518 (*Interventi su sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA*) (tab. 25, Appendice 3). I ricoveri cardiologici per procedure per via percutanea, nonostante la disponibilità di tale procedura sul territorio regionale, rappresentano il 68% dei DRG in oggetto e sono in mobilità passiva nel 31% dei casi (tab. 25, Appendice 3).

### ***Distribuzione mobilità passiva per Area vasta (ora territori delle nuove AST)***

Il ricorso a ricoveri extra-regionali in area ortopedico-traumatologica non è uniforme nelle diverse articolazioni territoriali: nel territorio dell'ex Area Vasta 1 rappresentano il 59% del totale dei ricoveri dei residenti nell'area, in Area Vasta 3 il 38% e nelle altre Aree Vaste circa il 30% (tab. 6, Appendice 3).

Per ciò che attiene i ricoveri extra-regione più rilevanti di area cardiocirurgica/interventistica, l'incidenza è maggiore nell'ex Area Vasta 4 (57%), si riduce nell'ex Area Vasta 3 e 5 (rispettivamente 30% e 33%) e scende al di sotto del valore medio regionale nelle restanti ex Aree Vaste (tab. 7, Appendice 3).

### ***Mobilità passiva ospedaliera – Regioni più attrattive***

Nel 2019, senza particolari differenze nel triennio considerato, si conferma la capacità attrattiva dell'Emilia Romagna, le cui strutture ospedaliere, pubbliche e private convenzionate, erogano circa il 50% dei ricoveri di residenti marchigiani che decidono di spostarsi fuori regione (tab. 8, Appendice 3). Seguono la Lombardia con il 13% circa, l'Umbria e il Lazio con percentuali attorno all'8-9%.

L'Emilia-Romagna, in minor misura l'Umbria, accoglie la maggior parte di mobilità "di contiguità", soprattutto per le prestazioni di non elevata complessità, per le quali ha minor influenza la qualità percepita del servizio erogato. Gli elementi che sottendono la qualità percepita possono essere molteplici, non sempre associati ad una conoscenza specifica ma talvolta da indicazioni provenienti dagli stessi operatori sanitari o da altri pazienti con la stessa problematica clinica ("*effetto passaparola*").

La migrazione extraregionale, è più forte dal territorio dell'attuale AST di Pesaro Urbino, ex Area Vasta 1 (51%) rispetto al restante territorio regionale (ex AV2 = 20%, percentuali via via inferiori per i residenti nelle restanti ex Aree Vaste) e, in particolare, il 72% della mobilità passiva dell'ex AV1 è rivolta all'Emilia Romagna, nel 90% dei casi per problemi di natura ortopedico-traumatologica: asportazione della cartilagine semilunare del ginocchio, sostituzione totale del ginocchio, sostituzione totale dell'anca, riparazione cuffia rotatori (tab. 9 e 10 e fig. 2, Appendice 3).

L'identificazione di poli di eccellenza (es. istituto Ortopedico Rizzoli in Emilia Romagna o Istituto Europeo Tumori) indirizza le scelte di spostamento per la cura di patologie più rilevanti.

Per quanto concerne invece i ricoveri in area cardiologica interventistica (tab. 11, Appendice 3), il 59% dei ricoveri complessivi regionali in mobilità passiva sono svolti presso strutture dell'Emilia Romagna. Pur confermando la forte capacità attrattiva delle strutture emiliano-romagnole, il fattore di prossimità geografica risulta meno rilevante rispetto a quanto osservato per l'area ortopedico-traumatologica. Infatti, nell'ex Area Vasta 4, nel 2019, i ricoveri in mobilità passiva di area cardiologica interventistica in Emilia Romagna, costituiscono il 76% del totale, percentuale sostanzialmente confermata nei 3 anni di osservazione dei dati.

### ***Mobilità passiva ospedaliera – strutture pubbliche e private***

In Emilia Romagna, che attrae il 50% dei ricoveri extra-regione, i ricoveri si distribuiscono nel 60% presso strutture private e nel 40% presso strutture pubbliche. In particolare presso le strutture private si concentrano i ricoveri: il 59% DRG medico 256 (*Altre diagnosi sistema muscolo-scheletrico*), il 56% DRG Chirurgico 503 (*Interventi sul ginocchio*), il 51% DRG Chirurgico 225 (*Interventi sul piede*), il 40% DRG Chirurgico 544 (*Sostituzione articolazioni arti inferiori*) (tab. 16, Appendice 3). I marchigiani si rivolgono a strutture private dell'Emilia Romagna prevalentemente per interventi di asportazione della cartilagine del ginocchio, sostituzione totale di ginocchio, sostituzione totale di anca, (tab. 18, Appendice 3). In ambito cardiologico interventistico, le strutture private

dell'Emilia Romagna vengono scelte prevalentemente per prestazioni di angioplastica percutanea coronarica transluminale o atereotomia coronarica (tab. 24, Appendice 3).

Tale distribuzione si conferma, pur con alcune differenze, anche per i flussi verso Lombardia (83% privato convenzionato) e Lazio (73% privato convenzionato) ad eccezione dell'Umbria (solo nel 19% la mobilità si rivolge a strutture private).

Un recente rapporto CENSIS, definisce la Regione Marche "*di cerniera*", in quanto è oggetto di mobilità attiva dalle regioni meridionali e al contempo produce un flusso di mobilità passiva verso il Nord. La persistenza di un saldo negativo di mobilità, pur se in riduzione, impone l'attuazione di specifici interventi di riorganizzazione dell'offerta regionale, in particolare per garantire l'ottimizzazione dell'offerta sanitaria sul territorio regionale per i residenti, che rappresenta un servizio gradito al cittadino poiché non lo espone a costi e disagi conseguenti allo spostamento (es. disturbi psicologico/emozionali per mancanza dell'apporto familiare).

### **Mobilità attiva ospedaliera**

Il valore dei ricoveri in mobilità attiva della Regione Marche (93 milioni di euro) rappresenta, mediamente, il 12% della produzione complessiva di ricoveri nella Regione Marche (775 milioni di euro) (Cfr. Paragrafo 3.5, Appendice 3), con un case mix di ricoveri di complessità medio-alta.

I ricoveri erogati dalle strutture del Sistema Sanitario Regionale sono oltre 227 mila unità, su base annua, nel triennio 2017-2019; una diminuzione rilevante (-20%) si è avuta nel 2020 rispetto al dato registrato nell'anno precedente, per effetto del fenomeno pandemico. Le strutture presenti nei territori delle cinque ex aree vaste hanno contribuito alla formazione di suddetto valore regionale in modo diverso, con un trend pressoché costante negli anni 2017-2019, maggiore per il territorio dell'attuale AST di Ancona, ex Area vasta 2 (44%), in prevalenza per ricoveri di complessità. L'analisi di dettaglio sulle strutture eroganti ha posto in evidenza che l'incidenza media, nel triennio 2017-2019, del valore dei ricoveri erogati in mobilità attiva dalle strutture private è pari al 51% (Fig. 11, Appendice 3). Il contributo fornito dalle strutture private sul totale del valore dei ricoveri, erogati nelle stesse aree vaste, è significativamente diverso tra le aree territoriali del SSR e passa da un minimo del 2% (ex Area vasta 1) a un massimo del 34% (ex Area vasta 5) (tab. 39, Appendice 3), pressoché confermato anche dall'analisi del numero dei ricoveri (tab. 41, Appendice 3).

Le aree che mostrano un'incidenza significativa nella mobilità attiva ospedaliera sono (fig. 13, Appendice 3):

- l'area ortopedico-traumatologica (che spiega il 23,5% del valore totale della mobilità attiva regionale);
- l'area neurologica (che spiega l'8,5% del valore totale della mobilità attiva regionale);
- l'area cardiologica interventistica (che spiega il 5,3% del valore totale della mobilità attiva regionale)
- l'area della chirurgia generale (che spiega il 3,6% del valore totale della mobilità attiva regionale).

Per l'area ortopedico-traumatologica, il DRG 545 (*Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio*), DRG 4967 (*Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC*) e il DRG 546 (*Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna*) sono erogati esclusivamente dall'ex Area Vasta 5 mentre il DRG 496 (*Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato*) unicamente dall'ex Area Vasta 3. L'unico DRG a cui contribuiscono tutte le ex aree vaste è il DRG 544 (*Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori*) (tab. 44, Appendice 3). 6/11 DRG che contribuiscono maggiormente alla mobilità attiva a livello regionale sono gli stessi che producono i maggiori flussi di mobilità passiva e sono erogati nel 93% dei casi da strutture private (tab. 45, Appendice 3). La struttura pubblica che eroga più ricoveri in mobilità attiva di area ortopedico-traumatologica è l'AOU delle Marche (20%) seguita dal presidio di Fabriano (12%) (tab. 48, Appendice 3).

I DRG più rilevanti di area neurologica in mobilità attiva corrispondono a 623 ricoveri, pari al 19% del totale dei ricoveri erogati dalle strutture della Regione Marche e corrispondono al 3% del totale dei ricoveri in mobilità attiva della Regione Marche (tab. 49, Appendice 3). Il 97% dei ricoveri in mobilità attiva è erogato da strutture private del SSR; il restante 7% da strutture pubbliche del SSR (tab. 50, Appendice 3).

I DRG più rilevanti di area cardiologica interventistica in mobilità attiva corrispondono al 17% del totale dei ricoveri erogati dalle strutture della Regione Marche (tab. 51, Appendice 3). 2/6 DRG in di mobilità attiva a livello regionale (considerando i primi 50 DRG che derivano dall'aggregazione dei primi 20 DRG in mobilità attiva di ciascuna ex Area Vasta) sono gli stessi che determinano i maggiori flussi di mobilità passiva, e sono erogati nel 100% dei casi (46 ricoveri associati al DRG 104 e 91 ricoveri associati al DRG 105) dall'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche, di Ancona.

I DRG più rilevanti di area chirurgia generale in mobilità attiva costituiscono il 3,4% del totale dei ricoveri in mobilità attiva (tab. 52, Appendice 3).

La progressiva riduzione della mobilità passiva costituisce un obiettivo strategico della Regione.

Un approfondito quadro di riferimento sugli aspetti della mobilità sanitaria, corredato da grafici e tabelle numeriche, predisposto in collaborazione con l'Università Politecnica delle Marche, è riportato in **Appendice 3**.

## 1.4 L'EVOLUZIONE DEL FABBISOGNO

L'analisi del contesto demografico – basata sui dati ISTAT (2021) – ha rilevato che, a fronte di una contrazione del numero dei residenti di circa il 2% nei prossimi cinque anni, la popolazione di età superiore ai 65 anni è destinata a crescere. Tra questi ultimi, in particolare, una crescita significativa è stimata per la fascia degli over 85 anni. Nonostante la popolazione complessiva sia destinata a contrarsi, inoltre, è previsto un significativo aumento del numero di persone che vivranno sole. L'aumento della longevità è strettamente correlato all'aumento dei fabbisogni di prestazioni sanitarie per i soggetti con cronicità e policronicità: attualmente, tra i 65 e gli 85 anni più della metà delle persone convive con una patologia cronica e la quota aumenta fino a interessare i tre quarti degli ultra-ottantacinquenni, di cui la metà risulta policronico. Stimato che la fascia di popolazione più anziana è destinata a crescere, si avrà conseguentemente un incremento della domanda di prestazioni di diagnosi e cura delle patologie croniche. Nel dettaglio, dalla stima della prevalenza per ogni cronicità sulla popolazione marchigiana oltre i 14 anni nel prossimo quinquennio, considerato il trend demografico previsto e i tassi di prevalenza presentati nel rapporto Osservasalute (2021), emerge che il Servizio Sanitario Regionale dovrà fronteggiare una domanda potenziale stimata in crescita. Sulla base dei dati disponibili la domanda espressa negli ultimi anni è risultata inferiore al fabbisogno potenziale. La domanda potenziale, pertanto, risulta significativamente superiore rispetto alle capacità di offerta consolidate del SSR, per cui serve un notevole incremento della capacità di risposta, in particolare sul fronte delle patologie croniche nella popolazione anziana, con un forte coinvolgimento della rete dei Medici di Medicina Generale e dei servizi territoriali (strutture ambulatoriali, Case di comunità, Ospedali di Comunità).

L'attuazione dei modelli organizzativi previsti dal d.m. 77/2022 diventa quindi un elemento ineludibile della programmazione, in particolare sulle modalità di gestione della domanda di prestazioni per patologie croniche insieme al potenziamento dei servizi territoriali e domiciliari e allo sviluppo degli screening e delle azioni di prevenzione primaria e secondaria delle malattie oncologiche, con l'obiettivo di:

- trattare i pazienti cronici prima della comparsa di complicanze più gravi e permanenti facendo emergere la domanda non espressa di persone meno consapevoli;
- alleggerire la domanda sui servizi ospedalieri a cui sarebbero affidati solo alcuni casi di elevata complessità per le sole prestazioni;
- ridurre i costi sociali indotti per spostamenti specie per le persone anziane e residenti in località meno prossime ai presidi ospedalieri.

Inoltre, particolare attenzione dovrà essere prestata alla gestione delle aree che manifestano difficoltà nell'accesso alle prestazioni, quali ad esempio l'entroterra della provincia di Pesaro e Urbino, l'area a sud-ovest della provincia di Macerata, l'entroterra della provincia di Ascoli Piceno. Le analisi riportate nelle appendici, consentono peraltro di identificare singole prestazioni o gruppi di prestazioni che presentano criticità territoriali peculiari, sulle quali risulta indispensabile intervenire al fine di garantire condizioni di maggiore equità nella distribuzione dei luoghi di accesso e di maggiore quantità di servizi da rendere disponibili.

La scelta strategica della domiciliarietà e della gradualità dell'intervento, che sceglie la casa e comunque la comunità come primario luogo di cura del cittadino, richiede di avere sul territorio una rete di strutture di cure primarie in cui il cittadino sia effettivamente "preso in carico". La presa in carico specifica e a graduale intensità rappresenta la prima condizione di efficacia del sistema: ogni cittadino in relazione alla propria condizione di rischio o patologia deve essere inserito in un percorso (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale - PDTA) personalizzato di prevenzione, diagnosi precoce o cura e deve avere un professionista - denominato "case manager" - e una struttura di riferimento che sia responsabile dell'offerta del programma di prevenzione, diagnosi o cura e del suo monitoraggio.

La "presa in carico" del cittadino da parte del professionista, dovrà essere effettuata principalmente nelle Case della Comunità, nei Distretti Territoriali, negli Ospedali di Comunità, e negli studi dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, oppure nelle Farmacie dei Servizi in quelle realtà territoriali in cui i servizi sono lontani e di difficile accesso per la popolazione. L'accesso ai servizi dovrà inoltre essere migliorato attraverso una efficace azione di governo dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche, per recuperare le forti criticità ivi presenti. La rete ospedaliera, principalmente rivolta agli acuti, potrà supportare la gestione delle patologie croniche attraverso la collaborazione di specialisti nell'inquadramento iniziale del piano terapeutico e negli esami diagnostici a media od elevata complessità.

Nella *Seconda* e *Terza* parte del presente Piano sono contenute le indicazioni strategiche con cui fornire risposte adeguate ai bisogni emergenti della popolazione marchigiana, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e in coerenza con lo scenario evolutivo del SSN.

## **PARTE SECONDA: I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA**

### **1 PREVENZIONE: IL POTENZIAMENTO DEI SISTEMI DI PREVENZIONE E SICUREZZA SUL TERRITORIO**

#### **1.1 PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE**

Le azioni e gli interventi di sanità pubblica partono dai bisogni della popolazione intesi in una accezione di salute globale, che richiede di affrontare in modo intersettoriale e multidisciplinare le questioni emergenti, estendendo al di là dei confini del settore sanitario gli sforzi organizzativi per prospettare una definizione ampia di Prevenzione. Il Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 (approvato con DGR 1640/2021), sulla base delle indicazioni nazionali, include interventi che riguardano la promozione e la tutela della salute, la sicurezza nei luoghi di lavoro oltre ai temi “ambiente e salute” e “sicurezza alimentare e veterinaria”, gli interventi di promozione della salute, all'interno delle scuole, interventi dedicati alle seguenti tematiche: affettività, sessualità e relazioni, bullismo, comunicazioni e mass-media. In particolare con lo sviluppo o il potenziamento di sistemi di sorveglianza mirati alla riduzione dei rischi ambientali per la popolazione (siti inquinanti di interesse nazionale e non solo) e per lo sviluppo di azioni efficaci per affrontare le grandi emergenze.

Il principale strumento di programmazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute, tale da attuare la vision, i principi e la struttura del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) sancito dall'Intesa Stato – Regioni e Province autonome del 6 agosto 2020, è il Piano Regionale della Prevenzione (PRP). Il presente Piano socio sanitario ne richiama i temi principali sottolineandone l'importanza nell'ambito della programmazione regionale.

All'interno del PRP sono quindi presenti i principali settori della Prevenzione, compresi quelli di consolidata valenza strategica: il settore delle Malattie infettive/Vaccinazioni e *preparedness* alle emergenze di origine infettiva, che ha assunto notevole rilevanza per la gestione della pandemia Covid-19; il settore degli Screening oncologici, che oltre che rappresentare un'area medica trasversale tra territorio, ospedale e ambito sociale, risulta un programma di Sanità pubblica che oltre ad avere un notevole significato preventivo ha altri elementi di rilievo, quali l'approccio universalistico e gratuito, l'attenzione alle fragilità, la capacità di avere un effetto importante anche in termini diagnostico-terapeutici.

#### **L'esperienza della pandemia da virus SARS-COV-2**

La risposta ad una emergenza pandemica non può che tener conto dell'esperienza maturata con la pandemia da virus SARS-CoV-2, che ha richiesto una rapida adattabilità del sistema Prevenzione, che ha avuto un ruolo centrale nella gestione della pandemia per rispondere alle diverse fasi epidemiche.

Per l'ambito vaccinale si è trattato di uno sforzo organizzativo senza precedenti, che ha visto la realizzazione di soluzioni diverse, dai Punti Vaccinali di Popolazione ai Punti Vaccinali Ospedalieri, dai Punti Vaccinali di Prossimità gestiti dai MMG con la collaborazione dei Comuni alle Unità vaccinali mobili (camper), dalle équipes che hanno vaccinato nelle strutture per anziani alle vaccinazioni nei Luoghi di lavoro. Anche le Farmacie hanno rappresentato una risorsa importante aggiuntiva e la notevole attività dei MMG e dei PLS ha consentito di raggiungere tutte le fasce di popolazione.

Anche i modelli di raccolta e distribuzione dei vaccini, con diversi HUB operativi nel territorio regionale ed un coordinamento centrale hanno rappresentato un'esperienza utile ed applicabile in diversi scenari.

Le altre attività, di fondamentale importanza per la tutela della salute della popolazione, sono state rappresentate dalla sorveglianza epidemiologica e sanitaria, dall'isolamento dei casi e il tracciamento dei contatti. Per quanto riguarda il *contact tracing* sono stati messi in atto meccanismi semplificati, con l'utilizzo di una piattaforma

informatica che ha permesso di facilitare le attività e sono state attuate procedure che hanno permesso di gestire un numero molto elevato di casi e contatti stretti; per la somministrazione dei tamponi diagnostici è stato sviluppato a livello territoriale il modello dei *Diagnostic Drive Throught*. L'attivazione di nuovi punti territoriali raggiungibili in auto, con la possibilità di effettuare il tampone nasofaringeo senza scendere dal veicolo, ha permesso di velocizzare le procedure e gestire il numero elevato di casi delle ondate epidemiche. Sono state messe in campo modalità avanzate di collaborazione con i dirigenti scolastici, con l'utilizzo di una piattaforma per la registrazione dei casi e dei contatti stretti. Nel complesso la capacità dei sistemi di sorveglianza di identificare e isolare tempestivamente le persone contagiose e i loro contatti ha rappresentato un elemento fondamentale per la gestione dell'epidemia. Altro elemento di notevole rilevanza sviluppato nel corso della pandemia da virus SARS-CoV-2 è stato il Sistema informatizzato regionale di popolazione dati per la raccolta e l'aggregazione dei dati epidemiologici e clinici dei soggetti affetti da Covid-19 sul territorio regionale. A livello territoriale l'ex ASUR ha utilizzato un programma per la gestione dei casi e dei contatti che si è integrato con gli altri sistemi di sorveglianza relativi agli altri flussi informativi (ricoveri, mortalità, esami diagnostici).

Va infine rilevato che nel corso della pandemia altre attività dei Dipartimenti di Prevenzione sono state le iniziative di comunicazione per la popolazione, con la realizzazione di strumenti ad alto impatto divulgativo (es. video-tutorial); inoltre, in ambito comunicativo di notevole rilievo è stata la gestione del Numero Verde Regionale.

*La recente pandemia ha richiesto un grande sforzo organizzativo e una grande flessibilità per l'incremento delle capacità di risposta sul territorio; obiettivo prioritario della Regione è far sì che queste capacità di azione rapida e di adattamento alle diverse fasi pandemiche vengano mantenute e potenziate.*

### **La preparazione alle emergenze di sanità pubblica**

L'esperienza della pandemia da virus SARS-CoV-2 ha dimostrato in maniera evidente la rilevanza della *"preparedness"*, ovvero la capacità di preparazione e risposta alle emergenze per la salute pubblica e che questa funzione trasversale a tutte le articolazioni del Servizio Sanitario Regionale debba rafforzarsi in particolar modo nei confronti delle emergenze di natura infettiva.

Nelle Marche un percorso di *preparedness* è cominciato nel 2007 con l'adozione del Piano Regionale di Preparazione e Risposta ad una eventuale pandemia influenzale (DGR 1371/07) che nel biennio 2008-2009 ha promosso un percorso di preparazione capillare con la costituzione di Comitati pandemici locali e il recepimento territoriale delle indicazioni veicolate dal Piano Pandemico Regionale. Negli anni è stato attivato e potenziato il GORES (Gruppo Operativo Regionale per le Emergenze Sanitarie), un tavolo tecnico d'interfaccia tra Servizio Salute e Protezione Civile regionale che ha coordinato la risposta sanitaria a numerose emergenze di carattere regionale. Nel 2020 è stato formalizzato un aggiornamento del Piano pandemico (DGR 1257/2020), e con DGR 1364/2021 sono state approvate le *"Misure strategiche previste dal Piano Pandemico Regionale di cui alla dgr n. 1257/2020"*, con la definizione di interventi specifici per il controllo della curva epidemica della pandemia Covid-19 e la gestione delle necessità assistenziali emergenti nel periodo autunno-inverno.

A livello nazionale, in data 25/1/2021 è stato sancito l'Accordo Stato Regioni Province Autonome sul documento *"Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023"*. Il Piano contiene le azioni necessarie alla risposta ad un evento pandemico influenzale, specificandone attori e scadenze. Pur essendo un piano pandemico specifico per l'influenza, esso prevede molteplici azioni di *preparedness* trasversali che potranno essere usate per la risposta ad altri agenti patogeni emergenti.

Con DGR n. 188 del 28/2/2022 la Regione Marche ha approvato il *"Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale"*, reponendo le indicazioni del Piano nazionale.

La gestione di una pandemia influenzale rappresenta un'emergenza complessa, nei confronti della quale viene richiesta una risposta superiore rispetto alle capacità ordinarie di intervento per la gestione delle emergenze di sanità pubblica. I tempi rapidi d'intervento per le specifiche azioni mirate necessitano della predisposizione di strumenti che possano garantire, per i tempi strettamente occorrenti, una straordinarietà dell'azione organizzativa e gestionale, in relazione a possibili impatti sulla popolazione che l'influenza pandemica potrebbe manifestare nella sua evoluzione. Il Piano strategico-operativo regionale attuativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale ha definito la *governance* a livello regionale ed ha individuato i Piani attuativi relativi a

diversi settori, che sono stati dettagliati da specifici Gruppi Tecnici multidisciplinari (decreto Dirigente Settore Prevenzione ARS n.27 del 12 ottobre 2022):

- Piano di Attività di sorveglianza epidemiologica e virologica;
- Piano di potenziamento e flessibilità dei Servizi di Prevenzione;
- Piano di potenziamento e flessibilità dei Servizi sanitari territoriali;
- Piano di potenziamento e flessibilità dei Servizi ospedalieri;
- Piano relativo alle Misure di prevenzione e controllo delle infezioni, farmacologiche e non;
- Piano di Approvvigionamento e Accantonamento di DPI, medicinali (farmaci e vaccini);
- Piano di Formazione;
- Piano di Comunicazione;
- Piano di Attività di ricerca e sviluppo.

Per ogni Piano individuato, sono stati specificati obiettivi ed azioni per ognuna delle quattro fasi pandemiche (fase interpandemica, Fase di Allerta pandemica, Fase Pandemica, Fase di Transizione). Nella individuazione delle azioni dei diversi Piani attuativi è stata definita una check list delle attività/ funzioni operative previste ed uno schema di Piano di contingenza con le diverse componenti coinvolte nella gestione delle fasi pandemiche.

Da rilevare, infine, che come specificato nel d.m. 23 maggio 2022, n. 77, per la sorveglianza delle malattie infettive in uno scenario di pre-allerta epidemica, potrà essere prevista la strutturazione di un team multisettoriale per fronteggiare le emergenze pandemiche, con uno standard di riferimento di professionisti sanitari da definire in base alle condizioni epidemiologiche e all'evoluzione delle fasi pandemiche, come previsto dal Piano Pandemico Nazionale, nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 1, comma 261, della legge 234/2021.

#### **Obiettivi Prioritari:**

##### **Breve termine:**

disponibilità di un proprio Piano pandemico a livello territoriale (AST ed Enti ospedalieri); realizzazione di un corso di formazione FAD sul Piano Regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023 rivolto a tutti gli Operatori;

##### **Medio termine:**

svolgimento di una esercitazione regionale. Strutturazione team multisettoriale.

##### **Medio / Lungo termine:**

mantenere la capacità del Servizio Sanitario Regionale di rispondere ad una futura emergenza pandemica attraverso lo sviluppo e l'applicazione dei Piani attuativi già definiti e l'attivazione del sistema di *governance* già individuato.

#### **Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2020-2025**

Le principali attività dei prossimi anni per quanto riguarda l'area della Prevenzione, dovranno essere sviluppate come previsto dal *Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2020-2025*, approvato con la DGR n. 1640 del 28/12/2021.

Il Piano Regionale declina a livello territoriale il Piano Nazionale della Prevenzione (Intesa Stato – Regioni e Province Autonome n. 127/CSR del 06/08/2020) e comprende 10 Programmi Predefiniti, comuni a tutte le Regioni, e 4 Programmi facoltativi di valenza regionale. È previsto un monitoraggio ed una valutazione annuale ministeriale. L'attuazione del Piano Regionale della Prevenzione rientra tra gli adempimenti del LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" (DPCM 12 gennaio 2017), la cui valutazione è a cura del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse e per la verifica della congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal SSN, come previsto dall'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005.



A livello regionale sarà necessario garantire e potenziare le attività di supporto a tutti i Programmi per agevolare il conseguimento degli obiettivi, a cominciare da quelli trasversali: equità, intersectorialità, formazione e comunicazione.

A livello territoriale – Aziende Sanitarie Territoriali – saranno adottate le modalità organizzative necessarie per l’attuazione locale dei Programmi, con funzioni e responsabilità attribuite per favorire la collaborazione e l’integrazione tra dipartimenti e servizi chiamati a collaborare sui programmi del PRP quali ad esempio Dipartimenti Dipendenze, Salute mentale, Dipartimenti materno infantili, Distretti sanitari.

Per il monitoraggio delle attività del PRP e per acquisire informazioni utili per indirizzare e rimodulare gli interventi preventivi è necessario il potenziamento delle attività di sorveglianza epidemiologica: il sistema di sorveglianza PASSI (*Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia*) che raccoglie informazioni sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali della popolazione adulta di 18-69 anni; il sistema di sorveglianza PASSI d’Argento, sulla popolazione ultra64enne; OKkio alla Salute, sistema di sorveglianza sul sovrappeso e l’obesità e i fattori di rischio correlati nei bambini delle scuole primarie (6-10 anni); Hbsc (*Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare*), studio multicentrico sullo stato di salute dei giovani e il loro contesto sociale in ragazzi di età scolare: 11, 13 e 15 anni; la Sorveglianza dei Bambini 0- 2 anni, effettuata tramite indagini campionarie periodiche.

Gli elementi maggiormente innovativi del PRP delle Marche sono: l’estensione degli interventi che abbracciano l’intero arco della vita (*Life course*); l’articolazione per *setting*, intesi come contesti (servizio sanitario, scuola, lavoro, comunità, ecc.) in cui è possibile raggiungere più facilmente individui e gruppi di popolazione per promuovere la salute e realizzare interventi di prevenzione; l’impiego di azioni basate su evidenze di efficacia e buone pratiche; l’intersectorialità, con il coinvolgimento di diversi attori/istituzioni, finalizzato a rendere facili le scelte salutari, sviluppando reti e alleanze secondo l’approccio europeo della salute in tutte le politiche (*Health in all Policies*); l’equità come componente essenziale del Piano e come elemento da sviluppare in ogni Programma. Inoltre, viene prospettata una definizione ampia di Prevenzione: il Piano Regionale (sulla base delle indicazioni nazionali) include interventi che riguardano anche il tema “ambiente clima e salute”.

Il Piano concorre quindi operativamente al raggiungimento degli obiettivi a lungo termine che mirano a prolungare la vita vissuta in buona salute, ridurre progressivamente le morti premature ed evitabili, aumentare l’equità, il benessere sociale e il potere decisionale del singolo e della comunità per raggiungere il più elevato standard di salute possibile. Rappresenta inoltre lo strumento fondamentale di pianificazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute da realizzare sul territorio: tenendo conto della esperienza della pandemia da COVID-19, sottolinea l’indispensabilità di una programmazione basata sempre più su integrazione, coordinamento e rete tra le diverse istituzioni, strutture e attività presenti nel territorio, per assicurare flessibilità, efficacia e tempestività di risposta sia a situazioni di emergenza, sia ai bisogni di salute della popolazione. In questo senso, per la gestione delle attività descritte, sono stati attivati specifici gruppi tecnici sia interni alle macro-aree organizzative del SSR, sia misti con soggetti esterni al SSR e portatori di interesse. Il coordinamento e la capacità di gestione di tali gruppi rappresentano una attività impegnativa e complessa, ma di grande rilevanza per l’attuazione delle azioni e degli obiettivi previsti.

*Di seguito, si riporta una sintesi degli interventi previsti nel Piano Regionale della Prevenzione, la cui attuazione è prevista entro l’anno 2025.*

#### **Obiettivi Prioritari:**

##### **Breve termine:**

potenziamento del coordinamento del PRP a livello regionale; potenziamento del coordinamento del PRP a livello territoriale, con l’approvazione da parte delle AST dei Piani Integrati Locali per la completa attuazione dei Programmi del Piano Regionale della Prevenzione.

Potenziamento e valorizzazione dell’epidemiologia (sistemi di sorveglianza di popolazione) come strumento di monitoraggio dello stato di salute delle comunità, di valutazione di impatto dei programmi, di governance dei processi, anche nella direzione dell’integrazione con altre strutture e aree del sistema (come indicato del Ministero della salute n. 77 del 23 maggio 2022).

**Medio e lungo termine:**

la realizzazione dei Programmi del PRP, in vigore fino al 31/12/2025, rappresenta l'attività più rilevante di programmazione che i Dipartimenti di Prevenzione dovranno sviluppare nei prossimi anni, anche in coerenza con le indicazioni del presente Piano.

**1.1.1 Area Promozione della Salute**Programma 1: Scuole che Promuovono Salute

Con il Programma "Scuole che Promuovono Salute" (SPS) si intende dare ulteriore impulso alla collaborazione tra sistema scolastico, sistema sanitario, ambito sociale ed altri portatori di interesse significativi nei diversi territori, proponendo un percorso di promozione della salute per l'intero ciclo di istruzione in coerenza con gli "Indirizzi di policy integrata per la Scuola che Promuove salute" e con l'Approccio Globale della Salute dell'OMS. La sinergia tra scuola, sanità e comunità si realizza principalmente attraverso:

- accordi intersettoriali a supporto delle azioni di promozione della salute nel settore scolastico;
- attività di formazione congiunta;
- condivisione di programmi *life skills oriented*.

L'istruzione è un pilastro fondamentale nella costruzione delle scelte e dei comportamenti che si svilupperanno nel corso della vita individuale e nella comprensione dei processi di mutamento sociale con riferimento all'accesso al mercato del lavoro, alla formazione dei nuclei familiari, ai comportamenti e stili di vita e alle condizioni socio-economiche e di provenienza di individui e famiglie. Il sistema educativo scolastico è quindi un luogo centrale per la diffusione del concetto di salute globale, per produrre trasformazioni culturali ed economiche nella società. A tale scopo, per promuovere le condizioni di benessere e gli stili di vita sani è strategico, in ottica di equità, sviluppare la *Rete delle Scuole Promotrici di Salute* - che adotta programmi incentrati su buone pratiche e/o con evidenza di efficacia, culturalmente "competenti" - in modo omogeneo su tutto il territorio regionale sulla base di una valutazione degli Istituti Scolastici aderenti e non per area geografica e per tipologia di Istituto.

In quest'ottica, con DGR 784 del 27/12/2022 è stato approvato il Protocollo d'Intesa tra la Regione Marche e l'Ufficio Scolastico Regionale per le Marche per le Scuole che promuovono Salute.

Tra le diverse azioni, il Modello delle Scuole che Promuovono Salute (SPS) prevede:

- l'istituzione del Coordinamento Regionale per le SPS rappresentativo dei riferimenti istituzionali coinvolti quali USR Marche, ARS, AST, Dipartimenti regionali interessati – Politiche Sociali e Sport, Istruzione e altre componenti con il compito di indirizzare e ratificare quanto previsto dal Programma;
- l'organizzazione di iniziative comunicative, anche in ottica interculturale, che realizzino la restituzione dello stato dell'arte regionale sia delle SPS che delle attività poste in essere presso tutte le scuole regionali e favoriscano in maniera diffusa la conoscenza del Programma e dei suoi obiettivi;
- un'azione equity oriented indirizzata alle scuole del territorio che risultano meno raggiunte dalle buone pratiche, attraverso azioni di advocacy per la diffusione dell'approccio globale alla salute.

Per condividere i principi fondanti di questo Programma è necessaria la collaborazione di tutti gli operatori che lavorano nei contesti scolastici ed educativi. Condividere saperi, competenze ed esperienze risulta fondamentale per costruire ambienti scolastici che tengano conto della salute e del benessere psichico, fisico e sociale dello studente nel corso del ciclo di vita, dei docenti e delle famiglie.

Programma 2: Comunità attive (Promozione dell'attività fisica)

L'inattività fisica e la sedentarietà contribuiscono al carico di malattie croniche che impediscono un invecchiamento in buona salute, con un impatto maggiore nelle aree e nei gruppi di popolazione più svantaggiati. Promuovere l'attività fisica è un'azione di sanità pubblica prioritaria che necessita di strategie integrate che

contemplino i determinanti politici ed economici dei vari settori tra i quali la pianificazione urbanistica e dei trasporti, l'istruzione, l'economia, lo sport e la cultura.

Questo Programma ha pertanto l'obiettivo generale di incrementare, anche attraverso la creazione e/o il rafforzamento di reti tra i vari portatori di interesse, uno stile di vita sano ed attivo inteso come dinamicità comportamentale e mentale, stimolando una partecipazione attiva dell'utente finale alla costruzione e mantenimento della propria salute, con il focus sul movimento e gli altri stili di vita.

Gli obiettivi strategici da raggiungere sono:

- uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale;
- la gestione proattiva dei fattori di rischio modificabili della demenza al fine di ritardare o rallentare l'insorgenza o la progressione della malattia;
- l'identificazione precoce e la presa in carico dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per Malattie croniche non trasmissibili e/o affetti da patologia;

Le azioni conseguenti devono quindi: favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute, mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane; ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità; promuovere e supportare politiche/azioni integrate e intersectoriali tese a rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione; migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor. Il Programma "Comunità attive" intende coinvolgere il più ampio e qualificato numero di stakeholder, riconoscendo identità e ruoli diversi, con particolare riguardo agli enti locali (Comuni e municipalità) quali super-setting in cui gli altri convergono, per favorire una programmazione condivisa fin dall'inizio dei processi, con chiarezza degli obiettivi e delle responsabilità, e sensibilizzare la popolazione sull'importanza di uno stile di vita attivo e dello sport come strumento per il benessere psico-fisico. Ogni azione prevede un gruppo di lavoro multisettoriale ed intersectoriale; il Programma si rivolge a tutte le fasce d'età e adotta le lenti dell'equità secondo il processo dell' *Health equity audit*. Di seguito sono riportate sinteticamente le più significative azioni da attivare previste dal Programma per il periodo di vigenza del Piano Regionale della Prevenzione 2020-25.

- *Localizziamo la Salute*: mappatura *on line* delle attività di movimento (p.es. gruppi di cammino) esistenti in tutto il territorio marchigiano organizzate anche da Enti Locali ed Enti di Promozione Sportiva;
- *Facciamoci del bene*: un pacchetto di attività motorie ed incontri di in/formazione per la popolazione (soprattutto femminile over 50 anni) organizzati tra AST, comuni, associazioni;
- *Attività Fisica Adattata (AFA) Esercizio Fisico Strutturato (EFS)*: Predisposizione di Linee guida regionali, con il contributo dell'Università, per l'implementazione della formazione degli operatori di palestre per la salute, per creare una rete marchigiana che ha come utenti finali le persone affette da Malattie Croniche Non Trasmissibili;
- *Intervento motivazionale breve I Livello*: Formazione di operatori dei vari servizi nel territorio (consultori, medici di base, pediatri, anche nell'ambito sociale etc) su un modello validato di intercettazione di utenti motivati a cambiare stili di vita;
- *Città insieme*: Azione che punta alla condivisione di obiettivi di salute a sostegno degli Enti Locali per l'attivazione di piani del verde urbano e piani di mobilità sostenibile, e per la creazione di un ambiente favorevole al benessere psico-fisico;
- *Nonni, nipoti e comunità per la Salute*: Si continua la collaborazione con i sindacati dei pensionati CGIL- CISL- UIL già consolidata negli anni passati, da estendere ai sindacati autonomi, per costruire insieme attività che vedano gli ultra 65enni sia come fruitori che come educatori tra pari, anche in collaborazione con gli studenti ed altre associazioni;
- *Attiviamo la Salute per tutti (azione equity)*: Costruzione di percorsi formativi insieme agli operatori che seguono le persone affette da demenza e/o malattia mentale, e altre realtà affinché supportino i propri pazienti ad un miglioramento degli stili di vita ed implementazione dell'attività motoria.

### Programma 3: Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute

Il terzo Programma del Piano Regionale della Prevenzione sostiene la promozione della salute negli ambienti di lavoro, secondo il modello *Workplace Health Promotion* (WHP) raccomandato dall'OMS, presidiando specificatamente la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle malattie croniche e degenerative e la promozione dell'invecchiamento attivo e in buona salute mediante cambiamenti organizzativi che incoraggino e facilitino l'adozione di stili di vita salutari.

Il Programma agisce su fattori non tradizionalmente associati al rischio lavorativo, ma viene raccomandato, pur nell'assoluto rispetto di ruoli e funzioni dei diversi settori dei Dipartimenti di Prevenzione che intervengono, nella prospettiva di un approccio orientato al modello di *Comprehensive Workplace Health-Total Worker Health*, attraverso il quale si intende:

- attivare processi ed interventi tesi a rendere il luogo di lavoro un ambiente “favorevole alla salute” attraverso cambiamenti organizzativo-ambientali (incremento di opportunità strutturali per l'adozione di scelte comportamentali salutari) e a far sviluppare competenze e consapevolezza (empowerment) nei lavoratori;
- sostenere la promozione della salute negli ambienti di lavoro, secondo il modello *Workplace Health Promotion* (WHP) raccomandato dall'OMS, presidiando specificatamente la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle malattie croniche e degenerative e la promozione dell'invecchiamento attivo e in buona salute mediante cambiamenti organizzativi che incoraggino e facilitino l'adozione di stili di vita salutari.

Operativamente il Programma consiste nella proposta di un percorso strutturato, fondato su un processo partecipato interno che coinvolga le figure aziendali strategiche (RSPP, Medico Competente, RLS, Rappresentanze Sindacali, Risorse Umane, ecc.) ed i lavoratori stessi, che impegna il Datore di lavoro a mettere in atto azioni efficaci e sostenibili ovvero pratiche raccomandate in quanto basate su evidenze di efficacia e/o Buone Pratiche validate e criteri di sostenibilità economico-organizzativa, in tema di comportamenti preventivi/salutari, in particolare negli ambiti Alimentazione, Tabagismo, Attività Fisica, Alcool e dipendenze.

Con la medesima metodologia è possibile diffondere informazioni su comportamenti raccomandabili quali l'adesione agli screening oncologici e lo screening HCV che potrà essere offerto dai Medici Competenti, per i quali è previsto uno specifico intervento formativo FAD. Risulta quindi importante dare continuità a quanto già realizzato con la linea d'intervento Lavorare in Stile del precedente PRP 2014-19 avvalendosi della metodologia sperimentata, ampliando le azioni ai luoghi di lavoro sanitari e alle micro imprese.

### Programma 4: Dipendenze

Nell'ambito del Programma “Dipendenze” sono declinati, in omogeneità e attraverso azioni congiunte e sinergiche con gli altri Programmi, gli obiettivi trasversali di Intersettorialità, Formazione, Comunicazione ed Equità. Il Programma è orientato allo sviluppo di funzioni previsionali e strategiche di intervento di prevenzione delle diverse forme di dipendenza da sostanze e comportamenti e in relazione a fenomeni emergenti di particolare rilievo per la salute della popolazione generale, declinando una strategia regionale, fortemente orientata all'intersettorialità, che rinforzi le condizioni di appropriatezza, impatto e sostenibilità nella programmazione di azioni efficaci, sulla base di alcuni presupposti fondamentali, quali:

- il riconoscimento e la valorizzazione della dimensione culturale della prevenzione per orientare e contrastare le reali caratteristiche di fenomeni, assai differenti nelle loro specifiche manifestazioni ma altrettanto omogenei per le dimensioni di vulnerabilità, i fattori di rischio esistenti e lo sfondo socioculturale in cui si innestano;
- il coinvolgimento e il raccordo di tutte le energie istituzionali, culturali e sociali per garantire un sistema di intervento complessivo che consideri e permetta la sinergia costante e continuativa di tutte le risorse umane, professionali, tecniche, organizzative e sociali necessarie per una prevenzione efficace;
- la partecipazione e la mobilitazione delle risorse e delle capacità presenti all'interno della popolazione di riferimento per permettere che giovani e adulti siano maggiormente responsabilizzati verso i

comportamenti di consumo e abuso di sostanze nei propri contesti di vita e per la tutela della propria salute;

- la promozione e l’adozione di programmi basati sulle evidenze di efficacia adattando modalità e contenuti ai contesti e ai destinatari degli interventi, migliorando le capacità e le competenze degli operatori di settore.

Un obiettivo importante da perseguire è rappresentato dal rafforzamento della collaborazione e dell’azione sinergica tra i Dipartimenti per le Dipendenze ed i Dipartimenti di Prevenzione per una efficace integrazione delle azioni.

Il Programma punta a:

- sviluppare il coordinamento degli interventi e delle azioni di tutti gli attori del territorio applicando strumenti organizzativi che favoriscano uniformità ed equità nell’erogazione degli interventi preventivi e creando partnership costanti e continuative a livello locale valorizzando in primis la collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione;
- qualificare le attività di prevenzione, coerentemente agli *European drug prevention quality standards*, aumentando la diffusione e l’adozione di iniziative *Evidence-Based* (azioni raccomandate) di prevenzione universale, selettiva, indicata e di riduzione dei danni connessi alla dipendenza da sostanze;
- sviluppare le capacità del sistema regionale di mettere a disposizione dei decisori ai diversi livelli (politico, tecnico, organizzativo) set informativi integrati per la lettura e l’analisi dei fenomeni di interesse del Programma, dei trend di consumo e delle prospettive evolutive;
- promuovere competenze aggiornate e consapevolezza di ruolo dei diversi soggetti attivi in campo preventivo a livello territoriale, con particolare riferimento agli ambiti sociali, educativi, culturali, istituzionali, associazionistici, ecc.;

Il Piano Regionale per la Prevenzione 2020-2025 offre quindi una cornice all’interno della quale orientare ed uniformare a livello regionale gli interventi di prevenzione universale, selettiva, indicata e le azioni di riduzione del danno valorizzando il *know how* che ciascun attore ha sviluppato sul tema in questione nel corso degli anni. Il tema è ulteriormente approfondito nel paragrafo 2.11.2.

#### Programma 5: Sicurezza negli Ambienti di Vita (incidenti stradali e domestici)

Gli incidenti domestici rappresentano un rilevante problema di Sanità Pubblica. La maggior parte di questi incidenti può essere evitata attraverso alcune modifiche nell’organizzazione della casa, spesso ritenuta erroneamente come un “luogo sicuro”. Una maggior attenzione da parte dei genitori risulta essenziale nella prevenzione degli incidenti domestici dei più piccoli. La prevenzione delle cadute è di fondamentale importanza per la sicurezza delle persone anziane, per la quale è necessario agire su tutti i determinanti, dall’ambiente domestico, agli spazi pubblici, ai programmi di attività fisica, e anche attraverso la valutazione dell’appropriatezza prescrittiva, per un corretto uso dei farmaci.

Nell’ambito della sicurezza stradale, i principali fattori di rischio sono costituiti da comportamenti non corretti alla guida dell’auto e il mancato utilizzo di dispositivi di sicurezza (cinture, seggiolini per bambini). Il Programma d’azione europeo per la sicurezza stradale, per il decennio 2011-2020 ha posto particolare attenzione sugli utenti della strada considerati “vulnerabili” per età (bambini, giovani e anziani) o per categoria (motociclisti, ciclisti, pedoni).

Il Programma “Sicurezza negli ambienti di vita” si focalizza sulla promozione della sicurezza, sia domestica che stradale, mediante il coinvolgimento della collettività e di tutte le realtà attive territoriali.

L’obiettivo comune delle azioni è la sensibilizzazione della comunità, degli operatori sanitari e degli enti locali, mediante attività educative, informative e formative, finalizzate alla promozione della cultura della sicurezza e alla diffusione di una appropriata percezione del rischio, che possa indirizzare all’adozione di comportamenti e accorgimenti volti a prevenire gli incidenti domestici e stradali, in un approccio *life course* (in tutte le fasi della vita).

Nel Programma sono previste 9 azioni, complessivamente rivolte:

- all'allestimento di un sistema di monitoraggio regionale per la rilevazione del fenomeno incidentalità nella Regione Marche, in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, il Ministero della Salute e l'ISS, per l'identificazione delle categorie suscettibili e a maggior rischio sulle quali orientare le azioni di intervento;
- alla formazione degli operatori sanitari riguardo la diffusione della cultura della sicurezza nella popolazione rispettivamente anziana e pediatrica, con l'obiettivo di sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori coinvolti nei diversi setting;
- alla predisposizione di materiale riguardante la prevenzione dell'incidentalità domestica e stradale da integrare al "documento di pratiche raccomandate e sostenibili" da proporre in ambito scolastico, alle imprese-aziende/pubbliche amministrazioni/aziende sanitarie e ospedaliere;
- al monitoraggio della realizzazione di contributi da parte del sistema sanitario nei procedimenti di VAS relativi a *Piani Urbani Di Mobilità Sostenibile (PUMS)*, con l'implementazione della collaborazione congiunta tra Regione, Dipartimenti di Prevenzione e ANCI per la realizzazione di una rete integrata ambiente e salute, costituita da operatori regionali del SSN, SNPA e Comuni;
- alla sottoscrizione di accordi intersettoriali, con i portatori di interesse, volti alla promozione della diffusione della cultura della sicurezza stradale e domestica, al fine di diffondere in modo capillare la cultura della sicurezza negli ambienti di vita e stradale;
- alla realizzazione di interventi di comunicazione/informazione riguardo la diffusione della cultura della sicurezza in ambito domestico e stradale rivolti alla popolazione generale, per sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con particolare riferimento alle fasce più a rischio;
- alla diffusione e sensibilizzazione della cultura della sicurezza domestica e stradale agli anziani, in quanto utenti vulnerabili sia nell'ambiente domestico che stradale.

La sicurezza domestica e stradale è caratterizzata da elevata complessità e deve essere promossa con un'azione integrata e trasversale tra tutti gli stakeholder (Enti locali, istituzioni, associazioni di categoria, privato sociale, ecc.). Il ruolo degli enti istituzionali e sanitari, compresi i Dipartimenti di Prevenzione, è quello di coordinare e gestire la rete che collega tutti i portatori d'interesse coinvolti nel perseguimento della sicurezza in ambiente domestico e stradale, attraverso attività di *advocacy* negli e tra gli enti territoriali, al fine di promuovere politiche per la sicurezza della popolazione generale ed in particolare per le fasce considerate più vulnerabili per età (bambini e anziani) o per categoria (soggetti affetti da patologie, motociclisti, ciclisti, pedoni).

#### **Obiettivi Prioritari:**

##### **Breve termine:**

potenziamento del coordinamento del PRP a livello regionale per quanto riguarda la Promozione della salute.

##### **Medio termine:**

Strutturazione nelle AST della Rete della Promozione della Salute, con personale adeguatamente formato da corsi di formazione specifici.

## **1.1.2 Area Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro**

Il tessuto produttivo delle Marche risulta costituito in massima parte da aziende di micro e piccole dimensioni e questo comporta specifiche criticità nella tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori; tali criticità sono solo parzialmente affrontabili con gli strumenti classici di controllo e vigilanza (in accordo con le recenti modifiche al decreto legislativo 81/2008 che prevedono l'estensione di tali poteri e la loro condivisione tra Servizi Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro, inquadrati nell'ambito del SSN, e l'Ispettorato Nazionale del Lavoro), ai quali devono affiancarsi anche altri approcci sinergici basati su azioni di formazione, informazione e assistenza capillarmente diffuse verso lavoratori, datori di lavoro e tutti gli attori aziendali della prevenzione (anche tramite l'impiego sistematico di strumenti di comunicazione informatica). Si configura di particolare rilevanza, in tale ambito, la rete

dei Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza territoriale (RLSt), che va sostenuta dal sistema pubblico in via diretta oltre che tramite la collaborazione con gli organismi della bilateralità. Lo sviluppo di buone prassi costituisce un ambito operativo di rilievo, poiché la costruzione di tali strumenti si realizza secondo percorsi condivisi la cui efficacia dipende anche dalla diffusione e trasferibilità dei risultati a tutti i potenziali utilizzatori.

#### Programma 6: Piano mirato di prevenzione

Nelle Marche è previsto l'avvio di tre Programmi Mirati di Prevenzione dedicati rispettivamente:

- 1) a sviluppare azioni di tutela specificamente rivolte ai lavoratori precari e/o con contratti cosiddetti atipici, per i quali appare complessivamente più elevata, rispetto alle situazioni ordinarie, la probabilità di carenze di formazione, informazione e addestramento nonché di piena accessibilità all'offerta di assistenza dei Servizi pubblici di Prevenzione così come dei Servizi clinici di diagnosi e cura;
- 2) a contrastare gli effetti a lungo termine dell'esposizione occupazionale ad agenti chimici e fisici tra i quali in particolare l'amianto, la silice libera cristallina, le polveri di legno, le polveri di cuoio, la formaldeide, il cromo, il nichel, i fitosanitari (usati non solo in agricoltura ma anche in funzioni di servizio terziario come il diserbo delle strade), i farmaci e i disinfettanti ad uso veterinario, la radiazione solare;
- 3) a contrastare l'esposizione occupazionale ad agenti biologici, con un focus sul virus SARS-CoV-2 ma senza dimenticare gli altri agenti di rilievo. L'obiettivo è quindi quello di sviluppare un'offerta organica di iniziative di igiene industriale, di formazione, informazione e assistenza che tenga in particolare conto le peculiarità sopra esposte e la necessità di coinvolgere tutti i gruppi di lavoratori, superando le diseguità determinate da collocazione territoriale, comparto produttivo, tipologia contrattuale, genere, origine etnica ed eventuali difficoltà linguistiche e culturali. Le sopraindicate specificità hanno orientato l'elaborazione di piani mirati di prevenzione dei rischi professionali declinati come segue:

*Piano mirato di prevenzione per lavoratori precari e/o con contratti cosiddetti atipici* (con particolare riguardo al contrasto delle barriere linguistiche, degli handicap fisici e psichici, della marginalità sociale e occupazionale, delle criticità legate alla maternità e alla cura dei figli).

*Piano mirato di prevenzione per l'esposizione professionale ad effetti fisici e chimici con effetti a lungo termine* (con particolare riguardo a valutazione dei rischi anche da esposizioni combinate e sinergiche, misure di prevenzione e protezione, formazione, informazione e addestramento, sorveglianza sanitaria efficace anche per gli effetti a lungo termine successivi alla cessazione dell'esposizione).

*Piano mirato di prevenzione per l'esposizione professionale ad agenti biologici* (SARS-CoV2; micobatterio tubercolare; virus dell'epatite C - HCV; microrganismi nei reflui fognari; microrganismi di interesse zootecnico con diffusione a carattere endemico o epidemico).

#### Programma 7: Prevenzione in edilizia ed agricoltura

A seguito della crisi economica che ha provocato una perdita di imprese e di occupati in quasi tutti i settori produttivi a livello nazionale, il settore delle costruzioni, anche grazie a sistemi economici incentivanti, ha avuto una rapida ripresa, evidente con l'aumento delle notifiche preliminari ex articolo 99 del d.lgs. 81/2008, salite progressivamente soprattutto nelle aree interessate dal sisma del 2016-2017 in cui è ripresa la ricostruzione. Questi elementi indicano la necessità del permanere di un impegno costante e prioritario verso questo comparto produttivo.

Il contrasto agli infortuni e alle patologie lavoro correlate nei settori edilizia e agricoltura, si sviluppa - a partire dall'esperienza maturata dalle Regioni nel solco del Piano Nazionale Edilizia e del Piano Nazionale Agricoltura, all'interno di gruppi di lavoro istituiti presso il Gruppo Tecnico Interregionale SSL, in collaborazione con INAIL e Ispettorato nazionale del Lavoro (INL) - attraverso gli strumenti sia del controllo sia dell'assistenza delle/alle imprese, valorizzando in questo modo le linee di indirizzo già prodotte a garanzia di una più ampia uniformità di intervento su tutto il territorio nazionale.

Le specificità della Regione Marche richiedono azioni mirate alla prevenzione nei settori edilizia ed agricoltura, sulla base della seguente lista di aree di priorità, da implementare sulla base di ulteriori esigenze sopravvenienti nel tempo:

*Edilizia*

- Ricostruzione post-sisma 2016-17 in tutti i territori regionali coinvolti ed in particolare nelle aree interne delle province di Macerata, Fermo e Ascoli Piceno;
- Interventi di ristrutturazione e ricostruzione edilizia (110%) quantomeno fino al 2023;
- Lavori di manutenzione/rimozione di materiali contenenti amianto che espongono anche a particolari rischi per la sicurezza (es. cadute dall'alto);
- Attività di edilizia stradale relativa a interventi sulla rete stradale e autostradale regionale;
- Promozione della qualità della sorveglianza sanitaria effettuata dai medici competenti per esposizione a sostanze pericolose (polveri, fibre, fumi etc..) in aziende operanti nel territorio marchigiano.

*Agricoltura*

- Sicurezza di macchine e attrezzature agricole, con focus sulle trattrici (es. per rischio ribaltamento);
- Promozione della sicurezza e della salute dei lavoratori nell'utilizzo di sostanze pericolose (fitosanitari, farmaci e disinfettanti per uso veterinario etc...);
- Promozione della qualità della sorveglianza sanitaria effettuata dai medici competenti per esposizione a sostanze pericolose (fitosanitari, farmaci e disinfettanti per uso veterinario etc...) in aziende operanti nel territorio marchigiano.

*Programma 8: Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro*

Il lavoro e i luoghi di lavoro sono soggetti a continui cambiamenti dovuti all'introduzione di nuove tecnologie, sostanze e processi lavorativi, a modifiche della struttura della forza lavoro e del mercato del lavoro, nonché a nuove forme di occupazione e organizzazione del lavoro. Pur in tale contesto caratterizzato da un forte grado di evoluzione, le attuali evidenze confermano la necessità di focalizzare l'attenzione del sistema della prevenzione su tre aree di rischio ritenute particolarmente significative, ma caratterizzate allo stesso tempo dal noto livello di sottostima dei danni cronici da esposizioni professionali: prevenzione dei tumori di origine professionale, prevenzione delle patologie dell'apparato muscolo-scheletrico di origine professionale, prevenzione dello stress correlato al lavoro.

Allo stato delle conoscenze attuali, gli agenti cancerogeni che appaiono prioritari sono: amianto, silice libera cristallina, polveri di cuoio, polveri di legno, formaldeide, idrocarburi policiclici aromatici, radiazione solare. Riguardo la prevenzione delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico i principali obiettivi, in continuità con il precedente Piano, saranno:

- gestire le patologie professionali muscolo-scheletriche (MSK) ampiamente emerse, favorendo l'inserimento ed il reinserimento della popolazione lavorativa affetta, anche in funzione del genere e dell'età;
- implementare le capacità del sistema pubblico e privato di mappare il rischio biomeccanico responsabile della patologia muscoloscheletrica, promuovendo la ricerca di soluzioni ergonomiche ed in generale di misure di prevenzione e protezione;
- implementare i flussi finalizzati alla diagnosi, alla terapia e alla riabilitazione delle patologie muscoloscheletriche con l'obiettivo di sviluppare iniziative e flussi di qualità.

In particolare sarà consolidata una modalità proattiva di intervento, tipica del piano mirato di prevenzione che, coerentemente con i disposti normativi vigenti, rappresenta un'evoluzione del "controllo" nelle imprese, sicuramente a vantaggio di efficienza della Pubblica Amministrazione e potenzialmente più efficace essendo in grado di coniugare l'assistenza con la vigilanza, fondata sulla conduzione di processi di prevenzione volti al miglioramento delle misure generali di tutela e non alla sola verifica dell'applicazione della norma.

Allo stato delle conoscenze attuali, gli scenari espositivi che appaiono prioritari sono i seguenti settori di attività economica: agricoltura, pesca, calzature, legno, confezioni, metalmeccanica, logistica e trasporti.



Lo stress lavoro-correlato è andato negli anni accentuandosi, in ragione dei cambiamenti dell'organizzazione del lavoro e dell'andamento del mercato del lavoro, con evidenti ripercussioni anche a livello di produttività delle aziende e a livello economico. Collegato a questo, nell'ambito delle attività di prevenzione dei rischi psicosociali è il tema delle molestie, delle violenze e delle aggressioni nei luoghi di lavoro, con particolare riferimento alla sanità, sul quale è opportuno implementare una uniforme e sistematica raccolta di dati e informazioni.

Il Programma intende contribuire all'accrescimento ed al miglioramento complessivo del sistema di gestione dei cosiddetti rischi psicosociali, attraverso un piano di monitoraggio sullo stato di attuazione delle indicazioni normative e tecniche, la definizione di standard per gli interventi formativi e la realizzazione di azioni mirate di prevenzione. Allo stato delle conoscenze attuali, gli scenari espositivi che appaiono prioritari, sono: scuola, pubblica amministrazione, sanità pubblica e privata, logistica e trasporti, attività alberghiere e di ristorazione.

#### **Obiettivi Prioritari:**

##### **Breve termine:**

Potenziamento dei Servizi Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro delle AA.SS.TT., per il rafforzamento delle attività di controllo e vigilanza, in sinergia con l'Ispettorato Territoriale del lavoro, delle attività di prevenzione, formazione, informazione e assistenza verso tutte le figure aziendali della prevenzione e promozione della salute e della sicurezza dei lavoratori.

##### **Medio termine:**

costituzione di una rete regionale SPSAL a livello di AA.SS.TT. organizzata in modo omogeneo a livello territoriale con l'obiettivo di uniformare attività e procedure e di perseguire gli obiettivi del PRP 2020-2025.

### **1.1.3 Area Ambiente Clima e Salute**

#### Programma 9: Ambiente clima e salute

È noto che l'impatto sulla salute dei determinanti ambientali e la tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita rappresentano tematiche rilevanti in Sanità pubblica. In quest'ottica di *Environmental Health*, per utilizzare una definizione coniata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, le modalità operative non possono che basarsi sull'integrazione di competenze ambientali e sanitarie e sul contributo congiunto di molteplici discipline con l'obiettivo di concorrere a salvaguardare e tutelare un ambiente che presenti caratteristiche tali da porsi a supporto della salute.

A livello organizzativo, nell'ambito della macro tematica ambiente-salute, nella nostra Regione sono impegnate strutture e operatori con competenze e funzioni specifiche, afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione, all'ARPAM e all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale Marche Umbria.

La complessità della tematica e la multidisciplinarietà delle competenze richieste hanno condotto a livello regionale all'avvio di un percorso organizzativo in campo ambientale-sanitario e alla condivisione di un approccio metodologico e operativo che si è concretizzato nella stesura di linee guida per la valutazione integrata di impatto ambientale e sanitario (VIAS) per le procedure di valutazione integrata ambientale (VIA) e valutazione ambientale strategica (VAS).

Il Programma si basa necessariamente sulla intersettorialità e sulla multidisciplinarietà ed ha tra gli obiettivi quello di definire Tavoli tecnici ed Accordi interistituzionali con i diversi Enti coinvolti nella tematica Ambiente e Salute. I Tavoli tecnici saranno utili anche per la valutazione dei programmi dedicati a rigenerazione urbana/Urban health/mobilità sostenibile ecc., finalizzati a promuovere ambienti "salutogenici".

Un altro obiettivo strategico è il consolidamento e la formalizzazione della Rete regionale integrata Ambiente-Salute, costituita da Operatori regionali del SSN e SNPA, anche alla luce dei mutati scenari organizzativi e

funzionali intervenuti negli ultimi anni nelle organizzazioni regionali dell’Agenzia ambientale (ARPAM) e delle nuove Aziende Sanitarie Territoriali (AST).

Il fine dell’istituzione di tale struttura è da individuare primariamente nello sviluppo di professionalità e competenze su tematiche che concernono il rapporto ambiente-salute e, nello specifico, su questioni che concernono le valutazioni sanitarie all’interno delle procedure di bonifica dei siti contaminati, le valutazioni integrate di impatto ambientale e sanitario nell’ambito delle procedure autorizzatorie ambientali (VIA, VAS, AIA), le valutazioni tossicologiche ambientali, siano esse in situazioni emergenziali che nell’ambito di consulenze, e le attività di formazione in materia di epidemiologia ambientale e di risk assessment. A sostegno della Rete sarà attivato un programma specifico di formazione sui temi ambiente, clima e salute, compresa la valutazione di impatto ambientale e sanitario, epidemiologia ambientale e tossicologia ambientale, comunicazione del rischio, temi della valutazione e gestione del rischio chimico per operatori interni al SSN (con particolare riferimento ai MMG, PLS) e operatori del SNPA, anche attraverso modalità via web (FAD).

Tale prospettiva di una maggiore integrazione tra enti e strutture ambientali e sanitarie viene ripresa e supportata anche dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che sull’argomento con la legge 29 giugno 2022, n. 79 di conversione del d.l. 30 aprile 2022, n. 36, prevede l’istituzione del Sistema nazionale prevenzione salute (SNPS) dai rischi ambientali e climatici allo scopo di migliorare e armonizzare le politiche e le strategie messe in atto dal Servizio Sanitario Nazionale per la prevenzione, il controllo e la cura delle malattie acute e croniche, trasmissibili e non trasmissibili, associate a rischi ambientali e climatici. La norma prevede, altresì, che il SNPS, mediante l’applicazione dell’approccio integrato ‘one-health’, con l’adeguata interazione con il Sistema Nazionale a rete per la Protezione Ambientale (SNPA) concorra al perseguimento degli obiettivi di prevenzione primaria correlati in particolare alla promozione della salute, alla prevenzione e al controllo dei rischi sanitari associati direttamente e indirettamente a determinanti ambientali e climatici.

Con decreto del Ministero della Salute 9 giugno 2022, sono stati individuati i compiti dei soggetti che fanno parte del SNPS e; a tal fine, è previsto che le Regioni e PA istituiscano il Sistema regionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS), assicurando l’approccio integrato ‘One Health’ nella sua evoluzione ‘Planetary Health’, che concorre, a livello regionale, al perseguimento degli obiettivi di prevenzione primaria del SNPS.

Anche il decreto 77 del 23/5/2022 del Ministero della Salute concernente il “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo della assistenza territoriale nel SSN” nella parte relativa alla “Prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico” specifica che nell’ambito delle attività di tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati il Dipartimento di Prevenzione, quale parte della costituenda rete del Sistema Nazionale di Prevenzione Salute, Ambiente e Clima (SNPS), garantisce il supporto al raggiungimento dell’obiettivo “salute” nelle azioni di controllo sulle matrici ambientali attraverso interventi di analisi e di monitoraggio in stretto raccordo con le Agenzie del Sistema Nazionale per la Protezione dell’Ambiente con l’obiettivo di identificare e valutare i rischi per la popolazione e per gli ecosistemi.

Inoltre, con la legge 1° luglio 2021, n. 101, in recepimento del d.l. 6 maggio 2021, n. 59, è stato approvato il Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC) per la realizzazione degli investimenti del programma “salute, ambiente, biodiversità e clima” che prevede anche il rafforzamento complessivo delle strutture e dei servizi di SNPS-SNPA a livello nazionale, regionale e locale, migliorando le infrastrutture, le capacità umane e tecnologiche e la ricerca applicata. Risulta quindi strategica la costituzione di una rete interistituzionale, con un coordinamento su base territoriale regionale.

Riguardo le azioni specifiche, va citato che sono previsti interventi specifici per quanto riguarda la tematica *Amianto* e la tematica rischio chimico (*REACH/CLP*). L’intersectorialità, con il coinvolgimento dei diversi settori della Prevenzione, rappresenta un elemento di rilievo. Inoltre, saranno realizzati eventi di formazione/informazione/aggiornamento e verrà inoltre attuato anche nella nostra regione il percorso formativo “A Scuola con il REACH e il CLP...insieme per essere più sicuri”, promosso dal Ministero della Salute e dal Ministero dell’Istruzione. Il Gruppo Tecnico regionale e la Rete di Vigilanza REACH garantiranno almeno il livello dell’attività di vigilanza e controllo realizzato nel territorio regionale negli ultimi anni e richiesto dai Piani Nazionali per il controllo del REACH e del CLP tramite la programmazione dell’Autorità competente per i controlli.

**Obiettivi Prioritari:****Breve termine:**

Istituzione del Sistema Regionale Prevenzione Salute per i rischi ambientali e climatici (SRPS) (decreto del Ministero della Salute 9 giugno 2022).

**Medio /lungo termine:**

potenziamento complessivo delle strutture e dei servizi del SRPS, migliorando le infrastrutture, le capacità umane e tecnologiche e la ricerca applicata come previsto dal Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC) per la realizzazione degli investimenti del programma “salute, ambiente, biodiversità e clima” (legge 1° luglio 2021, n. 101, in recepimento del d.l. 6 maggio 2021, n. 59).

## 1.1.4 Altre Aree della Prevenzione

### Programma 10: Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono infezioni acquisite in tutti gli ambiti assistenziali, inclusi ospedali per acuti, day-hospital/day-surgery, lungodegenze, ambulatori, assistenza domiciliare, strutture residenziali territoriali. Di fatto sono la complicità più frequente e grave dell'assistenza sanitaria, effetto della progressiva introduzione di nuove tecnologie sanitarie, che, se da una parte migliorano le possibilità terapeutiche e l'esito della malattia, dall'altra possono consentire l'ingresso dei microrganismi anche in sedi corporee normalmente sterili. L'emergenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici, visto il largo uso di questi farmaci a scopo profilattico o terapeutico sia in ambito umano che animale, complica ulteriormente il decorso di molte ICA, con un impatto clinico ed economico rilevante.

La resistenza agli antibiotici è un fenomeno naturale causato dalle mutazioni genetiche a cui vanno incontro i batteri. Tuttavia un uso eccessivo e improprio degli antibiotici, sia in ambito umano che animale, accelera la comparsa e la diffusione dei batteri resistenti agli antibiotici. Solo un uso più contenuto e più appropriato di questi farmaci in tutti i settori, può contrastare lo sviluppo di batteri resistenti e aiutare a preservare l'efficacia degli antibiotici per le generazioni future.

Usare bene gli antibiotici è una responsabilità di tutti gli operatori sanitari, sia di coloro che operano in sanità umana che animale, che devono contribuire a fronteggiare le resistenze antibiotiche nei seguenti modi:

- Intensificando la prevenzione ed il controllo delle infezioni;
- Prescrivendo e somministrando antibiotici solo quando sono realmente necessari, scegliendo la molecola corretta e per un timing adeguato.

Nella Regione Marche è attivo sin dal 2013 un sistema di sorveglianza specifico istituito e realizzato dapprima nell'ambito di un progetto finanziato dal Centro per il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute e successivamente previsto nelle attività del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 prorogato al 31/12/2019. Pertanto la Regione Marche partecipa attivamente al sistema nazionale di sorveglianza sentinella dell'antimicrobico resistenza (AR-ISS) previsto dal PNCAR 2017-2020 e dalla circolare n. 1751 del 18/01/2019, aggiornata con Circolare del 25 marzo 2022, del Ministero della Salute. I Laboratori della Regione Marche aderiscono a questa sorveglianza ed anche alla sorveglianza e controllo delle Infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) e nel 2022 è stato implementato il numero di laboratori pubblici che aderiscono alla segnalazione. Con decreto del Dirigente del Settore Prevenzione e Promozione della Salute nei Luoghi di Vita e di lavoro n. 2/2023 è stato formalizzato il Gruppo di lavoro Rete della Microbiologia della Regione Marche.

La sorveglianza di laboratorio delle infezioni include altre rilevanti attività, come la segnalazione immediata di tutti i casi di malattie invasive batteriche causate da meningococco (*Neisseria meningitidis*), pneumococco (*Streptococcus pneumoniae*), emofilo (*Haemophilus influenzae*) e di tutte le meningiti batteriche.

Nel quinquennio 2021-2025 il sistema verrà ulteriormente implementato e migliorato, anche grazie all'utilizzo di un unico software gestionale dei Laboratori pubblici.

Fondamentale è inoltre offrire una adeguata formazione agli operatori sanitari, con interventi programmati sia a livello regionale che a livello territoriale. Importante anche fornire una corretta informazione alla popolazione e pianificare e attuare programmi di controllo, per garantire la messa in opera di misure efficaci per ridurre al minimo il rischio di trasmissione delle ICA ed il buon uso degli antibiotici.

Va inoltre rilevato che nella seduta del 30 novembre 2022 è stato approvato in Conferenza Stato-Regioni il Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025 che ha l'obiettivo di fornire le linee strategiche e le indicazioni operative per affrontare l'emergenza dell'Antibiotico-Resistenza nei prossimi anni, seguendo un approccio multidisciplinare e una visione *One Health*.

#### **Obiettivi Prioritari:**

##### **Breve termine:**

Recepimento del Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025 ed aggiornamento del Gruppo Tecnico Regionale.

##### **Medio termine:**

Potenziamento delle strutture per mettere in atto a livello regionale gli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 e della strategia nazionale del Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025.

#### Programma 11: Screening oncologici

Due sono le strategie principali per contrastare l'insorgenza dei tumori: la rimozione delle cause/fattori di rischio conosciuti, ovvero l'adozione di uno stile di vita sano (prevenzione primaria) o la diagnosi precoce individuando la malattia il più precocemente possibile, prima che la manifestazione clinica abbia inizio (prevenzione secondaria).

Il test di screening è un esame che consente di individuare in fase iniziale una malattia, uno specifico tumore, in persone asintomatiche. Oltre allo specifico suggerimento che il medico può dare alla persona a rischio di sviluppare un certo tipo di tumore (per familiarità, stile di vita, esposizioni lavorative, ecc.) è stato dimostrato che si possono ottenere risultati efficaci grazie allo screening di popolazione, dove l'azienda sanitaria invita direttamente la fascia di popolazione ritenuta a rischio di sviluppare una certa malattia, offre gratuitamente il test ed eventuali approfondimenti. L'adesione agli screening oncologici è del tutto volontaria.

In Italia i programmi di screening si sono dimostrati efficaci nel cambiare la storia naturale dei tumori della mammella (GISMA), della cervice uterina (collo dell'utero) (GISCI) e del colon retto (GISCOR). In alcuni casi, lo screening riesce a evitare l'insorgenza del tumore, in altri può salvare la vita consentendo l'intervento precoce o guidando i sanitari verso interventi poco invasivi e non distruttivi. L'attivazione di programmi di screening per questi tre tumori è quindi sostenuta sia a livello nazionale che internazionale.

L'efficacia di un programma di screening si misura soprattutto attraverso due parametri:

- la riduzione della mortalità (lo screening è efficace se è in grado di evitare e/o ridurre i decessi per la patologia individuata) che però si può osservare solo dopo molti anni dall'avvio del programma;
- la riduzione dell'incidenza (vale a dire i nuovi casi) dei tumori e dei loro precursori.

Per raggiungere questi risultati occorre che la struttura sanitaria incaricata degli screening curi particolarmente l'estensione degli inviti e che la popolazione, particolarmente quella più vulnerabile e difficile da raggiungere, aderisca in modo adeguato.

Nelle Marche sono attivi 3 percorsi di screening oncologici:

- screening per il tumore della mammella (interessava le donne dai 50 ai 69 anni mediante l'invito a eseguire una mammografia ogni due anni; con DGRM 393 del 27/3/2023 è stata ampliata la fascia d'età da 50-69 a 45-74 anni;

- screening per il tumore della cervice uterina (interessa le donne dai 25 ai 64 anni mediante l’invito a eseguire un pap-test ogni 3 anni);
- screening del tumore del colon-retto (interessa uomini e donne dai 50 ai 69 anni mediante l’invito a eseguire la ricerca del sangue occulto fecale (FIT) ogni 2 anni).

Negli ultimi 7 anni gli screening oncologici organizzati hanno progressivamente coinvolto, tramite un invito postale, il 100% della popolazione interessata per fascia d’età.

Il tasso di adesione ai percorsi screening ha registrato un progressivo aumento dal 2015 al 2019, per poi subire un brusco calo durante l’apice della pandemia per poi ritornare ai dati pre-Covid e comunque sempre al di sopra della media nazionale. Comunque, nonostante queste buone performance, l’adesione agli screening oncologici resta subottimale, particolarmente per quanto riguarda la popolazione straniera residente.

Se però analizziamo i dati forniti dall’indagine PASSI nel periodo 2020-2021, in cui oltre allo screening organizzato si considerano anche i dati provenienti dagli screening spontanei (cioè effettuati autonomamente dalla popolazione) nelle Marche l’adesione ad un percorso di screening oncologico coinvolge la gran parte della popolazione interessata per fascia d’età con valori al di sopra della media nazionale.

Per migliorare il funzionamento dei programmi degli screening oncologici, in questi anni sono stati elaborati dei PDTA regionali (Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali) che garantiscono qualità ed uniformità di cura nel territorio regionale:

- PDTA del tumore del colon-retto (DGRM 1415/12);
- PDTA del tumore della mammella (DGRM 14/17);
- PDTA del tumore della cervice uterina (DGRM 1440/17).

Al fine di migliorare l’efficacia dei percorsi di screening sono in via di attivazione:

- Estensione a tutto il territorio regionale del percorso screening del tumore della cervice uterina mediante l’utilizzo del HPV-DNA Test per le donne dai 30 ai 64 anni (ogni 5 anni), con avvio previsto il 26 giugno 2023;
- Ampliamento della fascia d’età (da 50-69 a 45-74 anni) per il percorso screening del tumore della mammella e del tumore del colon-retto;
- Estensione a tutto il territorio regionale dei programmi di screening dei tumori eredo-familiari della mammella e del colon-retto come previsto dai PDTA;
- Revisione periodica dei PDTA alla luce delle nuove evidenze scientifiche.

La Regione Marche partecipa al progetto pilota nazionale RISP (Rete Italiana Screening Polmonare), coordinato dall’Istituto Tumori di Milano, sullo screening del tumore del polmone.

#### **Obiettivi Prioritari:**

##### **Breve termine:**

Potenziamento del coordinamento regionale. Attivazione dei percorsi relativi allo screening del tumore della cervice uterina mediante l’utilizzo del HPV-DNA.

##### **Medio/ lungo termine:**

Ampliamento della fascia d’età (da 50-69 a 45-74 anni) per il percorso screening del tumore del colon-retto.

Potenziamento delle Segreterie screening a livello territoriale AST.

Consolidamento della Rete screening e raggiungimento degli obiettivi del PRP 2020-2025.

#### **Programma 12: Vaccinazioni/Malattie Infettive**

Le malattie infettive hanno rappresentato una delle più importanti cause di malattia, disabilità e morte. Oltre alle consolidate conoscenze sulle malattie infettive e le relative strategie di prevenzione, affiorano e si rafforzano nuove consapevolezze, come l’impatto dei cambiamenti climatici sul rischio di emergenza e/o riemergenza di

malattie infettive e la possibile diffusione pandemica di nuovi patogeni in grado di impattare in modo severo sullo stato di salute di intere popolazioni e sulla sostenibilità dei sistemi sanitari, come dimostrato dalla recente diffusione del SARS-CoV-2.

La pandemia Covid-19, ancora in corso, ha interessato, con ondate successive di casi, anche la nostra Regione e ha reso necessario attuare azioni di risposta di carattere straordinario e urgente, per la tutela della salute pubblica. E' quanto mai importante che nel periodo di vigenza del presente PSSR in coerenza con il Piano della Prevenzione possano essere posti in essere meccanismi correttivi di natura tecnica e organizzativa, finalizzati a migliorare tutti i sistemi di sorveglianza regionali delle malattie infettive, a cominciare dalle attività diagnostiche, per arrivare alle attività di notifica, passando attraverso una strutturazione delle rapportualità tra ospedale, territorio e laboratori analisi nella gestione dei campioni per gli approfondimenti diagnostici utili alla sorveglianza epidemiologica. Sarà opportuno, a questo proposito, sfruttare i percorsi di informatizzazione che sono stati tracciati per la gestione informatizzata di alcuni rilevanti processi operativi in corso di pandemia, come, a titolo esemplificativo, la gestione del *contact tracing*, delle indagini epidemiologiche e della sorveglianza sanitaria dei casi di Covid-19 attraverso il gestionale "Quarantena" utilizzato su tutto il territorio regionale e in grado di interfacciarsi con multipli sistemi informativi, tra cui il Sistema Informativo dei laboratori analisi delle Marche.

Nel complesso, le coperture vaccinali hanno subito una inversione di tendenza dopo il preoccupante calo registrato nel periodo 2010-2015. Il ristoro dei dati di copertura è stato sostenuto dalla legge 119/2017 sull'estensione dell'obbligo vaccinale. Quando sembrava che il rilevante fenomeno dell'esitazione vaccinale, spiccatamente rappresentato nelle Marche, fosse superato o comunque posto sotto controllo, si è diffusa la pandemia Covid-19 con la relativa infodemia. La situazione di incertezza e paura diffusa nella popolazione durante la pandemia ha favorito il propagarsi di informazioni fuorvianti sulle pratiche mediche: terapie ospedaliere, terapie domiciliari, prevenzione rispetto al trattamento, ciò potrebbe essersi tradotto o potrebbe tradursi in futuro in un aumento del fenomeno di esitazione vaccinale sia per i nuovi vaccini anti Sars-CoV-2 sia per le vaccinazioni del calendario vaccinale. Per questo sarà fondamentale investire tempo e risorse in un programma comunicativo che possa affrontare la *vaccine hesitancy* e le potenziali conseguenze negative sulla possibile futura riemergenza di malattie infettive prevenibili con vaccinazione. Tra le principali macroaree di intervento si inserisce il Piano Nazionale Eliminazione Morbillo e Rosolia congenita (PNEMoRc), il quale necessita della costituzione di un Gruppo Tecnico Regionale incaricato di monitorare l'attuazione del Piano, l'andamento epidemiologico e la copertura vaccinale di Morbillo e Rosolia, la revisione delle procedure di invio dei campioni per la diagnostica delle patologie sopracitate, nonché tramite l'attuazione di *site visit* territoriali in modo da rilevare eventuali criticità locali così da poter applicare opportuni miglioramenti. Di fondamentale importanza è, inoltre, il miglioramento del sistema di sorveglianza, notifica, validazione e diagnostica di malattie infettive mediante la riorganizzazione della funzione "gestione e controllo delle malattie infettive" per le Marche, con la finalità di dare piena attuazione regionale agli standard nazionali di validazione delle malattie infettive sottoposte a notifica obbligatoria e rispondere ai debiti informativi nazionali anche in relazione alle sorveglianze speciali attive in Italia. Grazie all'istituzione della Rete Integrata Regionale sulle Arbovirosi sarà recepito il Piano Nazionale delle Arbovirosi. Tale sistema avrà gli obiettivi di monitorare l'introduzione di nuovi insetti vettori, di individuare il più precocemente possibile nuovi casi, per poter attuare immediatamente adeguate misure di controllo finalizzate a impedire la trasmissione del virus. Inoltre avrà lo scopo di valutare l'eventuale insorgenza di resistenze agli insetticidi in commercio. Il programma mira a ridefinire le procedure per l'invio di campioni e le relative priorità d'intervento con particolare attenzione al rafforzamento della sorveglianza a carico delle Malattie Batteriche Invasive e della TB, anche mediante l'informatizzazione del flusso dei dati di sorveglianza. Nel corso del periodo di vigenza del PRP sarà completata l'informatizzazione dell'anagrafe vaccinale regionale attraverso la messa in opera di un nuovo software gestionale.

Un ruolo di grande rilievo viene dato alla definizione di strategie comunicative finalizzate al miglioramento dell'adesione vaccinale consapevole, che verranno implementate nel periodo di vigenza del presente Piano. La comunicazione dovrà inoltre essere parte della formazione degli operatori sanitari, in maniera tale da costruire e mantenere la fiducia della popolazione e nelle istituzioni sanitarie attraverso strategie di comunicazione adeguate. L'altro ambito di formazione si focalizza sul recepimento del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale al fine di promuovere l'interesse individuale e collettivo delle vaccinazioni, instaurando relazioni attente alle esigenze e preoccupazioni dei singoli, basate sul dialogo "chiaro" e "comprensibile", necessario anche per

affrontare il complesso fenomeno dell'esitazione vaccinale. La restante preparazione si dovrebbe focalizzare sulla parte tecnica e scientifica delle vaccinazioni. La formazione dovrà inoltre essere orientata al recepimento del Piano di Preparazione e Risposta ad una pandemia influenzale PanFlu (DGR n. 188/2022).

In ultima istanza, il programma si concentra sulla comunicazione alla popolazione generale e a popolazioni specifiche rispetto al tema HIV/AIDS così come riportato all'interno del Piano nazionale PNAIDS, mediante strategie comunicative multisetting da parte della Commissione Tecnica Regionale HIV/AIDS.

Le attività territoriali dovranno essere organizzate anche con l'attivazione di specifiche campagne per il recupero vaccinale, utilizzando modelli organizzativi per la vaccinazione di massa, nel rispetto delle regole anti-Covid-19. Di rilievo anche le azioni che dovranno essere messe in atto per migliorare le coperture vaccinali negli anziani (completamento della vaccinazione contro l'influenza e vaccinazioni contro pneumococco, *Herpes zooster*). Andranno anche rafforzate le attività di formazione e di comunicazione (compreso lo sviluppo del sito web *Vaccinarsi*) e verranno realizzate iniziative per la diffusione a tutti i livelli delle Linee guida regionali.

Le azioni da implementare per il rafforzamento delle attività vaccinali sono rappresentate: dalla diffusione di reportistica annuale su coperture vaccinali e su vaccinovigilanza; dal coinvolgimento attivo di MMG e PLS nelle attività vaccinali; dalla presa in carico dei genitori esitanti nelle diverse possibilità di contatto; dalla valutazione e revisione delle sedi vaccinali sul territorio regionale; dal rafforzamento dell'attuale Anagrafe Vaccinale in un sistema gestionale con estensione dell'utilizzo ai MMG, PLS. Di fondamentale importanza sarà il recepimento del nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023 – 2025 e del documento recante "Calendario Nazionale Vaccinale" (in corso di approvazione Intesa Stato Regioni PPAA) con la definizione e la realizzazione delle nuove Linee Guida regionali. Altri elementi da sviluppare saranno la formazione di tutti gli Operatori sanitari ed il rafforzamento delle strategie di comunicazione e delle attività di formazione.

Da rilevare, infine, che anche nelle Marche è stato attivato il programma di Screening gratuito per la prevenzione, l'eliminazione e l'eradicazione del Virus dell'Epatite C (DGR n. 936/2021) e nel 2023 verrà effettuato lo screening di popolazione (fascia d'età nati 1969-1989).

#### **Obiettivi Prioritari:**

##### **Breve termine:**

Rafforzamento del coordinamento regionale e implementazione delle azioni prioritarie: coinvolgimento MMG-PLS, strategie di comunicazione, attività di formazione.

Recepimento del nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023 – 2025

##### **Medio termine:**

Consolidamento dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica anche in ottica di *preparedness* e revisione delle sedi vaccinali.

#### **Programma 13: Prevenire e prendersi cura: il PPDTA dell'Osteoporosi e delle fratture da fragilità quale Modello partecipativo regionale per il management delle patologie croniche**

Questo Programma è stato ideato quale prosecuzione della precedente linea di intervento del PRP 2014-19 che era stata sviluppata dal Gruppo tecnico regionale "OSSI DURI... SI DIVENTA. Prevenzione dell'Osteoporosi e del rischio di frattura correlato" e costituisce la naturale evoluzione verso l'integrazione tra Prevenzione, Clinica e Assistenza resa possibile dal Piano Nazionale della Prevenzione 2020-25 che prevede la possibilità della stesura di Percorsi Preventivi-Diagnostici-Terapeutici-Assistenziali (PPDTA) collegati al Piano Nazionale delle Cronicità. Le fratture da fragilità rappresentano un forte rischio per la salute dei soggetti over 50enni.

In tale fascia di età il rischio di sperimentare una frattura nei restanti anni di vita è stato stimato intorno al 50% per le donne e 20% per gli uomini, colpendo una donna su tre ed un uomo su cinque. Molti soggetti infatti vanno incontro ad una storia di ripetute fratture con conseguenze rilevanti su morbilità e mortalità, tanto che le fratture da fragilità costituiscono ormai la quarta causa di morbosità associata alle malattie croniche.

Quali obiettivi specifici, sono stati identificati i seguenti:

1. Studio, stesura e approvazione del PPDTA model su Osteoporosi e fratture da fragilità riproducibile in altri PPDTA.
2. Identificazione modello organizzativo sperimentale di intervento motivazionale di secondo livello, che comprenda offerta di adeguato strumento di identificazione rischio di frattura, conseguente agli invii dal primo livello di intervento motivazionale breve.

La Prevenzione primaria e secondaria/terziaria è stata oggetto particolare dei lavori svolti finora mediante sensibilizzazione della popolazione generale, formazione degli operatori sanitari, compresi Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, informazione/formazione dei caregiver specialmente di soggetti già fratturati. La particolare composizione del Gruppo tecnico Regionale, che fin dall'inizio è stato caratterizzato dalla multidisciplinarietà e intersettorialità, ha permesso di poter cogliere gli stimoli offerti dal PNP e di proporre quella che appare una vera e propria sfida organizzativa e di offerta omogenea a tutta la popolazione marchigiana di una prevenzione e presa in carico competente, diffusa e adeguata delle persone a rischio e/o già malate. Infatti, l'invidiabile longevità dei marchigiani tuttora presente non può che avere un ritorno positivo da una migliore prevenzione dell'osteoporosi e delle sue complicanze disabilitanti, dalla buona capacità di intercettazione dei soggetti a rischio, da una gestione adeguata e di prossimità delle persone che hanno avuto frattura da fragilità, anche per prevenire la temibile seconda frattura.

Va anche considerato che le fratture da fragilità impattano pesantemente sulle abilità funzionali residue e sulla mortalità e dunque costituiscono un importante ambito d'azione da affrontare in una visione sistemica e di insieme, in modo sistematico e organizzato, non solo con un PDTA classico, ma con un vero e proprio PPDTA, ovvero con uno strumento idoneo per implementare le attività preventive e per ridurre in maniera significativa la variabilità della pratica clinica nella gestione delle varie patologie, favorendo una integrazione tra diversi servizi e diverse professionalità e assicurando la continuità assistenziale. L'identificazione di un univoco percorso con tutte le figure professionali coinvolte nella patologia da fragilità, permetterà la totale presa in carico del paziente, con ricadute positive anche sulla riduzione delle complicanze.

#### **Obiettivi Prioritari:**

##### **Breve termine:**

Consolidamento del Gruppo tecnico multidisciplinare e definizione del PPDTA.

##### **Medio / lungo termine:**

Potenziamento della Rete territoriale per l'applicazione del PPDTA ed attuazione del modello previsto per la prevenzione dell'osteoporosi e la prevenzione/gestione delle fratture da fragilità.

#### ***Programma 14: I primi 1000 giorni di vita***

La salute materno-infantile ha una valenza strategica per i sistemi sanitari nazionali di tutti i Paesi in quanto è lo specchio del benessere psico-fisico e della qualità dell'assistenza dell'intera popolazione. Alcuni rilevanti problemi di salute del bambino e dell'adulto sono prevenibili mediante semplici azioni di promozione della salute e di sani stili di vita familiari da realizzare nei primi 1000 giorni di vita del bambino (periodo che va dal concepimento fino al secondo anno di vita).

In questo arco di tempo l'attuazione di interventi precoci di promozione della salute, semplici e di provata efficacia, svolti già nel periodo preconcezionale, in gravidanza e nei primi anni di vita creano le condizioni favorevoli per un sano sviluppo psico-fisico degli adulti del futuro e rappresentano un'efficace modalità di contrasto alle disuguaglianze di salute garantendo a tutti i nuovi nati le migliori condizioni di "partenza".

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 invita le Regioni a implementare e consolidare la progettazione di azioni di prevenzione e promozione della salute seguendo un approccio "life-course" (lungo tutto il ciclo di vita della persona) a partire proprio dai suoi primi 1000 giorni, per proteggere e promuovere la salute fisica e mentale, favorire un invecchiamento sano e attivo e una buona qualità della vita in età avanzata.



Nel Piano Regionale della Prevenzione 2014-2019 con il programma di lavoro: “Bambini DOP Denominazione Origine Protetta” è stato affrontato il tema della salute nell’infanzia, in particolare sui seguenti temi: la promozione dell’allattamento al seno; la prevenzione di incidenti domestici e stradali, la promozione di stili di vita salutari in gravidanza per il contrasto al fumo ed all’alcol; lo sviluppo/apprendimento di abilità sociali, cognitive e personali (life skills) in età infantile. L’attuale programma mira a dare nuovo impulso a quanto avviato con il precedente PRP 2014-2019 attraverso azioni formative, comunicative e di contrasto alle disuguaglianze di salute. In particolare:

- per sostenere l’allattamento al seno si intende realizzare una formazione, secondo gli standard Unicef, di un nucleo di formatori regionali “accreditati” che sostengano successive azioni formative a cascata;
- per promuovere tra i professionisti sanitari e socio-sanitari la diffusione di competenze trasversali in ambito di promozione della salute si propone una formazione sull’“Intervento motivazionale breve” finalizzato ad aumentare la consapevolezza dell’importanza di modifiche di stili di vita a rischio. Tale formazione è rivolta a tutti gli operatori che, in diversi contesti di vita, si “interfacciano” con il “target” mamme-neogenitori;
- per creare un linguaggio comune tra operatori sanitari e non (con competenze diverse) e porre le basi per un lavoro di rete e di effettiva collaborazione tra i diversi soggetti di un territorio si propone un percorso formativo sul tema dell’“Early Child Development”;
- per aumentare le conoscenze sui fattori favorevoli a un sano sviluppo psico-fisico del bambino si intende progettare e realizzare strumenti ed eventi informativi rivolti alla comunità;
- per contrastare disuguaglianze di accesso a percorsi preventivi ed assistenziali offerti alla donna, alla coppia, ai genitori, dal primo contatto in gravidanza fino ai due anni di vita del bambino si intende applicare lo strumento dell’Health Equity Audit in una realtà territoriale pilota. Tale strumento, partendo dall’analisi delle evidenze e delle iniquità esistenti, identifica quanto equamente i servizi e le risorse sono distribuiti in relazione ai bisogni di salute di gruppi di popolazione o aree territoriali ed individua le azioni prioritarie da introdurre per fornire servizi equi per la popolazione.

Considerato il fatto che l’età della diagnosi e la precocità dell’intervento sono considerate come i due criteri centrali per la buona riuscita di un progetto di acquisizione del linguaggio verbale e scritto e per contrastare i disturbi dello sviluppo linguistico e cognitivo, sarà inserita, nel piano regionale della prevenzione, la previsione di appositi screening.

#### **Obiettivi Prioritari:**

##### **Breve termine:**

Costituzione del Gruppo tecnico multidisciplinare.

##### **Medio termine:**

Consolidamento della Rete territoriale trasversale per la promozione della salute e di sani stili di vita familiari nei primi 1000 giorni di vita del bambino.

#### **Programma 15: Malattie infiammatorie ed immunomediate ad esordio cutaneo**

L’obiettivo non è solo quello di migliorare il percorso diagnostico terapeutico del paziente affetto da malattie infiammatorie ed immunomediate della cute, ma soprattutto di prevenire lo sviluppo delle complicanze secondarie connesse con tali patologie, le quali presentano un impatto morbigeno anche più grave della stessa malattia cutanea di esordio. Si tratta di malattie con valenza “sentinella” rispetto allo sviluppo di complicanze sistemiche e d’organo (malattie metaboliche, cardiovascolari, epatobiliari, intestinali, respiratorie, psichiatriche, neoplastiche) che conducono ad una significativa riduzione della speranza di vita.

**Obiettivi Prioritari:****Breve termine:**

Identificazione di un gruppo tecnico multidisciplinare e definizione dei PPDTA.

**Medio/lungo termine:**

Potenziamento della rete territoriale per l'applicazione dei PPDTA ed attuazione del modello previsto per la prevenzione delle comorbidità connesse con le malattie infiammatorie ed immunomediate della cute.

**Altri Obiettivi dell'Area Prevenzione e Sanità Pubblica**

Si riportano di seguito gli obiettivi prioritari relativi ad altre Aree del Sistema Prevenzione.

**Altre Aree - Obiettivi Prioritari:****Medio termine:****Area Medicina necroscopica:**

- costituzione di un gruppo tecnico regionale di coordinamento;
- revisione delle procedure nell'ottica di omogeneo miglioramento.

**Area Medicina dello Sport:**

- Revisione ed aggiornamento delle Linee guida;
- Potenziamento del Registro Regionale Informativo Centralizzato.

**Area Tutela sanitaria radiazioni ionizzanti e non ionizzanti:**

- Aggiornamento del procedimento per il rilascio del Nulla Osta di categoria B (articolo 52 del d.lgs. 101/2020) per le pratiche comportanti e connesse alle esposizioni a scopo medico e veterinario e di ricerca scientifica in vivo e in vitro svolte presso strutture sanitarie, riguardo le autorità competenti, le procedure per il rilascio con recepimento delle disposizioni di cui all'Allegato XIV, gli organismi tecnici territorialmente competenti per l'istruttoria tecnica, in considerazione a criteri di univocità e omogeneità sul territorio regionale, a tutela dei lavoratori, dell'ambiente e della popolazione, anche attraverso l'istituzione di un gruppo di lavoro tecnico multidisciplinare che coinvolga anche gli specialisti di fisica medica / esperti di radioprotezione delle varie AST e Aziende Ospedaliere;
- A fronte dell'emanazione del Piano Nazionale d'azione per il Radon (PNR), articolo 10 del d.lgs. 101/2020, istituzione di un Gruppo di lavoro tecnico multidisciplinare, con il coinvolgimento delle strutture di fisica medica/sanitaria, al fine di redigere le linee guida finalizzate all'individuazione delle aree prioritarie, alla redazione di specifici programmi di misurazione, alle modalità di svolgimento delle attività di monitoraggio e bonifica, per il raggiungimento di una mappatura del territorio regionale;
- Definizione procedure operative regionali del Piano nazionale per la gestione delle emergenze radiologiche e nucleari.

**Area Tutela della Popolazione dal Rischio chimico**

- Formazione ed attività di vigilanza su prodotti biocidi;
- Formazione ed attività di vigilanza su prodotti cosmetici.

## 1.2 SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE

La Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare è un'area della prevenzione fortemente regolata da vincoli normativi unionali e nazionali, finalizzati alla prevenzione delle malattie infettive e diffuse e delle zoonosi e al perseguimento dei livelli minimi di sicurezza alimentare (rischio accettabile) tali da garantire, mediante la pianificazione, programmazione ed esecuzione dei controlli ufficiali e delle altre attività ufficiali, la tutela della salute pubblica, animale e dell'ambiente secondo il principio del "One Health" e la correttezza del mercato agroalimentare. Le azioni inerenti alla sicurezza nutrizionale, inoltre, contribuiscono in modo sostanziale ai corretti stili di vita e alla prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT) come evidenziato anche dal DPCM sui LEA del 2017, dal Piano Nazionale della Prevenzione e dal Piano Nazionale delle Cronicità [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2584\\_allegato](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato). Il principale riferimento normativo nazionale è rappresentato dal «Piano Nazionale Integrato (PNI) 2020-2022» di cui all'Intesa Stato Regioni del 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 16/CSR del 20/02/2020), attualmente in fase di aggiornamento. Il PNI stabilisce gli obiettivi strategici nazionali che consistono nella tutela del consumatore mediante il mantenimento di un elevato livello di protezione della salute umana, della salute degli animali, della sanità delle piante e della sicurezza alimentare con ulteriore attenzione verso l'e-commerce e nel contrasto alle frodi e agli illeciti a danno dei consumatori e degli operatori, anche nei settori del biologico e delle Indicazioni Geografiche registrate, attraverso la cooperazione e il coordinamento tra le diverse autorità competenti e gli organi di controllo. Il PNI viene opportunamente declinato a livello regionale nel Piano di Controllo Regionale Pluriennale (PCRP) all'interno del quale vengono definite le politiche regionali, la governance e gli obiettivi di competenza con lo scopo principale di garantire l'assolvimento degli obblighi normativi a tutela della salute pubblica e degli animali, della sicurezza alimentare e della tutela degli animali d'affezione. Il PCRP rappresenta lo strumento regionale di attuazione delle politiche comunitarie, nazionali e regionali relativamente alla programmazione, realizzazione, rendicontazione e valutazione delle attività di controllo ufficiale in tutti i settori della sicurezza alimentare, in particolare l'igiene e la salubrità degli alimenti e delle bevande, l'igiene delle produzioni zootecniche, la sanità animale ed il benessere animale. Copre tutto il campo d'applicazione del Regolamento 2017/625/UE sui controlli ufficiali in sicurezza alimentare e si declina nelle 10 aree previste all'articolo 1, comma 2, dello stesso Regolamento, che costituiscono i settori sui quali si effettuano i controlli ufficiali per la verifica del rispetto della normativa unionale. Il piano comprende l'insieme delle disposizioni legislative relative ai mangimi e agli alimenti, compresa, ad esempio, l'igiene dei mangimi e degli alimenti, i materiali a contatto con gli alimenti, gli organismi geneticamente modificati (OGM), l'irradiazione, l'etichettatura, gli aspetti nutrizionali. Oltre al PCRP, l'altro importante riferimento normativo regionale è il Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 (approvato con DGR 1640/2021) che declina a livello regionale il Piano Nazionale della Prevenzione (Intesa Stato – Regioni e Province Autonome n. 127/CSR del 06/08/2020) e che disciplina le attività dei Dipartimenti di Prevenzione con azioni che coinvolgono trasversalmente tutte le politiche regionali, specificando i principi e la visione generale, mediante l'individuazione di programmi e linee progettuali comprendenti i più rilevanti temi della Sanità Pubblica.

Con il PCRP 2015-2018 sono stati raggiunti importanti obiettivi, sia per la Pubblica Amministrazione sia per i portatori di interesse, quali una migliore modulazione e pianificazione dei controlli in funzione della valutazione dei rischi, lo sviluppo e l'adeguamento dei sistemi informativi, la valorizzazione delle istanze territoriali tramite l'identificazione di specifici obiettivi strategici, una migliore risposta alle emergenze sanitarie.

Il nuovo Piano, con una prospettiva temporale triennale e in un'ottica di miglior efficienza ed appropriatezza del Sistema, consentirà di garantire lo sviluppo e l'applicazione di un modello organizzativo integrato tra le tre aree di competenza dei Servizi Veterinari (Sanità Animale, Igiene degli Alimenti di Origine Animale, Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche) e i Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) dei Dipartimenti di Prevenzione, che vada ad incrementare l'efficacia e l'efficienza operativa dell'area specifica all'interno della prevenzione primaria collettiva e, nel contempo, una più efficace integrazione dei Servizi Veterinari e dei SIAN con le altre Autorità competenti coinvolte, promuovendo una maggiore corresponsabilizzazione degli operatori sugli obiettivi della "legislazione alimentare".

Con il PRP 2014/2018 sono state realizzate strategie inter e multisettoriali, che hanno coinvolto altri Enti nella realizzazione delle azioni previste, con la regia dei Dipartimenti di Prevenzione. In questo ambito, la

multidisciplinarietà e la trasversalità di azione hanno rappresentato punti di forza per tutte le attività previste. Il nuovo PRP, con una prospettiva temporale quinquennale, in un'ottica coerente di rilancio dei Dipartimenti di Prevenzione, segue le indicazioni centrali e tende a sviluppare quanto già realizzato con il precedente Piano, puntando ulteriormente sul rinforzo delle Reti e dell'epidemiologia attraverso il coordinamento tra Dipartimenti di Prevenzione, Ospedali (Medicina interna, Pediatria, Laboratorio Analisi, Pronto Soccorso...) e Territorio (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici di Continuità Assistenziale) al fine di rilevare tempestivamente le noxa alla salute pubblica.

In tale contesto, di primaria importanza sarà anche lo sviluppo ed il rafforzamento della collaborazione con gli altri attori istituzionali locali, quali le Università, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche, l'ARPAM, l'Agenzia per l'innovazione nel settore agroalimentare e della pesca "Marche Agricoltura Pesca", gli Enti Parco, la rete dei CRAS Marche e gli altri attori nazionali, quali l'ISS, l'ISPRa, la rete degli IZZSS, con i suoi centri di riferimento nazionali, lo stesso Ministero della Salute, per la promozione di progettualità finalizzate allo sviluppo di aspetti innovativi relativi alle tematiche di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare secondo i principi della "One Health" e della "Health in all policies" (Salute in tutte le politiche) che caratterizzeranno il nuovo assetto della prevenzione in base a quanto previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Oltre ai classici ambiti di operatività della Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare, ricompresi nella programmazione di periodo del PCRP, verranno sviluppati, anche in accordo alle misure previste dalla Missione 6 del PNRR, nuovi ambiti strategici di seguito descritti.

### **1.2.1 Assetto organizzativo dell'Area della Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare**

Con l'entrata in vigore del d.lgs. 2 febbraio 2021, n. 27, il Ministero della Salute, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano, le Aziende sanitarie locali, nell'ambito delle rispettive competenze, sono le Autorità competenti designate a pianificare, programmare, eseguire, monitorare e rendicontare i controlli ufficiali e le altre attività ufficiali nonché procedere all'adozione delle azioni esecutive previste dagli articoli 137 e 138 del Regolamento 2017/625/UE, e ad accertare e contestare le relative sanzioni amministrative nei seguenti settori: a) degli alimenti, inclusi i nuovi alimenti, e la sicurezza alimentare, in tutte le fasi della produzione, della trasformazione e della distribuzione di alimenti comprese le norme relative alle indicazioni nutrizionali e il loro coinvolgimento nel mantenimento dello stato di salute fornite sui prodotti alimentari, anche con riferimento ad alimenti contenenti allergeni e alimenti costituiti, contenenti o derivati da OGM, nonché la fabbricazione e l'uso di materiali e oggetti destinati a venire a contatto con gli alimenti; b) mangimi e sicurezza dei mangimi in qualsiasi fase della produzione, della trasformazione, della distribuzione e dell'uso, anche con riferimento a mangimi costituiti, contenenti o derivati da OGM; c) salute animale; d) sottoprodotti di origine animale e prodotti derivati ai fini della prevenzione e della riduzione al minimo dei rischi sanitari per l'uomo e per gli animali; e) benessere degli animali; f) prescrizioni per l'immissione in commercio e l'uso di prodotti fitosanitari, dell'utilizzo sostenibile dei pesticidi.

Il d.lgs. 27/2021, articolo 2, comma 11, attribuisce la qualifica di Ufficiale o Agente di Polizia Giudiziaria nei limiti del servizio cui è destinato e secondo le attribuzioni ad esso conferite al personale delle Autorità competenti designate, addetto ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali, e definisce, nei commi 12 e 13 del medesimo articolo 2, gli obblighi di segnalazione alle Autorità competenti da parte del personale e delle forze di polizia appartenenti ad altre Istituzioni nonché da parte dell'Autorità giudiziaria.

Il d.lgs. 5 agosto 2022, n. 136, prevede che siano definiti i compiti e le attribuzioni del responsabile del servizio veterinario regionale (RSV) e le modalità di funzionamento della rete nazionale dei RSV. Si tratta di un'innovazione normativa pienamente conforme alla normativa unionale di settore e a quella nazionale che regola il sistema di governance dei servizi veterinari in Italia.

La legge 29 giugno 2022, n. 79, di conversione del d.l. 30 aprile 2022, n. 36 e il d.m. 9 giugno 2022 assegnano nuovi compiti e funzioni ai Dipartimenti di Prevenzione nell'ambito del Sistema Regionale Prevenzione Salute allo scopo di migliorare e armonizzare le politiche e le strategie messe in atto dal Servizio sanitario nazionale per la

prevenzione, il controllo e la cura delle malattie acute e croniche, trasmissibili e non trasmissibili, associate a rischi ambientali e climatici.

Risulta pertanto necessario procedere alla riorganizzazione dei Servizi afferenti all'Area della Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare oltre che per rafforzarne il ruolo di Autorità competenti adeguandole ai nuovi compiti e funzioni già descritti, anche allo scopo di rispondere alle raccomandazioni impartite dal Ministero della Salute in sede di audit di sistema svoltosi in regione Marche dal 7 al 10 maggio 2013.

In tal senso si colloca l'evoluzione del Dipartimento di Prevenzione, in continuità a quanto disciplinato nell'articolo 34 della l.r. 8 agosto 2022, n. 19, al fine di garantire l'integrazione di più strutture operative omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità. Questa impostazione è richiamata, con carattere vincolativo per lo Stato membro, nell'articolo 5, par. 5 del Regolamento 2017/625/UE. Tale fine potrà essere perseguito nell'ambito degli atti di organizzazione aziendale secondo le indicazioni fornite dalla Giunta regionale.

### Obiettivi Prioritari:

#### **Breve termine:**

- Istituzione della Conferenza permanente per Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare con compiti di Coordinamento dell'Autorità Competente Regionale con le Autorità Competenti Locali;
- Istituzione del Nucleo permanente regionale di Coordinamento per il Piano Regionale Pluriennale dei Controlli;
- Potenziamento dei sistemi informativi della Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare e conseguente dematerializzazione degli adempimenti amministrativi connessi alle attività di controllo ufficiale, per un più funzionale assolvimento dei fabbisogni di programmazione e rendicontazione delle attività;
- Potenziamento dell'attività di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare rivolta agli operatori istituzionali, alla popolazione coinvolta (gli operatori, inclusi gli allevatori, i cittadini) mediante un'attività formativa e informativa da realizzarsi per il tramite dei portatori di interesse (associazioni di categoria) e attraverso il portale dedicato (<https://veterinariaalimentisanita.marche.it/>), implementato nell'ambito del Piano Regionale e-health di cui alla DGR 2169/2002 e DGR 187/2004, in un'ottica di partecipazione, responsabilità, trasparenza e trasversalità, con l'obiettivo di veicolare notizie ed informazioni inerenti ad argomenti di Sanità Pubblica Veterinaria e Igiene degli alimenti e della nutrizione;
- Corretta allocazione degli introiti di cui al d.lgs. 32/2021 e del tariffario regionale delle prestazioni veterinarie al fine di garantire le risorse necessarie al sistema ufficiale di controllo degli stabilimenti;
- Miglioramento continuo della qualità delle attività di audit a cascata dell'Autorità Competente Regionale (ACR) sulle Autorità Competenti Locali (ACL) da perseguire anche mediante l'attivazione di protocolli di collaborazione con altre regioni;

#### **Medio termine:**

- Riorganizzazione dell'Area della Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare attraverso l'individuazione di funzioni e competenze e la ridefinizione e ampliamento delle articolazioni organizzative trasversali e verticali dei quattro Servizi dell'area della Sanità Animale, della Igiene degli alimenti di origine animale, della Igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche e della Igiene degli alimenti e della nutrizione;
- Potenziamento delle Autorità Competenti Locali in sicurezza alimentare (ACL) agli standard richiesti dalla nuova legislazione alimentare e istituzione di una UOC giuridico-amministrativa come articolazione organizzativa dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Territoriali, funzionale agli adempimenti conseguenti all'adozione delle azioni esecutive previste dagli articoli 137 e 138 del Regolamento 2017/625/UE, all'accertamento e contestazione delle sanzioni amministrative e alla riscossione dei diritti sanitari;
- Sviluppo della rete veterinaria regionale e riorganizzazione della rete epidemiologica veterinaria regionale secondo quanto previsto dal d.lgs. 5 agosto 2022, n. 136, attraverso la revisione della D.G.R. Marche n. 1766 dell'1/12/2008 e l'istituzione di una UOSD di "Epidemiologia veterinaria, comunicazione del rischio e flussi informativi" come articolazione organizzativa dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Territoriali, nel rispetto di quanto disposto dall'articolo 34, comma 3, della legge regionale 8 agosto 2022, n. 19;
- Definizione competenze dei Servizi Veterinari e dei SIAN nell'ambito del Sistema Regionale Prevenzione Salute;

- Formazione continua per la gestione ottimale del sistema dei controlli ufficiali e sui metodi e le tecniche di controllo ufficiale per il personale addetto al controllo ufficiale ed interventi formativi e campagne informative/divulgative destinate agli operatori del settore alimentare;

**Medio-lungo termine:**

- Potenziamento delle attività di epidemiosorveglianza veterinaria in ottica di “One Health”, mediante l’istituzione di presidi veterinari presso i Centri regionali di Recupero Animali Selvatici (CRAS Marche);
- Sviluppo di progettualità interregionali finalizzate alla gestione delle problematiche sanitarie sui territori di confine sfruttando la collaborazione e la competenza territoriale dell’Istituto Zooprofilattico Sperimentale Umbria e Marche e degli Enti Parco;
- Istituzione del Polo Integrato di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare per la gestione delle attività ad “alta complessità” che veda il coinvolgimento e la partecipazione dei Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione, dell’Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell’Umbria e delle Marche, della Facoltà di Medicina Veterinaria dell’Università di Camerino, della rete CRAS Marche e degli altri Enti interessati.
- Adozione della banda ultra-larga per la connessione in rete dell’Autorità Competente Regionale (ACR) e delle ACL al fine di incrementare l’efficacia, l’efficienza e l’appropriatezza della gestione.

## 1.2.2 Sanità e benessere animale

La sorveglianza delle malattie animali trasmissibili è da sempre di fondamentale importanza per garantire gli scambi commerciali di animali e ha guadagnato ulteriore rilevanza per la sanità pubblica a seguito delle recenti epizoozie quali la SARS nel 2003 e, più recentemente le epidemie influenzali e la pandemia da COVID-19. La recente introduzione della peste suina africana nel territorio nazionale rappresenta un rischio significativo per il commercio dei suini e dei prodotti di origine suina con possibili blocchi alle esportazioni e perdite economiche rilevanti se non individuate precocemente. Le malattie zoonotiche (malattie trasmesse dall’animale all’uomo) rappresentano il 60% delle malattie infettive che colpiscono l’uomo e quasi il 100% delle malattie infettive emergenti nell’uomo è di origine animale. Il rilievo precoce di tali patologie risulta pertanto critico per prevenire la loro introduzione e diffusione e, conseguentemente, limitare le loro conseguenze sulla salute e sull’economia.

L’emergenza di nuovi agenti infettivi è correlata alla perdita e alla frammentazione degli habitats, alla riduzione della biodiversità e all’occupazione da parte dell’uomo di aree ricche di biodiversità. Le attività dell’uomo che causano la riduzione delle specie selvatiche, la perdita di habitats e l’incremento di densità di specie adattate agli ambienti antropizzati (specialmente se mammiferi), risultano positivamente correlati ad un aumentato rischio di salto di specie (spillover). Per tali motivi risulta di fondamentale importanza implementare un’attività strutturata di sorveglianza e monitoraggio dei principali agenti zoonotici nella fauna selvatica.

L’applicazione di elevati standard di benessere animale e di biosicurezza risulta fondamentale per ridurre il rischio di insorgenza di patologie stress-correlate e il ricorso agli antibiotici. L’utilizzo non corretto degli antibiotici in medicina veterinaria, oltre a comportare un aumento del potenziale rischio sanitario per gli allevatori, può essere responsabile della riduzione sia dell’efficienza degli allevamenti sia della sicurezza delle produzioni. Infatti, sono già noti il rischio di contaminazione ambientale, dovuto alla presenza di germi resistenti nelle deiezioni degli animali trattati, e il rischio diretto per veterinari, allevatori e addetti ai lavori di acquisire resistenza agli antibiotici attraverso l’esposizione protratta o ripetuta a essi (ad esempio, attraverso la preparazione di mangimi medicati), mentre è ancora in corso di valutazione l’impatto potenziale che l’impiego di antimicrobici nel settore zootecnico può avere sul rischio di trasmissione di batteri resistenti all’uomo, in particolare attraverso il consumo di alimenti di origine animale.

**Obiettivi Prioritari:****Breve termine:**

- Attivazione di piani di farmacovigilanza per la verifica del corretto uso e gestione del farmaco veterinario finalizzati alla prevenzione e contrasto alla antimicrobico-resistenza a tutela della salute pubblica;
- Monitoraggio e valutazione della corretta applicazione delle buone pratiche di allevamento al fine di migliorare l'efficienza produttiva e ridurre le patologie stress-correlate e l'impatto di queste sull'ambiente;
- Promozione dell'utilizzo del sistema ClassyFarm per il supporto nell'attività di classificazione degli stabilimenti zootecnici sulla base del rischio e per garantire l'accesso all'istituto della premialità previsto dalla politica agricola comune agli operatori;
- Definire, adottare, implementare il Piano di monitoraggio e sorveglianza sanitaria della fauna selvatica, per incrementare la sensibilità dei piani di profilassi e controllo previsti da normativa unionale mediante integrazione, nel processo di analisi del rischio, di dati di epidemiosorveglianza nella popolazione selvatica;

**Medio termine:**

- Adeguamento dei piani di sorveglianza ed eradicazione, finalizzati al mantenimento dello stato di indennità degli allevamenti nei confronti delle principali malattie infettive denunciabili, ai nuovi requisiti previsti dal Regolamento 2016/429/UE (Animal health law) e regolamenti delegati e di esecuzione, anche con la puntuale applicazione delle norme di biosicurezza al fine di garantire i requisiti sanitari per la commercializzazione e l'export di animali e prodotti di origine animale;
- Miglioramento del sistema di gestione delle emergenze veterinarie, epidemiche e non, al fine di contenere in tempi rapidi il rischio di diffusione di malattie, anche a carattere zoonotico;
- Attuazione del d.m. 7.12.2017 "Sistema di reti di epidemiosorveglianza, compiti, responsabilità e requisiti professionali del Veterinario Aziendale", elemento essenziale per una tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale e per la prevenzione ed il Controllo delle malattie degli animali, comprese le zoonosis, nel pieno rispetto di quanto previsto dal Regolamento 2016/429/UE relativo alle malattie animali trasmissibili;
- Rafforzamento della rete integrata di prevenzione dei rischi zoonosici in ottica "One Health" mediante l'adozione di specifici piani di sorveglianza volti a monitorare l'ingresso, l'amplificazione e l'eventuale diffusione dei principali agenti zoonotici nella fauna selvatica e sinantropa ed ulteriore rafforzamento e potenziamento della sorveglianza delle zoonosi a trasmissione vettoriale (arbovirus);
- Attivazione di percorsi di formazione per gli Operatori del Settore Alimentare;
- Ulteriore consolidamento delle attività di assistenza di secondo livello in rete dell'Ospedale Veterinario Universitario Didattico dell'Università di Camerino, per agevolare il ricorso a prestazioni sanitarie veterinarie per la cura delle patologie complesse, attraverso la costituzione ed istituzionalizzazione della Rete clinica veterinaria regionale delle Marche;
- Ulteriore rafforzamento delle attività di controllo del randagismo canino e felino;

**Medio-lungo termine:**

- Realizzazione di una rete di punti di raccolta per lo stoccaggio temporaneo di carcasse animali a temperatura di refrigerazione al fine di garantire il corretto smaltimento delle stesse in risposta alle emergenze epidemiche;
- Attivazione, in collaborazione con l'IZS Umbria e Marche, di uno stabilimento confinato in ottemperanza a quanto previsto dal Reg. 2016/429/UE adatto al contenimento di animali provenienti da focolai di malattie infettive o posti sotto sequestro sanitario e/o penale.

### 1.2.3 Sicurezza alimentare a tutela dei consumatori

La sicurezza degli alimenti può essere garantita solo mediante un approccio di filiera comprendente tutti i fattori che intervengono direttamente o indirettamente nelle produzioni agro-zootecniche. Pertanto, i controlli ufficiali di sicurezza alimentare si estendono all'intera filiera agroalimentare, dalla produzione alla lavorazione, trasformazione, distribuzione, deposito, trasporto, commercio e somministrazione. Oltre ai controlli previsti dal PRCP, i Servizi competenti attuano altri controlli in base a specifici piani nazionali, tra i quali il Piano Nazionale

OGM, il Piano Nazionale per i residui di farmaci veterinari, il Piano Nazionale per i residui di prodotti fitosanitari, il Piano Nazionale per i residui di additivi, conservanti e sostanze aromatizzanti e il Piano Nazionale di controllo per gli alimenti trattati con radiazioni ionizzanti.

L'attività di controllo ufficiale su Operatori del Settore Alimentare e su matrici alimentari operata dai Servizi competenti appare come lo strumento irrinunciabile per prevenire l'insorgenza di malattie trasmesse da alimenti.

#### Obiettivi Prioritari:

##### **Breve termine:**

- Dematerializzazione e digitalizzazione dei procedimenti amministrativi sanzionatori per migliorare l'appropriatezza di processo;

##### **Medio termine:**

- Miglioramento delle attività di controllo per la tutela del benessere animale durante l'allevamento, il trasporto e la macellazione, promuovendo la formazione degli operatori del settore alimentare;
- Miglioramento dell'efficacia e dell'appropriatezza dei controlli ufficiali a tutela dei consumatori mediante un più esteso impiego della tecnica dell'audit e una corretta gestione delle non conformità finalizzata a supportare le imprese nell'applicazione delle disposizioni normative;
- Implementazione ed aggiornamento dei sistemi di categorizzazione del rischio;

##### **Medio-lungo termine:**

- Miglioramento del coordinamento tra le Amministrazioni competenti al fine di ottimizzare la pianificazione e la programmazione delle attività di ricerca di contaminanti nei prodotti alimentari con quella di monitoraggio in campo ambientale.

## 1.2.4 Igiene degli alimenti e sicurezza nutrizionale

Quanto riferito al paragrafo precedente trova applicazione anche nel campo della igiene degli alimenti di origine vegetale, delle acque destinate al consumo umano e del corretto impiego dei prodotti fitosanitari. La sorveglianza e promozione della salute in ambito nutrizionale riveste anch'essa un'importanza fondamentale ai fini del sostegno alla sana alimentazione nei diversi contesti di vita (scuola, lavoro, comunità, sistema sanitario).

#### Obiettivi Prioritari:

##### **Breve termine:**

- Collaborazione alla costituzione e all'attività del TaRSiN (Tavolo Regionale sulla Sicurezza Nutrizionale) come indicato dal Ministero della Salute (nota prot. 0009003-09/03/2021 – DGISAN-MDS-P);

##### **Medio termine:**

- Adozione del Piano di Azione Nazionale per l'uso sostenibile dei prodotti fitosanitari previsto dal decreto 22 gennaio 2014 - Ministro MIPAAF di concerto con Ministro dell'Ambiente e della tutela del territorio e del mare e il Ministro della Salute al fine di perseguire gli obiettivi dichiarati di riduzione dei rischi e degli impatti dei prodotti fitosanitari sulla salute umana, sull'ambiente e sulla biodiversità, di tutela dei consumatori, di salvaguardia dell'ambiente acquatico e delle acque potabili, di conservazione della biodiversità e di tutela degli ecosistemi sfruttando le leve della intersectorialità e dell'approccio "One Health";
- Attuazione, e relativa comunicazione dei risultati, dei Sistemi di Sorveglianza della Popolazione - Okkio alla Salute, HBSC, GYTS - al fine di monitorare lo stato di salute e stili di vita di alcune fasce di età della popolazione e la percezione degli stessi;

##### **Medio-lungo termine:**

- Sviluppo di un modello regionale sulla ristorazione collettiva basato su quanto indicato dal decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministro della Transizione ecologica e con Ministero delle Politiche Agricole e forestali del 28 ottobre 2021 (Definizione ed aggiornamento delle «Linee di indirizzo nazionale per



la ristorazione ospedaliera, assistenziale e scolastica») in un'ottica di promozione della salute e di prevenzione delle patologie croniche non trasmissibili secondo un approccio intersettoriale;

- Promozione di sani stili di vita e della riduzione dello spreco e dell'impatto ambientale anche attraverso la Ristorazione collettiva;
- Potenziamento dei programmi di comunicazione e sensibilizzazione su corretta alimentazione, attività fisica, uso di sale iodato, indicazioni nutrizionali e di salute con un approccio "One Health" con Amministrazioni Comunali, Enti, Istituzioni scolastiche e stakeholders;
- Promozione della Dieta mediterranea anche in coerenza con la l.r. 17 maggio 2018 n. 14 "Tutela e valorizzazione della dieta mediterranea";
- Consolidamento e/o messa in opera attività di consulenza e counseling nutrizionale come da LEA 2017.

## **2 ASSISTENZA TERRITORIALE: L'AMPLIAMENTO DEI SERVIZI DI PROSSIMITÀ TERRITORIALE E DOMICILIARE E DELLE CURE INTERMEDIE**

### **2.1 LA RETE SOCIO SANITARIA**

Il sistema socio sanitario si sta da tempo orientando verso un progressivo spostamento dei servizi dall'ospedale al territorio, come luogo per la salute di comunità, rafforzando nel contempo l'integrazione tra i due ambiti.

In questa prospettiva, la rete dei servizi socio sanitari ha un ruolo chiave ed insostituibile nella attuazione dei percorsi di assistenza e cura rivolti in particolare alla presa in carico dei soggetti fragili.

La rete delle unità d'offerta sanitarie e socio sanitarie, di cui al Regolamento regionale n.1/2018, comprende servizi residenziali e semiresidenziali rivolti agli utenti delle diverse aree assistenziali previste dai LEA:

- ANZIANI attraverso residenze sanitarie assistenziali (RSA), Residenze Protette (RP) e centri diurni (SR) sia per persone non autosufficienti che per persone con demenza;
- DISABILI, mediante residenze sanitarie e socio sanitarie per disabili (RD), Gruppi appartamento e centri diurni (SRDis);
- SALUTE MENTALE, attraverso residenze terapeutiche per la Salute mentale e Comunità protette (SRP) e gruppi appartamento per la salute mentale (SRP4), residenziale per la Salute mentale - Infanzia e Adolescenza (SRT-IA) e centri diurni (SSRP) sia per adulti che per adolescenti;
- DIPENDENZE PATOLOGICHE, attraverso residenze terapeutico riabilitative (STD), centri diurni (CDT);
- MINORENNI attraverso Comunità socio-psico-educativa integrata per Minorenni (CPEM) e centri diurni (SPEM).

Per la fase terminale della vita, sono presenti le strutture residenziali quali gli hospice e le cure palliative domiciliari.

A tali servizi residenziali e semiresidenziali si aggiungono i servizi ambulatoriali e domiciliari:

- alle famiglie, alle donne e agli adolescenti, con i consultori familiari;
- ai soggetti fragili in generale, mediante assistenza domiciliare integrata (ADI) e degenze di comunità.

Si tratta di una rete di servizi capillarmente diffusa sul territorio regionale, a cui è necessario dare nel prossimo futuro ulteriore impulso e sviluppo.

In particolare con l'entrata in vigore dei nuovi Manuali di Autorizzazione e Accreditamento dei servizi residenziali e semiresidenziali di cui alle DD.GG.RR n. 937/2020 e n.938/2020 e la conseguente ri-autorizzazione all'esercizio delle strutture, sarà importante effettuare una rivalutazione di tutti i pazienti presenti nelle strutture al fine di valutare l'appropriatezza dei setting assistenziali. Sarà inoltre importante integrare il Manuale relativo alle strutture sociali, di cui alla dgr 940/2020, con utili norme di raccordo con i manuali relativi alle strutture socio sanitarie.

Per dare attuazione alla D.G.R. n. 1115/2018 si prevede di insediare il Tavolo Permanente degli Enti Gestori, al fine di mettere a tema la questione della rimodulazione degli attuali regimi tariffari e contestualmente dare anche avvio ad una revisione organica e globale del sistema della residenzialità in un'ottica che contempererà la necessità di una migliore qualità dell'assistenza e dei servizi e l'impatto che i nuovi manuali di autorizzazione e accreditamento avranno sulle strutture già esistenti tenendo in considerazione anche l'area delle strutture con autorizzazione nell'area sociale.

Lo sviluppo della rete si articolerà sui diversi ambiti attraverso il rafforzamento degli interventi a sostegno della domiciliarità, essendo questo il livello assistenziale in cui maggiormente si integrano i servizi della rete informale

e della rete dei servizi sociali con effetti positivi in termini di qualità di vita e sostenibilità rispetto all'evoluzione dei bisogni, attraverso la "presa in carico" globale, integrata e flessibile destinata a:

- sostenere la domiciliarità delle persone anziane con disabilità complesse;
- sviluppare percorsi di supporto alla domiciliarità attraverso specifiche misure di sostegno del caregiver familiare, anche sulla base delle previsioni della DGR 1028/2021 e commi 254 e 255, della legge 205/2017 che definisce la figura del caregiver familiare;
- assicurare forme di "residenzialità protetta/assistita" – intermedie tra domicilio e Struttura residenziale - capaci di ritardare il più possibile il ricovero in Struttura residenziale sostenendo le capacità residue o percorsi di vita autonoma anche tramite il coordinamento e integrazione con la Linea di intervento 1.1.2 "Autonomia anziani nonautosufficienti" del PNRR Misura 5- Componente 2 – Sottocomponente 1 che riguarda interventi per una vita autonoma e per la deistituzionalizzazione delle persone anziane, in particolare non autosufficienti, in capo agli Ambiti Territoriali Sociali;
- favorire l'apertura delle strutture residenziali a persone che vivono al proprio domicilio e presentano bisogni complessi non affrontabili da parte della tradizionale rete territoriale dei servizi semiresidenziali;
- favorire forme di accoglienza "temporanea" volta a sostenere specifiche esigenze del caregiver sia familiare che professionale, in particolare prevedendo/rafforzando i Servizi di sollievo di cui al comma 162, lettera b), della legge 234/2021;
- assicurare risposte più mirate agli anziani e alle persone con disabilità, anche attraverso una revisione degli attuali standard gestionali dei servizi dedicati, in raccordo con le previsioni del Piano Regionale Non autosufficienza, attuato ai sensi del DPCM 03/10/2022 (che adotta il Piano Nazionale Non autosufficienza).

Sarà data specifica attenzione al rafforzamento dell'integrazione della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali e verrà sostenuto l'obiettivo della prossimità dei servizi/interventi in un'ottica di facilitazione e sostegno alla famiglia.

Saranno anche assunte iniziative finalizzate a mettere i medici di medicina generale nelle migliori condizioni di lavoro, prevedendo incentivi per quelli che operano in zone disagiate.

In **Appendice 6**, "*La rete dei servizi territoriali*", sono riportate le strutture riguardanti i servizi residenziali e semiresidenziali per tipologia di utenti e per le diverse aree assistenziali previste dai LEA.

### **Integrazione con le Politiche Sociali**

È necessario premettere che le prestazioni sociosanitarie si rivolgono a persone definite "fragili" sul piano psico-fisico, per le quali il sistema della salute deve contenere risposte anche sotto il profilo ambientale, familiare e delle condizioni economiche. Se gli interventi di cura non sono adeguatamente supportati da azioni che facilitano il mantenimento/reinserimento nell'ambiente di vita, la loro efficacia è limitata e rimane aperto il problema della vulnerabilità sociale.

L'integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari e sociosanitari diventa quindi una necessità "imperativa" per organizzare risposte globali e integrate, così come la governance istituzionale deve guidare i processi che stanno alla base della tutela della salute e della qualità di vita delle persone fragili.

Il Piano Sociale Nazionale 2021-2023 (PSN 2021-2023) prevede che "*Il lato sanitario deve operare in stretto raccordo con il lato sociale: è chiamato a contribuire al Piano Sociale Nazionale e al Piano Non Autosufficienza e a condividerne le priorità, nella misura in cui vengono toccati punti di competenza sociosanitaria nonché all'attuazione dei LEPS (livelli essenziali delle prestazioni sociali) e all'attuazione degli interventi del PNRR Misura 5*" e che "*Tutto questo richiede una programmazione coordinata a livello centrale e fortemente integrata a livello territoriale. È necessario attivare un modello organizzativo, con modalità di coordinamento per un utilizzo funzionale delle risorse professionali*"

Con il Piano Sociale Nazionale 2021-2023 vengono introdotti ulteriori Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (previsti dalla legge 328/2000 e il cui avvio è stato dato dalla legge 33/2017, d.lgs. 147/2017 e d.l. 4/2019) da attuarsi a cura degli Ambiti Territoriali Sociali, tra i quali i seguenti di rilevanza socio-sanitaria:

- LEPS SUPERVISIONE DEL PERSONALE DEI SERVIZI SOCIALI: sono previsti progetti di supervisione “multiprofessionale” di équipe, con il coinvolgimento anche di operatori socio-sanitari quali psicologi ed educatori professionali socio-sanitari (agganciato all’intervento 1.1.4 del PNRR M5C2);
- LEPS DIMISSIONI PROTETTE, ha come obiettivo primario la costituzione di équipe professionali, con formazione specifica, per favorire la de-istituzionalizzazione e il rientro a domicilio dagli ospedali, in virtù della disponibilità di servizi e strutture per l’assistenza domiciliare integrata. Sono azioni che anticipano l’adozione della legge quadro sugli interventi in favore degli anziani non autosufficienti, con specifico riferimento ai progetti di rafforzamento dell’assistenza domiciliare per le dimissioni protette, di de-istituzionalizzazione, di riconversione di case di riposo (agganciato all’intervento 1.1.2 del PNRR M5C2);
- LEPS PREVENZIONE DELL’ALLONTANAMENTO FAMILIARE DI MINORI, prevede l’attivazione di azioni di supporto domiciliare rivolte ai genitori, al fine di ridurre o evitare il rischio di allontanamento dei bambini e adolescenti dal proprio nucleo familiare, garantite da una connessione più forte tra il sistema socioassistenziale, sanitario e educativo (agganciato all’intervento 1.1.1 del PNRR M5C2).

La legge 30 dicembre 2021, n. 234 “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”, introduce, con le disposizioni di cui ai commi 159-171 dell’articolo 1, innovazioni importanti, che focalizzano l’attenzione sulla reale integrazione socio sanitaria, finalizzata a garantire una effettiva inclusione sociale delle persone con disabilità e delle persone non autosufficienti. Introduce inoltre ulteriori LEPS con rilevanza socio-sanitaria, ossia:

- LEPS DI EROGAZIONE: i servizi socio-assistenziali degli ATS volti a promuovere la continuità e qualità della vita a domicilio delle persone anziane non autosufficienti (assistenza domiciliare sociale ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE, ASSISTENZA SOCIALE INTEGRATA CON I SERVIZI SANITARI, ADATTAMENTI DELL’ABITAZIONE COMPRESI DI SERVIZI DI TELESOCORSO E TELEASSISTENZA), facendo riferimento preciso anche all’ambito di azione dei LEA di interesse per la non autosufficienza, quali i percorsi assistenziali integrati, le cure domiciliari e le cure palliative domiciliari di cui al DPCM 12 gennaio 2017 artt. 21-22-23;
- LEPS DI PROCESSO: PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO per una presa in carico e valutazione integrata dei cittadini con bisogni assistenziali complessi all’interno dei PUA, localizzati nelle Case delle Comunità, a cura di unità valutative integrate (UVI). L’attuazione del ‘Percorso assistenziale integrato’ è sostenuto da un accordo interistituzionale tra Ambito Territoriale Sociale e Distretto Sanitario, da adottarsi a livello regionale, sulla base dello schema tipo di cui al PNNA 2022-2024 e comunque con il necessario coordinamento con altri strumenti regionali, il quale esprime la necessaria intesa istituzionale richiesta a questo scopo, insieme agli elementi di cooperazione professionale e organizzativa che ne garantiscono la piena attuazione.

A queste innovazioni, che sono state recepite nel PIANO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA 2022-2024 (PNNA 2022-2024) e ritrovano corrispondenze e parallelismi nel d.m. 77/2022, sarà data attuazione nell’ambito di un efficace modello regionale di integrazione socio-sanitaria, da disegnare e attuare con il coinvolgimento degli enti locali, rivolto a tutte le fragilità e teso a garantire lo sviluppo graduale di sistemi di servizi integrati e a consolidare il percorso assistenziale integrato tra area sociale, sociosanitaria e sanitaria.

L’interazione tra LEPS e LEA sanitari e socio-sanitari dovrà essere affrontata secondo un approccio di organizzazione e gestione integrata, in modo da definire le pertinenze organizzativo-gestionali di riferimento di ciascuna area.

L’integrazione sociosanitaria diventa un obiettivo non più procrastinabile e diventa essenziale il coordinamento tra interventi di natura sanitaria e interventi di natura sociale, a fronte di bisogni di salute molteplici e complessi, sulla base di progetti assistenziali personalizzati. Il raccordo tra politiche sociali e politiche sanitarie consente di dare risposte unitarie all’interno di percorsi assistenziali integrati, con il coinvolgimento e la valorizzazione di tutte le competenze e le risorse, istituzionali e non, presenti sul territorio.

I bisogni complessi richiedono una valutazione che tenga conto di diversi aspetti, situazione psico-fisica della persona con particolare riferimento all’autonomia funzionale, contesto di vita e di relazione, risorse reddituali e tutto questo richiede un approccio multidimensionale.

Scopo primario della valutazione multidimensionale è la misurazione dello stato di salute della persona, del grado di autonomia e di autosufficienza, delle risorse personali e familiari sulle quali può contare e delle condizioni economiche che possono condizionare, qualora non autosufficiente, la sua permanenza nell'ambiente di vita. Dalla valutazione multidimensionale deriva la formulazione del Progetto Individuale.

Gli indirizzi regionali degli ultimi anni si sono mossi per l'appunto in questa direzione, strutturando il sistema lungo due direttrici principali:

- la presa in carico globale della persona;
- la differenziazione delle risposte in relazione ai bisogni della persona e della famiglia.

E' necessario che il processo di presa in carico globale, sociale e sanitaria, comprenda risposte complete, personalizzate e adeguate ai bisogni della persona e risposte che seguano la persona in tutte le fasi della vita. Dunque, il LEPS DI PROCESSO è lo strumento che intercetta tale necessità e deve essere articolato in forma semplificata per l'utenza, evidenziando le diverse responsabilità e professionalità coinvolte nella presa in carico integrata e nelle diverse attività/fasi, con una figura unica di case manager.

Tali direttrici trovano il loro fondamento da un lato sulla rete consolidata di unità di offerta e/o di servizi, costituente il primo pilastro del welfare, e dall'altro nell'insieme di risposte integrate, flessibili e modulabili governate dal sistema. In questi anni si è affrontato il tema della disabilità, della fragilità e della vulnerabilità, ponendo l'obiettivo prioritario di adeguare il sistema sociosanitario alle nuove complessità emergenti, fornendo risposte innovative, flessibili e appropriate alle persone fragili, in molti casi non prese in carico dalla tradizionale rete dei servizi.

Le persone fragili e le loro famiglie possono quindi trovare risposte, non solo nella rete consolidata afferente al sistema sociale o al sistema sociosanitario, ma anche in percorsi personalizzati flessibili e integrati che si affiancano al sistema d'offerta standardizzato e non sono catalogabili come appartenenti esclusivamente ad uno dei due sistemi.

L'integrazione della Rete Sociosanitaria con le politiche sociali ha lo scopo di mantenere la persona fragile nel proprio contesto di vita, valorizzando anche il lavoro di cura e di assistenza svolto dalla famiglia e dai caregiver formali.

Nell'ambito della presa in carico integrata delle fragilità devono trovare posto ad esempio le demenze, la disabilità con particolare riferimento ai minori e/o adolescenti (autismo, disturbi comportamentali dello sviluppo, difficoltà relazionali, vittime di bullismo ecc.), le problematiche di salute mentale con doppia diagnosi di dipendenza ovvero in situazione di grave marginalità, persone affette da ludopatia, percorsi specifici di sostegno alla donna vittima di violenza ecc. Sono bisogni necessitanti di assistenza e interventi flessibili, valutazione degli aspetti sociali, sociosanitari e sanitari, integrazione delle professionalità e delle competenze e sviluppo di un progetto personalizzato che tocchi tutte le dimensioni di vita della persona e della sua famiglia, con identificazione di un budget di cura e la definizione di costi standard di prestazioni/interventi.

Per il rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria è imprescindibile infine la considerazione anche delle seguenti dimensioni:

- dimensione professionale: promuovendo sia percorsi di formazione comune tra operatori sociali e sanitari in diverse aree di settore, sia la cultura dell'ascolto reciproco e della costruzione partecipata dei servizi innovativi sui territori;
- dimensione organizzativa: promuovendo processi di reingegnerizzazione dei percorsi per l'erogazione dei servizi e definizione di metodologie e strumenti condivisi di valutazione dei casi;
- dimensione informativa: promuovendo l'unicità del trattamento dei dati comuni.

### **Potenziamento e Decentralizzazione della Rete Sanitaria nel Territorio**

In coerenza con il programma di governo della Giunta Regionale "Ricostruiamo le Marche", in risposta alle numerose sollecitazioni da parte dei Comuni delle aree interne, la Regione intende mettere in atto un'azione concreta per il riequilibrio del territorio in risposta alle emergenti necessità assistenziali, in ottica di prossimità, per patologie a media e bassa intensità di cure, soprattutto ad accesso diretto da parte del cittadino. Pertanto, considerando anche lo scenario dei bisogni assistenziali emersi durante la fase pandemica da Covid-19, si intende

rivedere le direttrici di sviluppo della rete sanitaria marchigiana mettendo in campo azioni che favoriscano un maggiore equilibrio della rete ospedaliera, evitando concentrazioni, con maggior diffusione nel territorio.

Il potenziamento e la riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali ed extra ospedalieri rappresenta una delle principali linee di sviluppo tracciate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nella Missione M6 relativa alla Salute e in particolare nella componente 1 M6C 1" *Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*".

L'investimento si concentra sul potenziamento e sulla creazione di strutture e presidi che rappresentino il riferimento territoriale per la presa in carico del bisogno di salute dei cittadini.

Nello specifico, il PNRR identifica due tipologie di strutture: le Case della Comunità (CdC) e gli Ospedali di Comunità (OdC).

La Casa della Comunità (CdC), rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. È infatti, il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale il cittadino può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

Gli OdC si configurano come strutture di ricovero di cure intermedie e si collocano tra il ricovero ospedaliero, tipicamente destinato al paziente acuto, e le cure territoriali. Gli OdC sono quindi strutture sanitarie della rete territoriale dedicate al ricovero breve, secondo gli standard definiti dall'Intesa in sede di Conferenza Stato Regioni n. 17/CSR del 20/02/2020 destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica. In particolare tali interventi sono rivolti a favorire una efficace dimissione protetta in luoghi, prossimi al domicilio, più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia.

Tale intervento è strettamente integrato e connesso con la Linea di attività 1.1.3 "Rafforzamento servizi sociali per dimissione anticipata/prevenzione dell'ospedalizzazione" della Missione 5 Componente 2 del PNRR che con il LEPS "Dimissioni protette" previsto dal Piano Nazionale Politiche Sociali e riguarda interventi per rafforzare i servizi sociali a domicilio per garantire la dimissione anticipata e prevenire il ricovero in ospedale.

Con D.G.R. n. 656 del 26/05/2022 "*Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute – Componenti 1 e 2: Aggiornamento dell'elenco degli interventi di cui alla delibera n. 271 del 14/03/2022 e approvazione del Piano Operativo Regionale*" è stato approvato il Piano Operativo Regionale (POR) che raccoglie tutti gli interventi, finanziati con fondi PNRR M6 Salute, rivolti al potenziamento dell'assistenza territoriale.

Tra i vari interventi previsti, sono coinvolte nelle attività di adeguamento le strutture di Cingoli, Cagli e Fossombrone (già Ospedali di Comunità in base alla D.G.R. 139/2016) che saranno, così potenziate quali Case della Comunità, a rappresentare un nodo strategico del percorso di cura, presso strutture di prossimità, del paziente con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica, riducendo il rischio di una ospedalizzazione impropria ed una precoce istituzionalizzazione.

Presso tali strutture saranno rese disponibili prestazioni di specialistica ambulatoriale, diagnostica radiologica e laboratoristica per la copertura completa dei bisogni sanitari della popolazione residente: Centro Unico Prenotazioni (CUP), Punto Unico di Accesso (PUA), Punto Prelievi, Centro Assistenza Limitata Dialisi (CAL), Continuità assistenziale, Assistenza infermieristica h12, 7su7gg, Diagnostica di base, Equipe Multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni, Infermieri e figure sociosanitarie), Screening, Ambulatori specialistici (Cardiologia, Diagnostica vascolare, Ematologia, Endocrinologia, Diabetologia, Geriatria, Ginecologia, Medicina interna, Nefrologia, Neurologia, Oculistica, Oncologia, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Flebologia, Dermatologia, Urologia, Gastroenterologia, Riabilitazione, Pneumologia, Psichiatria e Psicologia Clinica), Attività Immunotrasfusionale, Attività di Riabilitazione e Terapia Fisica, Ambulatorio Chirurgico (Endoscopia digestiva di I livello, Chirurgia breve, ecc), Centro Ambulatoriale Terapia del Dolore.

Tali strutture sono già dotate di moduli di degenza di cure intermedie, in quanto già Ospedali di Comunità, e sono dotate di posti letto di riabilitazione e/o di lungodegenza. Saranno inoltre previsti percorsi, di potenziamento della rete di Emergenza Urgenza, mediante la presenza di personale medico dedicato H24, in aggiunta a quello già presente nelle ambulanze medicalizzate.

Tali strutture organizzative territoriali, integrate funzionalmente con l'Assistenza primaria e la Continuità Assistenziale, hanno il compito di garantire le necessarie prestazioni sanitarie ai cittadini, residenti in aree

svantaggiate, con compiti di stabilizzazione ed eventuale trasporto al Pronto Soccorso/DEA di riferimento attraverso la rete del 118, diagnosi e trattamento di patologie emergenti a media e bassa intensità assistenziale che non richiedono la presa in carico presso il PS/DEA di riferimento, osservazione breve non intensiva, teleconsulto e telemonitoraggio.

Ulteriore elemento strategico per la gestione e il coordinamento della risposta ai bisogni sanitari in ambito territoriale è rappresentato dalla Centrale Operativa Territoriale, strumento organizzativo innovativo, introdotto con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, che svolgerà la funzione di coordinamento della presa in carico del cittadino/paziente e di raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e della rete di emergenza-urgenza.

In tale contesto sarà sperimentata l'assistenza farmaceutica a domicilio per le dimissioni protette.

### **Area Medicina Legale**

Le molteplici attività di medicina legale previste dalla DGRM n. 1526/97 necessitano di un modello organizzativo da potenziare allo scopo di renderle omogeneamente applicabili in tutto il territorio regionale tenendo conto della multidisciplinarietà che esse comportano. È necessario valorizzare l'attività medico-legale di supporto e di consulenza in ambito aziendale ospedaliero e territoriale nei casi di presunti casi di responsabilità professionale sanitaria in ottemperanza a quanto previsto dalla legge 24/2017 (legge Gelli). Ciò sia come supporto medico-legale all'operato dei sanitari del SSR in fase clinica che come consulenti nelle fasi di contenzioso stragiudiziale e giudiziale. Vanno considerate, inoltre, le modifiche legislative intervenute in merito agli accertamenti degli stati disabilitanti – invalidità civile, stato di handicap, collocamento al lavoro - (legge 102/2009) che impongono una sinergia operativa, anche informatica, tra le strutture medico-legali regionali e l'INPS nell'ottica di una semplificazione delle procedure esistenti, del rispetto del rigore metodologico, della trasparenza, della migliore accessibilità alle prestazioni anche certificative da parte dell'utenza specie di quella fragile.

I principali obiettivi per quest'area sono rappresentati da:

- costituzione di un Gruppo tecnico regionale di coordinamento che si occupi di temi rilevanti quali:
  - a. percorsi specifici per la valutazione e l'accertamento della disabilità;
  - b. miglioramento del percorso "idoneità alla guida";
  - c. valutazione omogenea e uniforme sul territorio regionale degli accertamenti monocratici;
  - d. revisioni dei percorsi relativi alla medicina necroscopica;
  - e. sviluppo di processi di integrazione delle attività medico-legali intraaziendali (biodiritto, tutela delle fragilità ecc.);
- potenziamento sanitario ed amministrativo delle UU.OO.CC di Medicina Legale;
- migliorare/semplificare il percorso del cittadino in tutte le prestazioni medico-legali di competenza del SSR;
- attuazione delle indicazioni di cui al d.m. 3 aprile 2017 "Linee guida per l'assistenza, riabilitazione e trattamento dei disturbi psichici dei rifugiati e delle vittime di tortura";
- riduzione dei Tempi di attesa nell'espletamento degli accertamenti per il riconoscimento dell'invalidità civile, handicap e collocamento mirato al lavoro utilizzando il sistema informatico VOA (Verifiche ordinarie ASL) già operativo e testato da questa Regione, diffuso dall'INPS in tutto il territorio nazionale.

### **Medicina di Genere**

Regione Marche intende proseguire nel percorso già avviato in questi anni di riconoscimento delle differenze biologiche e socioculturali di genere, con la finalità di promuovere eguaglianza ed equità nella salute.

Porre attenzione al genere in sanità pubblica è una scelta strategica e richiede:

- La promozione di iniziative di prevenzione genere-specifiche;
- La creazione di percorsi diagnostico- terapeutici declinati secondo il genere;
- Attenzione alle problematiche genere-specifiche in tutte le azioni di sviluppo sanitario e sociosanitario;

- Inclusione degli aspetti di genere nella elaborazione dei flussi informativi;
- Formazione verso tutti gli operatori sanitari sia relativamente alla tematica specifica sia ponendo attenzione che gli aspetti clinici trattati nei diversi ambiti formativi siano trattati anche in relazione al genere;
- Confronto con gli ambiti di ricerca studio e formazione accademica affinché vengano sviluppate ricerche genere-specifiche;
- Informazione diffusa sulla medicina di genere e le sue implicazioni a livello della salute;
- Incremento della partecipazione a bandi nazionali che premiano quelle strutture che offrono servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie di genere (Bandi Bollini Rosa e Bollini Azzurri per gli ospedali e Bollini RosaArgento per le RSA promossi dall'Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere – Fondazione ONDA).



## 2.2 LE STRUTTURE DISTRETTUALI

Il decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 ha adottato il regolamento recante “*Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*” con la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale, ai sensi dell’articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311. Con questo documento, per la prima volta vengono definiti gli standard che dovranno essere rispettati in ogni Regione per quanto riguarda l’assistenza territoriale.

Il ruolo centrale nel sistema territoriale deve essere svolto dal Distretto sanitario al cui interno si colloca la Casa della Comunità come luogo dove i cittadini potranno trovare assistenza h24 ogni giorno della settimana.

All’interno del Distretto vi devono essere gli Ospedali di Comunità con una forte presenza di assistenza infermieristica principalmente orientati alla presa in carico dei pazienti nelle fasi post ricovero ospedaliero o in tutti quei casi dove c’è bisogno di una particolare assistenza vicino al domicilio del paziente. Nel nuovo sistema un forte ruolo rivestiranno gli infermieri di famiglia o comunità che saranno impiegati in molte delle nuove strutture definite dal decreto. Un ruolo significativo sarà svolto anche dalle ostetriche.

A coordinare i vari servizi presenti nel Distretto vi saranno poi le Centrali operative territoriali e forte impulso verrà dato al numero di assistenza territoriale europeo 116117 che i cittadini potranno chiamare per richiedere tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale. Vengono poi fissati gli standard per l’assistenza domiciliare e viene definito l’utilizzo dei servizi di Telemedicina.

Il decreto ministeriale rappresenta nella sostanza la riforma degli attuali assetti delle cure primarie e ha il compito decisivo di indirizzare l’impiego delle risorse del PNRR. Di seguito vengono richiamati gli elementi principali del decreto riguardanti funzioni, requisiti e standard delle strutture dell’area territoriale la cui realizzazione costituisce un obiettivo prioritario della Regione Marche.

### Obiettivi Prioritari:

- implementazione dei nuovi modelli organizzativi di assistenza territoriale (Casa della Comunità, Ospedale di Comunità, Centrale Operativa Territoriale) anche attraverso nuovi modelli di governance, che prevedano interazione e integrazione strutturata con i servizi sociali di ATS quali i servizi sociali territoriali per la presa in carico, gli sportelli di segretariato sociale, i centri servizi/stazioni di posta (di cui alla Linea di attività 1.3.1 “Centri servizi e stazioni di posta per la povertà” del PNRR M5C2 – intervento finalizzato alla realizzazione di centri di servizi ed inclusione volti ad offrire attività di presidio sociale e sanitario e di accompagnamento per persone in condizione di deprivazione materiale, di marginalità anche estrema e senza dimora;
- Sviluppo e implementazione di nuovi flussi informativi sanitari, integrati con flussi informativi riferiti ai servizi sociali, strutturati per i nuovi percorsi di assistenza territoriale e per attivare cruscotti informativi di monitoraggio;
- attivazione dell’accordo interistituzionale Ambiti Sociali/Distretti Sanitari per l’implementazione del modello di valutazione e presa in carico integrata e percorso assistenziale integrato dei cittadini con bisogni assistenziali complessi, organizzando e integrando a tale scopo strumenti, professionalità e risorse dei servizi sanitari territoriali e dei servizi sociali territoriali, anche con riferimento ad un percorso evolutivo dell’esperienza delle UOSES di cui alla DGR 110/2016.

### 2.2.1 Distretto: funzioni e standard organizzativi

Il Distretto costituisce il centro di riferimento per l’accesso a tutti i servizi che sul territorio devono essere garantiti da una Azienda sanitaria. Attraverso la Casa della Comunità, che costituisce una sua articolazione, persegue l’integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l’uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell’offerta. Il Distretto deve garantire una risposta assistenziale integrata in termini di risorse, strumenti e competenze professionali impiegate, per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento.

Ai fini della programmazione, per un Distretto di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio, devono essere previsti i seguenti standard:

- almeno 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità, avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;
- 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti. Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola;
- 1 Unità di Continuità Assistenziale UCA (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

All'interno del progetto per il PNRR, come descritto nello specifico capitolo del presente Piano, la Regione Marche intende istituire i Distretti coerentemente con gli standard previsti, perseguendo la coincidenza con gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS). A tal fine occorrerà attivare un processo di concertazione con i Sindaci e con i territori per la definizione dei nuovi confini di ATS coincidenti con i Distretti Sanitari nonché per favorire il potenziamento dei servizi socio sanitari per le aree montane svantaggiate; quindi una volta definiti i Distretti Sanitari andranno poi definiti gli ATS. Al fine di concretizzare la programmazione e gestione integrata socio-sanitaria, si potranno prevedere accordi tra Distretti Sanitari e ATS (ad esempio estensivi dell'accordo citato per l'area della non autosufficienza e previsto dal PNNA) che tengano conto dell'esperienza delle UOSes di cui alla DGR 111/2015.

Tali accordi saranno strategici per dare attuazione alle previsioni del d.m. 77/2022 relative al Programma delle attività territoriali, secondo le quali tale programmazione determinerà le risorse per l'integrazione socio-sanitaria e le quote, rispettivamente, a carico delle aziende sanitarie e dei comuni e al fine di valorizzare e integrare le risorse delle comunità di riferimento su cui insiste il Distretto, esso è proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal Comitato dei sindaci dei Comuni appartenenti all'Ambito Territoriale Sociale e dal Direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale della ASL/AST.

## 2.2.2 Casa della Comunità

La Casa della Comunità (CdC) rappresenta un nuovo strumento del Servizio Sanitario Nazionale (finanziato anche tramite il PNRR) e una evoluzione della Casa della Salute (d.m. 10 luglio 2007).

La Casa della Comunità:

- è il luogo fisico pubblico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria;
- è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento per:
  - l'accesso;
  - l'accoglienza;
  - l'orientamento;
  - la progettazione e l'erogazione degli interventi sanitari;
- introduce un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso la modalità operativa dell'équipe multiprofessionale territoriale (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali, Infermieri di famiglia o comunità, Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica e Assistenti Sociali);

- rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali e degli enti locali del bacino di riferimento, generando percorsi assistenziali integrati, multidimensionali e multiambito;
- è la sede dove si realizza il LEPS di processo (comma 163 della legge 234/2021) secondo le diverse fasi stabilite dal Piano nazionale e regionale per la non autosufficienza 2022/2024.

La CdC svolge quattro funzioni principali:

1. interpreta il quadro dei bisogni della comunità di riferimento;
2. tutte le professioni integrate dialogano tra loro e con la comunità di riferimento;
3. sviluppa un budget di comunità per l'utilizzo delle risorse pubbliche;
4. attinge dai sistemi informativi istituzionali e dalle reti sociali le informazioni per delineare i bisogni della comunità;
5. nell'ambito delle Case di Comunità si collocano i Punti Unici di Accesso (PUA) - ai sensi del comma 163 della legge 234/2021 - con la funzione di garantire alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari. All'interno del PUA operano l'équipe integrata che deve assicurare la funzionalità delle Unità di valutazione e la definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI).

Il decreto ministeriale prevede due modelli organizzativi per le case di Comunità (modello Hub&Spoke), e stabilisce i seguenti *Standard*:

- 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS, (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; alle Case della Comunità accederanno anche gli specialisti ambulatoriali.

Standard di personale per 1 Casa di Comunità *hub*:

- 7-11 Infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).

La Casa della Comunità *hub* è anche la sede operativa dell'UCA, alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo.

La realizzazione delle Case della Comunità deve quindi consentire il potenziamento e la riorganizzazione dei servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. La Casa della Comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare quelli rivolti ai malati cronici. Nella Casa della Comunità sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie. La Casa della Comunità sarà la struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità e altri professionisti della salute e anche assistenti sociali. La presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale.

### 2.2.3 Ospedale di Comunità

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero della rete di offerta dell'Assistenza Territoriale. Svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero per consentire di evitare ricoveri ospedalieri impropri nonché per favorire dimissioni protette in luoghi più idonei laddove siano prevalenti fabbisogni di carattere sociosanitario nonché necessità di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio. In particolare, è rivolta a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, poiché soggetti a episodi di acuzie minore o di riacutizzazione di patologie croniche, o che richiedono assistenza o sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso. Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio, in questo secondo caso possono rientrare anche ricoveri brevi.

L'OdC può avere una sede propria, essere collocato in una Casa della Comunità, in strutture sanitarie polifunzionali, presso strutture residenziali sociosanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è riconducibile ai servizi ricompresi nell'assistenza territoriale distrettuale.

Un elemento particolarmente significativo del ricovero presso queste strutture riguarda il coinvolgimento attivo e consapevole, nonché la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare/caregiver, ricorrendo a modalità di formazione e addestramento sulle migliori pratiche di gestione delle condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

Gli Standard previsti dal decreto ministeriale sono i seguenti:

- 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti;
- 0,2 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.

Standard di personale per 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto:

- 7-9 Infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unità di Altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

L'OdC deve essere una struttura sanitaria in possesso di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che garantiscano la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti. Il decreto prevede infatti il rispetto dei requisiti stabiliti dalle vigenti leggi in materia di protezione antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza e continuità elettrica, sicurezza anti-infortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, protezione dalle radiazioni ionizzanti, barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche, impianti di distribuzione dei gas, materiali esplosivi (requisiti minimi strutturali e tecnologici generali di cui al DPR 14.01.1997 e s.m.i.), a garanzia della sicurezza e della salute di pazienti, cittadini e operatori.

## 2.2.4 Centrale Operativa Territoriale

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un servizio a valenza distrettuale e svolge una funzione di coordinamento per la presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali riguardanti attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, e ospedaliere, relazionandosi anche con la rete dell'emergenza-urgenza.

La COT deve svolgere un ruolo di raccordo tra i vari servizi fornendo:

- il coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
- il coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- il tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- il supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFoC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
- il monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

Gli Standard previsti dal decreto ministeriale sono i seguenti:

- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- Standard di personale di 1 COT per 100.000 abitanti: 1 Coordinatore infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto.

L'intervento della COT può essere richiesto da MMG, PLS e medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni, e altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali. Deve essere operativa 7 giorni su 7 e, al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché affrontare situazioni complesse o di emergenza, deve usufruire di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

## 2.2.5 Centrale Operativa 116117

La Centrale Operativa 116117 è la sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti e offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

Il servizio permette alla popolazione di entrare in contatto con un operatore, sanitario o tecnico-amministrativo opportunamente formato, che possa fornire assistenza, direttamente o attraverso il trasferimento di chiamata al servizio competente, a valenza sociosanitaria. In particolare:

- garantisce una risposta operativa con trasferimento di chiamata per prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di Continuità Assistenziale, e consente l'individuazione e il trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente al 118/112;
- garantisce la risposta di tipo informativo e può essere prevista anche la risposta operativa con trasferimento di chiamata per l'accesso a MMG/PLS anche in caso di difficoltà di reperimento, per consigli sanitari non urgenti prima dell'orario di apertura del servizio di Continuità Assistenziale e dopo l'orario di chiusura con eventuale inoltro della chiamata al 118, per l'accesso alla Guardia medica turistica.

Gli Standard previsti dal decreto ministeriale sono i seguenti:

- 1 Centrale Operativa NEA 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale (se con popolazione inferiore allo standard), incrementabile sulla base della numerosità della popolazione. La Centrale Operativa 116117 raccoglie le chiamate di uno o più distretti telefonici in funzione delle dimensioni dei distretti stessi e delle modalità organizzative stabilite dalla Regione.

## 2.3 CURE PRIMARIE E MEDICINA TERRITORIALE

Nella logica evolutiva del sistema sociosanitario della Regione Marche un ruolo centrale lo svolgono le cure primarie, in particolare con le figure del Medico di Medicina Generale (MMG) e del Pediatra di Libera Scelta (PLS).

La medicina di famiglia, che già rappresenta il luogo centrale della cura e il primo accesso per l'assistito, viene valorizzata nella sua dimensione clinica e preventiva e le viene riconosciuto un ruolo fondamentale nel percorso di presa in carico del malato, con l'introduzione della figura all'interno della Casa della Comunità per garantire la presenza medica h24 e per rafforzare la rete di integrazione con i servizi socio-sanitari e con gli specialisti.

Le azioni della Regione dovranno favorire il ruolo centrale nella presa in carico svolto dai medici di cure primarie, incentivando l'accesso presso le Case della Comunità (CdC) che favorisca la massima collaborazione con la medicina specialistica, anche attraverso lo sviluppo tecnologico dell'informatica e della telemedicina. In cooperazione con il medico di famiglia, sia presso la CdC, che a domicilio, che nei luoghi della comunità di riferimento, viene introdotta la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC).

In particolare i medici delle cure primarie saranno inseriti nelle Case della Comunità con il ruolo centrale:

- di prevenzione e promozione della salute;

- di individuazione dei fattori di rischio e di diagnosi tempestiva delle patologie croniche anche attraverso lo sviluppo della medicina di iniziativa e di strategie di offerta attiva;
- di presa in carico dei pazienti cronici e fragili;
- di partecipazione alle attività di valutazione multidimensionale;
- di integrazione della continuità assistenziale nelle funzioni erogate dalle forme associate di cure primarie.

Da un punto di vista degli strumenti, andranno promosse, anche attraverso l'utilizzo delle diverse forme incentivanti e attraverso idonee sperimentazioni:

- la collaborazione con i medici specialistici, anche attraverso un sistema informativo, che favorisca tale attitudine;
- l'interazione con i servizi presenti all'interno della CdC;
- la disponibilità di adeguate forme di supporto amministrativo e informatico.

L'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale (ACN 2022) prevede la costituzione di Aggregazioni Funzionali Territoriali (**AFT**), forme organizzative monoprofessionali che perseguono obiettivi di salute e di attività, e di Unità Complesse di Cure Primarie (**UCCP**).

Le AFT condividono percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi.

Compiti essenziali della AFT sono:

- a) assicurare l'erogazione a tutti i cittadini che ad essa afferiscono dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA);
- b) realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, estesa all'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente;
- c) garantire la continuità dell'assistenza anche mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata, del fascicolo sanitario elettronico (FSE) e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata.

La forma organizzativa multiprofessionale (UCCP)

- a) opera in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Aziende sanitarie, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi che, dislocate nel territorio, possono essere caratterizzate da differenti forme di complessità. Opera, inoltre, in continuità assistenziale con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multiprofessionale, ai bisogni di salute complessi;
- b) tale forma organizzativa garantisce il carattere multiprofessionale attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professioni tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria;
- c) ogni AFT è collegata funzionalmente alla propria forma organizzativa multiprofessionale di riferimento. I medici del ruolo unico di assistenza primaria si raccordano tramite le AFT alle attività della forma organizzativa multiprofessionale nel rispetto della programmazione regionale. Ferma restando la diffusione capillare dei presidi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, le Regioni, in relazione a specifiche caratteristiche demografiche e/o geografiche, possono prevedere la istituzione della AFT presso la sede della forma organizzativa multiprofessionale di riferimento;
- d) La forma organizzativa multiprofessionale realizza i propri compiti attraverso:
  - la programmazione delle proprie attività in coerenza con quella del Distretto di riferimento;
  - la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al comma precedente;

- la programmazione di audit clinici e organizzativi, coinvolgendo anche i referenti di AFT di medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale.

#### **Obiettivo Prioritario:**

##### **Medio termine:**

Potenziamento delle cure primarie attraverso l'inserimento di MMG e PLS all'interno delle Case della Comunità.

##### **Medio e lungo termine:**

Introduzione dello psicologo all'interno delle Case della Comunità.

## **2.4 ASSISTENZA DOMICILIARE**

A partire dal d.l. 19 maggio 2020, n. 34 si pone particolare attenzione al potenziamento della rete territoriale. Infatti le aziende sanitarie, tramite i distretti, provvedono a garantire tutte le attività domiciliari personalizzate in base al bisogno delle persone assistite assicurando, anche in tempo di covid, adeguato supporto socio-sanitario per il loro monitoraggio.

In seguito all'esperienza pandemica da Sars-Cov-2, le Regioni, per garantire il massimo livello di assistenza compatibile con le esigenze di Sanità Pubblica e di sicurezza delle cure in favore dei soggetti contagiati identificati attraverso le attività di monitoraggio del rischio sanitario, nonché di tutte le persone fragili la cui condizione risulta aggravata dalla situazione di emergenza, hanno incrementato e indirizzato le azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare, sia con l'obiettivo di assicurare le accresciute attività di monitoraggio e assistenza connesse all'emergenza epidemiologica, sia per rafforzare i servizi di assistenza domiciliare integrata per gli assistiti in isolamento domiciliare o quarantenati nonché per i soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità tutelate ai sensi del Capo IV del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 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", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 65 del 18.03.2017 - S.O. n. 15. A tal fine, nel rispetto dell'autonomia regionale in materia di organizzazione dei servizi domiciliari, le Regioni sono state autorizzate ad incrementare la spesa del personale nei limiti stabiliti.

Al fine di garantire che anche le cure domiciliari, in quanto livello essenziale di assistenza, rispondano ai principi fondamentali del SSN come definiti dall'articolo 1, commi 1 e 2, del d.lgs. 502/1992 e s.m.i, è stato gradualmente introdotto il sistema di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento anche per l'erogazione delle cure domiciliari.

In primis, la legge 178/2020 (legge di bilancio 2021), all'articolo 1, comma 406, introduce alcune modifiche al d.lgs. 502/1992 che estendono l'applicazione del sistema di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, alle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari (articoli 8-ter e 8-quater). Per dare esecuzione alle modifiche di cui al paragrafo precedente, la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato e le Regioni ha sancito l'Intesa 151/CSR del 4 agosto 2021 recante *"Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178"*

In base all'Intesa le Regioni e le Province autonome devono dotarsi di un sistema di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari, determinando, inoltre, il fabbisogno territoriale di questi servizi.

Con D.G.R. n. 6 del del 16/01/2023 la Regione Marche ha approvato il Manuale di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio e il manuale di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari. Inoltre nel Regolamento "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", di cui al d.m. 77/2022, viene riportato che l'Assistenza Domiciliare è un servizio a valenza

distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Lo standard previsto è il seguente: 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente, calcolato su tutti i livelli di coefficiente di intensità assistenziale (CIA). Le cure domiciliari, nelle forme previste nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza in relazione alla definizione di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato.

La differenziazione per intensità e complessità delle risposte assistenziali è determinata a seguito della Valutazione Multidimensionale e della conseguente formulazione di un Progetto di assistenza individuale integrato (PAI), che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI). La valutazione multidimensionale è effettuata dall'Unità Valutativa, garantendo anche la rivalutazione periodica della persona assistita e la definizione dei criteri di dimissione o passaggio ad altri setting assistenziali. In relazione a quanto stabilito nel PAI deve essere assicurato il coinvolgimento degli specifici specialisti, consentendo quindi il coinvolgimento di tutte le competenze richieste in termini di offerta sanitaria, oltre che del paziente e del caregiver. Il responsabile clinico del paziente è il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta.

Al fine di continuare l'azione di potenziamento dell'ADI, iniziata nel periodo emergenziale la Regione intende impegnare la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità nell'ambito del setting domiciliare, coadiuvato da un'équipe multidisciplinare composta dalle figure sanitarie presenti sul territorio.

Il setting domiciliare è rivolto ai pazienti cronici/fragili in condizioni di non autosufficienza e ai pazienti COVID positivi che necessitano di osservazione e assistenza a bassa intensità.

Il setting domiciliare comprende le seguenti attività:

- valutazione del bisogno;
- pianificazione, attuazione e valutazione degli interventi infermieristici;
- valutazione dell'adesione al Piano di cura e assistenza;
- individuazione precoce dei fattori di rischio che possono determinare eventuali ricoveri;
- interventi educativi rivolti agli assistiti e caregiver;
- facilitazione dei raccordi con altri servizi;
- attivazione di percorsi di accesso ai servizi di assistenza integrativa;
- follow up domiciliare;
- interventi educativi, riabilitativi, di prevenzione e diagnostici in caso di epidemie;
- misurazione di parametri in telemedicina;
- eccezionale erogazione di prestazioni infermieristiche non riconducibili ad altri servizi;
- effettuazione dei tamponi.

Di particolare rilevanza risulta l'aspetto della **Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD)**, che permette di migliorare la qualità di vita dei pazienti e familiari, nonché di ridurre i periodi di ospedalizzazione e quindi dei costi sanitari, consentendo ove possibile un parziale o totale reinserimento sociale e lavorativo, aspetto non di poco conto nell'ottica dell'home care.

Nelle Marche si stimano circa 3000 pazienti in nutrizione artificiale domiciliare (NAD) di cui circa 400 in nutrizione parenterale (NP), sindrome da intestino corto che necessita di NP a vita, pazienti oncologici che spesso non possono essere sottoposti a terapie invalidanti perché malnutriti e pazienti con disordini alimentari, e il resto in enterale, prevalentemente pazienti neurologici con sondino naso-gastrico (SNG) o gastrostomia endoscopica percutanea (PEG), oncologici o in attesa di terapie chirurgiche invalidanti.

Al fine di assicurare uniformità di trattamento in tutto l'ambito regionale e di garantire il miglior rapporto costi/benefici degli interventi terapeutici, è opportuno istituire una rete regionale con prescrittori/erogatori di NAD con il compito di gestire la NAD più vicino al domicilio del paziente.

Per garantire prioritariamente la permanenza della persona non autosufficiente al proprio domicilio, qualora questo sia appropriato in relazione ai bisogni e ai desideri della persona, risulta importante assicurare in forma



integrata e unitaria anche la componente sociale dell'assistenza domiciliare, attraverso l'erogazione da parte degli ATS/Comuni del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), che ai sensi della legge 234/2021, è un LEPS da integrare al LEA ADI. Comparando le diverse fonti normative è, quindi, possibile identificare sia gli aspetti comuni organizzativi e operativi già previsti da entrambi i sistemi, sia la necessità di meglio definire, in primis, a livello istituzionale tra Aziende sanitarie e Ambiti territoriali sociali, i processi che consentano una reale garanzia di percorsi di presa in carico integrata per le persone non autosufficienti.

<p><b>Legge 234/21 articolo 1, comma 162</b>  <b>Assistenza domiciliare sociale</b> quale servizio caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo.</p>	<p><b>DPCM 12/01/2017, articolo 22</b>  <b>Cure domiciliari di livello base:</b> costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle regioni e dalle province autonome, sono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale» (CIA (1)) inferiore a 0,14.</p>
<p><b>Legge 234/21 articolo 1, comma 162</b></p> <p><b>Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria.</b></p>	<p><b>DPCM 12/01/2017, articolo 22</b>  <b>Cure domiciliari integrate (ADI) di I<sup>a</sup> livello:</b> costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico - infermieristico- assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo -assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un coefficiente intensità assistenziale (CIA) compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso.</p>
	<p><b>DPCM 12/01/2017, articolo 22</b>  <b>Cure domiciliari integrate (ADI) di II<sup>a</sup> livello:</b> costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo Medico - infermieristico- assistenziale ovvero prevalentemente di tipo Riabilitativo -assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso.</p>
	<p><b>DPCM 12/01/2017, articolo 22</b>  <b>Cure domiciliari integrate (ADI) di III<sup>a</sup> livello:</b> costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci, dei dispositivi medici monouso, dell'assistenza protesica, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al caregiver.</p>

**Obiettivi Prioritari:****Breve termine:**

- Potenziamento ADI;
- Integrazione ADI-SAD;
- definizione del modello organizzativo del setting domiciliare in capo alla figura dell'IFoC;

**Medio termine:**

- 10% di pazienti over65 in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni "presi in carico" per tutte le classi di CIA)
- sperimentare l'inserimento del logopedista per i disturbi della disfagia, afasici e cognitivi.

## 2.5 INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITÀ

Secondo l'Oms il "nuovo infermiere" è colui che aiuta gli individui ad adattarsi a malattia e disabilità cronica trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio della persona assistita e della sua famiglia.

L'obiettivo è mantenere, e migliorare nel tempo, l'equilibrio e lo stato di salute della famiglia, nella comunità, aiutandola a evitare o gestire le minacce alla salute. Oggetto dell'assistenza dell'Infermiere di famiglia è l'intera comunità, di cui la famiglia rappresenta l'unità di base. In tal senso l'infermiere di famiglia svolge il suo ruolo nel contesto comunitario di cui fanno parte la rete dei servizi sanitari e sociosanitari, le scuole, le associazioni e i vari punti di aggregazione.

La figura dell'infermiere care manager si affianca a quella del medico clinical manager, cosicché il paziente, dopo aver ricevuto la giusta diagnosi e la scelta della migliore terapia, può essere seguito, guidato e aiutato nei suoi bisogni di salute con approccio proattivo e trasversale da chi esercita la professione infermieristica: un infermiere che lavori in équipe col medico, un infermiere "di famiglia" accanto e a fianco del medico di famiglia, vere e proprie "micro-équipe" sul territorio che siano davvero a fianco del paziente, e che dia a ciascuno il suo ruolo nel rispetto delle singole professionalità.

Nel Regolamento contenente "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" l'Infermiere di Famiglia o Comunità è visto come la figura professionale di riferimento, in grado di assicurare l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. L'Infermiere di Famiglia o Comunità interagisce quindi con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità formali e informali. L'Infermiere di Famiglia o Comunità oltre ad erogare direttamente le cure assistenziali, rappresenta anche la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità.

Secondo gli Standard previsti dal decreto ministeriale, si deve prevedere almeno 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti. Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola.

Si tratta quindi di un professionista che svolge il proprio ruolo nella comunità in maniera reattiva e/o proattiva, in rete con tutti i servizi sociosanitari già offerti per:

- ✓ favorire la promozione e il mantenimento della salute della persona, attraverso il rafforzamento della sua autonomia decisionale, grazie ad un'offerta assistenziale capace di garantire non solo prestazioni, ma anche di anticipare la lettura dei bisogni ancora inespressi;
- ✓ accompagnare persona e famiglia nel percorso di riappropriazione del proprio progetto di salute e di vita;
- ✓ accompagnare la persona assistita e la sua famiglia nell'individuare in fase precoce malattie e/o situazioni di rischio sanitario;
- ✓ cooperare con MMG, PLS e le altre articolazioni territoriali sociosanitarie per accogliere e accompagnare il cittadino in stato di bisogno e la sua famiglia nella scelta più appropriata rispetto al bisogno espresso e le opportunità della rete di offerta territoriale.

Gli effetti possibili conseguenti all'introduzione dell'infermiere di famiglia, si possono riassumere nei seguenti:

- ✓ Favorire la promozione della salute della popolazione attraverso interventi di prevenzione, educazione e informazione sanitaria, influenzando positivamente la qualità della vita e delle persone assistite;
- ✓ Aumentare l'accessibilità e l'orientamento ai servizi favorendo la realizzazione della continuità assistenziale, al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita e l'integrazione fra assistenza sanitaria e sociale, in raccordo e sinergia con i diversi soggetti istituzionali, poli della rete e le diverse professionalità presenti sul territorio;
- ✓ Concorrere a contrastare l'istituzionalizzazione della "fragilità" attraverso l'educazione e il supporto dei pazienti al self management e aumentando la responsabilizzazione delle famiglie (percorsi di engagement);
- ✓ Riduzione dei costi diretti dell'assistenza, a seguito di attività di prevenzione diffusa e individuazione precoce dei bisogni della popolazione;
- ✓ Riduzione del volume di attività dell'assistenza ospedaliera al malato fragile e riduzione accessi inappropriati ai Pronto Soccorso (rafforzamento indice continuità assistenziale);
- ✓ Facilitare le dimissioni precoci in modo protetto;
- ✓ Influenzare positivamente la qualità e la sicurezza delle risposte ai bisogni di salute della popolazione anche attraverso la rilevazione della soddisfazione delle persone assistite.

L'intervento dei professionisti infermieri si sviluppa sostanzialmente in tre ambiti:

- A livello ambulatoriale, l'Infermiere eroga l'assistenza a tutti gli utenti che sono in grado di deambulare e che necessitano di assistenza infermieristica a medio-bassa complessità e/o interventi di educazione – promozione alla salute. L'attività ambulatoriale può essere svolta in strutture residenziali già esistenti nella comunità e affinché si attivino percorsi di integrazione efficaci è fondamentale la vicinanza dell'ambulatorio infermieristico al luogo di attività dell'assistente sociale, facilitando il riconoscimento di una sede socio-assistenziale e di conseguenza l'integrazione delle due aree;
- A livello domiciliare, l'Infermiere eroga l'assistenza a tutti gli utenti che non possono recarsi in ambulatorio per gravi patologie o per difficoltà alla deambulazione che necessitano di assistenza infermieristica a medio- alta complessità, con carattere di continuità, con bassi livelli di autonomia che abbisognano di periodiche prestazioni sanitarie. Inoltre il professionista segue utenti che vivono in un contesto familiare e sociale che richiede una particolare sorveglianza e/o protezione;
- A livello sociale, l'Infermiere svolge attività trasversali di fattivo sostegno dell'integrazione con l'obiettivo di favorire l'attivazione e l'integrazione tra gli operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali ed informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti i bisogni di salute.

#### **Obiettivi Prioritari:**

##### **Breve termine:**

- potenziamento delle cure domiciliari e di prossimità;
- definizione del modello organizzativo del setting domiciliare in capo alla figura dell'IFoC;

##### **Medio termine:**

- sviluppo di un'assistenza proattiva e dell'empowerment degli assistiti affetti da patologie cronico-degenerative e del loro nucleo familiare.

## **2.6 CONSULTORIO FAMILIARE**

Nell'ambito dell'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, il D.P.C.M 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, prevede l'attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità e dei vari aspetti della gravidanza, per la procreazione responsabile. Tali attività riconducono ai servizi consultoriali che la Regione Marche ha segnalato come unità d'offerta da valorizzare ma anche da ricondurre alle mutate necessità dell'attuale sistema familiare.

Infatti, la multidisciplinarietà delle aree d'intervento, prevista dal legislatore nel 1975, continua ad essere una prospettiva attuale che necessita, tuttavia, di una nuova e più convinta concretizzazione e attualizzazione.

Il consultorio familiare (CF) e l'attività rivolta ai minori si pongono come uno snodo indispensabile a garanzia della necessaria connessione di tutti i servizi capaci di 'prendere in cura' le diverse fasi del ciclo di vita della donna, della famiglia, dei minori, i diversi sottosistemi relazionali che la compongono e di tutte le situazioni che può attraversare, dalla piena funzionalità alla disfunzionalità.

La famiglia, soggetto primario delle politiche sociali, è un sistema che offre mediazione generazionale e, anche quando sperimenta difficoltà e problemi nelle proprie relazioni o nella crescita dei figli, deve continuare a essere interpretata quale risorsa principale da sostenere e aiutare.

In questa prospettiva il consultorio, servizio ad alta integrazione sociosanitaria, deve assumere il compito di offrire la trasversalità delle risposte ai bisogni riconducibili alla salute dei componenti del 'sistema famiglia' nelle sue varie declinazioni.

In questi anni Regione Marche ha investito su un rinnovamento del consultorio familiare culminato con una modifica del tariffario che ne ha permesso l'ampliamento delle funzioni. A completamento di questa evoluzione si potenzieranno le funzioni sociali di tipo specialistico al fine di sostenere la natalità, la genitorialità, il benessere familiare e la funzione di aiuto per i familiari più fragili e di orientamento anche verso altri servizi.

A partire dalla fase generativa della famiglia, il CF concretizza l'offerta territoriale per la sorveglianza della gravidanza a basso rischio, per l'accompagnamento al parto e al puerperio e opera, storicamente, in raccordo con i servizi ospedalieri (Percorso nascita). In raccordo con i servizi per la Prevenzione, con quelli deputati alla Salute Mentale Infantile, Adolescenziale e Adulta, nonché con quelli delle Dipendenze, con l'Autorità giudiziaria minorile, e con i servizi sociali degli ambiti territoriali, il Consultorio Familiare attua interventi che si collocano a livello di prevenzione primaria – a sostegno del potenziale positivo della donna, della coppia, della famiglia e degli individui che la compongono, – secondaria – per evitare che un fattore di rischio, individuale o relazionale, possa condurre ad una crisi conclamata – e terziaria rivolgendosi a situazioni familiari disfunzionali o di crisi conclamata anche ampliando le funzioni relative ad attività dedicate in particolare al supporto socio-psico-educativo delle famiglie in tutto il ciclo di vita, anche attraverso l'attività di psicoterapia.

La composizione multidisciplinare dell'équipe consultoriale, tenendo conto delle professionalità indicate dal Regolamento ministeriale, la bassa soglia di accesso, l'approccio non direttivo, orizzontale, la costante attenzione alle differenze di genere, l'approccio integrato, le modalità operative basate sull'offerta attiva, l'adesione al paradigma della partecipazione attiva del cittadino per la costruzione dei processi di salute (empowerment), prospettano il CF, quale nodo importante della rete dei servizi. La collaborazione con il Servizio sociale degli Enti locali garantisce, inoltre, l'integrazione delle attività consultoriali rivolte alle famiglie fragili con gli interventi più prettamente sociali di aiuto alla famiglia e ai minori che possono essere garantite anche in collaborazione con il Terzo settore ed in raccordo con i servizi sociali degli ambiti territoriali, anche attraverso i centri per le famiglie (istituiti con DGR 1216/2012) e gli interventi di supporto alla genitorialità definiti "scuole per genitori" (istituiti con DGR 1117/2011). Inoltre, l'attività del CF richiede un approccio intersettoriale in quanto, oltre al sociale, vi sono innumerevoli altri attori che possono contribuire alla produzione di benessere dell'individuo e delle comunità (es. settore scolastico, culturale, sportivo), al contenimento del disagio familiare e sociale (es. settore della giustizia, del lavoro). Coerentemente con tutto quanto richiamato, il presente Piano Socio-Sanitario individua e sostiene tutte le azioni che, in linea con la funzione del CF, svilupperanno, potenziandole (secondo i paradigmi dell'appropriatezza e dell'efficacia), le progettualità ancorate a specifiche e prioritarie aree di bisogno, quali:

- il pre-concepimento, la gravidanza e il puerperio nei primi mesi e sino ai 3 anni di vita del/la bambino/a, con la finalità principale di promuovere la salute delle mamme, dei papà e dei bambini/e, con particolare riferimento alle situazioni a rischio relazionale. Percorsi per il post nascita (allattamento al seno, depressione post partum, arricchimento della genitorialità, ecc.);
- il sostegno precoce del benessere psicologico dei minori in tenera età, figli di genitori fragili al fine di prevenire interventi di controllo sociale e giuridico;
- le attività di prevenzione nell'area dell'infanzia attraverso screening neonatale di II livello, screening diabetologico per i minori;

- la promozione della salute degli adolescenti e dei preadolescenti, improntata all'integrazione e al sostegno delle competenze educative degli adulti, in approccio coordinato con le agenzie educative del territorio e con le altre progettualità/sperimentazioni avviate sul territorio (comprese quelle finanziate con risorse comunitarie);
- la facilitazione dell'accesso al CF tramite l'utilizzo della comunicazione bidirezionale via web con particolare attenzione alla dimensione interculturale;
- l'approccio alla salute di genere nonché gli interventi finalizzati alla prevenzione della salute psicofisica della donna (anche nel ruolo di madre) nelle diverse fasi di vita;
- la prevenzione, la rieducazione e la riabilitazione del pavimento pelvico nelle diverse fasi della vita della donna;
- la prevenzione dei tumori femminili;
- l'intervento sulle 'relazioni diseguali' e violente, intra familiari favorendo il raccordo con i centri antiviolenza;
- la promozione della genitorialità sociale, adottiva e della deistituzionalizzazione delle risposte per la protezione dei minori anche attraverso il potenziamento delle équipe integrate per l'adozione (di cui alla DGR 1896/2002 Linee d'indirizzo per lo sviluppo di una rete di servizi che garantisca livelli adeguati d'intervento in materia di adozione internazionale) e delle équipe integrate affidamento (di cui alla DGR 869/2003 Indirizzi in materia di interventi sociosanitari territoriali relativi all'affidamento familiare di cui alla legge 184/1983 e successive modificazioni), in collaborazione con gli Enti locali, l'Associazione e il Terzo Settore;
- la promozione della procreazione responsabile, della contraccezione e dell'educazione sessuale, l'interruzione volontaria di gravidanza e gli interventi volti alla riduzione del rischio di aborto ripetuto;
- la gestione della separazione della coppia genitoriale al fine di evitare e/o contenere la conflittualità e facilitare le fasi di transizione del sistema familiare, anche nella prospettiva della continuità delle responsabilità genitoriali;
- l'intervento sulle nuove problematiche adolescenziali legate a fenomeni come il ritiro sociale o scolastico, le depressioni e/o crisi di panico, l'abuso di sostanze, le nuove forme di dipendenze, e le minacce di suicidio;
- la sperimentazione di un "processo di prevenzione socio-sanitaria" rispetto alle problematiche che possono insorgere/degenerare all'interno di famiglie fragili, con riferimento alle tematiche delle dipendenze, della salute mentale, del disagio adolescenziale (dialogo, isolamento, responsabilizzazione nella contraccezione). Il processo dovrebbe attivare azioni e interventi a carattere preventivo presso i luoghi di vita delle famiglie e degli adolescenti, attraverso "figure di prossimità" (educatore professionale, assistente sociale).

Secondo gli Standard previsti dal decreto ministeriale 77/2022, si deve prevedere 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.

#### **Obiettivi prioritari:**

##### **Medio termine:**

- rafforzamento delle équipe consultoriali con personale dedicato e della rete dei Consultori Familiari;
- aumento della capacità attrattiva dei Consultori Familiari rispetto alla popolazione residente;
- aumento della capacità attrattiva dei Consultori Familiari rispetto agli adolescenti/giovani/stranieri;
- integrazione e raccordo dei consultori familiari con i servizi sociali degli ATS per la presa in carico anche attraverso il rafforzamento delle équipe integrate e per l'affido e l'adozione e i centri famiglia;
- integrazione e raccordo dei consultori familiari con i servizi sociali degli ATS per l'accompagnamento di bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità (Progetto PIPPI) attraverso appositi protocolli operativi per una presa in carico integrata;
- individuazione di un modello organizzativo di gestione della presa in carico congiunta, sociale e sanitaria, di individuazione di efficaci strategie di collaborazione con le Autorità Giudiziarie e con tutti i soggetti istituzionali e non, coinvolti nella Tutela Minori;

- monitoraggio degli interventi definiti, anche a seguito di provvedimenti dell’Autorità Giudiziaria, di natura sociosanitaria a favore dei minori vittime di abuso, grave maltrattamento e in situazioni di particolare vulnerabilità inseriti in contesti comunitari;
- tutela del passaggio alla maggiore età, momento di crisi per la persona e la sua famiglia, per individuare insieme i servizi appropriati e necessari a una dignitosa qualità della vita;
- implementazione dei flussi informativi e del monitoraggio delle attività.

## 2.7 PERCORSO NASCITA E AREA MATERNO INFANTILE

### 2.7.1 Presa in carico della gravidanza secondo i vari livelli di rischio

L’assistenza perinatale è definita adeguata nel momento in cui è in grado di assicurare un buon livello di salute materna e neonatale con il minor carico di cura compatibile con la sicurezza. L’individuazione dinamica del livello di rischio della gravidanza permette di indirizzare gli atti assistenziali verso i servizi più appropriati, di comunicare efficacemente tra operatori e di garantire un adeguato e omogeneo livello di assistenza ostetrica. Il miglioramento della rete assistenziale in campo ostetrico non può prescindere dal concetto di “presa in carico secondo il grado di rischio” introdotto dall’OMS, che prevede tre livelli di assistenza: “assistenza prenatale di base” offerta a tutte le donne, “assistenza addizionale” per patologie e complicanze moderate e “assistenza specializzata ostetrica e neonatale” per pazienti con patologie e complicanze severe. In particolare, all’interno delle patologie e complicanze severe, la prematurità e le patologie malformative rappresentano delle condizioni che possono beneficiare in maniera significativa di una gestione centralizzata e altamente specializzata. Lo sviluppo di una rete regionale con integrazione tra strutture a complessità crescente permette di indirizzare adeguatamente le risorse in modo da fornire il grado di assistenza adeguato al grado di rischio della gravidanza, con una prevalente gestione territoriale da parte dell’ostetrica delle gestanti a basso rischio (assistenza prenatale di base), una centralizzazione verso strutture altamente specializzate delle gestanti che necessitano di “assistenza specializzata ostetrica e neonatale” e un livello intermedio per le gravidanze con patologie o complicanze moderate.

Obiettivo specifico dello sviluppo della rete è quello di garantire l’uniformità dell’assistenza ostetrica su tutto il territorio regionale con un’adeguata presa in carico secondo il grado di rischio, con particolare riferimento alla gestione territoriale della gravidanza a basso rischio e della riduzione delle complicanze neonatali legate alla prematurità e alla patologia malformativa.

#### **Azioni da avviare:**

- Definizione delle modalità d’indirizzo delle gestanti verso le strutture di “Assistenza prenatale di base” distribuite sull’intero territorio regionale per la valutazione precoce del livello di Rischio e promozione di percorsi assistenziali appropriati e diversificati per grado di rischio.
- Definizione delle patologie e condizioni definite come “moderate” o “severe” che devono essere valutate da un medico specialista; definizione delle modalità di indirizzo verso le strutture assistenziali adeguate con potenziamento del modello “hub&spoke” e individuazione di percorsi preferenziali per le gestanti con rischio di parto prematuro o con feti affetti da patologie malformative.
- Potenziamento STAM e STEN (DGR n. 1079 del 03 agosto 2020 “Sistema di Trasporto Assistito Materno (S.T.A.M.) e Sistema di Trasporto Emergenza Neonatale (S.T.E.N.) nella Regione Marche.
- Definizione del modello di ostetricia di base per le gravidanze/parti/puerperali fisiologici.

#### **Obiettivi prioritari:**

##### **Medio termine:**

- presa in carico delle gestanti dalle strutture appropriate secondo il livello di rischio;
- potenziamento della gestione da parte del personale ostetrico delle gravidanze a basso rischio.

## 2.7.2 Presa in carico della gravidanza fisiologica

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha individuato nel miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino uno degli obiettivi sanitari prioritari a livello mondiale.

Una gravidanza fisiologica è una gravidanza a basso rischio, ovvero una gravidanza in cui non vi sono patologie pregresse o rischi noti per mamma e bambino.

Alle donne con gravidanza fisiologica deve essere offerto il modello assistenziale basato sulla presa in carico da parte dell'ostetrica. In collaborazione con l'ostetrica, il medico di medicina generale, i consultori e le altre strutture territoriali costituiscono la rete di assistenza integrata alla donna in gravidanza. Le professioniste o i professionisti di riferimento, con i quali la donna ha stabilito un rapporto di fiducia, le devono garantire la continuità dell'assistenza durante tutta la gravidanza e, in presenza di eventuali complicazioni, devono definire per la donna un percorso di consulenza specialistica.

Tutti i controlli previsti dai LEA devono poter essere prenotati agevolmente con il SSN, alla luce di una preventiva programmazione basata sul numero dei parti dell'anno precedente.

Obiettivi specifici del modello assistenziale basato sulla presa in carico sono i seguenti:

- Garantire continuità dell'assistenza ostetrica pubblica su tutto il territorio regionale;
- Garantire il rispetto dei LEA nei tempi previsti dalla legge;
- Garantire il rispetto della fisiologia degli eventi/umanizzazione;
- Garantire la sicurezza alla donna e al feto/neonate.

### **Azioni da avviare**

- Monitorare lo stato di soddisfazione dell'evento nascita attraverso la somministrazione di un questionario da distribuire alle donne/coppie.
- Incrementare/monitorare le attività dei consultori/ambulatori del SSN con un coordinamento interdistrettuale che garantisca una omogeneizzazione delle attività nel rispetto delle EBM.
- Migliorare l'integrazione Territorio/ Ospedale in un'ottica di continuità assistenziale:
  - o formazione comune dei professionisti della nascita;
  - o istituzione di protocolli comuni per l'assistenza alla gravidanza;
  - o potenziamento dell'ambulatorio per la gravidanza fisiologica gestito da un team di ostetriche territoriali e/o ospedaliere;
  - o creazione di una rete per un facile accesso alle cure ospedaliere in caso di comparsa di complicazioni.
- Codificare una informatizzazione del Percorso Nascita allo scopo di:
  - o Garantire scelte guidate in un percorso predefinito;
  - o Garantire una programmazione in base al numero di gravidanze previste;
  - o Individuare nei CUP uno spazio per tutte le prestazioni del percorso nascita previste dai LEA.
- Creare una "Agenda della gravidanza", strumento per fornire le informazioni relative al Percorso Nascita, tradotta in più lingue, con le seguenti funzioni:
  - o fornire alla donna informazioni sugli stili di vita da seguire;
  - o avere a disposizione tutte le impegnative necessarie per un ottimale monitoraggio della gravidanza;
  - o far conservare tutte le analisi e gli accertamenti richiesti;
  - o raccogliere i dati clinici da monitorare durante la gravidanza;
  - o far conoscere il percorso nascita (gravidanza, parto puerperio) e consentire di effettuare delle scelte consapevoli rispetto alle opzioni assistenziali possibili per gravidanza, parto, puerperio;
  - o avere notizie sulle leggi che regolano i diritti delle lavoratrici madri;
  - o avere notizie sui servizi a cui chiedere sostegno in gravidanza;

- permettere agli operatori dei Punti Nascita di accedere facilmente ai dati;
- favorire il collegamento tra assistenza territoriale e ospedaliera.
- Incrementare la presenza di mediatrici culturali nei reparti ospedalieri e nei servizi di assistenza alla nascita.
- Accogliere e sostenere le diversità nel rispetto delle scelte individuali e della personalizzazione dell'assistenza.
- Codificare interventi di sostegno alla maternità difficile quando problematiche socioeconomiche o psicologiche possono rappresentare elementi di rischio per lo sviluppo di una sana relazione madre-bambino
- Garantire l'offerta e l'accessibilità agli incontri di accompagnamento alla nascita.

Per misurare i risultati conseguenti alle azioni indicate è utile ricorrere ad indicatori quali:

- Numero di gravidanze a basso rischio gestite interamente da personale ostetrico;
- Numero di gravidanze a basso rischio gestite interamente con il SSN.

#### **Obiettivi prioritari:**

##### **Medio termine:**

- potenziamento della gestione da parte del personale ostetrico delle gravidanze a basso rischio;
- garanzia di appuntamenti con il SSN per gli screening previsti dai LEA;
- creazione della "Agenda della gravidanza";
- raggiungimento/mantenimento di uno stato di buona salute di madre e figlio con il livello minore di intervento compatibile con la sicurezza.

### **2.7.3 Implementazione delle procedure di partoanalgesia**

Il dolore del travaglio di parto può impedire ad alcune donne di vivere con serenità l'esperienza della nascita del proprio bambino. La sintomatologia dolorosa può avere intensità differenti in donne diverse e, nella stessa donna, in travagli diversi. I processi culturali in atto tra le donne sono orientati per un verso contro la medicalizzazione di un atto naturale come il parto e, per l'altro, ad evitare il dolore attraverso l'intervento analgesico.

La decisione di quale strada intraprendere deve essere riservata ad ogni singola donna sulla base di un'informazione corretta sui vantaggi, i rischi e le possibilità delle due soluzioni. L'emanazione del DPCM LEA del 12 gennaio 2017 ha riproposto il tema della partoanalgesia. In particolare, all'articolo 38, comma 3, recita: "il SSN garantisce le procedure analgesiche nel corso del travaglio e del parto vaginale, inclusa l'analgesia epidurale nelle strutture individuate dalle Regioni e dalla PA tra quelle che garantiscono le soglie di attività fissate dall'Accordo sancito in sede di Conferenza tra lo Stato, le Regioni e le PA il 16/12/2010 e confermate dal decreto 02/04/2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", all'interno di appositi programmi volti a diffondere l'utilizzo delle procedure stesse. È necessario pertanto, che la Regione definisca le linee guida regionali alle quali fare riferimento per l'individuazione dei punti nascita dotati dei requisiti organizzativi necessari per effettuare in sicurezza le procedure di partoanalgesia.

**Obiettivo specifico:** Garantire a tutte le donne che ne facciano richiesta la possibilità di usufruire in sicurezza delle procedure analgesiche nel corso del travaglio e del parto vaginale, compresa l'analgesia epidurale.

#### **Azioni da avviare**

- Definire le linee guida regionali sulla partoanalgesia;
- Garantire assetti organizzativi adeguati nei punti nascita in cui si effettuano partoanalgesie, con particolare riferimento alla continuità assistenziale anestesiologicala;
- Indicare nella carta dei Servizi aziendali la modalità dell'offerta per il controllo del dolore nel parto nelle diverse sedi;



- Definire PDTA condivisi per la partoanalgesia assicurandone l'erogazione con disponibilità di personale adeguato e formato sulla base del volume di attività del punto nascita;
- Avviare un percorso regionale di Formazione multidisciplinare per aumentare la sensibilità alla tematica del controllo del dolore nel travaglio e nel parto e per migliorare le conoscenze e i livelli di appropriatezza, sicurezza, efficacia, efficienza per il trattamento del dolore nel travaglio e nel parto.

Per misurare i risultati conseguenti alle azioni indicate è utile ricorrere ad indicatori quali:

- Numero dei travagli assistiti con analgesia epidurale sul n° totale delle richieste di partoanalgesia;
- Numero dei parti vaginali assistiti con analgesia epidurale sul n° totale delle richieste di partoanalgesia.

#### **Obiettivi prioritari:**

##### **Medio termine:**

- Emanazione delle linee guida regionali;

##### **Lungo termine**

- Aumento del soddisfacimento delle richieste di partoanalgesia in travaglio di parto e nel parto vaginale.

## **2.7.4 Riduzione dei tagli cesarei**

Il taglio cesareo rappresenta un intervento chirurgico efficace nel ridurre la mortalità e la morbidità materna e perinatale in presenza di una specifica indicazione. Tuttavia, non sono presenti evidenze che tali benefici vengano mantenuti in assenza di reale giustificazione clinica. Il taglio cesareo, in quanto procedura chirurgica, può determinare delle complicanze a breve e a lungo termine con impatto negativo sulla salute materna anche negli anni successivi al momento del parto, compromettendo anche la salute riproduttiva in previsione di future gravidanze. Tali rischi sembrano essere più significativi nelle pazienti con accesso limitato ad un'assistenza ostetrica completa. Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento della percentuale dei tagli cesarei, con significative ricadute sulla salute materna; è dimostrato che le strutture ospedaliere possono mettere in atto scelte organizzative in grado di ridurre il tasso di tagli cesarei, eseguendo tale intervento solo in caso di validate indicazioni cliniche.

**Obiettivo specifico:** Miglioramento dell'assistenza ostetrica con riduzione del tasso di tagli cesarei, in particolare in assenza di una chiara indicazione medica.

#### **Azioni da avviare**

- Omogeneizzare a livello regionale l'analgesia epidurale intravaglio di parto.
- Utilizzo su base regionale della Classificazione di Robson per i tagli cesarei, in modo da individuare le classi con tasso di tagli cesarei maggiore, sulle quali è necessario focalizzare gli sforzi organizzativi.
- Revisione su base regionale dei protocolli clinici riguardo il partogramma con curve cervimetriche aggiornate, la valutazione e l'ammissione al travaglio della donna precesarizzata, il rivolgimento del feto podalico con manovre esterne e l'assistenza al parto della gravidanza gemellare.
- Raccolta dati centralizzata e monitoraggio costante degli outcome ostetrici.
- Formazione periodica di tutti gli operatori sanitari afferenti al Percorso Nascita su: interpretazione dei tracciati cardiocografici, assistenza alla paziente precesarizzata, assistenza al travaglio in gravidanza gemellare, emergenze ostetriche, abilità tecniche su simulatori ad elevate fedeltà e lavoro in équipe.

Per misurare i risultati conseguenti alle azioni indicate è utile ricorrere ad indicatori quali:

- Tasso annuale globale dei tagli cesarei per struttura e su base regionale;
- Tasso di tagli cesarei per classe di Robson;
- Tasso di complicanze materne post taglio cesareo in regime di ricovero;
- Tasso di complicanze neonatali di nati da taglio cesareo.

**Obiettivi prioritari:****Medio termine:**

- Miglioramento dell'assistenza ostetrica con riduzione del tasso di tagli cesarei senza una validata indicazione medica, con riduzione delle complicanze materne a breve e a lungo termine e degli esiti perinatali.

## 2.7.5 Rete di medicina prenatale

L'attuale organizzazione della Medicina Prenatale della Regione Marche prende origine dalla DGR 855 del 12/10/2015. Fino ad allora la gestione della patologia prenatale (prevenzione, diagnosi e terapia) veniva gestita in modo estemporaneo ed autonomo dai singoli punti nascita che, in caso di sospetta o accertata patologia embrio-fetale, centralizzavano, senza alcun filtro, verso la Clinica Ostetrica del Salesi. Questa organizzazione comportava però una situazione di sovraccarico di richieste, non sempre congrue, verso la struttura centrale con notevoli difficoltà a soddisfare le richieste in tempi brevi, con conseguente fuga verso altre Regioni.

Con la DGR 855/2015 "Linee di indirizzo per l'organizzazione della diagnosi prenatale", la Regione Marche pone mano all'organizzazione della Medicina Prenatale e traccia le basi per un percorso chiaro finalizzato alla creazione della rete clinica di medicina prenatale. Tale documento, riconoscendo l'importanza ed il valore sociale della prevenzione, diagnosi terapia e gestione delle patologie prenatali, rafforza i rapporti tra la periferia (centri di I Livello) ed i professionisti che operano nel II e III livello. In questo modo tutte quelle patologie, sospette o confermate, che richiedono competenze tecniche e organizzative specialistiche, vengono centralizzate e gestite ad un livello "superiore", sia per la presenza di risorse umane di alto profilo professionale, che per la presenza di risorse strumentali innovative e di fascia alta.

Con la DGR 1183 del 22/12/2015, la Regione Marche indica nell'Ospedale di Comunità di Loreto la sede del Centro Unico Regionale (C.U.R.) dell'ex ASUR di diagnosi Prenatale di II livello che inizia la sua attività da Febbraio 2017, ottemperando così alle specifiche caratteristiche definite nella DGR 855.

Negli anni 2017-2022, la rete di Medicina Prenatale si struttura in modo sempre più complesso e radicato, all'interno del territorio regionale ed attraverso la stipula di convenzioni con un pannello di specialisti tra l'AOU delle Marche di Ancona ed il centro di Diagnosi prenatale di II Livello dell'ex ASUR (ora in AST di Ancona). In tal modo viene attivato il raccordo tra II e III Livello con un percorso virtuoso per la gestione dei casi più gravi che richiedono una collaborazione costante e simbiotica plurispecialistica e che termina con la centralizzazione della mamma presso l'Ospedale Pediatrico Salesi di Ancona, (Centro di III livello) per l'ottimizzazione della gestione del parto e del Neonato patologico.

La recente istituzione di una rete unificata di refertazione, implementa la rete di Medicina Prenatale di uno strumento unico in Italia per la sua estensione (attualmente sono in rete 12 presidi ospedalieri per 33 postazioni di refertazione di esami ostetrici, mancano da completare i presidi ospedalieri di Pesaro e Fano e la Clinica Ostetrica dell'Università Politecnica delle Marche) e rafforza la collaborazione tra i medici del S.S.R. Tale sistema permette oltre agli innegabili vantaggi clinici legati alla disponibilità in rete dei dati delle pazienti anche la possibilità di effettuare consulenze di telemedicina in streaming real time ed offline.

La rete di Medicina dell'età Prenatale, intesa come insieme dei centri di I, II e III livello, pur evoluta nel corso dell'ultimo triennio e presentando interessanti e costanti dati in crescita relativamente a prestazioni erogate negli ambiti ostetrici e pediatrici coinvolti, mobilità attiva da fuori regione, evidenzia ad oggi ancora importanti criticità:

- Disomogeneità dei centri di I livello (attività, case mix, formazione, apparecchiature);
- Mancanza di un servizio di supporto psicologico h24 per donne con esiti infausti di gravidanza;
- Incompleta diffusione del Sistema Unico Informatico di refertazione;
- Mancanza di un programma regionale di screening delle aneuploidie.

**Obiettivi prioritari:****Breve e Medio termine:**

- Ridisegno delle postazioni dei Centri di **I Livello** e determinazione del fabbisogno del personale ed apparecchiature in base a: normative vigenti, storico dei parti per AST, censimento delle apparecchiature in dotazione;
- Ridisegno e ottimizzazione dei Centri di **II livello** e determinazione del fabbisogno di personale e apparecchiature in base a: normative vigenti, storico dell'attività diagnostica e dell'attività di consulenza polispecialistica degli ultimi 5 anni, censimento delle apparecchiature in dotazione;
- Ridisegno e ottimizzazione del centro di **III livello** e determinazione del fabbisogno del personale e delle attrezzature in base a storico dell'attività clinico-diagnostica degli ultimi 5 anni, censimento delle apparecchiature in dotazione;
- Definizione di un Sistema centralizzato di screening regionale delle aneuploidie;
- Completamento della rete Regionale di refertazione unificata in ostetricia e ginecologia (ricognizione dei punti scoperti dalla rete);
- Attivazione di agende CUP specifiche per livello di centro;
- Istituzione di un servizio di Medicina Prenatale per ogni punto nascita con personale medico ed ostetrico dedicato specificamente formato ed attivazione di un percorso di counselling prenatale con offerta di screening delle aneuploidie;
- Potenziamento della Medicina dell'età Prenatale e del Servizio di Psicologia Perinatale per la presa in carico dei casi di lutto in gravidanza con copertura h12 presso il centro di II livello.

## 2.7.6 Diagnosi precoce del diabete in età pediatrica e screening dei minori a rischio di diabete

Le forme di diabete di tipo 1 e 2 sono in costante aumento in età pediatrica, le forme di diabete monogenico (una forma rara e spesso non diagnosticata di diabete, che riguarda maggiormente i ragazzi e i giovani adulti) sono diagnosticate con sempre maggiore frequenza per l'affinamento delle tecniche diagnostiche. La nuova diagnosi di diabete di tipo 1 avviene in circa il 40% dei casi con chetoacidosi diabetica. La pandemia da COVID 19 ha prodotto un aumento significativo sia delle forme di chetoacidosi diabetica che dell'incidenza del diabete tipo 1 e 2. Nel novembre 2022, la Food Drug Administration ha approvato un farmaco in grado di ritardare di oltre due anni la diagnosi di diabete di tipo 1 nei bambini a rischio che presentano due o più anticorpi anti cellula beta, aprendo nuove prospettive alla prevenzione.

È possibile individuare minori a rischio di diabete di tipo 1 attraverso la determinazione di auto anticorpi anti-cellula beta. La presenza di due o più anticorpi determina una probabilità di avere diabete clinicamente manifesto nell'arco di 15 anni vicina al 100%. L'eccesso ponderale di grado elevato e la forte familiarità di diabete di tipo 2 in età infantile si associano ad alto rischio di diabete di tipo 2.

La CHETOACIDOSI DIABETICA (DKA) è condizione clinica grave, che si presenta con iperglicemia >200 mg/dl, PH venoso <7,30, bicarbonati < 18 mmol/L e chetonemia. Anche un solo episodio di DKA moderata (PH < 7,20) o severa (PH < 7,10) produce danni morfologici del SNC e cognitivi permanenti. La presenza di chetoacidosi si associa anche a precario controllo del metabolismo nel lungo periodo, aumento dei costi, aumento della degenza ospedaliera.

**Obiettivi prioritari:****Breve e Medio termine:**

- Implementazione dei percorsi di Formazione per gli operatori sanitari attraverso la diffusione di linee guida sulla diagnosi di diabete e DKA (PLS, PS e DEA);

- Formazione sul diabete alla popolazione (health literacy ed empowerment);
- Diagnosi precoce attraverso il dosaggio capillare della glicemia in soggetti di età inferiore a 18 aa che accedono al PS per cause non traumatiche;
- Individuazione dei minori a rischio di diabete di tipo 1 mediante prelievo capillare nei bambini 2-6 aa e ricerca di autoanticorpi anti cellule beta mediante il test di screening centralizzato con conseguente presa in carico precoce.

## 2.8 LA RETE DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE

La rete delle cure palliative è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero (con l'attività di consulenza nelle U.O.), ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, con l'obiettivo di evidenziare e rispondere ai bisogni globali (fisici, psichici, familiari-sociali e spirituali) con un buon controllo dei sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

Il Servizio sanitario nazionale garantisce le cure palliative domiciliari come previsto dalla legge n.38 del 15 marzo 2010, nell'ambito della Rete di cure palliative a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Le cure palliative specialistiche, da attivare quando si evidenziano bisogni complessi, sono erogate dalle Unità di Cure Palliative (UCP) sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete e sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, psicologico, assistenza tutelare professionale e sostegno spirituale, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'articolo 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale.

La legge 38/2010 e i successivi provvedimenti attuativi hanno definito il modello di sviluppo delle reti di cure palliative in termini di accreditamento delle strutture e delle reti, di attuazione, gestione e coordinamento dei percorsi assistenziali integrati e riconoscimento delle competenze professionali. Le cure palliative sono state caratterizzate con un approccio orientato alla presa in carico e al percorso di cura, distinguendo gli interventi per livelli di complessità ed intensità assistenziale e, in ambito domiciliare, differenziandole dall'ADI attraverso specifiche e specialistiche Unità di offerta. Nell'ambito della cornice normativa ed in considerazione delle transizioni demografiche, epidemiologiche e sociali appare sempre più necessario implementare e rafforzare l'approccio alle cure palliative in una prospettiva di integrazione e complementarietà alle terapie attive sia in ambito ospedaliero che territoriale.

I percorsi assistenziali integrati prevedono l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali (Punto Unico di Accesso), la presa in carico della persona attraverso la valutazione multidimensionale (VMD) dei bisogni attraverso l'Unità Valutativa Integrata (UVI), sotto il profilo clinico, funzionale e sociale e la predisposizione di un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI). L'approccio "per percorso" rappresenta una novità importante, con la VMD che concorre ad identificare il malato con i suoi bisogni di cure palliative e definirne il livello di complessità dei bisogni (bassa, media, alta complessità). Le cure palliative, confermate dai LEA in questa cornice, escono dall'orizzonte temporale dell'*end stage* ed estendono il loro ambito di applicazione alle fasi precoci della malattia inguaribile ad evoluzione sfavorevole<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Accordo Stato-Regioni nell'ambito della rete delle Cure Palliative: 118/CSR del 27 luglio 2020: «Accordo ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38"»

## Rete Locale di Cure Palliative

La **Rete Locale di Cure Palliative (RLCP)** è un'aggregazione funzionale integrata delle attività di CP erogate nei diversi setting assistenziali nel territorio (ospedale/ambulatorio/domicilio/hospice), alla quale corrispondono le seguenti funzioni:

- coordina e integra le CP nei diversi livelli di assistenza, in collaborazione con la Centrale Operativa Territoriale, i Punti Unici di Accesso, le Cure Domiciliari e l'Assistenza Primaria;
- definisce un sistema di erogazione di CP, per l'attuazione dei percorsi di presa in carico e di continuità delle cure e dell'assistenza favorendo l'integrazione dei servizi sanitari e sociali;
- adotta sistemi di valutazione, miglioramento della qualità e controllo dei percorsi di cura erogati;
- raccoglie e trasmette i dati al sistema informativo;
- attiva percorsi formativi aziendali specifici;
- partecipa a iniziative di Ricerca.

La *governance* della RLCP, ai sensi della normativa vigente, è demandata a livello aziendale, attraverso l'istituzione di un organismo di coordinamento, composto da: un coordinatore di rete, referenti delle singole strutture e una rappresentanza delle associazioni di volontariato di settore.

La rete nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale agisce, pertanto, sul territorio di riferimento assicurando l'erogazione dell'assistenza:

- **nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera** attraverso équipe di cure palliative della rete che erogano consulenza, facilitano l'attivazione dei percorsi di cure palliative per garantire la continuità ospedale-territorio, supportano l'équipe dell'unità operativa ospedaliera nelle strategie per la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici;
- **nell'ambito ambulatoriale** dove sono erogate cure palliative precoci e simultanee da équipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative che operano all'interno della RLCP. Include per la prima volta nel nomenclatore con codice 89.07.A - prima visita multidisciplinare per cure palliative. Incluso: stesura del Piano Assistenziale Individualizzato Individuale (PAI) e con codice 89.01.R - visita di controllo per cure palliative. Incluso: rivalutazione del Piano Assistenziale Individuale<sup>2</sup>
- **a domicilio dell'assistito**, in base ai bisogni della persona malata.

In tale contesto si possono erogare:

- **CURE PALLIATIVE DI BASE** per i bisogni a bassa complessità, che consistono nell'attuazione dell'approccio palliativo (ap). L'approccio palliativo prevede la presa in carico dei pazienti da parte di professionisti con competenze di base in CP: MMG, specialisti di branca ospedalieri o delle Strutture Socio-sanitarie per anziani o disabili. L'approccio palliativo non prevede l'intervento diretto di équipe specialistiche di CP (salvo consulenze occasionali, richieste dai curanti che mantengono la responsabilità della cura).

L'approccio palliativo alle cure si basa su alcuni elementi fondamentali:

- cura centrata sul malato e sulla sua famiglia e non sulla malattia, con la qualità di vita come obiettivo fondamentale;
- importanza di una relazione terapeutica basata su una comunicazione chiara, sincera e proporzionale rispetto all'evoluzione prognostica, per una pianificazione anticipata e condivisa delle cure (PCC);
- grande attenzione alla valutazione ed al controllo dei sintomi di minore complessità, causa di sofferenza, ed una cura ed assistenza competenti fino agli ultimi momenti della vita.

I Setting coerenti con l'approccio palliativo sono:

- domicilio del malato;
- ospedale (in regime di ricovero o ambulatoriale, in coerenza con l'articolo 38 dei LEA);
- strutture ambulatoriali extra-ospedaliere;

---

<sup>2</sup> Ibidem

- RSA e RSD;
- istituti di pena o altri contesti di istituzionalizzazione.

➤ **CURE PALLIATIVE SPECIALISTICHE**, erogate dalle Unità Cure Palliative: un'équipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unità di Cure Palliative - UCP), in integrazione con il medico di medicina generale, per assicurare la continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7.

Le cure palliative domiciliari si articolano quindi nei seguenti livelli:

- a) **livello base**: costituito da interventi coordinati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, secondo quanto previsto dall'articolo 2, comma 1, lettera f), della legge 15 marzo 2010, n. 38, che garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative e si articolano in interventi programmati caratterizzati da un CIA (coefficiente di intensità assistenziale) minore di 0,50 in funzione del progetto di assistenza individuale;
- b) **livello specialistico**: costituito da interventi da parte di équipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, sono garantiti la continuità assistenziale, interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50 definiti dal progetto di assistenza individuale nonché pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore.

Le cure palliative domiciliari richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e dei familiari e la definizione di un "Progetto di assistenza individuale" (PAI). Le cure palliative domiciliari sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD), con la previsione di un'équipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unità di Cure Palliative - UCP), in integrazione con il medico di medicina generale, per assicurare la continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7. Tale *équipe* può essere, dal punto di vista organizzativo, integrata con le équipe dell'assistenza domiciliare integrata<sup>3</sup>; nelle strutture residenziali e negli Hospice (con standard di riferimento di 8/10 P.L. ogni 100.000 abitanti). La norma indica che tali strutture garantiscono in ambito territoriale l'assistenza residenziale ai malati nella fase terminale della vita: il Servizio sanitario nazionale, nell'ambito della rete locale di cure palliative, garantisce alle persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, il complesso integrato delle prestazioni mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza farmaceutica e la fornitura di preparati per nutrizione artificiale, le prestazioni sociali, tutelari e alberghiere, nonché di sostegno spirituale. Le prestazioni sono erogate da équipe multidisciplinari e multiprofessionali nei Centri specialistici di cure palliative- Hospice che, anche quando operanti all'interno di una struttura ospedaliera, si collocano nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria territoriale. Gli Hospice assicurano l'assistenza medica e infermieristica e la presenza di operatori tecnici dell'assistenza sette giorni su sette, sulle 24 ore, e dispongono di protocolli formalizzati per il controllo del dolore e dei sintomi, per la sedazione, l'alimentazione, l'idratazione e di programmi formalizzati per l'informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla famiglia, l'accompagnamento alla morte e l'assistenza al lutto, l'audit clinico ed il sostegno psico- emotivo all'équipe.<sup>4</sup>

### Rete Regionale di Cure Palliative

La **Rete Regionale di Cure Palliative (RRCP)** è l'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali in un ambito territoriale corrispondente all'insieme delle Reti Locali (Aziendali – Interaziendali) che operano in un territorio.

<sup>3</sup> Ibidem

<sup>4</sup> Ibidem

Obiettivi prioritari della Regione Marche sono costituiti dai seguenti:

- coordinamento e promozione del processo di sviluppo delle cure palliative a domicilio, in hospice, nelle strutture residenziali e nelle strutture ospedaliere per garantire un approccio omogeneo ed equità di Sistema;
- sviluppo del sistema informativo;
- sviluppo di un sistema di monitoraggio dello stato di attuazione delle reti locali, delle loro attività e definizione degli indicatori quali-quantitativi di CP, ivi inclusi gli standard di cui al decreto 22 febbraio 2007 n. 43 (GU, Serie Generale, n. 81 del 06.04.2007);
- definizione degli indirizzi per lo sviluppo omogeneo dei percorsi di presa in carico e assistenza di CP;
- promozione di programmi obbligatori di formazione continua in cure palliative coerentemente con quanto previsto dall'articolo 8, comma 2, della legge 38/2010, secondo quanto indicato nell'allegato tecnico dell'Accordo Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. Atti n. 87/CSR)<sup>5</sup>.

Questi servizi devono essere garantiti sulla base dei criteri e requisiti previsti dalla normativa e dagli accordi vigenti, tra cui l'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012, l'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 119/CSR e Rep. Atti n. 118/CSR) e l'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021, nonché il decreto ministeriale 23 maggio 2022 n. 77 che ha definito i modelli e gli standard per le Cure Palliative:

- 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (CP-DOM) ogni 100.000 abitanti;
- Hospice 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

### **2.8.1 La rete delle cure palliative pediatriche**

Le cure palliative per bambini con malattie in cui c'è rischio per la vita sono un approccio curativo attivo e totale, che comprende elementi fisici, emozionali, sociali e spirituali. Si focalizzano sul miglioramento della qualità di vita del bambino e sul supporto alla famiglia, includono il trattamento dei sintomi stressanti, offrendo possibilità di riposo per la famiglia, con cure fino alla morte e assistenza durante il lutto<sup>6</sup>. In ambito pediatrico l'approccio al Dolore e alle Cure Palliative presenta alcune criticità e peculiarità di intervento che pongono la necessità di considerare e programmare risposte specifiche rispetto alle età successive. Per il paziente in età pediatrica il tempo che rimane da vivere ancora più difficilmente può essere stimato, poiché la sua variabilità a parità di condizioni cliniche può oscillare da giorni ad anni. Nemmeno l'andamento delle condizioni cliniche e delle funzioni, seppur in ingravescente e prevedibile decadimento, può essere indicativo di eleggibilità, perché in età pediatrica esistono numerose condizioni che richiedono cure palliative, anche specialistiche, caratterizzate da andamento sensibilmente alterno. In tale ambito, la specificità dei bisogni assistenziali del bambino ha richiesto la definizione negli anni sia dell'Accordo tra il Governo e le Regioni del 27.6.2007 in materia di cure palliative pediatriche sia del documento tecnico del 20.3.2008, che hanno evidenziato la marcata necessità di un approccio multidimensionale richiesto per l'assistenza ai pazienti pediatrici. Con la legge 38/2010 si è quindi definita la tutela, all'articolo 1, del "diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore" e sono state individuate, come necessarie per la sua applicazione, le tre reti di assistenza dedicate alle Cure palliative, alla Terapia del Dolore, rivolte al paziente adulto, ed un'unica rete di Cure palliative e Terapia del Dolore, dedicata ai piccoli pazienti con particolare riguardo alla realizzazione dell'hospice pediatrico nel territorio dell'Ast di Pesaro-Urbino. Con la DGR n. 1238 del 18 ottobre 2021 si è ridefinito l'assetto della Rete regionale di cure palliative e terapia del dolore pediatrica della Regione Marche di cui alla DGR n. 1285 del 17 novembre 2014 "Linee di indirizzo per la definizione della Rete regionale di cure palliative e terapia del dolore pediatrica". Tale atto definisce:

- La missione e gli obiettivi di medio e lungo termine della Rete delle Cure Palliative Pediatriche;
- I criteri di eleggibilità per l'accesso alla Rete della Terapia del Dolore e delle Cure Palliative Pediatriche;
- L'organizzazione della Rete Regionale di CPP e TD secondo il modello Hub&Spoke dei nodi della Rete.

<sup>5</sup> ibidem

<sup>6</sup> Association for Children with LifeThreatening or Terminal Conditions and their Families and the Royal College of Paediatrics and Child Health. London 1997

L'implementazione e il consolidamento della Rete Regionale delle Cure Palliative Pediatriche costituisce quindi un obiettivo prioritario della Regione.

## 2.8.2 La Rete della terapia del dolore

Dovrà essere sviluppata sul territorio regionale una rete finalizzata ad assicurare un'adeguata terapia del dolore secondo quanto previsto dalla legge n. 38/2010.

## 2.9 CRONICITÀ E PERCORSI DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

L'invecchiamento della popolazione che caratterizza lo scenario sanitario del nostro Paese, può essere affrontato attraverso una efficace "presa in carico della cronicità". Il [Piano Nazionale della Cronicità](#) (PNC), approvato nel settembre 2016, rappresenta un grande sforzo culturale per riorientare la cultura e l'organizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari in modo da contrastare più efficacemente il crescente peso delle patologie croniche nella popolazione che invecchia. Una malattia cronica è una malattia che non guarisce, che si protrae nel tempo e richiede cure ed assistenza il cui livello condiziona sia la sopravvivenza che la qualità della vita. Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita. Per realizzarli è necessaria una corretta gestione del malato e la definizione di nuovi percorsi assistenziali che siano in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari. Il paziente cui ci si riferisce è una persona, solitamente anziana, spesso affetta da più patologie croniche incidenti contemporaneamente (comorbidità o multimorbidità), le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da altri determinanti (status sociofamiliare, ambientale, accessibilità alle cure ecc.). La presenza di pluripatologie richiede l'intervento di diverse figure professionali ma c'è il rischio che i singoli professionisti intervengano in modo frammentario, focalizzando l'intervento più sul trattamento della malattia che sulla gestione del malato nella sua interezza, dando talvolta origine a soluzioni contrastanti, con possibili duplicazioni diagnostiche e terapeutiche che contribuiscono all'aumento della spesa sanitaria e rendono difficoltosa la partecipazione del paziente al processo di cura. Inoltre, la prescrizione di trattamenti farmacologici multipli, spesso di lunga durata e somministrati con schemi terapeutici complessi e di difficile gestione, può ridurre la compliance, aumentare il rischio di prescrizioni inappropriate, interazioni farmacologiche e reazioni avverse. Infine, questi pazienti hanno un rischio maggiore di outcome negativi, quali aumento della morbidità, frequente e improprio utilizzo del pronto soccorso, aumentata frequenza e durata di ospedalizzazione, aumentato rischio di disabilità e non autosufficienza, peggiore qualità di vita e aumento della mortalità. Il miglioramento delle condizioni sociosanitarie e l'aumento della sopravvivenza hanno portato progressivamente a una profonda modificazione degli scenari di cura in quanto, parallelamente all'invecchiamento della popolazione, si è avuto un progressivo incremento delle malattie ad andamento cronico, spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo, le cui caratteristiche principali sono descritte, a confronto con quelle ad andamento acuto, nel box seguente (fonte: Piano Nazionale della Cronicità, 2016).

Malattie acute	Malattie croniche
■ Insorgenza improvvisa	■ Insorgenza graduale nel tempo
■ Episodiche	■ Continue
■ Eziopatogenesi specifica e ben identificabile	■ Eziopatogenesi multipla e non sempre identificabile
■ Cura specifica a intento risolutivo	■ Cura continua, raramente risolutiva
■ Spesso disponibile una specifica terapia o trattamento	■ Terapia causale spesso non disponibile
■ La cura comporta il ripristino dello stato di salute	■ La restituzione ad integrum è impossibile e si persegue come obiettivo il miglioramento della qualità di vita
■ Assistenza sanitaria di breve durata	■ Assistenza sanitaria a lungo termine (presa in carico del malato)

Se una malattia acuta si instaura su un *pabulum* di cronicità, si assiste al fenomeno della sindemia: "Effetti negativi sulle persone e sull'intera società prodotti dall'interazione sinergica di due o più malattie" (Merril Singer- 2017).



Alla base del PNC c'è il Chronic Care Model (CCM), modello assistenziale nato negli anni '90 e successivamente modificato che rivoluziona l'approccio "tradizionale" alle cronicità. Si passa infatti da un modello in cui il bisogno viene espresso dalla persona malata che richiede prestazioni al proprio MMG o allo Specialista, con scarsa partecipazione dei familiari, ad un modello in cui intorno al paziente c'è un team composto da MMG, Specialista, Caregiver, Sistema Sociale, Terzo settore, Farmacie, Infermiere care manager e Infermiere di famiglia/comunità, che produce Piani Assistenziali Individuali (PAI) comprendente anche esigenze diagnostiche, riabilitative e di prevenzione e che utilizza anche tecnologie di telediagnostica e di monitoring che spesso consentono di seguire a domicilio la persona assistita riducendone gli accessi al Pronto Soccorso e il ricorso a prestazioni ambulatoriali.

Il PNRR, con le indicazioni fornite dalla Missione 6 dedicata al piano della salute e alla Missione 5 sul lato sociale e di sostegno alle fragilità, offre grandi opportunità per l'applicazione del CCM:

- un importante finanziamento per spostare il baricentro della risposta assistenziale dall'ospedale al domicilio e quindi al territorio;
- investimenti di tipo strutturale per interventi edilizi, tecnologie e digitalizzazione;
- la creazione di Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali e un forte sviluppo della telemedicina;
- una valorizzazione del ruolo dell'infermiere di comunità;
- lo sviluppo nelle Case della Comunità di modelli organizzativi dell'assistenza orientati alla multidisciplinarietà e alla multiprofessionalità.

#### **Obiettivo prioritario:**

##### **Medio termine:**

- risposta complessiva e di sistema al fenomeno della cronicità attraverso il potenziamento della medicina di prossimità e l'implementazione delle CDC, degli ODC, delle COT e della telemedicina;
- potenziamento di linee di intervento integrate con l'ambito sociale per l'invecchiamento attivo della popolazione e in particolare con gli interventi previsti nell'ambito del Programma Regionale per l'Invecchiamento Attivo (l.r. 1/2019);
- sostenere interventi anche di natura sociale a favore dei caregiver familiari.

## **2.9.1 Alcuni interventi sulle cronicità**

### **Dislipidemie**

La recente pandemia di SARS-CoV-2 ha confermato che la salute incide pesantemente sul mantenimento della stabilità economica e sociale, sulla crescita e sul benessere individuale e collettivo. Mentre in passato la Sanità si era, di fatto, concentrata maggiormente su quanto avviene in Ospedale, l'esperienza della pandemia ha evidenziato la necessità di sviluppare e rafforzare una medicina del territorio a servizio del cittadino in grado di intercettare, prevenire e gestire le principali patologie croniche, che rappresenta un valore irrinunciabile per affrontare la sfida della cronicità.

Proprio in questa direzione è stato disegnato il nuovo assetto della sanità dal PNRR, che mette al centro prossimità, territorialità e prevenzione al fine di assicurare una risposta adeguata in termini di prestazione, diagnosi e trattamento delle patologie croniche e quindi garantire il diritto alla salute dei cittadini, costruendo una società più equa e sostenibile.

Nell'ambito delle patologie croniche le più rilevanti sia in termini di mortalità, sia in termini di carico assistenziale e di risorse sanitarie ed economiche necessarie sono certamente le patologie cardiovascolari (CVD, cardiovascular diseases). Appare dunque necessario partire da queste per la costruzione di un modello di presa in carico orientato al nuovo assetto della sanità previsto dal PNRR.

Dal punto di vista strettamente economico, le CVD sviluppano una spesa annua per il Sistema Sanitario Italiano di 15,7 miliardi di euro, di cui quasi la metà correlata ai ricoveri ospedalieri, che costituiscono il cost-driver della patologia. Infatti, più di 860.000 ricoveri (il 14% dei ricoveri ospedalieri totali) sono da ascrivere a patologie cardiovascolari, con un'occupazione di 19.000 posti-letto ogni anno. Accanto a questa spesa, esiste inoltre una voce di costo legata alla perdita di produttività lavorativa e alla necessità di assistenza informale, con un impatto

complessivo di 5 miliardi di euro ogni anno. Risulta quindi evidente come le CVD siano tra le cause principali di stress per gli attuali sistemi sanitari, di pressione sui sistemi di welfare e di perdita di produttività per la forza lavoro.

In questo contesto, la dislipidemia è uno dei maggiori fattori di rischio riconosciuti per lo sviluppo delle CVD, essendo acclarata la correlazione tra esposizione ad alti livelli di colesterolo LDL, mortalità e rischio cardiovascolare. Sulla scorta di quanto sopra, le più recenti linee guida europee (EAS/ESC 2019) hanno chiaramente definito profili di rischio e obiettivi terapeutici che tuttavia difficilmente vengono raggiunti (uno studio sviluppato dalla ARS Toscana ha evidenziato come più della metà dei pazienti non sia controllato), con un impatto negativo sul controllo della patologia e delle sue conseguenze di lungo periodo.

Ne consegue la necessità/urgenza, partendo da un'analisi basata sui metodi scientifici propri dell'HTA del contesto attuale della Regione, di pianificare la lotta alle dislipidemie nella Regione Marche attraverso lo sviluppo di una Linea di indirizzo regionale per la gestione appropriata del paziente nel nuovo assetto territoriale della salute, favorendo:

1. una più diffusa consapevolezza da parte del Sistema Sanitario della Regione Marche in merito alla necessità/urgenza di pianificare la lotta alle dislipidemie: un più alto livello di diagnosi combinato a una maggiore aderenza alla terapia porterebbe ad una riduzione del tasso di ospedalizzazione e a un conseguente miglioramento della sostenibilità economica;
2. il ripensamento dei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali secondo logiche di population health, di integrazione dei servizi ospedalieri e territoriali e di implementazione di sistemi di telemedicina;
3. l'adozione eventuale di proposte operative per l'identificazione proattiva degli individui a più alto rischio al fine di favorire la presa in carico e introdurre soluzioni efficaci.

Tale percorso, iniziato nel 2022, con l'iniziativa "HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT OPERATIVO - La gestione delle dislipidemie nella Regione Marche: appropriatezza e percorsi" organizzato dalla Scuola di Health Technology Assessment Operativo dell'Agenzia per l'Innovazione nell'Amministrazione e nei Servizi Pubblici Locali oggi Aspes S.p.A. e dalla Regione Marche, ha come obiettivo il trasferimento degli strumenti propri dell'HTA dalla teoria alla pratica, con un'attività finalizzata alla redazione di un documento che possa essere di supporto a future prossime "Linee di Indirizzo Regionali per la gestione appropriata del paziente con dislipidemia" nella Regione Marche.

Il Gruppo di lavoro è caratterizzato da ampia multidisciplinarietà per poter analizzare le diverse dimensioni e domini di studio. Questo gruppo si affiancherà alle attività dei tavoli di lavoro regionali già attivi su questi temi.

### **Malattie Reumatiche e Reti Reumatologiche**

L'organizzazione Mondiale della Sanità ha definito le malattie reumatiche come la prima causa di dolore e di invalidità in Europa, sottolineando come queste da sole rappresentino la metà delle patologie croniche ad alto potenziale di disabilità e di handicap. Sono la seconda causa più frequente di disabilità dopo le malattie cardiovascolari e comprendono sia patologie molto comuni, sia condizioni meno frequenti e/o rare che, nel loro complesso, colpiscono il 3% della popolazione.

Le patologie reumatiche sono sostenute da processi infiammatori ad andamento cronico evolutivo a genesi infettiva (malattia reumatica, artriti reattive) o immunoflogistica (spondiloartriti, artrite psoriasica, artriti enteropatiche) e malattie autoimmuni a prevalente espressione articolare (artrite reumatoide, artriti giovanili idiopatiche) o sistemica (connettiviti e vasculiti). Nella Regione Marche le malattie reumatiche hanno una prevalenza del 26.7% (sovrapponibile al dato nazionale) e sono più frequenti nel sesso femminile (M : F = 1: 1,6).

L'ex ASUR, con la Determina n. 734/2018 aveva disegnato la rete clinica reumatologica ASUR, organizzata su 4 livelli:

- MMG/PLS
- Ambulatori di Malattie Reumatiche: Attività di I livello
- Spoke: Attività di II livello
- Hub: Attività di III livello

definendone modalità funzionali e organizzative.

Alla luce della riorganizzazione del SSR (l.r. 19/2022) si rende necessaria una rivisitazione della rete, al fine di standardizzare l'intero percorso assistenziale del paziente affetto da malattie reumatiche.

#### **Obiettivi prioritari:**

##### **Medio termine:**

- 1) Attuare la rete clinica reumatologica organizzata su quattro livelli:
  - livello 1 MMG/PLS;
  - livello 2 Ambulatori di malattie reumatiche presenti in ogni AST all'interno della struttura ospedaliera, con la presenza di almeno uno specialista in reumatologia o medicina interna con expertise maturata e di almeno un infermiere dedicato;
  - livello 3 Spoke Attività presente in ogni AST all'interno della struttura ospedaliera, con la presenza di almeno due specialisti in reumatologia o di uno specialista reumatologo e uno specialista in medicina interna con expertise maturata e due infermieri dedicati;
  - livello 4 Hub con posti letto dedicati e con un numero adeguato di medici ed infermieri;
- 2) Confermare il Centro regionale di riferimento per il coordinamento del sistema integrato di prevenzione, diagnosi e cura della sensibilità chimica multipla;
- 3) Istituire un tavolo tecnico permanente sulle malattie reumatiche comprendente le professionalità competenti e le associazioni dei pazienti.

#### **Fibrosi Cistica (FC)**

La fibrosi cistica è una patologia genetica, cronica ed evolutiva che colpisce circa 220 pazienti nella Regione Marche. La malattia è caratterizzata dalla produzione di muco denso, vischioso, che compromette in modo progressivo ed ingravescente la funzionalità dell'apparato respiratorio (fino a condurre al trapianto polmonare) e digerente, del quale è interessato in maniera principale il pancreas, che va incontro dapprima ad una insufficienza della sua funzione digestiva e successivamente di quella endocrina, con conseguente sviluppo di diabete mellito. Per le peculiarità che caratterizzano la fibrosi cistica, la legge 548 del 1993 ha istituito i Centri di riferimento Regionale per la fibrosi cistica e, nella regione Marche è stata identificata l'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche quale sede del Centro di Riferimento Regionale.

Il Centro si occupa di tutti i pazienti in età pediatrica e adulti affetti da FC residenti nella regione Marche, oltre che di pazienti che afferiscono ad esso da fuori regione.

Nel Centro FC vengono effettuati l'iter diagnostico iniziale, il follow-up della malattia in tutti i suoi aspetti, la gestione degli eventi acuti e la telemedicina; inoltre viene svolta attività di ricerca, fondamentale al fine di garantire terapie innovative ai malati.

Da quanto esposto si evince che per assicurare una adeguata assistenza ai pazienti affetti da fibrosi cistica e una facilitazione dei percorsi di cura, è necessaria la presenza di un team multidisciplinare, composto da medici specialisti, formati in fibrosi cistica, affiancati da personale infermieristico, da fisioterapisti esperti in riabilitazione respiratoria, e da altre figure professionali quali dietista, psicologo e personale dedicato alla ricerca scientifica. Tutto il team deve avere una adeguata formazione in fibrosi cistica e un aggiornamento continuo su tale patologia.

L'attività del Centro viene erogata in regime di attività ambulatoriale complessa, a volte con la necessità di coinvolgere consulenti esterni (cardiologo, endocrinologo, radiologo, radiologo interventista, gastroenterologo, ecc.), e di attività di DH terapeutici per somministrazione di terapia antibiotica endovenosa; i medici e i fisioterapisti del centro si occupano, nelle fasi di riacutizzazione, prevalentemente della malattia polmonare, e i pazienti sono ricoverati in regime di ricovero ordinario presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche nei presidi di Torrette per la popolazione adulta e presso il presidio Salesi per la popolazione pediatrica (<14 anni).

Il percorso di diagnosi e cura viene da anni integrato con sistemi di telemonitoraggio, i quali rappresentano un'ottima modalità di valutazione del paziente e permettono al tempo stesso di ridurre gli accessi ospedalieri.

Da decenni inoltre è attiva l'integrazione ospedale-territorio, sia per la gestione delle terapie domiciliari croniche attraverso la fornitura dei farmaci presso le farmacie territoriali e l'erogazione di terapie ev da parte dell'assistenza domiciliare integrata, sia per la presa in carico fisioterapica domiciliare.

**Obiettivo:** implementazione della rete HUB (Centro di Riferimento Regionale FC) e SPOKE (servizi territoriali) al fine di garantire la presa in carico uniforme su tutto il territorio regionale del paziente FC, in collaborazione con Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, personale ADI, Farmacie Ospedaliere Territoriali e Servizi di Riabilitazione.

### Malattia Celiaca e Rete Celiaca Marchigiana

La Malattia Celiaca è una patologia che colpisce l'1% della popolazione generale su scala nazionale e mondiale. La revisione dei LEA (d.m. 12 gennaio 2017) ha annoverato la celiachia e la sua variante clinica, la dermatite erpetiforme, nell'elenco delle malattie croniche invalidanti.

È una patologia autoimmune, primariamente localizzata nell'intestino tenue ma di natura sistemica, scatenata dall'ingestione di glutine nei soggetti geneticamente predisposti.

Nelle Marche attualmente sono affetti da celiachia (malattia diagnostica) 5.000 pazienti ma il dato è sottostimato (casi attesi 10.000 – 15.000) a causa del più basso tasso di diagnosi registrato nella nostra regione rispetto alle altre regioni italiane.

Nel 2019, la Regione ha emanato la DGR n. 263 riguardante il PDTA della Celiachia nella Regione Marche. Nello stesso atto veniva individuata la rete clinica regionale (Celiachia Rete Marchigiana) costituita da:

- Centri Spoke: presidi accreditati con il SSR per la diagnosi certificata di celiachia (Spoke), rappresentati dalle Gastroenterologie (per gli adulti) e dalle Pediatrie (per i bambini) degli Enti del SSR;
- Centri Hub che si occupano delle diagnosi e cura dei casi difficili, delle attività di formazione sulla celiachia nei confronti della classe medica della Regione (AOUM).

Obiettivi regionali sono rappresentati:

- Potenziamento della rete;
- Prospettiva futura: sviluppo di un percorso di screening infantile (ai sensi dell'articolo 1, comma 530, della legge di bilancio 29 dicembre 2022, n. 197).

### Rete dell'osteoporosi

L'osteoporosi è una condizione cronica complessa, multifattoriale, caratterizzata da una ridotta massa ossea e da alterazioni qualitative della macro e microarchitettura ossea che predispongono ad un maggior rischio di frattura anche in occasione di traumi di modesta entità. La forma definita "primaria", colpisce le donne in post-menopausa o gli anziani, ma la forma "secondaria" di osteoporosi, molto più frequente può interessare soggetti di qualsiasi età affetti da malattie croniche (reumatologiche, endocrinologiche, gastroenterologiche, renali, oncologiche...) o in terapia con farmaci che, in modo diretto o indiretto, interferiscono negativamente sul metabolismo dell'osso predisponendolo alle fratture. Le fratture osteoporotiche rappresentano la complicanza maggiore della malattia, in quanto comportano sia una limitazione della deambulazione, dolore cronico, perdita di indipendenza e diminuzione della qualità della vita, sia un aumento del rischio di morte, che si assesta intorno al 15-20% nell'anno successivo a una frattura del femore.

L'Organizzazione mondiale della sanità stima che in Italia 5 milioni di persone, di cui l'80% donne, a rischio "frattura" per l'osteoporosi; dopo i 50 anni 1 donna su 3 e un uomo su 5 subiscono una frattura da fragilità. Le fratture di femore e quelle vertebrali sono quelle a maggior impatto socio-sanitario ed economico. Il problema delle fratture da osteoporosi, non solo in Italia, ma anche a livello internazionale risiede nella scarsa propensione al trattamento farmacologico. In Italia appena il 13% dei pazienti con frattura di femore assumono farmaci specifici con la necessaria continuità. Ogni anno, in Italia, si verificano 80/100.000 fratture di femore e 255.000 fratture vertebrali. (*Osteoporosis: Economic Burden of Disease in Italy. Clinical Drug Investigation 2020 40:449-458; Incidence and costs of hip fractures in elderly italian population: first regional-based assessment. Archives of Osteoporosis 2019 14:81*). L'incidenza aumenta con l'età e i circa 80/100 mila ricoveri all'anno per la frattura del

femore in Italia hanno un costo stimato che supera il miliardo di euro. Dal momento che si stima che il numero di fratture osteoporotiche aumenterà negli anni successivi a causa del progressivo invecchiamento della popolazione, anche i relativi costi sanitari a carico del SSN saranno destinati a salire del 26%, raggiungendo quota € 11,9 miliardi entro il 2030 (*Degli Esposti L, Adami S, Iolascon G, et al. Cost of osteoporosis-related fracture in Italy. Results of the BLOCK study. FE. 2011;12(3):99-105. IOF. Ossa Spezzate, Vite Spezzate: Un Piano d'azione per Superare l'emergenza Delle Fratture Da Fragilità in Italia. 2018.*).

La popolazione nella regione Marche **potenzialmente a rischio di frattura secondaria ad osteoporosi** in base all'analisi dei farmaci dispensati in nota 79 (pazienti ad alto rischio di frattura) valutata negli anni 2016-2020 è compresa in un intervallo tra 27.016 (2020) e 27.265 (2016). Come atteso, la popolazione di sesso femminile è più rappresentata (in media 93,1%) (*Abstract LA SANITÀ PUBBLICA NEL POST COVID OCCASIONI DI RILANCIO PER UNA PREVENZIONE INTEGRATA Lecce 3-6 novembre 2021*).

Annualmente nella regione Marche il numero di pazienti che vanno incontro a frattura di femore (fratture da fragilità, escluse le fratture patologiche) valutando gli assistiti di età uguale o maggiore di 65 anni che hanno avuto un ricovero per frattura di femore (codici ICD-IX 820.0, 820.9) sono circa dai 2700 a più di 2900 (fratture /anno). Ogni giorno nella regione Marche almeno 8 pazienti vanno incontro a frattura di femore per osteoporosi, con un tasso di incidenza media di 178/100.000 abitanti.

L'impatto socio-sanitario-economico di tale patologia e delle sue complicanze è ben evidenziato nell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 10/05/2018 (Rep. Atti n. 105/CSR) "Una strategia di intervento per l'osteoporosi", dove viene delineata una proposta di percorso operativo per l'osteoporosi e le fratture da fragilità, al fine di: favorire la prevenzione e/o l'identificazione precoce della malattia; migliorare la formazione degli operatori sanitari, sia medici di medicina generale (MMG) che specialisti che gestiscono pazienti affetti da malattie croniche potenzialmente osteopenizzanti, come da Nota AIFA 79 e Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); migliorare l'identificazione e la gestione appropriata della prima frattura da fragilità.

Per limitare l'impatto sanitario e socioeconomico dell'osteoporosi, patologia per lo più asintomatica, progressiva e potenzialmente invalidante, è fondamentale pertanto costruire una strategia globale di prevenzione e gestione della patologia (diagnosi e cura) e delle sue complicanze, attraverso un PPDTA e un modello organizzativo in rete territorio-ospedale, che assicuri la continuità assistenziale attraverso un team multiprofessionale e il monitoraggio, mediante adeguati strumenti di valutazione, delle fasi di passaggio tra i vari setting assistenziali, identificando due livelli di intervento: Medici di Medicina Generale, centri finalizzati alla gestione di tale patologia (Bone Unit o Unità Osteometabolica).

"Bone Unit", "Unità Osteo-metaboliche" sono centri funzionali e di coordinamento multidisciplinari generalmente costituite entro Centri Ospedalieri, con previsto link al territorio. Si tratta di modelli indispensabili per la prevenzione e cura delle fratture e capaci di intercettare e avviare celermente il paziente con frattura da fragilità ad un efficace percorso di prevenzione secondaria della rifrattura.

## 2.10 RETE DELLA DIABETOLOGIA MARCHIGIANA

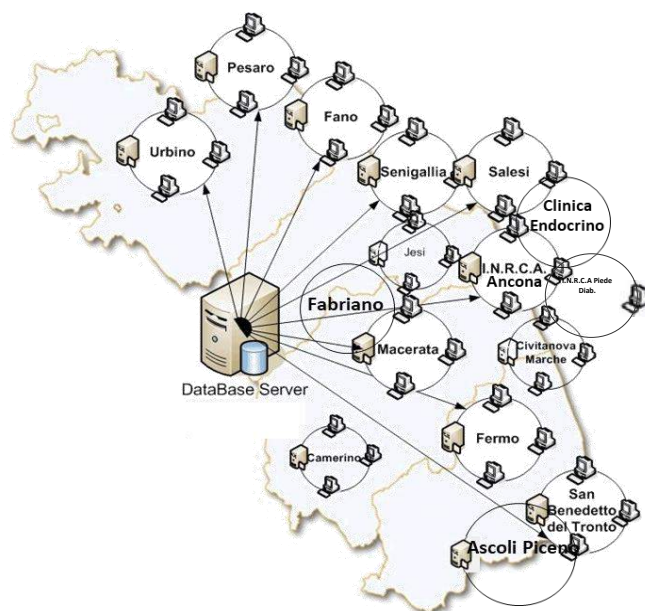
Il diabete mellito è una patologia che affligge circa 80.000 marchigiani. Di questi circa 67.000 sono seguiti dai Centri Diabetologici (CD), gli altri dai medici di medicina generale. La Regione Marche è considerata a livello nazionale un modello per la gestione di tale patologia, poiché tutti i CD sono già da tempo in rete con un unico software gestionale e un unico database. Questo garantisce una certa uniformità nella cura su tutto il territorio regionale e una attenta valutazione della patologia e delle sue complicanze cardiovascolari che impattano notevolmente sullo stato di salute, sui costi sanitari e sulla durata e qualità di vita. Ogni due anni viene prodotto a livello nazionale un report sulla qualità della cura del diabete e la regione Marche si posiziona sempre nella fascia alta. In aggiunta questo modello organizzativo è stato inserito nelle "Best Practices in NCD Prevention" dalla Comunità Europea nel 2022 e come "Good practices in Primary Care" nel 2021.

La letteratura scientifica ci informa che c'è una riduzione della vita media di circa sei anni per un diabete diagnosticato in età adulta e di ben 14 anni se diagnosticato in età pediatrica. Il diabete di tipo 2 può essere prevenuto o rallentato nella sua comparsa da un adeguato stile di vita (corretta alimentazione e regolare esercizio fisico) aspetti sui quali la regione Marche investirà molto. Il diabete di tipo 1, invece, non può essere prevenuto e pertanto l'unica modalità per ridurre gli effetti è di aumentare le risorse per la sua cura.

A questo proposito si sottolinea come sia necessario, per la corretta composizione e funzione del team diabetologico, la presenza di medici specialisti, affiancati da personale infermieristico e tutte le altre figure professionali (dietista, psicologo, podologo), come previsto dalla legge regionale n. 9 del 2015. Si sottolinea che tutte queste figure devono avere la specializzazione in diabetologia e una adeguata formazione e aggiornamento su tale tematica. Queste figure professionali sono importanti in tutti i CD, ed in particolare nella Diabetologia Pediatrica del Salesi (riconosciuto come unico centro pediatrico regionale dalla legge sopracitata) per garantire l'adeguatezza delle cure e la conformità alle normative vigenti onde evitare complicanze anche nella fase di esordio come la chetoacidosi diabetica. A questo proposito sarà in fase di attuazione il progetto "Prevenzione chetoacidosi diabetica" per garantire la somministrazione di stick glicemici a tutti i minori di anni 18 che accedono ai pronti soccorsi evitando le complicanze (talvolta mortali) di questo esordio di malattia.

Appare di fondamentale importanza attivare azioni, anche in collaborazione con le Associazioni di pazienti di diabetici Marchigiani (ATDM, AFAID e le associazioni di tutela del diabete giovanile) per favorire nella popolazione l'adozione di corretti stili di vita, sia in ambito di alimentazione sia di movimento. Infatti, si segnalano sempre con maggiore frequenza la diagnosi di diabete di tipo 2, anche in pazienti in età giovanile.

L'attività viene erogata dagli Enti del SSR (**pubblici**) in regime di attività ambulatoriale, con possibilità di DH.



**Possibili azioni** da mettere in campo riguardano il miglioramento ed ampliamento dell'offerta di prestazioni presso i centri:

**Obiettivo 1:** Rafforzamento del ruolo del Dipartimento di diabetologia, ora funzionale, con trasformazione in "Dipartimento Strutturale", con l'obiettivo di garantire sia le risorse che le responsabilità per il buon andamento della cura del diabete. Il Dipartimento Strutturale deve essere in grado di realizzare in rete e in modo multicentrico l'uniformità delle cure sul territorio e le adeguate competenze anche in sinergia con i MMG e i PLS ed anche attraverso il FSE.

**Obiettivo 2:** L'esigenza di rendere conformi alla normativa della l.r. 9/2015 tutti i CAD in relazione alla adeguatezza della composizione del team diabetologico (medici diabetologi, infermieri dedicati, dietista, podologo, psicologo), anche favorendo azioni per la transizione ai CAD dei giovani diabetici che raggiungono l'età adulta.

**Obiettivo 3:** Sulla base del modello di sviluppo della sanità sul territorio “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” di cui al d.m. 77/2022 e della legge Regione Marche di riforma del SSR n. 128 del 2022 mettere in evidenza la centralità della persona con diabete con un nuovo ruolo per le Associazioni:

- 1) Feedback sulla qualità delle prestazioni erogate;
- 2) Programmazione di iniziative per favorire l’adozione da parte dei diabetici e dei loro familiari di corretti stili di vita;
- 3) Presenza delle Associazioni di pazienti diabetici nei CAD con figure tipo “diabetico guida” formati con le società scientifiche, come da DGR 1726/18.

**Obiettivo 4:** Potenziare la digitalizzazione già in essere sia del FSE sia della telemedicina, con preferenza per il teleconsulto; integrazione informatica con i MMG che rivestiranno un ruolo crescente nella gestione del diabete sul territorio. Continuare il progetto già in essere della Intelligenza artificiale applicata alla rete diabetologica per la medicina predittiva.

**Obiettivo 5:** Progetto KDA: effettuazione dello stick glicemico a tutti i minori di anni 18 negli accessi al PS per prevenire danni in caso di esordio (vedi punto 2.7.4 Diagnosi precoce del diabete in età pediatrica e screening dei minori a rischio di diabete).

## 2.11 MALATTIE RARE

Una malattia si definisce "rara" quando la sua prevalenza, intesa come il numero di casi presenti su una data popolazione, non supera una soglia stabilita. In UE la soglia è fissata allo 0,05 per cento della popolazione, ossia **5 casi su 10.000 persone**. Il numero di malattie rare conosciute e diagnosticate oscilla tra le 7.000 e le 8.000, ma è una cifra che cresce con l’avanzare della scienza e, in particolare, con i progressi della ricerca genetica. È un fenomeno che non riguarda pochi malati, bensì milioni di persone in Italia e addirittura decine di milioni in tutta Europa. La rete regionale Malattie Rare (MR) prevede un collegamento sinergico tra il livello centrale, i presidi regionali e il territorio, secondo criteri di omogeneità e integrazione funzionale. A tale scopo è stata prevista con DGR n.1735/20 l’istituzione, presso l’Agenzia Regionale Sanitaria, del Coordinamento regionale MR composto da referenti del settore competente in materia di assistenza territoriale e Integrazione socio sanitaria, esperti clinici, rappresentanti dei presidi regionali e un rappresentante delle associazioni di pazienti, con funzioni di definizione degli indirizzi per lo sviluppo omogeneo dei percorsi di presa in carico ed assistenza, implementazione e monitoraggio della rete clinica. La DGR n.1345/2013, modificata con DGR 1219/2014, disciplina il *“Riordino delle reti cliniche della Regione Marche”* tra cui la rete delle MR. La suddetta DGR colloca il Centro regionale MR presso l’A.O.U. delle Marche e, al contempo, individua l’AST di Macerata come riferimento per il gruppo di malattie emorragiche congenite (codice RDG020) e lo Stabilimento di Pesaro in AST di Pesaro-Urbino per lo screening metabolico neonatale allargato. Tale assetto in funzione della l.r. 19/2022 potrà essere rivisto nei principi di organizzazione, in particolare in merito a presidi di riferimento regionale, percorsi e sportelli amministrativi. Le modalità di accesso ai servizi amministrativi e clinici dedicati ai malati rari possono essere diffuse attraverso canali informativi istituzionali (sito internet ARS) e/o attraverso canali di informazione da individuare (numero verde/mail/front office).

La DGR 882 del 1° agosto 2016 definisce il percorso messo in atto nella Regione Marche per recepire le indicazioni del Piano Nazionale MR e delineare, con le linee di indirizzo esplicitate nell’Allegato A, l’operatività dei "nodi di rete" al fine di dare risposte appropriate ed efficaci alle problematiche delle MR.

Il Piano per l’innovazione del sistema sanitario basata sulle scienze omiche, G.U. 17/01/20218, definisce la rilevanza della genetica e dello sviluppo tecnologico genomico nell’ambito sanitario; nel contesto delle malattie rare l’individuazione di una strategia di “governo della genomica” può consentire una migliore prevenzione, diagnosi e trattamento.

Il 10 novembre 2021 è stata approvata la legge n. 175 “Disposizioni per la cura delle malattie rare e per il sostegno della ricerca e della produzione dei farmaci orfani”.

**Obiettivi Prioritari:****Breve termine:**

Alla luce dei percorsi avviati, e per consolidare la rete regionale si individuano le seguenti azioni prioritarie:

- adeguare l'organizzazione della Rete al nuovo assetto organizzativo previsto dalla legge regionale 8 agosto 2022, n. 19;
- attivare un progetto regionale per lo screening neonatale atrofia muscolare spinale (SMA);
- acquisire e implementare il nuovo Registro delle malattie rare della Regione Marche;
- recepire le indicazioni del Piano Nazionale MR in via di approvazione in applicazione della legge 175/2021;
- Sostenere interventi anche di natura sociale a favore del caregiver familiari di persone con malattie rare;
- Sostenere la health literacy e l'empowerment in tema di malattie rare nella popolazione (sportello informativo, iniziative divulgative ecc.);
- Attivare il percorso regionale per la diagnostica molecolare delle malattie rare;
- Attivazione di un laboratorio di riferimento regionale per lo screening neonatale relativo all'atrofia muscolare spinale. Presso AST PU, assieme a quello per lo screening metabolico sempre neonatale, esistono tecnologie e know-how per iniziare in breve tempo ed essere fra le prime Regioni ad attivarsi a livello nazionale.

## 2.12 DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA

Il mutamento della struttura socio-demografica nella nostra regione, l'aumento della popolazione anziana e della non autosufficienza, delle gravissime disabilità, delle situazioni di rischio di povertà e di disagio sociale ed economico, fanno emergere in particolare una diversa domanda di assistenza da parte delle persone e delle famiglie. La domanda si presenta sia in termini di richiesta di servizi flessibili a livello territoriale, sia di aiuto e sostegno per il mantenimento presso il domicilio della persona in condizione di non autosufficienza, o ancora di un rinnovamento di prestazioni e servizi qualificati per fronteggiare i nuovi bisogni.

La profonda crisi economica che sta coinvolgendo numerose famiglie sta peraltro modificando, o ha già modificato, sia gli stili di vita delle persone, in particolare di coloro che hanno bassi redditi, sia la struttura degli interventi e servizi che costituiscono la rete sociale e sociosanitaria regionale.

La *disabilità*, congenita o acquisita, chiede il massimo sforzo del sistema per garantire la dignità e la qualità della vita alle persone che si trovano in questa condizione.

In nessun ambito come quello della disabilità è cruciale il percorso della presa in carico, della personalizzazione delle cure e della integrazione tra servizi e istituzioni, proprio per i labili e spesso artificiosi confini tra bisogni sanitari, sociosanitari e sociali, anche a fronte della grande variabilità delle condizioni di disabilità e delle diverse fasi del "ciclo di vita" nel quale si è chiamati a intervenire.

L'approccio alla disabilità deve prevedere una puntuale distinzione tra disabilità in età evolutiva (di cui si occupa l'UMEE) e disabilità adulta (a carico dell'UMEA), in quanto gli interventi erogati dai due servizi sono molto differenti, nonchè integrare aspetti specificatamente sanitari all'interno di una visione più ampia che abbraccia anche le componenti sociali. Questa impostazione è fondata sul principio che una disabilità non è un attributo intrinseco della persona, ma piuttosto, il risultato di una complessa interazione tra lo stato di salute, le attività e le relazioni, prodotta dal contesto ambientale e sociale in cui la persona vive.

Pertanto il Piano Assistenziale Individuale deve essere declinato all'interno del Progetto di vita, rispettoso delle scelte della persona e della famiglia, finalizzato a sostenere la permanenza al domicilio, a realizzare una vita piena e di qualità, nonostante i limiti che la condizione di disabilità pone, coerentemente con le azioni avviate per la costituzione del Fondo unico per le disabilità.

Infine, per garantire una parità assistenziale alla popolazione affetta da fragilità clinica (pazienti con disabilità neuro sensoriale-motoria più o meno grave, pazienti cardiopatici, oncologici, trapiantati, coagulopatici, etc.) che rappresentano il 36% della popolazione, e in considerazione della vulnerabilità sociale legata a situazioni di indigenza economica, particolare attenzione deve essere posta all'assistenza odontoiatrica nei termini di una rete clinica regionale che preveda l'integrazione tra ospedali territoriali di primo livello ed ambulatori distrettuali e del



terzo settore, garantendo prestazioni che vanno dall'odontoiatria convenzionale fino alla assistenza odontoiatrica e di chirurgia orale svolta con l'ausilio della sala operatoria ed eventualmente rianimazione.

Numerose sono le esperienze e le sperimentazioni che il sistema regionale promuoverà per garantire i diritti della persona disabile, identificabili nei seguenti *obiettivi prioritari*:

#### **Obiettivi Prioritari:**

- riabilitazione di soggetti disabili, prevalentemente di minore età, da parte di professionisti abilitati;
- sperimentazione per la disabilità grave (neuro-degenerativa, neuro-muscolare) di una "risposta intermedia" tra il progetto di vita indipendente e la comunità (un cohousing sanitario);
- offerta di sostegni alla permanenza al domicilio delle persone con disabilità, coerenti con le diverse fasi del "ciclo di vita", che si concretizzino in misure specifiche a supporto delle famiglie che le assistono, a promozione di formule di coresidenzialità autogestita, di percorsi di accompagnamento all'autonomia, di vita indipendente, di piena inclusione sociale, prevedendo l'integrazione dell'insieme degli interventi sanitari e/o sociosanitari e/o sociali affinché risorse e sostegni siano orientati a sostenere il Progetto di vita quale reale ed appropriata modalità d'intervento; prevedendo inoltre il potenziamento delle équipe multidisciplinari (Commissioni sanitarie provinciali/UMEA) alle quali fanno capo le attività di valutazione e redazione dei progetti personalizzati, per dare attuazione alle misure attuate dagli Ambiti territoriali Sociali sulla base del Piano Nazionale e Regionale della Non autosufficienza e relative a:

1. sostegno delle attività di cura e assistenza per il mantenimento al domicilio di persone in condizione di disabilità gravissima e anziani non autosufficienti a supporto del caregiver familiare;
2. progetti di vita indipendente ed inclusione sociale delle persone con disabilità, attuati dalla Regione (l.r. 21/2016) e dagli Ambiti Territoriali Sociali sulla base del Piano Nazionale e Regionale Non Autosufficienze sostenuta con quota parte di risorse FNA cofinanziamento di alcuni Ambiti;
3. interventi a favore delle persone disabili gravi prive del sostegno familiare in attuazione della legge 112/2017 "Dopo di noi";
4. progetti finalizzati all'inclusione sociale e lavorativa, compresi i tirocini di inclusione sociale, delle persone con disabilità e interventi a carattere sociale che richiedono presa in carico e valutazione multidisciplinare nonché la redazione di un progetto di vita da attuarsi anche per il tramite degli Ambiti Territoriali Sociali;

- rafforzamento dell'intervento a favore di minori con gravissima disabilità, in particolare quelli in "dipendenza vitale", sviluppando percorsi di affiancamento ai genitori in contesti/ambienti di tipo familiare alternativi all'utilizzo inappropriato dell'ospedale implementandone l'offerta territoriale, e quando possibile, favorendo forme di inclusione scolastica;
- garanzia a livello di cure specialistiche ambulatoriali e ospedaliere, di servizi flessibili, personalizzati, capaci di erogare prestazioni con i tempi e le modalità adeguate alle condizioni della persona disabile;
- consolidamento del ruolo di case-manager/IFoC a livello territoriale per garantire l'orientamento e il supporto alla persona e alla famiglia, la comunicazione tra gli operatori, la integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali, la costruzione di percorsi di presa in carico e di progetti di vita;
- monitoraggio dei servizi semiresidenziali e residenziali, al fine di renderli sempre più rispondenti alle diversificate esigenze delle persone;
- creazione di una rete per assicurare cure odontoiatriche in generale nelle situazioni di fragilità e vulnerabilità sociale e con particolare attenzione alle persone con disabilità e ai minori, in coerenza con il Dpcm 12.01.2017 di aggiornamento dei LEA;
- promozione del governo unitario e realizzazione congiunta sociale e sanitaria delle misure rivolte agli anziani non autosufficienti a partire da quelle previste nel Piano Nazionale/Regionale per la non autosufficienza, coordinando LEA e LEPS anche nell'ambito della programmazione territoriale sociale e dei distretti sanitari;
- implementazione delle previsioni della legge delega per la riforma della non autosufficienza con riferimento alla presa in carico di tutti gli anziani in continuità assistenziale, promuovendo il coordinamento dei percorsi

di valutazione/presa in carico/erogazione sociale e sanitario, con la collaborazione di ospedale, Distretti Sanitari, Ambito Territoriale Sociale;

- valorizzazione del ruolo del volontariato e del terzo settore.

## 2.13 RETE SOCIO SANITARIA PER I DISTURBI DELLO SPETTRO DELL’AUTISMO (ASD)

Al fine di promuovere un approccio integrato e realizzare interventi appropriati e congrui rispetto ai bisogni delle persone affette da disturbi dello spettro autistico, sono necessarie le seguenti azioni:

- adozione di PDTAE e PDTA per persone con disturbo dello spettro autistico in età evolutiva e adulta che definiscano procedure e modalità di presa in carico e di lavoro in rete all'interno della Regione;
- definizione e strutturazione dell'intervento sanitario per le persone con ASD, su tre livelli assistenziali:
  - 1° Livello di base: UMEE/NPIA, UMEA e un Nucleo Funzionale Autismo in ogni AST;
  - 2° Livello di alta specializzazione: Centro Regionale Autismo Età Evolutiva e Centro Regionale Autismo Adulti;
  - 3° Livello residenziale-ospedaliero coordinato dai Centri di riferimento regionali;
- implementazione del personale dedicato alla diagnosi e cura in relazione al fabbisogno regionale e adeguamento degli interventi abilitativi dedicati ai requisiti definiti dalle linee guida nazionali e identificati dalla comunità scientifica internazionale come basati sull'evidenza;
- attivare apposite strutture e sistematizzare la rete NIDA;
- assicurare attività formative rivolte alla rete curante ed educativa e ai familiari delle persone con ASD e un flusso informativo regionale (banca dati/registro), anche a fini epidemiologici.

### Obiettivi Prioritari:

#### Breve e medio termine:

- adottare PDTAE e PDTA specifici per i disturbi dello spettro autistico distinguendo i tre livelli assistenziali;
- sistematizzare e potenziare la rete regionale NIDA, finalizzata alla diagnosi e all'intervento precoce con particolare riferimento al coinvolgimento dei pediatri di libera scelta (somministrazione Schede di Sorveglianza del Neurosviluppo durante i bilanci di salute);
- implementare il personale e i servizi di riabilitazione pubblici;
- realizzare le due strutture riabilitative residenziali dedicate previste dalla deliberazione di Giunta regionale n. 1564/2017;
- assicurare la formazione del personale dei Centri Regionali Autismo di primo e secondo livello e l'attivazione di un flusso informativo regionale.

## 2.14 RETE REGIONALE DELLA RIABILITAZIONE

I diversi approcci all'organizzazione del settore della riabilitazione tra aree diverse della Regione Marche, hanno configurato modelli di assistenza poco omogenei caratterizzati dalla frammentazione di percorsi che invece il Piano della Riabilitazione 2011 definisce unico, dalla diversità o mancanza di applicazione di strumenti e strategie comuni, dalla ridondanza delle prestazioni, dalla difficoltà ad elaborare percorsi appropriati che possono rispondere in maniera adeguata ai bisogni espressi dai cittadini, determinando uno sbilanciamento tra volumi di attività e offerta dei servizi.

Queste criticità, comuni a dir la verità a gran parte delle regioni italiane, hanno evidenziato la necessità e l'urgenza di perseguire l'obiettivo di governare gli accessi ai percorsi in modo da raggiungere la maggiore appropriatezza possibile trovando nello stesso tempo, l'equilibrio con la sostenibilità economica.

La disabilità e la non autosufficienza sono in costante aumento, anche la recente pandemia ha contribuito ad incrementare le disabilità esistenti e ne ha determinate di nuove: sempre più persone possono essere esposte all'esperienza della disabilità nel corso della loro vita, e in funzione di molteplici variabili individuali e contestuali, ogni persona può diventare persona con disabilità complessa.

Diventa necessario proprio per questo, mettere in campo strategie sanitarie che facilitino e mantengano nel tempo il "funzionamento" delle persone che vivono più a lungo ma molto spesso con più disabilità: la riabilitazione rappresenta una di queste strategie (OMS) poiché attuando un approccio *person-centred* tiene conto di tutti gli aspetti della funzionalità della persona e attraverso approcci per valutare le condizioni di salute nel tempo, approcci per ottimizzare le capacità, le abilità e le prestazioni della persona e approcci per fornire un ambiente più facilitante, ha come obiettivo il miglioramento e mantenimento nel tempo della qualità della vita della persona disabile e della persona che invecchia.

Ma perché si possa arrivare ad un contenimento della disabilità in senso favorevole al funzionamento, deve essere costituita la rete della riabilitazione che comprenda tutti i livelli organizzativi e assistenziali presenti sul territorio regionale dalla degenza riabilitativa all'ambulatorio, al domicilio, alla residenzialità, e rappresenti da un lato l'offerta riabilitativa territoriale locale e regionale e dall'altro la continuità assistenziale (**"Linee di indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione" Conferenza Stato-Regioni 04/08/2021 e recepimento con DGRM n. 56 del 31/01/2022**).

La rete deve quindi rispondere ai bisogni riabilitativo – assistenziali della popolazione, dal neonato all'anziano sia a livello locale che regionale ed essere espressione di integrazione ospedale–territorio, integrazione della riabilitazione pubblica e privata – accreditata e integrazione sanitaria, socio-sanitaria e sociale. In tal modo si realizzerebbe la continuità del percorso, finalmente unico, la continuità degli obiettivi, la continuità dell'appropriatezza, la continuità della formazione degli operatori, la continuità della qualità della riabilitazione. I nodi che costituiscono la rete devono essere ben definiti nelle loro attività e nei loro requisiti organizzativi e strutturali e deve essere definito il ruolo che questi svolgono in tale contesto.

Dovranno essere condivise le modalità di coordinamento, collegamento ed integrazione fra le varie strutture che rappresentano i nodi, dovranno essere elaborati i PDTAR (**"Linee di indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione" Conferenza Stato-Regioni 04/08/2021 e recepimento con DGRM n. 56 del 31/01/2022**) espressione di percorsi diagnostico – terapeutico - riabilitativi, dovranno essere elaborati e condivisi sistemi di verifica verso l'appropriatezza del setting e verso la continuità di percorso.

La rete dovendo rispondere a più bisogni riabilitativi dovrà articolarsi su più livelli e a livelli di complessità crescente.

L'appropriatezza del setting ospedaliero nel caso di Riabilitazione Intensiva ed Estensiva, espressa dal codice 56 e di Riabilitazione ad Alta Specializzazione espressa dai codici 75 e 28, trova risposta sia nel documento emanato dalla Conferenza Stato –Regioni del 04/08/2021 dove vengono definiti i requisiti generali e i criteri di accesso, sia nel progetto ministeriale a carattere sperimentale della durata di un anno, elaborato al fine di definire una nuova classificazione di intensità assistenziale-riabilitativa in relazione alla complessità delle attività svolte, alla disabilità e alle risorse impiegate, cui ha aderito anche la Regione Marche.

Tutte le UU.OO di degenza ospedaliera riabilitativa presenti sul territorio marchigiano parteciperanno alla sperimentazione.

Il documento della Conferenza Stato – Regioni affronta l'appropriatezza anche per i vari setting di riabilitazione territoriale. L'offerta territoriale include la riabilitazione ambulatoriale, domiciliare e la riabilitazione in strutture residenziali e semiresidenziali.

Se l'obiettivo della riabilitazione è il reinserimento familiare, sociale, lavorativo, culturale, sportivo della persona con disabilità, il territorio diventa il "setting" privilegiato della riabilitazione.

Le strutture riabilitative territoriali dovranno essere valorizzate, integrarsi a livello locale con le équipes territoriali multiprofessionali e multidisciplinari presenti ed insieme costituire quella relazione paziente-famiglia –operatore che può contribuire al mantenimento della persona con disabilità presso il proprio domicilio.

Con i servizi così integrati si può rispondere alla cronicità e alla disabilità cronica non solo semplice ma anche più complessa, la risorsa famiglia diventa reale, si realizzano formazione informazione, educazione del paziente, della

famiglia, del caregiver, si aumentano le competenze, si definiscono in forma più articolata e organizzata i bisogni del caregiver e della famiglia e si realizza il monitoraggio clinico – funzionale nel lungo termine.

Sempre a livello territoriale dovranno inoltre essere potenziate quelle risorse territoriali idonee ad accogliere soggetti con disabilità al di fuori del contesto sanitario, al fine di favorire un allenamento motorio e cognitivo utile al mantenimento della salute e dell'integrazione sociale, ovvero realizzare corsi di attività fisica /motoria adattata (AFA). Diverse Regioni hanno già sperimentato corsi di attività fisica adattata rivolta alla disabilità con risultati positivi.

Dovranno pertanto essere definite linee guida per la realizzazione ed organizzazione così come dovranno essere definite le caratteristiche delle sedi che potranno ospitare corsi AFA.

Appropriatezza in riabilitazione significa anche appropriatezza nella prescrizione di ausili: infatti la condizione di disabilità può essere ridotta e a volte superata proprio grazie all'ausilio.

Gli ausili sono parte integrante del Progetto Riabilitativo Individuale dal momento che gli obiettivi indirizzati verso il più alto livello possibile di autonomia e il miglior grado possibile di qualità della vita vengono raggiunti anche grazie all'uso dell'ausilio.

La rete della riabilitazione regionale guarda però anche al futuro, l'uso di dispositivi tecnologici /robotici è ormai entrato a far parte dei percorsi di cura, come supporto alla riabilitazione tradizionale, dalle forme più semplici come il teleconsulto, alla teleriabilitazione, alla realtà virtuale, alla robotica.

La recente pandemia ha sviluppato esperienze regionali di teleriabilitazione con risultati positivi sia come risposta da parte dei pazienti, dal bambino all'adulto e all'anziano, sia come possibilità di impiego risultando essere un valido strumento di continuità assistenziale e di diffusione più capillare della funzione riabilitativa.

La teleriabilitazione entra in gioco anche nell'attività protesica, il suo utilizzo viene indicato in alcune fasi del percorso protesico come il collaudo ma soprattutto nel follow up che rappresenta la fase di verifica a distanza permettendo di valutare la reale efficacia dell'ausilio nella vita quotidiana del soggetto, intercettando in tal modo anche l'abbandono dell'ausilio.

La Regione Marche guarda infine con favore l'impiego delle tecnologie più avanzate, appannaggio di alcuni centri ma che, nell'ambito della rete, potranno trovare un adeguato sviluppo ed utilizzo in accordo con le indicazioni nazionali, come guarda con interesse la ricerca clinica in riabilitazione che, coinvolgendo le strutture/nodi, sarà funzionale alla rete regionale di riabilitazione.

Una rete regionale come sopra definita, articolata su più livelli, che vede il coinvolgimento di attori pubblici e privati accreditati, rispettosa di principi fondamentali quali equità e accessibilità diffusa ma che nello stesso tempo deve agire secondo appropriatezza, efficienza, efficacia, prevede un assetto organizzativo tipo cabina di regia ( Conferenza Stato-Regioni 04/08/2021 "Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione – DGRM n. 56 del 31/01/2022).

#### **Obiettivi Prioritari:**

##### **Medio termine:**

- Istituzione di una Cabina di regia Regionale;
- Implementazione della rete regionale della Riabilitazione e del raccordo tra i vari setting assistenziali attraverso le COT;
- Potenziamento della Teleriabilitazione.

## **2.15 SALUTE MENTALE**

La creazione di una forte connessione tra Ospedale e Territorio anche per gli ambiti della salute mentale e delle dipendenze può essere considerato come l'approccio da adottare. Psichiatria, Neuropsichiatria dell'Infanzia e

dell'Adolescenza, Psicologia Clinica e Dipendenze, richiedono la creazione di un contenitore che ha quale missione la gestione unitaria dei diversi aspetti della salute psichica, nella certezza che cure meno parcellizzate e frammentate costituiranno per i pazienti e i loro familiari un indubbio vantaggio. Nella separazione formale e sostanziale dei due dipartimenti di Salute mentale e delle Dipendenze è necessario la creazione di connessioni tramite il miglioramento delle procedure e dei protocolli per addivenire a nuove linee guida condivise.

In linea con tali indirizzi, gli ambiti indicati possono essere affrontati congiuntamente individuando aree di programmazione e intervento comuni per il sistema di cure di una delle fasce più vulnerabili e socialmente escluse e, al tempo stesso, più giovani della popolazione.

L'approccio coordinato ha quali obiettivi prioritari il miglioramento della qualità delle cure offerte, il raggiungimento di maggiori risultati sia in termini di risoluzione delle problematiche che di decorso delle patologie, la diminuzione dei costi della malattia psichica a livello personale, familiare, sociale e, in definitiva, anche economico.

Vengono di seguito indicati 5 indirizzi, comuni per Salute Mentale e Dipendenze – che dovranno costituire oggetto di riflessione e riorganizzazione per promuovere un profondo mutamento culturale:

➤ *Implementare la diagnosi precoce e favorire interventi tempestivi*

I servizi psichiatrici, di neuropsichiatria infantile e i servizi per le dipendenze condividono un'importante problematica: i lunghissimi tempi di latenza tra la comparsa dei primi sintomi e l'inizio delle cure; questo periodo di "malattia non trattata" incide fortemente sugli esiti delle cure, peggiorandone la prognosi, il decorso e la mortalità.

L'integrazione tra Salute Mentale e Dipendenze rappresenta un'occasione unica per attuare un importante cambiamento culturale e organizzativo, ricollocando i Servizi sulle prime fasi della malattia, quando le possibilità di modificare la storia della persona sono molto più elevate. Diagnosi e intervento precoci devono quindi diventare i 2 paradigmi entro cui declinare le possibilità di trattamento per aumentare il numero delle guarigioni, migliorare il decorso, evitare la cronicizzazione.

I pazienti nelle fasi più avanzate della malattia – su cui oggi i Servizi sono fortemente impegnati e investono la maggior parte delle energie – continueranno a essere seguiti adeguatamente, ma si cercherà in ottica programmatica di spostare parte delle risorse su possibilità di aggancio precoce, proprio per diminuire in futuro la popolazione di persone in situazione di cronicità.

➤ *Rivedere il concetto di cronicità*

In ottica programmatica è importante non confondere l'intervento tardivo con la natura della patologia e tenere nella giusta considerazione i risultati ottenuti sia in relazione alle guarigioni, sia in relazione ai miglioramenti nel decorso per organizzare i Servizi con una maggior centratura sulle fasce giovanili della popolazione e diffondere una cultura meno pregiudiziale e stigmatizzante.

➤ *Combattere pregiudizio, stigma e autostigma*

L'OMS individua nel pregiudizio e nella paura che ancora connotano le patologie dell'area psichica uno dei principali fattori di ritardo nell'inizio delle cure. La motivazione dei pazienti e dei loro familiari è fortemente minata da false credenze e scarse conoscenze che portano a pensare che non ci sia alcuna possibilità di risoluzione.

Ancora più cruciale risulta l'atteggiamento degli operatori sanitari che spesso sono i primi a esitare di fronte alla possibilità di riconoscere precocemente la patologia e ad effettuare corretti invii ai Servizi di cura.

Sono necessarie azioni trasversali di formazione e conoscenza tra i differenti operatori e, più in generale, tra gli operatori sanitari per promuovere un forte cambiamento culturale.

➤ *Potenziare la fiducia nei Servizi e nelle possibilità di cura*

La riorganizzazione e l'integrazione tra Servizi per la Salute Mentale e Servizi per le Dipendenze può essere un'importante occasione per creare un nuovo patto fiduciario tra Servizi e popolazione.

Lo sforzo organizzativo deve essere teso a generare un circolo virtuoso in cui l'intervento precoce dimostri la possibilità di ottenere risultati, diffondendo un approccio più realistico e ottimista e creando la fiducia imprescindibile per avviare qualsiasi percorso terapeutico, in particolare nell'area della salute mentale.

I servizi rivolti agli adolescenti, caratterizzati da multidisciplinarietà e multi professionalità e multimodalità, capacità di risposte differenziate e flessibili, che superano le artificiose separazioni basate sull'età o sulla patologia prevalente, con una forte tensione alla integrazione, alla tempestività, ne rappresentano un esempio da sperimentare e monitorare.

➤ *Promuovere la residenzialità leggera*

Questo livello di intervento è finalizzato a favorire percorsi di prevenzione rispetto alla residenzialità cronicizzante, particolarmente costosa, e percorsi di fuoriuscita e riabilitazione per i pazienti psichiatrici e con doppia diagnosi.

Le azioni fondamentali per attuare quanto sopra esplicitato sono:

- attivare iniziative di comunicazione - anche attraverso i media – per modificare l'attuale percezione pessimistica e priva di prospettive della malattia mentale, incluse le dipendenze;
- lavorare in équipe multidisciplinari integrate, in stretta connessione con l'ambito preventivo soprattutto per quanto riguarda la prevenzione selettiva e indicata, ma anche per diffondere informazioni relativamente al sistema dei Servizi di Cura;
- formare gli operatori sociosanitari, ivi compresi quelli che operano nei servizi di prossimità;
- potenziare l'operatività dei Servizi sulle fasce giovanili facendoli transitare dall'attuale prevalente impegno di risorse sui pazienti nelle fasi più avanzate della patologia all'intercettazione e al trattamento precoce multidisciplinare e integrato mediante prestazioni/interventi a costi standard definiti con l'utilizzo di risorse comunitarie, derivanti da analisi di quanto realizzato negli anni attraverso progetti di "prevenzione e limitazione dei rischi" specialmente nei luoghi del divertimento e dell'aggregazione giovanile;
- implementare la figura dello psicologo psicoterapeuta sia per la neuropsichiatria infantile sia per la psichiatria, onde evitare il rischio che il Servizio di Salute Mentale venga inteso unicamente come presa in carico /cura di soggetti con patologie severe, prevalentemente collocate sul versante psicotico. Tale condizione configurerebbe una psichiatrizzazione della salute mentale, lasciando fuori una parte importante di cittadini/utenti (quantitativamente molto superiore ai casi cosiddetti gravi);
- effettuare programmi di sensibilizzazione e informazione rivolti alle scuole, ai centri di aggregazione e iniziative comunali, favorire l'operatività del SERD come servizio di integrazione tra CSM e SERT, nonché creare un triage che coinvolga il personale della salute mentale, implementare servizi domiciliari, gruppi riabilitativi, inserimento lavorativo, interventi di telemedicina, e teleriabilitazione.

### **2.15.1 Gli interventi per la salute mentale**

Una delle principali problematiche relative all'ambito psichiatrico riguarda il fatto che attualmente la maggior parte della spesa è impegnata a sostegno della residenzialità, che coinvolge pochi pazienti in carico. Tale organizzazione non risponde alle esigenze della maggior parte dei pazienti, ma soprattutto si trova spesso a vicariare bisogni sociali, a trattare patologie organiche non di pertinenza psichiatrica, a risolvere problematiche relative all'età avanzata dei pazienti con modalità poco flessibili e non appropriate. È indicazione prioritaria la revisione della residenzialità e l'individuazione di meccanismi più flessibili e centrati sui percorsi che riportino l'asse dell'intervento sulla territorialità.

Le stesse risorse oggi interamente dedicate alla residenzialità possono essere utilizzate per erogare trattamenti destinati ad un maggior numero di pazienti sul territorio secondo progetti basati sul modello flessibile della stepped-care.

Al fine di realizzare concretamente un efficiente servizio di cure territoriali, è necessario riorganizzare i Centri di Salute Mentale, rafforzandone le competenze, differenziando i percorsi e l'organizzazione anche a seconda della

tipologia dei pazienti che vi accedono, definendo i ruoli e l'autonomia gestionale dei diversi operatori sanitari e rafforzando le competenze di "case management".

Il trattamento delle persone affette da disturbo psichico ed il loro percorso riabilitativo potrà dirsi completo quando consentirà una restituzione del soggetto ad una legittima dimensione sociale nel rispetto di un diritto di cittadinanza che ne valorizzi gli aspetti umani e produttivi in relazione all'individuale grado di funzionamento. A tale scopo i servizi dovranno costruire e consolidare i rapporti con i diversi enti presenti sul territorio (istituzionali, formali, imprenditoriali, associazionistici) allo scopo di favorire l'orientamento e diversi percorsi di inserimento lavorativo per promuovere l'autonomia sociale ed economica delle persone fragili.

Particolare attenzione deve essere dedicata al progetto regionale "Servizi di sollievo" rivolto a persone con problemi di salute mentale e alle loro famiglie. Il progetto, gestito dagli Ambiti Territoriali Sociali, singolarmente o in forma associata, di concerto con i Dipartimenti di Salute Mentale competente a livello di AST, nato come progetto sperimentale nel 2001, parte dal presupposto che oltre la cura diretta a favore del paziente che il servizio sanitario riesce a gestire attraverso i suoi strumenti operativi e professionali si attivi l'impegno con i servizi sociali territoriali degli ATS per un supporto di intervento sociale rivolto direttamente alle famiglie che presentino soggetti del proprio nucleo con sofferenza psichica. Famiglie o associazioni familiari devono prendere in carico alcune parti organizzative del servizio, insieme agli operatori sanitari e con il coinvolgimento del terzo settore e della cooperazione sociale per l'organizzazione e la gestione di attività (formazione, laboratori, inserimenti lavorativi e di tirocinio). I progetti attivati ininterrottamente dal 2001 si sono dimostrati in grado di affrontare i nuovi bisogni secondo un approccio che sposta l'asse dell'intervento dalla componente sanitaria a quella di un intervento capace di mobilitare risorse (pubbliche, private, del terzo settore, del volontariato...ecc.) verso una reale integrazione delle politiche sanitarie con le politiche sociali, ambientali, abitative, formative, occupazionali; per questo l'intervento dalla fase "progettuale" deve essere consolidato in un vero e proprio servizio integrato, assicurandone una istituzionalizzazione e le risorse alla sua prosecuzione.

Altre problematiche su cui l'ambito psichiatrico deve focalizzare l'attenzione riguardano i disturbi di personalità, i disturbi dell'umore (in particolare la depressione perinatale), i disturbi emotivi cercando sempre uno sguardo preventivo per il riconoscimento e l'intervento multidisciplinare.

Problematica emergente per il crescente numero dei soggetti che si rivolgono al servizio è quella degli stranieri immigrati da paesi esteri. Tale tipologia di pazienti presenta severi esiti da sindrome post-traumatica da stress spesso cronicizzata e richiede un trattamento interdisciplinare che necessita di una formazione specifica.

Il periodo della gravidanza e dei primi mesi di vita del bambino costituisce una finestra significativa per cogliere le situazioni di rischio psichico e psicosociale. L'intercettazione di fragilità in tale periodo, e di conseguenza il relativo trattamento, è realizzabile a fronte di un coordinato intervento tra diversi servizi e professionalità. La conoscenza e l'identificazione dei fattori di rischio soggettivi e famigliari può favorire l'intervento precoce in contesti specifici e in soggetti precocemente intercettabili.

Di particolare importanza risulta il trattamento dei Disturbi di Personalità, che in questi ultimi anni si sono rivelati particolarmente incidenti. I Servizi devono raccordare la propria attività al fine di mettere in campo interventi specifici ed integrati limitando la frammentazione della risposta socio sanitaria che spesso si traduce nella mancata aderenza al trattamento con compromissione dell'esito in salute.

La maggior parte dei pazienti trattati nel circuito psichiatrico è, e sempre più lo sarà in futuro, anche utilizzatore di sostanze: il superamento del concetto di Doppia Diagnosi e la necessità di un approccio integrato basato sulla centralità della persona è ben rappresentato dalla "Carta dei Servizi dei Pazienti con Disturbi Psichiatrici e Disturbi da Uso di Sostanze e Addiction" (Roma Ottobre 2017) redatta dalle tre principali Società Scientifiche del settore.

Particolare attenzione deve essere dedicata al progetto regionale "Servizi di sollievo" rivolto a persone con problemi di salute mentale e alle loro famiglie. Il progetto, gestito dagli Ambiti Territoriali Sociali, singolarmente o in forma associata, di concerto con il DSM competente a livello di AST, nato come progetto sperimentale nel 2001, necessita di essere "stabilizzato" attraverso l'adozione di una legge regionale che possa assicurare la prosecuzione dell'intervento e le relative risorse.

## NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA)

Il sostegno e la promozione del neurosviluppo e della salute mentale attraverso l'individuazione e diagnosi precoce, la presa in carico e i trattamenti appropriati, offerti all'interno della finestra evolutiva opportuna, e integrati con la rete dei Servizi costituiscono un'importante opportunità e possibilità di ripristinare il benessere delle persone di minore età. L'investimento nell'ambito dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e adolescenza è reso strategico da importanti fattori quali l'elevata prevalenza complessiva (tra il 10 ed il 20% della popolazione 0-17 aa); la specificità del neuro sviluppo; l'impatto rilevante sulla salute della popolazione infantile e della futura popolazione adulta e sugli anni vissuti con disabilità con i conseguenti costi emotivi, sanitari e sociali; le nuove conoscenze nell'ambito delle neuroscienze che oggi permettono diagnosi tempestive e interventi terapeutici e riabilitativi efficaci.

Il processo diagnostico e l'impostazione del progetto terapeutico e/o riabilitativo deve essere conseguente ad una valutazione globale multiprofessionale specifica, per consentire di operare con modalità che garantiscano continuità tra uno specifico spazio ospedaliero e uno specifico spazio territoriale, entrambi necessari per assicurare appropriatezza, completezza, coerenza e continuità nella diagnosi, nel progetto terapeutico e negli interventi di cura.

L'organizzazione dei servizi rivolti alla neuropsichiatria dell'età evolutiva deve essere pertanto pensata nell'ottica di una rete territoriale da strutturare nell'ambito di ogni AST attraverso una rete di servizi ambulatoriali territoriali in stretto collegamento tra loro e con le altre strutture della rete (semiresidenziali, residenziali per i trattamenti della sub-acuzie, centri di riferimento regionale, day hospital ed unità operative ospedaliere per i ricoveri in acuzie). A seconda della tipologia e della gravità dei casi, solo i disturbi psichiatrici e le Disabilità complesse potranno coinvolgere tutte le strutture della rete; i disturbi neurologici potranno interessare solo i servizi NPIA territoriali, i centri di riferimento, i day-hospital e le degenze; per i disturbi specifici potranno essere coinvolti i soli servizi territoriali e/o i centri di riferimento.

E' opportuno potenziare le équipes operative permanenti e le strutture di intervento sul territorio finalizzate alla presa in carico delle situazioni di disagio psichico evolutivo, che vede spesso le dinamiche familiari in prima fila riguardo ai bisogni della presa in carico a medio-lungo termine, insieme alla necessità di integrare per periodi lunghi il lavoro col servizio di dipendenze patologiche. La grave carenza di operatori dedicati all'intervento in questo settore impone, più che in altri campi, un'indicazione di allocazione di risorse e l'istituzione di servizi territoriali permanenti di psichiatria infantile e adolescenziale.

La tipologia dei percorsi deve essere distinta per il livello di intensità assistenziale offerto, correlato al grado di autonomia complessivo rilevato nel paziente e alle criticità e punti di forza del contesto familiare ed ambientale di riferimento.

Per l'intervento psichiatrico in età preadolescenziale e adolescenziale, è fondamentale evitare ogni qual volta sia possibile il ricorso all'ospedalizzazione e mantenere la persona nel suo ambiente di vita. Tuttavia, in specifiche situazioni, la rimozione rapida dei fattori ambientali particolarmente stressanti può divenire indispensabile per una accurata valutazione, nonché per la messa a punto di interventi terapeutici efficaci e per il rapido re-inserimento in un adeguato ambiente di vita. Fondamentale inoltre è la definizione di procedure standardizzate per gestire un corretto passaggio della presa in carico nel percorso di transizione dell'adolescente con disturbi psichici gravi verso i servizi di psichiatria dell'adulto.

In ambito sanitario e socio sanitario, l'attivazione della telemedicina (inclusiva della telepsicologia, della teleriabilitazione e altre forme di teleassistenza, può rappresentare una grande risorsa per far fronte ai bisogni dei bambini e degli adolescenti.

### Obiettivi Prioritari:

#### Medio termine:

- L'introduzione di criteri di priorità mirati per gli accessi e per gli interventi terapeutici (triage), che tengano in considerazione età, profilo di funzionamento, comorbilità, fattori di rischio, modulando di conseguenza tempestività, intensità e specificità degli interventi e ponendo particolare attenzione ai primi anni di vita, all'età pre-adolescenziale, alle fasi di transizione e agli interventi sul contesto di vita;



- L'introduzione di interventi di telemedicina e teleriabilitazione;
- Il completamento di un sistema integrato di risposta all'acuzie psichiatrica in adolescenza, che garantisca in modo omogeneo ed appropriato la gestione di base nell'ambito nella rete dell'emergenza-urgenza, e la gestione specialistica e la necessità di ricovero in alcuni punti di secondo livello, attivando inoltre interventi appropriati per la gestione della pre e post acuzie nei territori;
- L'attivazione di un Sistema a rete per la gestione della pre- e post- acuzie su tutto il territorio regionale;
- L'implementazione di risposte differenziate in base ai livelli di complessità e tecnologia necessari nelle patologie neurologiche dell'età evolutive;
- Una puntuale attenzione al tema della continuità assistenziale nel delicato passaggio alla maggiore età dei minori presi in carico anche attraverso strutture finalizzate;
- Adeguamento della dotazione di medici neuropsichiatri dell'infanzia e dell'adolescenza, del terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva anche in riferimento al documento AGENAS 2022 del Gruppo di lavoro Salute Mentale;
- Implementazione del flusso informativo sanitario NPIA ex Intesa 25 luglio 2019 «Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza»;
- Consolidamento del supporto ai "servizi di sollievo" gestiti dagli Ambiti Territoriali Sociali, anche rispetto alla strutturazione e continuità oltre che nella gestione;
- Promozione di processi di presa in carico della famiglia/persona con problemi di salute mentale, fondati sul budget di salute co-programmato e co-gestito dal sociale (Ambiti Sociali) e dalla sanità (Dipartimenti Salute mentale).

### **La presa in carico delle persone affette da demenza attraverso la nuova architettura dei CDCD**

Nel mondo sono 46,8 milioni le persone che convivono con una forma di demenza e il dato è destinato quasi a raddoppiare ogni 20 anni. Il Piano Globale di Salute Pubblica per rispondere alla Demenza 2017-2025 invita gli Stati alla creazione di politiche di governo che abbiano un favorevole impatto sulla qualità della vita delle persone con disturbo cognitivo e delle loro famiglie. L'Italia ha formulato un Piano Nazionale Demenza nel 2014. La Regione sta lavorando ad una modalità di presa in carico delle persone con disturbi neuro cognitivi attraverso la riorganizzazione della rete e la nuova architettura dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD).

La Demenza rappresenta una patologia neurodegenerativa a decorso progressivo e inaggravante.

In linea con quanto definito nel *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali DSM-5* il capitolo precedentemente denominato "Delirium, Demenza, Disturbi Amnestici e altri Disturbi Cognitivi" viene ridefinito come "Disturbi neuro cognitivi" modellandolo su tre distinte entità cliniche: Delirium, Disturbi neurocognitivi maggiori e Disturbi neurocognitivi lievi.

La storia naturale della malattia passa attraverso diverse fasi, variabili da soggetto a soggetto, che comprendono deficit di più domini cognitivi, in primo luogo la memoria, la perdita progressiva dell'autonomia, i disturbi della sfera del comportamento e i vari gradi di disabilità, fino all'allettamento.

L'attuazione del Piano Demenze in Regione prevede di riorganizzare la rete clinico-assistenziale per le demenze attraverso **la creazione e lo sviluppo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e per le Demenze (CDCD)** al fine di garantire la continuità assistenziale e l'appropriatezza della presa in carico del paziente affetto da demenza e della sua famiglia nella logica della continuità e circolarità ospedale-territorio.

Ad oggi la diagnosi e la terapia viene effettuata dalle Unità Valutazione Alzheimer (UVA), ambulatori specialistici presenti in ogni azienda ma spesso non collegati agli altri servizi e tra loro, che quindi non assolvono la funzione di sistema integrato in grado di garantire la presa in carico tempestiva, la continuità assistenziale per la persona affetta da ogni tipo di demenza considerando che i bisogni cambiano nel tempo e anche la famiglia ha bisogno di essere sostenuta in ogni stadio della malattia.

Il CDCD costituisce la riorganizzazione e l'evoluzione dell'attuale rete degli ambulatori UVA e si configura quale organizzazione a rete in cui un ambulatorio centrale coordina e sovrintende l'attività di altri ambulatori e servizi identificandosi come centro di coordinamento di tutti i soggetti coinvolti a vario titolo nel processo di cura della persona e della sua famiglia. Proprio per tale ragione all'interno degli ambulatori deve operare un gruppo di

lavoro multidisciplinare composto da diversi specialisti e figure professionali (neurologo, geriatra, psichiatra, psicologo, logopedista, infermiere o altro operatore delle professioni sanitarie) che lavorano secondo protocolli condivisi e con la presenza di un Coordinatore. I coordinatori assicurano uniformità nella presa in carico dei cittadini e delle loro famiglie attraverso un dialogo costante. Il gruppo di lavoro può essere integrato da altre figure complementari disponibili nel distretto (es. tecnico della riabilitazione, assistente sociale, operatore sociosanitario) tramite precisa procedura di attivazione. Il CDCD costituisce il centro di coordinamento di processo di cura del paziente con demenza.

Obiettivo prioritario per la Regione è la realizzazione della rete e del relativo PDTA sulle demenze, anche attraverso la definizione di un tavolo tecnico comprendente gli interlocutori e le professionalità competenti, con la necessità di far emergere i bisogni di cura non espressi.

## 2.15.2 Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA)

Come noto i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA), precedentemente definiti disturbi del comportamento alimentare (DCA), necessitano di un approccio diagnostico-terapeutico multidisciplinare integrato.

Gli specialisti della nutrizione si prendono cura della dieta dei bambini in età prescolare, partecipano al trattamento dei disturbi del comportamento alimentare negli adolescenti, svolgono prestazioni specialistiche per gli obesi patologici, intervengono su patologie croniche negli anziani. I professionisti della nutrizione della costituenda "Rete Regionale della Nutrizione", possono recarsi anche al domicilio di chi non può spostarsi e necessita di una valutazione o terapia nutrizionale.

Due principi generali sono alla base del trattamento dei disturbi dell'alimentazione:

1. l'approccio multidimensionale, interdisciplinare, pluri-professionale integrato, che coinvolge psichiatri, psicologi/psicoterapeuti, internisti, endocrinologi, dietologi, dietisti, fisioterapisti, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica e infermieri;
2. la molteplicità dei contesti di cura che preveda i diversi livelli:
  - Ambulatoriale: l'Ambulatorio costituisce il nucleo fondamentale dell'attività diagnostica e terapeutica e svolge funzione di filtro per i successivi livelli terapeutici;
  - Semiresidenziale/ambulatorio intensivo/Centro Diurno: il livello semiresidenziale deve essere previsto e garantito nei centri ambulatoriali territoriali anche rispetto alla revisione della residenzialità e all'individuazione e potenziamento di meccanismi più flessibili e centrati sui percorsi che riportino l'asse di intervento sulla territorialità, come indicazione prioritaria data per la salute mentale;
  - Residenziale;
  - Ospedaliero.

La rete integrata fra i servizi territoriali (MMG, PLS, ambulatori specialistico, semi-residenzialità-residenzialità) e quelli ospedalieri deve essere caratterizzata dalla presenza e dalla collaborazione di tutte le professionalità coinvolte nel percorso di diagnosi e cura e dalla condivisione fra professionisti dei programmi e degli interventi da attuare.

### **Normative**

La Regione Marche, con il recepimento del Piano di azioni nazionale per la salute mentale, nel marzo 2014, riconosce tra gli obiettivi specifici prioritari il miglioramento dei disturbi del comportamento alimentare ed indica come azione la definizione di percorsi assistenziali integrati per la presa in carico e la gestione dei DCA in collaborazione tra DSM, NPI, MMG e strutture ospedaliere.

Inoltre, con DGR n. 247 del 30.03.2015 "Linee di indirizzo per la realizzazione di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) nella Regione Marche" ha realizzato una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare. Sono stati consolidati tre ambulatori specialistici exAV1 Pesaro, exAV2 Ancona congiunto a AOU ORAN (riconosciuto come centro di secondo livello sia per pediatria sia per adulto), ex AV4 Fermo.

La legge regionale 3 agosto 2020, n. 40, “Disposizioni relative alla presa in carico delle persone con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione o del comportamento alimentare”, ha modificato la rete consolidando il centro pediatrico del Salesi per i DCA ed il centro di Fermo, mantenendo il centro DCA di Pesaro e spostando a Jesi il centro DCA di Ancona, eliminando AOU ORAN per gli adulti che devono essere presi in carico dalle medicine afferenti a ciascun centro.

Con decreto dirigenziale n. 9 del 07.10.2021 si è provveduto ad aggiornare la composizione del Centro di Coordinamento Regionale come previsto all'articolo 7, punto 1, della l.r. 40/2020.

Lo stesso si riunisce al bisogno, su richiesta delle parti, con le seguenti funzioni, come previsto nell'articolo 7, comma 3, della l.r. 40/2020: a) predispone e propone alla Giunta regionale le linee di indirizzo in materia di DCA; b) collabora con le associazioni delle persone con DCA e/o dei loro familiari per informarli sugli interventi adottati; c) analizza e verifica i dati epidemiologici forniti dall'Osservatorio epidemiologico di cui al comma 5 dell'articolo 4.

### **PROGETTUALITA'**

Nell'ambito dell'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il Ministero della Salute provvede ad individuare la specifica area dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) le cui prestazioni sono inserite attualmente nell'area della salute mentale.

Nelle more dell'aggiornamento, al fine di garantire il contrasto dei DNA e di potenziare i servizi e la rete territoriale dedicata, è stato istituito, presso il Ministero della Salute, un Fondo destinato a finanziare Piani regionali biennali di attività volti a potenziare la rete territoriale che si occupa di tali disturbi.

La Regione Marche ha ottenuto un finanziamento di € **642.500,00** (quota erogata nel 2022: € 385.500,00; quota che verrà erogata nel 2023: € 257.000,00) per il progetto “**Consolidamento dei servizi della rete regionale per i disturbi del comportamento alimentare DCA**” della durata di 24 mesi con scadenza 31.10.2024.

I fondi verranno ripartiti tra i citati tre centri per gli adulti e il centro per i minori.

#### **Obiettivi del progetto**

Principali obiettivi del progetto/piano biennale di attività sono:

1. implementazione dei percorsi psicoterapici nella presa in carico territoriale;
2. implementazione delle valutazioni mediche (dietologico/nutrizionali) nella presa in carico territoriale;
3. implementazione dei percorsi riabilitativo-educazionali;
4. attuazione di una presa in carico ambulatoriale tempestiva con l'équipe multidisciplinare per minori (obiettivo per l'UO dell'AOU delle Marche – Salesi);
5. potenziare l'assistenza sanitaria in regime di ricovero ospedaliero per minori (obiettivo per l'UO dell'AOU delle Marche – Salesi).

#### **Risultati attesi**

1. diffusione omogenea su tutta la Regione di percorsi assistenziali individualizzati (PAI);
2. miglioramento dell'offerta assistenziale secondo normative regionali e da obiettivi indicati;
3. migliorare l'offerta dei diversi livelli di cura regionali.

All'interno del progetto è prevista formazione specifica rivolta ad operatori sanitari e alle famiglie, articolata su tre tematiche:

- “La presa in carico nei centri DCA della Regione Marche” destinata al personale altamente specializzato (psichiatri, psicologi e/o psicoterapeuti, medici internisti, medico specialista in scienze dell'alimentazione, endocrinologi, dietisti, fisioterapisti, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, infermieri, assistenti sociali e O.S.S.), per assicurare un approccio multidisciplinare a tutti i livelli di assistenza, integrare l'aspetto clinico/nutrizionale e quello psicologico con la possibilità di lavorare in rete sul territorio regionale, uniformare i criteri di valutazione - presa in carico e una maggiore condivisione della modalità operativa comune negli ambulatori regionali (per pazienti sopra i 14 anni) e al Salesi (per i pazienti minori di anni 14).

- “Rete Ospedaliera, la gestione del paziente con disturbi della nutrizione durante il ricovero” rivolta alle figure presenti all’interno della Rete ospedaliera per i ricoveri in fase acuta (Pronto soccorso, medicina, SPDC =Psichiatri, psicologi e/o psicoterapeuti, medici internisti, medico specialista in scienze dell’alimentazione, endocrinologi, dietisti, fisioterapisti, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, infermieri, assistenti sociali e O.S.S.) per la gestione del paziente al primo accesso presso i servizi d’urgenza e/o in regime di ricovero, che mira ad una maggiore coordinazione tra i reparti ed i centri specialistici ed un’ottimale articolazione della rete di cura e continuità assistenziale.

“Prevenzione e cura dei disturbi alimentari” per far conoscere ai PLS, ai MMG e alle famiglie la rete territoriale e delle modalità di invio al centro specialistico nel territorio di appartenenza ed acquisire maggiore empowerment così da riuscire ad individuare segnali precoci di un potenziale DA e la sua eventuale gravità.

Trattandosi di disturbi psichiatrici, anche per i DAN dovranno essere presi in considerazione i 4 indirizzi, comuni per salute mentale e dipendenze, che dovranno costituire oggetto di riflessione e riorganizzazione per promuovere un profondo mutamento culturale:

- implementare la diagnosi precoce e favorire interventi tempestivi;
- rivedere il concetto di cronicità;
- combattere pregiudizio, stigma e autostigma;
- potenziare la fiducia nei Servizi e nelle possibilità di cura.

## 2.16 DIPENDENZE

Il Dipartimento Dipendenze Patologiche (DDP), istituito con la DGRM 747/2004, così come modificata dalla DGRM 1534/2013, e confermata con l.r. 19/2022, è un dipartimento pubblico-privato a gestione pubblica. Il DDP è altamente integrato con le strutture e i servizi gestiti dal privato sociale accreditato che dispone di posti letto, co-progetta con il pubblico ed è parte integrante del Comitato di Dipartimento. Inoltre il DDP prevede una collaborazione stretta con la parte sociale, attraverso la presenza degli Ambiti Territoriali Sociali.

L’OMS definisce la “dipendenza patologica” come “condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall’interazione tra un organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione”.

In questa definizione rientrano anche le dipendenze senza sostanza, che riguardano comportamenti problematici come il disturbo da gioco d’azzardo, lo shopping compulsivo, la *new technologies addiction* (dipendenza da internet, *social network*, videogiochi, televisione, ecc.). Anche gli studi derivanti dalle nuove scienze neurologiche propongono una visione unitaria della dipendenza, secondo la quale sia le manifestazioni cliniche che i percorsi di trattamento sono simili.

Negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo abbassamento dell’età di prima assunzione di sostanze patologiche con un parallelo aumento dell’offerta sul mercato di un’ampia gamma di principi attivi, alcuni dei quali non tabellati e, pertanto legali (New Psychoactive Substance – NPS). Ciò ha comportato un importante impatto sociosanitario, con conseguenze sull’ordine pubblico e sulla spesa sanitaria e sociale. Sul versante “salute” si evidenziano ricadute dirette, derivanti dagli effetti farmacologici della sostanza e dalla via di assunzione, e indirette, come epatite B e C, AIDS, disturbi del sistema nervoso centrale (SNC), cui si aggiungono conseguenze sociali legate a comportamenti illegali, violenze, incidenti.

Oltre alla dipendenza da sostanze, bisogna considerare la crescente diffusione delle dipendenze di natura comportamentale, problematiche diverse nelle manifestazioni cliniche, ma per molti aspetti correlate sul piano eziologico e psicopatologico. Esse comprendono un ampio ventaglio di manifestazioni (il disturbo da gioco d’azzardo, le dipendenze da nuove tecnologie, le dipendenze sessuali, lo shopping compulsivo, ecc.) ad oggi inserite solo in parte nelle classificazioni diagnostiche internazionali.

L'eziologia della dipendenza è multifattoriale, rimanda cioè ad una costellazione di cause. La sua insorgenza è legata presumibilmente all'interazione sfavorevole di tre ordini di fattori:

- neurobiologici (riconducibili a caratteristiche genetiche, ad anomalie della disponibilità di alcuni importanti neurotrasmettitori - dopamina, serotonina, noradrenalina - che regolano il tono dell'umore);
- individuali (correlati alle esperienze di vita nonché a caratteristiche specifiche di personalità – ricerca di sensazioni forti, propensione al rischio, desiderio esasperato di successo, bassa autostima);
- socio-ambientali (relativi alle caratteristiche del contesto familiare, socio culturale ed economico della comunità in cui il soggetto vive, alle abitudini del gruppo di appartenenza, alla presenza o meno di reti di sostegno sociale, ai livelli di tolleranza sociale e di non contrasto dei comportamenti di dipendenza, all'esistenza di regole e di leggi di controllo e di deterrenza, alle caratteristiche delle sostanze e alla loro disponibilità e accessibilità).

I vari fattori condizionanti (individuali, ambientali) possono assumere diverse modalità di espressione, ovvero agire in una duplice direzione: come fattori di rischio quando incentivano le condizioni di vulnerabilità, o come fattori protettivi quando, invece, sono in grado di controllare e limitare quelle condizioni.

Il DDP è preposto per legge (T.U. 309/90) alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione dei disturbi da uso di sostanze legali ed illegali, anche iatrogene (pain killer) e delle dipendenze patologiche comportamentali quali, Gioco d'azzardo patologico, Net-addiction, altre dipendenze così come definito dai LEA, DPCM 12 gennaio 2017 all'articolo 28 "Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche" e all'articolo 35 "Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche". Inoltre il DDP si occupa di tematiche relative a malattie trasmissibili (HIV, HCV, etc), e a tematiche di salute pubblica.

Il DDP, attraverso la rete ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale, assicura ai cittadini con tali problemi e alle loro famiglie un contatto precoce per l'identificazione del disagio, la effettuazione di una diagnosi multidisciplinare, la cura e la riabilitazione mediante trattamenti integrati medico-farmacologici, psicologici, socio-assistenziali e riabilitativi tramite progetti di reinserimento lavorativo e sociale.

Il DDP presso tutte le Sedi delle Unità Operative Territoriali garantisce:

- 1 Accettazione ed Accoglienza dell'utente;
- 2 Valutazione diagnostica multidisciplinare;
- 3 Presa in carico dell'utente con la predisposizione di piani terapeutici personalizzati, sottoposti a periodiche verifiche. Vengono erogate prestazioni mediche, psicologiche, sociali ed educative finalizzate a:
  - 3.1 Disassuefazione fisica e altri trattamenti farmacologici;
  - 3.2 Monitoraggio clinico, laboratoristico e strumentale;
  - 3.3 Prevenzione e controllo delle patologie correlate: screening, diagnosi, prevenzione e collaborazione alla cura;
  - 3.4 Invio a comunità terapeutiche e verifica periodica dell'andamento del programma con l'interessato e con gli operatori della struttura;
  - 3.5 Programmi terapeutici alternativi alla detenzione;
  - 3.6 Sostegno psicologico, sociale ed educativo;
  - 3.7 Psicoterapia individuale e familiare;
  - 3.8 Gestione di gruppi terapeutici e educative;
- 4 Programmi di educazione alla salute, socio-riabilitativi e di prevenzione delle ricadute rivolti al singolo utente ed a gruppi di popolazione ivi compresi i minorenni;
- 5 Orientamento e sostegno ai familiari;
- 6 Integrazione funzionale con gli altri Dipartimenti Pubblici (Dip. di Prevenzione, Dip. di Psichiatria/Neuropsichiatria, Dip. di Emergenza, Dip. Cure Primarie), consulenza e collaborazione con i Medici di Medicina Generale, Presidi Ospedalieri, Distretti, Istituti Penitenziari, Ambiti Territoriali e altri Servizi degli Enti Locali;
- 7 Integrazione con le attività degli Enti Privati Accreditati, Terzo Settore, Unità di Strada, altri Servizi presenti sul Territorio.

All'interno del Carcere sono operative équipe multidisciplinari di professionisti del Dipartimento Dipendenze Patologiche.

Nei territori regionali insistono Unità di Strada, a soglia variabile: servizi di prossimità, finalizzati al contrasto delle dipendenze, anche nella fase iniziale di un disagio manifesto o potenziale: promuovono interventi di prevenzione e di riduzione dei rischi e del danno nei luoghi del territorio. Alcune sono particolarmente rivolte agli adolescenti e ai giovani adulti nei loro luoghi di aggregazione. Tali attività sono coordinate dal DDP come previsto dalla DGR n. 619/2017.

Centri per la disassuefazione da tabacco: potenziamento degli ambulatori per la prevenzione e cura del tabagismo, in cui sia offerto un programma di disassuefazione dal tabacco rivolto a chi ha deciso di smettere di fumare e avverte il bisogno di un aiuto.

Attività di presa in carico e di prevenzione sulle tematiche inerenti l'alcol e l'alcoldipendenza in stretta sinergia con le organizzazioni del volontariato territoriale di settore.

Attività trasversali nel DDP: manutenzione e espansione di reti territoriali sanitarie e sociali, quali Case di cura, Enti Privati Accreditati, Organizzazioni di volontariato e Non profit.

Le attività dei DDP si correlano, inoltre, alle indicazioni previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025.

Le linee d'azione previste dal PNP si rivolgono a:

- potenziamento della **campagna antifumo** attraverso la strategia globale raccomandata dall'OMS (MPOWER) che si sviluppa sull'integrazione di sei strategie di azioni efficaci per contrastare il fenomeno del tabagismo, quali: monitoraggio del consumo di tabacco e politiche di prevenzione, protezione della popolazione dal fumo, aiutare i fumatori a smettere di fumare, avvertenze sui pericoli del tabacco, rafforzamento dei divieti di pubblicità, promozione e sponsorizzazioni del tabacco, politiche fiscali e dei prezzi;
- interventi specifici contro l'**alcoldipendenza** per il target di riferimento:
  - giovani in ambito scolastico e le loro famiglie per contrastare il fenomeno del "*binge drinking*" (consumo di più di 5/6 UA in un'unica occasione che causa non solo danni alla salute, ma anche problemi legati alla sicurezza, soprattutto in relazione all'incidentalità stradale, all'esposizione a situazioni di rischio, agli infortuni sul lavoro);
  - gruppi di popolazione più vulnerabili (minorenni e giovani, donne in gravidanza, anziani), riguardo all'alcoldipendenza, disturbo del comportamento e condizione clinica che implica un orientamento compulsivo nei confronti del consumo di alcol, con contestuale sottovalutazione e disinteresse verso le conseguenze negative che ne derivano, sia a livello di salute che di adattamento socio ambientale. Questa dipendenza si presenta spesso in associazione ad altri disturbi psichiatrici quali depressione e ansia che favoriscono il desiderio di bere (*craving*) e la ricaduta, ed è spesso associata a patologie alcol-correlate a danno di molti organi, tra cui i più vulnerabili sono il fegato e il sistema nervoso centrale;
- lotta al sempre più frequente consumo in età precoce di **sostanze illecite** (nuove sostanze psicoattive apparse sul mercato europeo delle droghe) con una programmazione degli interventi che deve tenere conto del passaggio da un quadro dominato da modalità di assunzione (sostanze considerate "classiche", come ad esempio cocaina ed eroina), a un quadro estremamente variegato in cui spicca l'assunzione di nuove sostanze sempre più sofisticate e pericolose e nuove modalità di consumo. La continua mutevolezza dei fenomeni in termini di offerta di principi attivi, il cambiamento di stili e di modalità di accesso (ad es. web) alle sostanze, favoriti da strategie di marketing aggressive con target nei confronti delle diverse fasce della popolazione, chiedono l'intensificazione degli sforzi preventivi e l'adozione di approcci strategici fondati sulla ricerca, la previsione degli scenari e dei trend evolutivi;
- attenzione alla cosiddetta "**farmacologizzazione**" sociale (processo che comprende, al di fuori del contesto medico, sia la ricerca dell'effetto biologico delle sostanze chimiche in termini di automedicazione, sia il desiderio degli individui-consumatori di adottare tecnologia e chimica come soluzioni ai problemi della vita) cui si aggiunge anche nel nostro Paese il rischio della diffusione del misuso/diversion di farmaci antidolorifici oppiacei, con potenziali gravissime ricadute. La dipendenza da farmaci è una seria forma di

dipendenza psico-fisica provocata e mantenuta attiva dall'assunzione ripetuta ed eccessiva dei farmaci stessi; essendo il loro uso socialmente accettato, vi è una tendenza a sottovalutare questo problema. I dati relativi alla prevalenza del consumo di psicofarmaci non prescritti tra i giovani (studio ESPAD), evidenziano in Italia un trend in aumento;

- lotta al **disturbo da gioco d'azzardo** (di seguito DGA) e classificato nel DSM 5 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) quale "comportamento persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi".

Questa patologia ha conosciuto negli ultimi anni una crescita esponenziale, dovuta alla concomitanza di diversi fattori, quali la crisi economica e l'enorme ampliamento dell'offerta d'azzardo.

Ad oggi non esistono dati epidemiologici precisi e studi validati, secondo le stime disponibili la percentuale dei giocatori "problematici" varia dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale, mentre quella dei giocatori "patologici" dallo 0,5% al 2,2%. Sono ben visibili, in ogni modo, le conseguenze drammatiche di tale fenomeno: gli alti costi a livello sociale, familiare e sociale che il DGA provoca, fanno di esso non un fenomeno isolato, ma una questione di salute pubblica, che si ripercuote fortemente sulla sfera comunitaria e sociale;

- la **dipendenza da internet** (*Internet Addiction Disorder - IAD*), disturbo del controllo degli impulsi che comprende il *Gaming disorder* (Dipendenza da videogame) che, nel 2018, è stato incluso dall'OMS tra i disturbi dovuti a comportamenti che generano dipendenza nell'*International Classification of Disease (ICD 11)*, di cui già fa parte il Disturbo da Gioco D'Azzardo (DGA). Secondo l'OMS, un individuo affetto da *Gaming disorder* risulta talmente assuefatto dai videogiochi (sia online che offline) da compromettere significativamente la sua vita sotto ogni aspetto, sia esso sociale, lavorativo od affettivo, con effetti negativi non solo sulla salute psicologica, ma anche su quella fisica. I soggetti a rischio, secondo la letteratura, hanno un'età compresa tra i 15 e i 40 anni, una buona conoscenza dell'informatica, spesso sono isolati per ragioni lavorative (es. turni notturni di lavoro) o geografiche e solitamente presentano problemi psicologici, psichiatrici o familiari preesistenti all'insorgenza dell'uso problematico di internet. Le età preadolescenziale e adolescenziale rappresentano una fase cruciale per lo sviluppo dell'individuo e costituiscono quindi un momento chiave nel quale poter intervenire efficacemente con adeguate politiche di promozione della salute e di prevenzione universale, selettiva e indicata.

## Strategie

Tramite gli organismi dell'Assemblea e del Comitato, annualmente il Servizio Sanitario Pubblico congiuntamente agli ATS e agli Enti del Privato sociale accreditato redigono ed attuano, tramite co-progettazione, il Piano Annuale delle azioni del Dipartimento.

La Regione Marche destina dei finanziamenti finalizzati al contrasto alle dipendenze patologiche nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

La prevenzione è la principale azione per evitare e ridurre i rischi e i danni alla salute correlati all'uso e abuso di sostanze psicoattive legali e illegali e all'insorgenza di disturbi comportamentali. Al riguardo, il riferimento è il Programma 4 del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025, di cui al paragrafo 1.1.1. La letteratura e le indicazioni internazionali valorizzano l'adozione di approcci strategici multicomponente che mirino a:

- contrastare e ridurre l'offerta, attraverso l'adozione di politiche volte alla regolazione dell'accesso;
- ridurre la domanda, operando sulla modifica degli atteggiamenti;
- favorire il coordinamento intersettoriale fra le diverse politiche messe in atto.

La complessa interazione tra fattori soggettivi, relazionali, sociali, ambientali che influiscono sull'eziologia delle dipendenze, rende opportuno attuare interventi con strategie diversificate a seconda del target di riferimento e dei modelli culturali e sociali che condizionano il fenomeno.

All'interno di una strategia intersettoriale è necessario realizzare interventi basati su evidenze di efficacia, adattando modalità e contenuti ai contesti e ai destinatari degli interventi, migliorando le capacità e le competenze di programmatori, progettisti e operatori del settore. Considerando l'eterogeneità dei fattori di rischio, è essenziale definire strategie integrate, che possano da una parte potenziare le abilità di vita (*life-skill*) dell'individuo, dall'altra intervenire sull'ambiente di vita.

La partecipazione delle risorse presenti nella popolazione di riferimento può favorire una maggiore responsabilizzazione di giovani e adulti per la tutela della propria salute. La **Famiglia** e la **Comunità** rappresentano in questo senso gli interlocutori privilegiati per azioni che consentano di valorizzare le funzioni educative e relazionali cruciali per lo sviluppo di adeguate competenze di salute.

La **Scuola** e i luoghi dell'aggregazione giovanile rappresentano contesti fondamentali nei percorsi di crescita e acquisizione di adeguate competenze di vita, anche attraverso il confronto fra pari e l'interazione con adulti di riferimento. In particolare la Scuola, per il suo ruolo istituzionale e formativo, per la sua funzione educativa universale e per la presenza capillare sul territorio, è un *setting* centrale dell'azione preventiva ed un contesto di relazione in grado di individuare e prendersi cura di situazioni di rischio specifico. Questo ruolo ha assunto una valenza strategica maggiore con l'approvazione dell'Accordo Stato-Regioni del 17 febbraio 2019 "Indirizzi di *policy* integrate per la Scuola che Promuove Salute".

È inoltre necessario allargare l'intervento ad altri contesti di vita (luoghi di lavoro, di aggregazione informale e divertimento, ecc.), dove è possibile intercettare gruppi vulnerabili di popolazione.

Come previsto anche dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12/01/2017 concernente la "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza", occorre affiancare agli interventi di prevenzione la presa in carico multidisciplinare, nonché gli interventi di riduzione del danno (RdD) che, pur adottati da oltre vent'anni, presentano forti disomogeneità tra le Regioni, con conseguenti disuguaglianze nell'accesso a servizi e prestazioni. Ciò impone di definire e mettere a sistema – in accordo con le evidenze e con le linee guida elaborate a livello UE – un programma organico di interventi che consenta di superare frammentazione e discontinuità territoriale.

#### **Obiettivi Prioritari:**

##### **Medio lungo termine:**

- prevenzione e contrasto del gioco d'azzardo patologico (GAP) e della dipendenza da nuove tecnologie e social network (proseguimento degli interventi previsti dalla l.r. 07/02/2017 n. 3);
- coinvolgimento e raccordo di tutte le energie istituzionali, culturali e sociali presenti a livello regionale (Consulta per la politica di contrasto delle dipendenze patologiche Osservatorio Regionale dei comportamenti di abuso) e territoriale (Ambiti Territoriali Sociali, Istituzioni scolastiche, Enti del SSR, Forze dell'Ordine, il Terzo settore, Consulta regionale per la Famiglia) per garantire un sistema di intervento complessivo che metta in sinergia tutte le risorse (umane, professionali, tecniche, organizzative, sociali e finanziarie) necessarie, affidando ai Dipartimenti delle Dipendenze, in collaborazione con quelli della Prevenzione, un ruolo importante nel governo delle diverse strategie e attività preventive, valorizzando il patrimonio di esperienze maturate negli anni ed il ruolo di tutti i soggetti in campo;
- programmazione territoriale (Piani di azione delle strutture territoriali competenti);
- protocolli di collaborazione con ARCAT, Alcolisti Anonimi, AL ANON;
- Realizzazione di spazi ambulatoriali esclusivamente dedicati ai giovani (14-25 anni) con comportamenti a rischio di dipendenza patologica, che oltre a fornire prestazioni istituzionali funga da "Hub" nella rete dei servizi sanitari e sociali del territorio. (Vedi esperienze già esistenti es. Spazio Androna di Trieste).

Va individuato un Centro regionale di riferimento quale laboratorio di tossicologia per esami tossicologici e droghe di abuso di I e II livello. Tale Centro è attualmente identificato nell'AST di Pesaro Urbino.

## **2.17 SANITÀ PENITENZIARIA**

La sanità penitenziaria ricomprende servizi di medicina generale, di pronto intervento, di medicina specialistica, di salute mentale e per le dipendenze. Proprio in ambito carcerario è necessario sviluppare i massimi livelli di integrazione tra salute mentale e dipendenze. Il decreto legislativo 230/1999 «Riordino della medicina penitenziaria», prevede che "I detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli



obiettivi generali e specifici di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali ed in quelli locali". Dal 2008, in Italia, la competenza dell'assistenza sanitaria presso gli Istituti Penitenziari è stata trasferita dalla Amministrazione Penitenziaria al SSN (D.P.C.M. 01 aprile 2008). La Regione Marche con DGR n. 1157 del 2008 ha recepito il suddetto D.P.C.M. e, a seguire, sono stati recepiti una serie di Accordi andati in Conferenza Unificata CU (Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano) che hanno permesso nel tempo il completo passaggio della funzione. Nel 2015 in seguito alla CU del 22 gennaio è stata assicurata l'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta nelle carceri e nei servizi della giustizia minorile di ogni territorio regionale. Con DGR n. 1220 del 30 dicembre 2015 è stata disegnata la rete regionale dei servizi sanitari penitenziari, tenendo conto che tutti gli interventi sanitari nei diversi Istituti di pena, presenti nella Regione Marche, devono garantire all'interno di essi tutti i livelli essenziali di assistenza (LEA). Con DGR n. 1041 del 9 luglio 2012 e, a seguire, i decreti n. 9/Ars del 3/10/2012 "Applicazione DGR 1041/2012: Costituzione Osservatorio Permanente sulla Sanità penitenziaria" e n. 1/Mob dell'11 gennaio 2019 hanno rispettivamente istituito e poi modificata la composizione dell'Osservatorio che, tra le altre funzioni, ha anche quella di effettuare il monitoraggio dei LEA di area, relativi al sistema assistenziale della medicina e coordinare gli interventi sanitari con le esigenze correlate al trattamento dei detenuti e al mantenimento dei livelli di sicurezza degli stessi Istituti Penitenziari.

### **Screening hcv e piano rischio suicidario**

Per quanto descritto, si ritiene che per l'assistenza sanitaria penitenziaria debbano essere utilizzate principalmente le "regole" proprie del sistema sanitario, che sono essenzialmente cliniche. Si deve fare riferimento ai LEA, privilegiare la medicina d'iniziativa rispetto alla anacronistica medicina di attesa, che fa riferimento alle richieste dei detenuti, rispettare l'appropriatezza delle prestazioni, adottare priorità cliniche per le prestazioni, tutto ciò e quant'altro può servire nel rispetto, comunque, della specificità dei diritti dei detenuti e delle necessità della Amministrazione Penitenziaria.

Occorre proporre e condurre azioni di sviluppo, in accordo con la Amministrazione Penitenziaria, in diversi ambiti:

- ambito formativo: promuovere interventi che coinvolgano tutti gli operatori sanitari e, a seconda dei temi trattati, anche gli operatori penitenziari. Nel Piano Regionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per gli adulti (DGR n. 316/2019) era prevista la formazione "a cascata" rivolta agli operatori per permettere agli stessi di muoversi in sicurezza sia nella fase preventiva che in situazioni di emergenza. A settembre 2021 si è tenuto un corso in presenza, per gli operatori sanitari, la polizia penitenziaria e i funzionari giuridico-pedagogici, articolato in gruppi di discussione e supervisione con esperto esterno su casi concreti/ eventi critici specifici per ogni tipologia di Istituto;
- ambito della assistenza di base: a causa della presenza di detenuti con patologie croniche, è necessario implementare azioni per l'individuazione di fattori di rischio e di diagnosi precoce e interventi di presa in carico. A tale proposito sono da promuovere le iniziative finalizzate a studiare le principali patologie croniche presenti tra i detenuti e i modelli di intervento;
- in ambito specialistico: garantire in tutti gli istituti l'assistenza infettivologica, cardiologica e odontoiatrica e un efficiente invio agli specialisti esterni, garantendo la comunicazione tra i sanitari;
- in ambito della salute mentale e delle dipendenze: garantire una diffusa assistenza psichiatrica e psicologica, anche per evitare il rischio suicidario, e la cura delle dipendenze. La Regione Marche con DDGRR n. 316/2019 e n. 39/2020 ha approvato rispettivamente il Programma Operativo di Prevenzione del rischio Autolesivo e suicidario negli Istituti penitenziari e nei servizi residenziali minorili del dipartimento per la Giustizia minorile e di Comunità.

In conseguenza della DGR n. 316/2019 sono stati approvati i Piani Locali redatti dai referenti dell'azienda sanitaria (ex Asur Marche) e dai referenti dell'Amministrazione Penitenziaria, mentre il Piano locale per i minori (in attuazione della DGR n. 39/2020) è in fase di elaborazione. Annualmente la Regione effettua un monitoraggio attraverso una scheda contenente i principali indicatori di risultato e le eventuali azioni correttive;

- in ambito di prevenzione e promozione della salute: operare in un’ottica di tutela della salute pubblica, diffondere gli screening (con DGR 936/2021, è stato avviato un percorso per lo "Screening nazionale gratuito per l'eliminazione del virus HCV" rivolto anche alla popolazione detenuta), sviluppare la responsabilizzazione e la partecipazione alle cure attraverso interventi strutturati di informazione ed educazione sanitaria, con particolare riferimento alla popolazione giovanile detenuta;
- in ambito diagnostico: sperimentare la possibilità di erogare interventi diagnostici o specialistici complessi in istituti penitenziari che possano fungere da “hub” per altri istituti, in una logica di rete, anche attraverso i servizi di telerefertazione, telemedicina e teleconsulto;
- promozione di una programmazione condivisa relativa ad interventi di inclusione sociale a favore delle persone detenute, così come indicato dalla l.r. 28/2008 “Sistema regionale integrato degli interventi a favore dei soggetti adulti e minorenni sottoposti a provvedimenti dell’autorità giudiziaria ed a favore degli ex detenuti”, che all’articolo 7 “Tutela della salute” prevede la garanzia dei Lea anche nella popolazione detenuta, la promozione della salute anche attraverso la profilassi delle malattie infettive, nonché la collaborazione con il PRAP per la promozione di interventi nel campo della salute mentale, in particolare tra i nuovi detenuti al fine di ridurre il rischio suicidario ed autolesionistico.

Per la realizzazione di questo programma occorre investire nella stabilizzazione di alcuni operatori sanitari, in particolare referenti clinici, psichiatri e infermieri che possano garantire la qualità delle cure e l’equità all’accesso, un investimento tecnologico e informatico, al fine di assicurare le prestazioni specialistiche necessarie.

Particolare attenzione dovrà essere posta nei confronti dei detenuti immigrati, rafforzando la mediazione culturale, nonché ai servizi che tutelano il passaggio dalle cure carcerarie alle cure territoriali.

Le équipe forensi rappresentano sul territorio la naturale interfaccia socio sanitaria di prossimità con le autorità e le istituzioni coinvolte nella gestione del paziente autore di reato: sono costituite da personale con competenze clinico-terapeutiche, assistenziali, riabilitative e sociali, finalizzate a dare risposte per i cittadini destinatari di provvedimento dell’autorità giudiziaria. Il perimetro d’azione delle micro équipe territoriali forensi è ampio e deve necessariamente privilegiare metodologie di lavoro integrato.

Le Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza istituite (REMS) a seguito della legge 30 maggio 2014, n. 81 di conversione del decreto legge 31 marzo 2014, n. 52 relativo al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, costituiscono un passaggio transitorio nel percorso trattamentale del soggetto autore di reato nei confronti del quale deve sempre prevalere l’attenzione clinica da parte dell’organizzazione sanitaria. Fin dalla loro istituzione, risulta elemento critico la celere possibilità di ingresso dei soggetti per i quali è stata disposta l’esecuzione della pena presso la REMS.

Nell’ambito del superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, la Regione Marche si è immediatamente allineata alle disposizioni nazionali garantendo per i propri residenti internati il principio cardine della territorialità della pena e pertanto vengono garantiti agli internati le adeguate cure e livelli assistenziali previsti dal decreto del Ministero della Salute del 1 ottobre 2012 e recepito dalla Regione Marche con DGR 290/2015 che ha inserito la struttura nella filiera assistenziale riservata ai pazienti con problemi di salute mentale (SENTENZA CORTE COSTITUZIONALE N. 22/2022: sulle REMS la normativa è in fase di evoluzione anche a seguito delle indicazioni fornite dalla Corte). E’ inoltre in atto un monitoraggio a livello nazionale sui tempi del passaggio delle REMS da provvisorie a definitive, sui pazienti in lista d’attesa, sui pazienti non dismissibili dalle REMS per motivazioni non cliniche, numero delle ordinanze delle misure di sicurezza detentive emesse nell’arco di un anno e numero di posti letto residenziali extraospedalieri complessivamente utilizzati dai DSM per progetti residenziali.

Soltanto un’intensa collaborazione e un solido raccordo tra i nodi della rete di riferimento per tali soggetti, sarà garanzia di una migliore e fluida gestione dell’ingresso in struttura piuttosto che dell’individuazione di percorsi alternativi.

In tal senso saranno orientati i lavori dei tavoli interistituzionali per la realizzazione dei protocolli per la gestione dei soggetti con disturbo psichico e autori di reato. Tali documenti, che rappresentano un elevato modello di lavoro integrato tra enti ed istituzioni, dovranno trovare formale implementazione nell’attività dei Servizi.

Appare necessario un investimento tecnologico ed informatico al fine di assicurare le prestazioni specialistiche necessarie e potenziare, all'interno degli istituti penitenziari, il raccordo tra area trattamentale e sanitaria per mettere in atto interventi sempre più coordinati e capaci di rispondere ai bisogni emergenti della popolazione detenuta.

## 2.18 IL SISTEMA DI ACCOGLIENZA

Di fronte a una sempre maggiore complessità dei bisogni e una sempre maggiore necessità di integrazione dei servizi, le risposte degli erogatori al cittadino sono troppo spesso settoriali.

Garantire l'accessibilità alle prestazioni e ai servizi e soprattutto l'equità alla fruizione dei LEA in particolare da parte delle fasce più fragili e vulnerabili, richiede capacità di ascolto, di comprensione dei bisogni, e capacità di orientare il cittadino all'interno della rete, semplificandone l'accesso.

Occorre pertanto favorire la diffusione di punti di accesso integrati situati presso le Case della Comunità per effettuare:

- Prestazioni amministrative (scelta e revoca, rimborsi, esenzioni etc.);
- Prenotazioni di esami e visite;
- Richieste di forniture (protesica, assistenza integrativa etc.) e servizi (medicina legale);
- Richieste di prestazioni socio-sanitarie (Assistenza domiciliare, misure di sostegno etc.);
- Percorso assistenziale integrato sociale/sanità per le persone che presentano bisogni assistenziali complessi, con équipe integrate che assicurano la funzionalità delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) sulla base delle quali viene redatto il Progetto di Assistenza Individuale Integrata (PAI).

Un importante contributo ad una migliore accoglienza ed accessibilità può derivare dalla collaborazione interaziendale e interistituzionale (farmacie, servizi comunali) e con le Associazioni dei malati, per un puntuale intervento informativo e di accompagnamento del paziente.

Altrettanto indispensabile è semplificare le modalità di ottenimento di prestazioni amministrative e di prenotazione, al fine di implementare la gestione informatizzata delle procedure almeno per i cittadini più esperti e le prestazioni meno complesse, dedicando tempo, spazio e competenza all'accoglienza dei cittadini più vulnerabili e per le richieste complesse e di accompagnamento e orientamento.

### **Obiettivo prioritario:**

#### **Medio termine:**

potenziamento del Punto Unico d'Accesso (PUA), delle Case di Comunità (CdC) e collegamento con gli Uffici Relazione con il Pubblico (URP) e con i servizi di ATS: sportelli di segretariato sociale e servizi sociali territoriali per la presa in carico;

attivazione presso il PUA del percorso assistenziale integrato dedicato alle persone con bisogni assistenziali complessi, riferito agli interventi normati dal comma 163 della legge 234/2021 e declinati nel LEPS di processo del PNNA 2022-2024.

### **3 ASSISTENZA OSPEDALIERA: LA RIMODULAZIONE DELLE RETI CLINICHE, IL RECUPERO DELLA MOBILITÀ PASSIVA E IL POTENZIAMENTO DEI SERVIZI IN AREE PARTICOLARMENTE DISAGIATE**

#### **3.1 RIQUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA**

L'Accordo Stato-Regioni del 24 gennaio 2018, sul documento recante "Linee guida per la revisione delle Reti cliniche – Le Reti Tempo – Dipendenti", e l'Accordo Stato-Regioni del 17 aprile 2019, sul documento "Revisione delle Linee Guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica", suggeriscono la necessità di procedere ad un processo riorganizzativo delle reti cliniche che assicuri la presa in carico globale del paziente mediante modelli, formalizzati e coordinati, di integrazione tra professionisti, strutture e servizi che erogano prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, a garanzia di continuità assistenziale, appropriatezza clinica ed organizzativa. Per la definizione della rete è necessario identificare i nodi e le relative connessioni, le modalità di funzionamento e di monitoraggio, il percorso formativo dei professionisti, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi, il livello di coinvolgimento dei cittadini e le modalità più efficaci di comunicazione.

La definizione di nuovi principi organizzativi, che sottendono alla individuazione e al funzionamento delle reti cliniche, per ogni ambito assistenziale, si deve iscrivere all'interno di un documento formale che espliciti le scelte di politica sanitaria volte a precisare gli indirizzi delle attività assistenziali sul territorio regionale.

Le reti cliniche sono aggregazioni funzionali di servizi e professionisti che collaborano in maniera coordinata per raggiungere obiettivi condivisi ed assicurare qualità assistenziale. Sono incentrate sui bisogni delle persone a cui si rivolgono e garantiscono appropriatezza, efficacia ed efficienza (*nel modo giusto, al momento giusto, nella sede giusta*). Alla rete afferiscono tutti i servizi ed i professionisti presenti sul territorio dei diversi *setting* di cura (ospedale, cure intermedie, cure primarie, ecc.) coinvolti nei percorsi assistenziali assicurati dalla rete, oltre che i cittadini coinvolti in diversi livelli (*stakeholder*).

Il documento di riferimento regionale è, ad oggi, la DGR 1219/2014 che ha identificato le linee di attività/produzione più significative, sulla base delle competenze e delle tecnologie presenti sul territorio e dei volumi minimi di attività, necessari per garantire efficienza e qualità clinica, in coerenza con le indicazioni della normativa nazionale. Soprattutto per ciò che attiene la chirurgia oncologica, numerose evidenze della letteratura scientifica confermano una forte associazione tra volumi di attività chirurgica più alti e i migliori esiti delle cure oncologiche. Attualmente i volumi definiscono il percorso delle neoplasie maligne che ha determinato un accorpamento dei centri con volumi inferiori e il conseguente miglioramento dello standard di cura.

Particolare attenzione deve essere dedicata all'equità di accesso mediante la distribuzione dei punti di erogazione in base al bacino di utenza, alle caratteristiche oro-geografiche del territorio, ai dati epidemiologici sui bisogni di salute e alla distribuzione della rete di emergenza-urgenza (In Appendice 4, al paragrafo "Volumi soglia ed esiti", sono riportati i valori soglia per la chirurgia oncologica).

Il sistema a rete garantisce competenze tecniche e professionali, risorse strutturali e tecnologiche appropriate, in risposta ai bisogni sanitari, disponibili e accessibili a tutti i cittadini marchigiani, a prescindere dall'ambito di appartenenza della struttura stessa che assume la funzione di luogo di produzione di risposte clinico assistenziali funzionali all'esigenza della rete. Si struttura mediante articolazioni organizzative a cui sono affidate attività di programmazione ed attuazione dei percorsi di cura per specifiche patologie, incentrate su un coordinamento tecnico-scientifico e la condivisione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) che coinvolgono una «organizzazione a rete», rappresentata da un insieme di servizi interdipendenti ed in relazione funzionale mediante connessioni e modalità di interazione fortemente strutturate (interazione orizzontale e verticale).

La scelta della formalizzazione della rete clinica si basa su:

- individuazione di problemi clinici che richiedono una pluralità di interventi complessi fortemente interconnessi e che coinvolgono competenze e servizi differenti (*multidisciplinarietà*);
- selezione delle migliori pratiche cliniche, in base alle più aggiornate evidenze scientifiche, al fine di influenzare positivamente i risultati sanitari e/o le esperienze dei pazienti (*appropriatezza*);
- analisi quali-quantitativa dei bisogni, volumi di erogazione e distribuzione delle tecnologie (*conoscenza*);
- adozione di interventi per la riduzione della variabilità delle risposte assistenziali (*equità*);
- definizione di criteri per il dimensionamento e la distribuzione delle risposte (*qualità*);
- strutturazione dei livelli di responsabilità chiamati ad assumere le decisioni sulle modalità migliori per raggiungere gli obiettivi assegnati: il responsabile regionale, il comitato di rete, il responsabile Aziendale, i referenti clinici (*livelli di responsabilità*);
- identificazione di strumenti di pianificazione strategica: piano di rete, piano di lavoro annuale, relazione annuale, report semestrale (*strumenti di governo*);
- formalizzazione delle attività di reporting per il monitoraggio degli indicatori di processo e di esito (*controllo e decisione*).

### **Analisi di contesto**

Nel Servizio Sanitario Regionale si rilevano elementi critici prevalentemente caratterizzati da frammentazione erogativa, conseguente ad un sistema che pone l'accento sull'autonomia gestionale, e in parte anche programmatoria, dei singoli Enti. La strutturazione di un sistema operativo interaziendale basato sulle reti cliniche rappresenta un elemento strategico per orientare i servizi assistenziali verso una risposta più appropriata ai bisogni di salute che vanno oltre l'offerta di un singolo Ente nelle varie fasi di malattia. Tale approccio organizzativo garantisce una presa in carico completa (*dimensione orizzontale del percorso di cura*), appropriata e di qualità, definendone funzioni e responsabilità, per tutto il decorso della patologia. In particolare, la crescita globale dei bisogni di salute e delle opportunità diagnostiche e terapeutiche rendono necessaria la realizzazione di un contesto programmatico che assicuri adeguata fruibilità da parte del maggior numero di soggetti, nel rispetto dell'uso appropriato delle risorse.

La *mission* delle strutture sanitarie del SSR è quella di garantire efficacia, efficienza, qualità, sicurezza delle cure, nel rispetto della centralità del paziente e della dignità della persona. Le strategie della programmazione sanitaria regionale si esplicitano pertanto attraverso un processo riorganizzativo globale che include tutto il sistema sanitario, ospedaliero e territoriale. Nel rispetto dell'attuale organizzazione delle reti cliniche, sarà necessario ridefinire i modelli organizzativi a seconda dei bisogni della popolazione marchigiana (*hub&spoke, rete diffusa, centri di eccellenza, alta e altissima specialità*).

I presupposti su cui si basano le attività di riorganizzazione sono:

- definizione dell'offerta in termini quali-quantitativi (prestazioni sanitarie);
- individuazione di specifici ruoli/responsabilità per il coordinamento tecnico ed organizzativo dell'intera rete regionale, attraverso un chiaro *commitment* regionale;
- il pieno coinvolgimento del *management* aziendale;
- la responsabilizzazione dei professionisti (funzionamento della rete come leva gestionale delle strategie organizzative regionali).

In coerenza con la normativa regionale, l'ex ASUR, con determina n. 916 del 24/12/2015, ha messo in atto un processo di revisione delle proprie reti cliniche previste con DGR 1219/2014 favorendo la partecipazione di tutti i professionisti coinvolti, anche per ciò che attiene la rete di chirurgia vascolare e radiologia interventistica, al fine di garantire:

- sicurezza e qualità delle cure in relazione al personale (formazione e volumi di attività), alla disponibilità di tecnologia adeguata e alle caratteristiche organizzative della struttura a garanzia di multidisciplinarietà;
- equità di accesso in funzione del bacino di utenza, bisogni sanitari, organizzazione rete di emergenza-urgenza;

- sostenibilità economica ed appropriatezza etica nell'uso delle risorse.

Le strutture sanitarie del SSR sono tenute a garantire efficacia, efficienza, qualità, sicurezza delle cure, nel rispetto della centralità del paziente e della dignità della persona, attraverso un processo riorganizzativo che includa anche il sistema di emergenza-urgenza, sia ospedaliera che territoriale. Il sistema, di tipo *hub&spoke*, rispetta l'attuale organizzazione delle reti cliniche con la consolidata afferenza degli ospedali periferici (*spoke*) ai rispettivi hub di riferimento (centri erogatori), sede di funzione specialistica di II livello. Ogni *hub*, oltre a ricoprire il ruolo di centro erogatore del servizio di teleconsulto, può inoltre attivare richieste di teleconsulto nei confronti di un altro *hub* (teleconsulenza di II livello).

La MISSIONE 6 (SALUTE) del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) prevede specifici fondi per l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero che rappresenta un elemento strategico per la garanzia di funzionamento e potenziamento delle reti cliniche. Saranno pertanto portate a termine le attività di implementazione delle reti già istituzionalizzate e dato ulteriore impulso a quelle in fase di realizzazione (es. rete per le malattie vascolari, ematologica, oncologica, etc.), consentendo una connessione efficace tra ospedale e territorio per la garanzia di continuità assistenziale e di presa in carico globale del paziente in tutte le fasi di malattia.

Le strutture regionali di ricovero saranno sottoposte ad interventi di riqualificazione mediante:

- riprogrammazione dell'assetto organizzativo e funzionale delle strutture/strumenti, delle attività/percorsi e degli spazi;
- promozione di interventi per l'innovazione strutturale e tecnologica, a supporto della riorganizzazione e redistribuzione dei posti letto e delle specialità/attività;
- definizione di strategie per la valorizzazione e potenziamento dei centri di eccellenza di riferimento regionale;
- definizione ed adozione di modelli organizzativi innovativi, quale risposta ad obiettivi di ottimizzazione sia dei percorsi clinico-assistenziali che degli aspetti economico-gestionali.

La rete marchigiana delle strutture di ricovero ospedaliero per acuti, a ciclo diurno e continuativo, pubblica e privata convenzionata, prevede lo sviluppo, ove possibile, di modelli organizzativi integrati, secondo la logica *Hub&Spoke*, per ambiti di competenza/specializzazione, volumi di attività e complessità della casistica, per la garanzia del rispetto dei livelli ottimali di accessibilità ed appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri, efficacia ed efficienza del sistema. Partendo dalla ricognizione dell'attuale offerta dei servizi ospedalieri, sarà necessario disegnare una rete ospedaliera che sia sempre più rispondente ai bisogni del territorio di riferimento (dimensionamento del sistema), a garanzia dell'omogeneità territoriale e alla salvaguardia delle alte specialità, volano per la promozione di qualità, sicurezza ed innovazione strutturali e tecnologiche. Tale percorso non può ovviamente prescindere dalla riorganizzazione delle reti cliniche regionali il cui funzionamento deve essere garantito con l'implementazione dei **percorsi diagnostico terapeutico assistenziali** per specifiche patologie. Sarà pertanto compito della Giunta regionale, previo parere della Commissione assembleare competente, l'approvazione dei criteri di organizzazione dell'assistenza sanitaria distrettuale e ospedaliera, compresa la distribuzione dei posti letto e delle reti cliniche.

### ***Riconoscimento dei centri regionali di alta specialità***

Nel corso degli anni sono state già individuate, nell'ambito del SSR, alcune strutture operative cui è stata attribuita la funzione di Centro Regionale e che, tuttora, svolgono le funzioni di riferimento. Tali Centri saranno parte integrante dei percorsi programmatori e/o delle reti cliniche regionali formalizzate.

Nell'ambito del SSR, potranno essere identificati:

1. *Centri regionali di riferimento clinico* con funzioni di capofila e di coordinamento, relativamente ad una specifica patologia, secondo protocolli clinici condivisi;
2. *Centri di supporto alle attività regionali di programmazione ed elaborazione di linee guida o percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali*;

3. *Centri regionali specializzati* che svolgono attività ad indirizzo prevalentemente epidemiologico o biomedico, orientati alla ricerca scientifica in ambito preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo;
4. *Osservatori regionali* che, in raccordo con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, raccolgono, organizzano e diffondono per conto del Servizio sanitario regionale, nel rispetto della normativa in materia di dati personali e sensibili, dati sanitari, o rilevanti ai fini sanitari.

Per le alte specialità riconosciute a livello regionale potranno essere previste specifiche linee di finanziamento.

## 3.2 LA RETE OSPEDALIERA

A fronte della complessità della domanda di salute, che richiede competenza, tecnologie, elevata specializzazione, e dell'impatto sempre maggiore di fragilità e cronicità della popolazione, risulta necessario ridefinire i diversi livelli di cura sul territorio regionale, superando contestualmente la frammentazione dei processi erogativi che ancora persistono. Il processo di trasformazione delle strutture ospedaliere avviato rappresenta un'opportunità di svolta organizzativa che deve essere promossa con l'intento di meglio adattare i processi di offerta in risposta ai profondi cambiamenti della domanda di salute e all'aumento di fasce di pazienti con necessità di forte integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociosanitaria.

Le recenti disposizioni nazionali (decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito in legge, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1, della legge 17 luglio 2020, n. 77, Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, decreto del Ministero della Salute n. 77 del 23 maggio 2022) indirizzano le attività programmatiche regionali verso un percorso che prenda il via da una analisi dei bisogni di salute della popolazione e sviluppi un'offerta sanitaria appropriata e flessibile attraverso la creazione di una rete professionale integrata tra ospedale e territorio, al fine di potenziare la prossimità dei servizi al cittadino, soprattutto nelle aree maggiormente geograficamente e demograficamente svantaggiate. Per tale motivo il modello organizzativo dei futuri ospedali va ripensato in base a livelli di intensità di cura, coordinati ed interconnessi, per garantire un efficiente utilizzo di risorse a fronte di una domanda sanitaria che si modifica nel tempo.

La Regione Marche conferma una dotazione di posti letto in coerenza con le indicazioni del d.m. 70/2015, come risulta dai flussi ministeriali (HSP12 e HSP13 del Nuovo Sistema Informativo Sanitario - NSIS). I processi di riorganizzazione delle attività assistenziali si sono resi necessari per garantire una maggiore soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione marchigiana, l'utilizzo ottimale della rete ospedaliera attraverso l'attivazione di sinergie inter-strutturali e intra-strutturali (implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, economie di scopo e di scala, efficienza ed appropriatezza dei ricoveri, recupero mobilità passiva, etc.), il miglioramento della qualità ed equità dei servizi sanitari regionali e il recupero della mobilità passiva.

Gli interventi di riorganizzazione della rete di offerta, in risposta alla pandemia Covid-19, previsti con d.l. 19 maggio 2020, n. 34, coordinato con la legge di conversione 17 luglio 2020, n. 77, sono stati finalizzati a rendere strutturale il supporto ad eventuali nuove emergenze di natura sanitaria prevedendo per la Regione Marche un livello di 0.14 p.l. di terapia intensiva su 1000 abitanti (n. 105 p.l. aggiuntivi) e il potenziamento di 107 p.l. già in dotazione per l'assistenza sanitaria in regime semi-intensivo, implementando attrezzature e professionalità, rivolta a particolari pazienti critici, che non hanno necessità di assistenza respiratoria invasiva.

La riqualificazione della rete ospedaliera marchigiana si realizza in base ad un modello organizzativo-strutturale che supera quello di accentramento dei servizi ospedalieri. Tale obiettivo verrà realizzato attraverso la revisione del sistema ospedaliero sulla base del livello organizzativo e l'adeguamento della dotazione dei posti letto, il potenziamento della strumentazione tecnologica avanzata, l'integrazione ed il potenziamento dei sistemi informativi, strumenti per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di pronto soccorso, il coinvolgimento attivo del paziente nel processo di cura e, non ultimo, la realizzazione di nuovi ospedali a Pesaro, Macerata e S. Benedetto del Tronto, tenendo conto dei finanziamenti statali già previsti e del superamento del modello dell'ospedale unico in una logica di rete ospedaliera integrata sul territorio. I nuovi ospedali in fase di realizzazione: il nuovo Ospedale Materno infantile Salesi di Ancona, l'Ospedale Ancona Sud INRCA Ancona-Osimo ed il nuovo ospedale di Fermo dovranno completare la loro realizzazione in tempi rapidi.

In tale ottica, si può prevedere di indirizzare le attività riorganizzative sanitarie in base ai seguenti criteri:

- prossimità: presa in carico di patologie a bassa e media complessità;

- centralizzazione: presa in carico di patologie per le quali il Piano Nazionale Esiti richiede un numero minimo di prestazioni per volumi/esiti per la garanzia di qualità e sicurezza.

Le attività ospedaliere si differenziano in base a livelli gerarchici di complessità tramite un modello infrastrutturale di rete incentrato su una logica “Hub&Spoke”, operativamente funzionale per il processo di diversificazione dei livelli di complessità/intensità assistenziale. La l.r. 8 agosto 2022, n. 19, ha riorganizzato il Servizio Sanitario Regionale al fine di assicurare i livelli uniformi ed essenziali di assistenza sanitaria, nonché eventuali ulteriori livelli integrativi di assistenza sanitaria in rapporto alle risorse a disposizione in ambito regionale. La rete dei presidi ospedalieri pubblici regionali, nel rispetto dei bacini d’utenza, si struttura in:

- una **Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche** sede del DEA di II livello, comprendente lo stabilimento “Umberto I – Lancisi” e “Salesi” situati ad Ancona, dotata delle strutture previste dal I livello oltre a: Chirurgia d’urgenza e telemedicina/teleconsulto e, nel rispetto del criterio prevalente dei bacini di utenza: Cardiologia con emodinamica interventistica h. 24, Cardiochirurgia, Rianimazione cardiochirurgica, Chirurgia toracica, Chirurgia maxillo-facciale, Neurochirurgia, Chirurgia Vascolare, Chirurgia plastica, Endoscopia digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale, Medicina Nucleare e altre eventuali discipline di alta specialità.

- un **Istituto Nazionale Riposo e Cura Anziani, qualificato IRCCS**, comprendente gli stabilimenti di Ancona, Fermo e Osimo e la sede di Appignano (casa di riposo) e Treia (provvisoria); in merito all’ INRCA va data attuazione al decreto legislativo di riordino degli IRCCS n. 200 del 23 dicembre 2022, con particolare riferimento all’articolo 7, comma 3 septies;

- **Cinque Aziende Sanitarie Territoriali** sede di DEA di I livello articolate in uno o più strutture ospedaliere e dotate di Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se >1000 parti/anno), Pediatria, Cardiologia con U.T.I.C., Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia oltre a servizi in rete e Radiologia (T.A.C., Ecografia, etc.), Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale:

- Presidio Ospedaliero AST Pesaro-Urbino: stabilimenti di **Pesaro, Urbino, Fano, Pergola**;
- Presidio Ospedaliero AST Ancona: stabilimenti di **Jesi, Senigallia, Fabriano, Cingoli**;
- Presidio Ospedaliero AST Macerata: stabilimenti di **Macerata, Civitanova Marche, Camerino, San Severino Marche**;
- Presidio Ospedaliero AST Fermo: stabilimenti di **Fermo, Amandola**;
- Presidio Ospedaliero AST Ascoli Piceno: stabilimenti di **Ascoli Piceno, San Benedetto del Tronto**.

Il dettaglio delle strutture con dati relativi su offerta/domanda di salute ed indicatori di attività dell’anno 2021 è riportato nelle schede allegate (nota bene: il Tasso di occupazione potrebbe essere condizionato dalle diverse misure adottate dalle singole strutture per fronteggiare l’emergenza pandemica Covid).

Elemento organizzativo/gestionale strategico per la rete ospedaliera marchigiana è inoltre il Dipartimento Interaziendale Regionale di Medicina Trasfusionale (DIRMT) le cui attività sono finalizzate a garantire il fabbisogno di emocomponenti ed emoderivati, indispensabili per lo svolgimento di molteplici attività sanitarie (es. interventi chirurgici, traumatologia, patologie ematiche). L’articolo 11, comma 1, della legge 219/2005 stabilisce infatti che “l’autosufficienza di sangue e dei suoi derivati costituisce un interesse nazionale sovrazionale e sovraziendale non frazionabile per il cui raggiungimento è richiesto il concorso delle regioni e delle aziende sanitarie”. Nella regione Marche tale obiettivo viene raggiunto attraverso la sinergia in atto fra le Associazioni dei donatori (tra cui AVIS e FRATRES) e la rete trasfusionale pubblica, mediante un programma di compensazione interaziendale.

Nella definizione degli atti aziendali, gli Enti del SSR dovranno pertanto tenere in considerazione:

- la riorganizzazione delle attività sulla base dei dati di mobilità intraregionale ed extraregionale per singola disciplina/patologia e della diffusione delle reti cliniche;
- tempi di attesa per l’erogazione delle attività di ricovero per classi di priorità;
- indicazioni normative regionali e nazionali.



Nel caso in cui l'offerta sanitaria non sia sufficiente a soddisfare i requisiti quantitativi e qualitativi richiesti nei tempi previsti, sarà necessario mettere in atto specifici accordi con altri Enti del SSR al fine di garantire un potenziamento delle prestazioni in risposta ai bisogni sanitari della popolazione.

Gli Enti del SSR, nel rispetto della dotazione complessiva dei posti letto, possono mettere in atto temporanee rimodulazioni della dotazione di posti letto nelle singole U.O., tra le specialità della stessa macro-area assistenziale di appartenenza (medica, chirurgica, materno infantile, terapia intensiva, riabilitativa), solo se finalizzate al miglior utilizzo delle risorse o alla riduzione delle liste di attesa di ricovero. Solo eccezionalmente può essere attuata una temporanea rimodulazione delle dotazioni dei posti letto tra aree assistenziali diverse, ma in ogni caso funzionalmente collegate (es. cardiologia, emodinamica, cardiocirurgia), solo se necessaria al miglioramento del percorso del paziente e all'abbattimento delle liste di attesa. Le azioni di rimodulazione della dotazione di posti letto sopra descritte dovranno avere carattere di temporaneità, non comportano contestualmente un globale aumento delle risorse umane o finanziamenti per lavori strutturali/attrezzature e resteranno valide solo a seguito di un'attenta verifica dell'efficienza delle attività di ricovero (in caso contrario sarà necessario ripristinare l'assetto precedentemente normato).

In **Appendice 4**, al paragrafo *“Offerta e produzione regionale”*, sono riportate le schede con il dettaglio delle strutture ospedaliere pubbliche e dati relativi all'attività.

### 3.3 STRUTTURE IN AREE DISAGIATE

In coerenza con il programma della Giunta, la Regione Marche, in risposta alle numerose sollecitazioni da parte dei Comuni dei territori interni, intende mettere in atto un'azione concreta per il riequilibrio del territorio che fornisca risposte assistenziali, in ottica di prossimità, anche ad accesso diretto da parte del cittadino.

La Regione Marche presenta un territorio caratterizzato da territori interni, in zona montana e premontana, con particolare complessità geo-morfologica e infrastrutturale, cui si aggiungono anche specifici aspetti di vulnerabilità sismica. L'obiettivo è quello di garantire prestazioni di media e bassa intensità assistenziale rivolte alla popolazione residente nei suddetti territori, contribuendo ad attenuare l'attuale sovraccarico di lavoro del pronto soccorso degli ospedali per acuti di riferimento. Si ribadisce la necessità, già enunciata nel precedente Piano Socio-Sanitario Regionale 2020/2022, che le strutture sanitarie del SSR garantiscano efficacia, efficienza, qualità, sicurezza delle cure, nel rispetto della centralità del paziente e della dignità della persona, attraverso un processo riorganizzativo che includa anche il sistema di emergenza-urgenza, sia ospedaliera che territoriale. Inoltre viene dato particolare risalto alla necessità di uno spostamento sul territorio e una medicina di prossimità. Il nuovo scenario dei bisogni assistenziali sperimentato durante la Pandemia, richiede risposte sanitarie più appropriate su tutta la filiera assistenziale, ospedaliera e residenziale, a garanzia di un maggiore equilibrio e relativo minor accentramento, attraverso la revisione delle direttrici di sviluppo della rete sanitaria marchigiana”.

Il d.m. 70/2015 individua strutture di base per aree disagiate, tipicamente in ambiente montano o premontano, meteorologicamente ostile e collegamenti di rete viaria complessi, dove viene garantita l'attività di pronto soccorso e servizi di supporto, oltre alle discipline di medicina interna, chirurgia generale, anestesia, ed ortopedia, in integrazione funzionale con la restante rete ospedaliera.

Il Piano Socio Sanitario 2020/2022 ha già previsto, per le strutture presenti nei territori di Amandola, Pergola e Cingoli, l'equiparazione a strutture di area disagiata per le caratteristiche orogeografiche-meteorologiche che rendono maggiormente difficoltosa la garanzia, attraverso l'attuale sistema a rete, di una adeguata copertura assistenziale.

La Regione Marche riconosce, nell'ambito del proprio territorio, aree disagiate con condizioni meteorologiche e geografiche ostili, tipicamente in ambiente montano o premontano, collegate con modalità non agevoli con la principale rete viaria regionale, alle quali si aggiungono anche specifici aspetti di vulnerabilità sismica. Al fine di garantire maggiore prossimità dei servizi sanitari alle popolazioni residenti nelle suddette aree, si provvederà a rafforzare in particolare, presso le strutture di Amandola, Cingoli e Pergola, sia le attività di pronto soccorso, con personale medico dedicato all'Emergenza-Urgenza (d.m. 30 gennaio 1998) e integrato con i DEA di livello superiore di cura per il servizio e l'aggiornamento relativo, sia globalmente i servizi sanitari, soprattutto per attività diagnostica radiologica che verrà completata anche con apparecchiature TAC/RMN aggiornate e possibilità di trasmissione di immagini in rete alle altre strutture.

Al fine di potenziare il modello assistenziale, in particolari territori interni, in coerenza con quanto previsto dalla normativa nazionale, si intende integrare le attività erogate all'interno strutture sopradescritte, in termini di:

- risorse umane, strutturali e tecnologiche;
- percorsi e livelli di prestazione erogabili nelle diverse fasce orarie (in base alle tecnologie e alle professionalità disponibili);
- piano economico-finanziario.

Per quanto riguarda le strutture territoriali di Fossombrone, Cagli e Sassocorvaro, che sono poste in aree svantaggiate della provincia di Pesaro-Urbino, come anche l'entroterra della Provincia di Ascoli Piceno, per le condizioni del territorio, climatiche e di estensione territoriale, oltre alla ridotta potenzialità della medicina primaria, per lo scarso numero dei medici di famiglia, ed alle caratteristiche demografiche della popolazione residente (in prevalenza anziani in condizioni di fragilità e co-morbilità) si prevede quanto di seguito:

- Tali territori raccolgono i bisogni sanitari di ampie aree geografiche contraddistinte da una situazione climatica caratterizzata da abbondanti nevicate (ricordiamo quelle del gennaio 2005 e febbraio 2012 con livelli di innevamento che in qualche caso hanno raggiunto altezze davvero impressionanti, misurabili in metri) e da venti la cui intensità, specie quelli di caduta dall'Appennino, possono raggiungere e superare i 100 km/h.
- Per tali strutture di Fossombrone, Cagli e Sassocorvaro l'indirizzo è quello di potenziare i servizi di diagnostica, di laboratorio e le specialistiche ambulatoriali nonché i Punti di emergenza urgenza e le degenze.

Le strutture organizzative territoriali (Ospedali di Comunità) avranno il compito di soddisfare i bisogni sanitari in termini di:

- stabilizzazione e trasporto al Pronto Soccorso/DEA di riferimento attraverso la rete del 118;
- diagnosi e trattamento di patologie emergenti a media e bassa intensità assistenziale che non richiedono la presa in carico presso il PS/DEA di riferimento;
- osservazione breve non intensiva;
- erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale, diagnostica radiologica e laboratoristica;
- teleconsulto e telemonitoraggio;
- potenziamento dei livelli assistenziali, in integrazione con le Cure Intermedie;
- riduzione di ospedalizzazioni improprie ed istituzionalizzazioni precoci;
- identificazione di un percorso di cura del paziente con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica, presso strutture di prossimità;
- attivazione di tutti gli strumenti necessari per una efficace dimissione protetta.

Al fine di garantire prestazioni di media e bassa intensità assistenziale rivolte alla popolazione residente nei suddetti territori, contribuendo così ad attenuare l'attuale sovraccarico di lavoro del pronto soccorso degli ospedali per acuti di riferimento, si propone inoltre la presenza di:

- Punto Intervento Territoriale, in stretta integrazione funzionale con l'Assistenza Primaria e la Continuità Assistenziale, con personale medico dedicato all'Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica prevista dal d.m. 30 gennaio 1998 e funzionalmente integrata alla struttura complessa del DEA di riferimento;
- Posti letto residenziali per pazienti dimessi dalla post-acuzie ospedaliera;
- Centro Assistenza territoriale per pazienti in trattamento dialitico;
- Possibilità di esecuzione di indagini radiologiche, con trasmissione di immagine collegata in rete al centro hub/spoke più vicino, ed indagini laboratoristiche. Devono essere previsti protocolli specifici per il trasporto secondario verso il centro spoke/hub più vicino;
- prestazioni specialistiche ambulatoriali multispecialistiche.

Tra le strategie dalla Regione Marche c'è il potenziamento dell'offerta specialistica ambulatoriale che verrà diffusa capillarmente sul territorio, soprattutto nell'ambito dei poli di aggregazione residenziale (Ospedali di Comunità, Case della salute, etc.), al fine di intercettare la domanda in prossimità del domicilio del Cittadino e creare pertanto percorsi "facilitati" (accesso diretto) per l'erogazione delle prestazioni in ambito ospedaliero, favorendo il recupero della mobilità passiva.

**Obiettivo prioritario:****Medio-Lungo termine:**

- Attuazione delle azioni di sviluppo

### 3.4 RIORGANIZZAZIONE DELLE RETI CLINICHE

Al fine di consolidare i percorsi assistenziali in ambito ospedaliero, risulta necessario rivedere l'intero sistema sanitario organizzativo regionale, riprogrammando le attività specialistiche, compatibilmente con quanto previsto dal livello nazionale (d.m. 70/2015), per garantire un maggior grado di soddisfazione, sul territorio regionale, dei bisogni dei cittadini marchigiani e favorire un graduale recupero della mobilità passiva.

Il processo di riorganizzazione delle reti cliniche seguirà, a garanzia di efficacia ed efficienza, un percorso di tipo "bottom-up" che prenderà il via dalle attività riorganizzative definite negli atti aziendali degli Enti del SSR, in coerenza con le linee strategiche di sviluppo fornite dal presente Piano al fine di evitare duplicazioni, rispettare le indicazioni nazionali in termini di volumi/esiti, sviluppare le competenze professionali, potenziare la qualità/quantità dell'offerta e la diffusione dei servizi. La predisposizione dei suddetti atti aziendali non potrà prescindere da una accurata analisi delle attività assistenziali erogate all'interno dell'Ente e delle professionalità disponibili. A tal fine dovrà essere realizzata una mappatura delle attività in essere e delle prospettive di sviluppo, integrate con specifici programmi formativi, che consenta di definire, a livello regionale l'istituzione di reti di specialità, declinate per patologia. Sarà compito della Regione definire gli ambiti delle reti cliniche regionali, superando la DGR 1219/2014, e realizzare specifici Percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) per garantirne il corretto funzionamento, coinvolgendo gli stakeholder di riferimento. All'attività programmatica, la Regione affiancherà quella di monitoraggio e verifica della corretta attuazione di quanto deliberato, attraverso specifici indicatori di processo ed esito, al fine di garantire il miglioramento della sicurezza e qualità delle cure, oltre al maggior soddisfacimento dei bisogni di tutta la popolazione marchigiana. Sulla base di quanto emergerà dalle attività di verifica, discusse in appositi audit, potrà essere necessaria una revisione degli stessi atti aziendali.

Le priorità di azione riguardano:

- le reti cliniche tempo dipendenti;
- le reti cliniche che generano flussi più consistenti di mobilità passiva;
- le reti cliniche di alta specialità;
- le reti di patologia.

**Obiettivi Prioritari:**

La riorganizzazione delle reti cliniche, attraverso la predisposizione di specifiche disposizioni attuative, richiede:

- potenziamento e sviluppo delle reti cliniche regionali attraverso l'identificazione dei livelli di responsabilità;
- formalizzazione delle relazioni per il funzionamento della rete;
- sviluppo della governance regionale (*networking*) che supporti la realizzazione di processi di cura integrati sul territorio al fine di facilitare e rendere più efficaci ed omogenee le risposte del SSR;
- accrescimento delle competenze professionali, che possono essere trasversali a più percorsi;
- equità di accesso all'offerta da parte dei cittadini, anche per le collettività più distanti dai centri di alta specializzazione;
- impiego efficiente delle risorse umane, tecnologiche e strutturali;
- garanzia della sicurezza e della qualità delle prestazioni, attraverso la concentrazione della casistica per risposte a maggiore complessità organizzativa e tecnologica, favorendo la specializzazione delle équipe mediche e la sostenibilità degli investimenti;
- recupero di efficienza, mediante investimenti basati sulla riorganizzazione delle specialità del sistema ospedaliero e su modalità alternative di sviluppo dell'assistenza territoriale;
- flessibilità organizzativa e produttiva per rispondere in maniera proattiva ai cambiamenti dei bisogni sanitari.

Le azioni descritte, secondo le indicazioni della Giunta regionale, riguarderanno:

- 2 reti a breve termine;

3 reti a medio termine;  
le restanti reti a medio lungo termine.

### ***Gli sviluppi futuri***

Le specifiche azioni da mettere in atto per procedere alla riorganizzazione riguardano principalmente:

- il potenziamento delle competenze professionali ed organizzative;
- la digitalizzazione ed informatizzazione dei processi interni e delle infrastrutture (azione trainante da parte del PSSR sia sul versante territoriale che ospedaliero);
- l'identificazione di un sistema di monitoraggio e risoluzione delle criticità;
- lo sviluppo di sistemi comunicativi capaci di valorizzare la prossimità con il paziente e l'interazione con i "centri di alta specializzazione/riferimento regionali";
- la realizzazione di sinergie tra le differenti reti per rispondere alle esigenze di pazienti con patologie multiple che necessitano di risposte omogenee ed efficaci da parte di professionisti trasversali a più percorsi.

### ***Le reti cliniche tempo-dipendenti***

Per ciò che attiene le reti cliniche tempo-dipendenti, previste dal d.m. 70/2015, il Servizio per l'emergenza territoriale 118 rappresenta l'elemento cruciale per la definizione di un sistema integrato di diagnosi precoce e cura territoriale, basato sulla collaborazione di ospedali e servizi interdipendenti, operanti in rete per garantire i migliori risultati con un impiego ottimale di risorse. Le centrali Operative (CO) svolgono le funzioni di processazione delle chiamate di soccorso, identificazione del codice d'intervento sulla base della gravità/urgenza del caso, invio del mezzo più idoneo e guida fino al luogo dell'evento, facendo intervenire il più rapidamente possibile il mezzo idoneo nella sede dell'evento per il trasporto del paziente nel più breve tempo possibile all'ospedale più adeguato, garantendogli un trattamento pre-ospedaliero nel rispetto delle linee guida internazionali e con la definizione di appositi PDTA. Nelle more della revisione dell'organizzazione del sistema di emergenza-urgenza, così come definita nella l.r. 36/1998, il Pronto soccorso (PS) rappresenta il nodo strategico della rete, sia in caso di paziente che si presenta direttamente con mezzi propri sia in caso di trasporto da parte del 118. Poiché l'accesso diretto al PS può comportare un rischio potenziale di ritardo diagnostico, e quindi di trattamento, risulta importante incrementare la percentuale di pazienti che richiedono l'intervento del 118 mediante campagne informative rivolte al cittadino. Come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 2019, in PS vanno attuati protocolli operativi di valutazione rapida per ridurre i tempi di attesa, facilitare la diagnosi e il conseguente avvio al percorso terapeutico più appropriato. È necessario predisporre un efficiente percorso di selezione dei casi potenzialmente gravi che comporti l'esecuzione di valutazione medica ed ECG nel minor tempo possibile dall'arrivo. Particolare attenzione verrà posta alla definizione di una rete dell'emergenza pediatrica strutturata su un modello *hub&spoke*, attraverso il rafforzamento del ruolo della struttura ospedaliera regionale a specifico indirizzo infantile.

Inoltre sarà necessario provvedere alla "manutenzione" ed "implementazione" delle reti cliniche tempo-dipendenti già approvate (ictus, trauma grave, infarto miocardico acuto, traumi della mano, sepsi) al fine di garantirne l'aggiornamento in funzione delle innovazioni tecnologiche e delle modifiche in ambito organizzativo ed assistenziale; in particolare dovranno essere previsti specifici percorsi per la presa in carico degli ictus emorragici e di quelli pediatrici.

Attualmente la sepsi è gestita in modo molto eterogeneo nei vari ospedali, anche per il fatto che le dotazioni tecnologiche dei laboratori sono diverse. Necessario creare un PDTA regionale "modulare", in base alle tecnologie disponibili. Esistono oggi anche metodiche molecolari che diminuiscono i tempi di diagnosi di ore o addirittura di giorni, con una importante ricaduta sulla mortalità, ma anche sulla durata della degenza e, quindi, sui risparmi del SSR.

È indispensabile anche l'implementazione di nuovi ambiti, quali ad esempio il percorso dell'arresto cardiaco e del paziente oncologico e neurologico, nonché la manutenzione, predisponendo un sistema di monitoraggio delle reti con la strutturazione dei registri regionali.

### **Le reti cliniche di alta specialità**

#### **- Rete MALATTIE DEGLI ORGANI EMOPOIETICI E SISTEMA IMMUNITARIO – ADULTO E PEDIATRICO (scheda operativa 1)**

Nella Regione Marche esiste una rete di strutture che svolge attività assistenziale per i pazienti ematologici della Regione, con circa 1000 accessi di degenza convenzionale annui ed un network ampiamente diversificato di prestazioni per esterni, che include decine di migliaia di visite ambulatoriali specialistiche ed esami specialistici. L'Oncoematologia Pediatrica, Centro di Riferimento Regionale presso lo stabilimento Salesi dell'AOU delle Marche, eroga prestazioni per le patologie ematologiche maligne e non maligne, somministra cure palliative e di fine vita ed esegue trattamenti ad alte dosi con reinfusione di cellule staminali. In ogni struttura della rete è presente un Centro accreditato Trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche; l'attività trapiantologica dei centri è documentata annualmente dal report CNT, con oltre 150 trapianti all'anno.

Le continue innovazioni in ambito terapeutico, la produzione e applicazione sempre più stringente di linee guida e PDTA richiedono la formalizzazione di una rete per garantire:

- Equità di accesso, appropriatezza clinica e gestionale, qualità e sicurezza clinica, presa in carico e continuità assistenziale su tutto il territorio marchigiano;
- Accesso facilitato alle terapie innovative (riduzione della migrazione extra regione);
- Ottimizzazione degli outcome (standardizzazione processi per patologie rare e terapie ad alto costo);
- Razionalizzazione delle risorse umane e materiali (integrazione delle risorse);
- Miglioramento ed ampliamento dell'offerta di prestazioni (con una diversificazione intelligente dei 5 poli, valorizzando le eccellenze delle diverse SO);
- Integrazione tra reti di patologia;
- Formazione e aggiornamento;
- Accesso facilitato a finanziamenti nazionali ed europei (innovazione scientifica);
- Miglioramento ed allargamento dell'offerta formativa;
- Creazione dei presupposti per un osservatorio epidemiologico regionale;
- Conseguimento di un maggior peso scientifico e di rappresentanza a livello nazionale ed internazionale.

**Le indicazioni programmatiche** riguardano il miglioramento ed ampliamento dell'offerta di prestazioni presso i centri di riferimento, con diversificazione delle attività tra i poli, valorizzando le eccellenze delle diverse U.O.:

- trapianto del midollo osseo (mobilità passiva 14%);
- leucemie acute < 18 anni (mobilità passiva 27%);
- accesso facilitato alle terapie innovative con standardizzazione dei processi per patologie rare e terapie ad alto costo;
- riconoscimento e potenziamento dell'U.O. universitaria di AOU delle Marche per le attività di formazione e aggiornamento di tutta la rete regionale, il coordinamento per l'accesso facilitato a finanziamenti nazionali ed europei (innovazione scientifica), miglioramento ed allargamento della offerta formativa e conseguimento di maggior peso scientifico e di rappresentanza a livello nazionale ed internazionale;
- creare i presupposti per un osservatorio epidemiologico regionale;
- potenziare il ruolo di hub pediatrico rappresentato da AOU delle Marche (Salesi).

#### **- Rete CHIRURGIA - INTESTINALE, EPATOBILIARE, GINECOLOGICA (scheda operativa 2)**

L'attività di chirurgia rivolta alle malattie neoplastiche e non neoplastiche dell'apparato digerente (in particolare di fegato, vie biliari, pancreas) e ginecologico (utero e annessi) è stata oggetto di notevole sviluppo a seguito dell'introduzione della tecnica laparoscopica in alternativa a quella tradizionale laparotomica.

La cirrosi epatica costituisce una delle patologie a maggiore mortalità e morbilità legata sia alla malattia epatica di base che alle alterazioni metaboliche conseguenti ad essa, può decorrere asintomatica per lunghi periodi,

anche per decenni, e poi andare incontro ad episodi di scompenso (dovuti ad un progressivo deterioramento della funzione epatica) o all'insorgenza *dell'acute on chronic liver failure*. La terapia più efficace per il paziente con cirrosi epatica scompensata è, quando possibile, il trapianto di fegato. Il percorso che porta il paziente con cirrosi epatica scompensata o ACLF al trapianto di fegato è gravato da alcuni aspetti clinici ed organizzativi che devono essere conosciuti per meglio definire il percorso stesso del paziente:

-*under referral*: il paziente non viene segnalato al Centro Trapianto né viene presa in considerazione l'opzione trapiantologica;

-*over referral*: al paziente viene proposta l'opzione trapiantologica quando non ne ha l'indicazione o in presenza di controindicazioni, con conseguente creazione di aspettative non giustificate clinicamente;

-*late referral*: al paziente viene proposta l'opzione trapiantologica o viene contattato il Centro Trapianti in presenza di condizioni cliniche troppo avanzate per poter iniziare il percorso trapiantologico.

Le Marche rappresentano una Regione dove può essere ottimizzato il percorso di gestione clinica del paziente con cirrosi epatica scompensata, sia per le dimensioni del territorio che per la presenza di un unico Centro Trapianti. Lo scopo della riorganizzazione della rete di presa in carico è quello di ottimizzare la gestione del paziente cirrotico scompensato e di individuare precocemente i pazienti, predisponendo il miglior percorso di cura presso la struttura più idonea.

**Le indicazioni programmatiche** riguardano la riorganizzazione e differenziazione dei poli specialistici sul territorio marchigiano, nel rispetto della normativa nazionale e regionale, sulla base delle competenze acquisite e della complessità della presa in carico in particolare per **chirurgia del pancreas/fegato e chirurgia ginecologica su utero e annessi**, in ottica *hub& spoke*, con il maggiore coinvolgimento degli Enti del SSR e il riferimento dell'AOU delle Marche:

- aumento dell'offerta per la riduzione della mobilità passiva;
- diversificazione delle attività sulla base dell'expertise professionale e dei volumi di attività erogati e adeguamento delle risorse disponibili (strumentali e di personale).

#### **- Rete CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA, EMODINAMICA, CARDIOCHIRURGIA (scheda operativa 3)**

Il Laboratorio di emodinamica rappresenta l'elemento centrale del percorso dell'infarto miocardico acuto, in quanto è il luogo presso il quale viene erogata l'angioplastica primaria (PPCI) da effettuarsi con tempi e modalità indicate dalle più recenti linee guida e nella DGR 1078/2020. I centri che effettuano angioplastica primaria devono dotarsi di protocolli per la gestione in sede e l'eventuale trasferimento al centro di riferimento di livello più avanzato per i pazienti con complicanze meccaniche o con necessità di sistemi di assistenza di circolo complessi. La corretta scelta del sistema di supporto circolatorio, del momento dell'impianto, della durata del supporto e la prevenzione di eventuali complicanze richiedono l'integrazione delle diverse competenze specialistiche coinvolte nell'assistenza di questi pazienti. L'emodinamica del centro Hub deve offrire una disponibilità h24 e avere una dotazione strumentale e di personale adeguata nel rispetto dei criteri regionali di accreditamento, delle indicazioni nazionali e delle più aggiornate evidenze scientifiche, oltre che dei volumi minimi definiti con il d.m. 70/2015. Le UTIC possono essere classificate in due livelli, a seconda che siano dedicate a strategie di riperfusione coronarica e gestione di eventuali complicanze, con profilo altamente intensivo. La rete deve inoltre prevedere collegamenti funzionali con l'hub dislocato presso AOU delle Marche:

- U.O di cardiocirurgia per pazienti con complicanze meccaniche dell'infarto miocardico acuto che richiedono un trattamento chirurgico classico o trans-catetere;
- U.O. di chirurgia vascolare per la riparazione di patologie aortiche;
- Centro ECMO per circolazione extracorporea individuato con DGR n. 988/2020, dotato dei profili professionali necessari previsti dalle linee guida nazionali.

Sulla base della definizione dell'articolazione della rete cardiologica di emergenza-urgenza regionale, sarà possibile definire i PDTA per le singole patologie in ambito cardiologico, vascolare e respiratorio.

**Le indicazioni programmatiche** riguardano il miglioramento ed ampliamento dell'offerta di prestazioni cardiocirurgiche presso il Centro di riferimento regionale (AOU delle Marche) in particolare per ciò che attiene gli interventi sulle valvole cardiache.

Per lo sviluppo della rete chirurgia vascolare sarà invece necessario strutturare una rete diffusa che coinvolga tutti i servizi presenti sul territorio per il miglioramento ed ampliamento dell'offerta.

Per ciò che attiene la rete dei laboratori di emodinamica h24 (3-5 attivabili sul territorio regionale, attualmente presenti in AST Ascoli Piceno, AST Macerata, AOU delle Marche e AST Pesaro-Urbino) sarà necessario attivare una ridefinizione della rete operante sul territorio regionale nel rispetto degli standard minimi previsti dal d.m. 70/2015, in relazione a strutture, strumentazioni, organizzazione, prestazioni erogate, expertise maturata requisiti e formazione degli operatori, al fine di garantire qualità, efficienza ed economicità.

#### - **Rete UROLOGIA** (scheda operativa 4)

Il carcinoma prostatico è al terzo posto per mortalità (8% di tutti i decessi per causa oncologica) con 15/16 decessi ogni 100.000 abitanti/anno. Per quanto riguarda i dati di prevalenza, si stimano in Italia 398.000 diagnosi di ca. prostatico, soprattutto in pazienti di età avanzata (6.811 casi ogni 100.000 ultrasettantacinquenni). La distribuzione della prevalenza del tumore maligno della prostata mostra un gradiente Nord Sud: 1.428 casi/100.000 ab. nel Nord-Ovest, 1.395 Nord-Est, 1.015 pazienti Centro e 588 Sud.

Il modello organizzativo di gestione del tumore della prostata è incentrato su una rete articolata in:

- Centro Diagnosi: effettua la diagnosi e la stadiazione della malattia.
- Centro Trattamento: oltre ad assicurare la funzione di Centro Diagnosi, prende in carico il paziente con diagnosi di tumore della prostata e pianifica ed effettua il percorso terapeutico, anche avvalendosi di tecnologie innovative (es. chirurgia robotica, laser).

**Le indicazioni programmatiche** comprendono la revisione del modello organizzativo regionale secondo livelli di presa in carico differenziata (es. centri diagnosi e centri trattamento) con:

- incremento dell'offerta, in ottica hub&spoke, prevalentemente per le patologie neoplastiche che richiedono prestazioni di alta specialità presso l'U.O. universitaria di AOU delle Marche;
- miglioramento ed ampliamento dell'offerta per le restanti patologie urologiche, prevalentemente non neoplastiche, in ottica di rete diffusa presso le altre strutture del SSR.

#### - **Rete ORTOPEDICO-TRAUMATOLOGICA** (scheda operativa 5)

L'area ortopedico-traumatologica rappresenta l'area con la maggiore mobilità sanitaria. I DRG più rilevanti di area ortopedico-traumatologica causano gli importi maggiori della mobilità passiva, in particolare per gli interventi di protesica (anca, ginocchio e spalla) e di artrodesi vertebrale.

La Regione Marche ha definito, in coerenza con il d.m. 70/2015, il percorso assistenziale del paziente con trauma grave (DGR n. 988/2016), che si integra con la rete di chirurgia della mano (DGR n. 948/2022), al fine di definire compiti e responsabilità per assicurare un trattamento immediato ed efficace al politraumatizzato che giunge presso il Pronto Soccorso Generale con codice rosso.

L'implementazione di un percorso specificamente orientato a pazienti che necessitano di intervento di artroprotesi d'anca e di ginocchio od a reimpianto protesico richiede azioni condivise tra i diversi servizi diagnostici/specialistici coinvolti (Ortopedia, Anestesiologia, Cardiologia, Radiologia, Laboratorio, etc.).

**Le indicazioni programmatiche** sono relative al potenziamento dell'offerta e riduzione dei tempi di attesa per la protesica ortopedica, soprattutto nei territori maggiormente gravati da mobilità passiva extraregionale, con diversificazione delle attività e concentrazione della casistica per sede di patologia sulla base dell'expertise professionale e dei volumi di attività erogati (anca, ginocchio, spalla) e adeguamento delle risorse disponibili (strumentali e di personale).

Per ciò che attiene l'artrodesi vertebrale sarà necessario rimodulare la rete delle ortopedie e delle neurochirurgie (AOU delle Marche e AST Pesaro-Urbino), diversificando le attività sulla base dell'expertise professionale e dei volumi di attività erogati e adeguamento delle risorse disponibili (strumentali e di personale).

### - Altre reti cliniche di alta specialità

Tra le reti cliniche di alta specialità da potenziare rientrano anche la rete neurologica, nella quale va inserita la stroke unit, e la rete di nefrologia ed emodialisi.

### **Le reti cliniche di patologia**

#### A) Rete **MEDICINA E CHIRURGIA VASCOLARE** (scheda operativa 6)

La patologia vascolare – malattie delle arterie periferiche e tromboembolismo venoso - è in aumento per incidenza e prevalenza a livello nazionale (stima prevalenza del 10% nella popolazione generale e del 20% in soggetti di età > 70aa) e i processi di trattamento non risultano omogenei sul territorio regionale con gestione talvolta inappropriata, ritardo nelle cure e ricadute in ambito economico per il SSR e di qualità di vita per il paziente. La rete di chirurgia vascolare è organizzata in modalità *Hub* (SOC dell'AOU delle Marche) e *Spoke* (strutture delle AST e INRCA Ancona). In base al livello organizzativo, presso l'hub vengono centralizzati gli accessi vascolari caratterizzati da particolare complessità, mentre presso gli spoke viene indirizzata la patologia venosa ed arteriosa minore. La localizzazione dei nodi della rete è subordinata al rispetto dei volumi minimi di attività:

- patologia aneurismatica aorta: sedi erogazione Hub e Spoke (eccetto INRCA Ancona);
- patologia steno-ostruttiva carotidea: sedi di erogazione Hub e Spoke;
- patologia steno-ostruttiva arti inferiori: sedi di erogazione Hub e Spoke.

L'integrazione della rete di chirurgia vascolare con quella di Medicina Vascolare consente di rafforzare la gestione integrata mediante:

- condivisione dei percorsi terapeutici medici e chirurgici;
- valutazione congiunta dei pazienti con patologia vascolare;
- approfondimento diagnostico nei pazienti candidati ad intervento chirurgico "pre-intervento";
- presa in carico del paziente nel periodo "post-intervento" in caso di complicanze che richiedano una gestione internistica (p.es. insorgenza di aritmie, scompenso, etc...);
- Follow-up ambulatoriale clinico e ultrasonografico dei pazienti già sottoposti a chirurgia vascolare o trattamento endovascolare.

L'organizzazione di una rete per la gestione delle patologie vascolari, definita funzionalmente mediante un apposito PDTA, rappresenta un elemento strategico di qualità per:

- *gli Utenti*: fruizione di competenze/professionalità di elevato livello, con maggior appropriatezza del processo di cura anche per il paziente "periferico", riduzione delle richieste non appropriate con conseguente miglioramento dei tempi d'attesa nell'esecuzione degli esami ecocolordoppler;
- *gli Operatori*: collaborazione stretta tra centro e periferia, creazione di percorsi condivisi, con standard di qualità assistenziale fondata su pratiche e modelli operativi consolidati (linee guida, opinioni esperti), costituzione gruppo di lavoro regionale per uniformare le refertazioni ecocolordoppler per singole patologie, formazione/aggiornamento periodico per la diagnostica vascolare;
- *il SSR*: miglioramento della qualità assistenziale del paziente con patologia vascolare, omogeneità del trattamento e concentrazione nel centro *Hub* dei casi che superano la soglia di complessità degli interventi garantiti in periferia, sostegno al territorio, nei casi di difficoltà diagnostico/terapeutica, con invio sollecito del paziente dalla periferia al Centro.

Al fine di garantire un modello assistenziale flessibile, in ambito sanitario, che sia in grado di rispondere più efficacemente, garantendo appropriatezza e prossimità, ai bisogni dei cittadini, tenuto anche conto della organizzazione della rete di emergenza-urgenza, sarà necessario predisporre un progetto di fattibilità per lo sviluppo e il potenziamento delle attività di chirurgia vascolare, in termini di:

- risorse umane, strutturali e tecnologiche;
- percorsi e livelli di prestazione erogabili in elezione ed in urgenza (in base alle tecnologie e alle professionalità disponibili);



- garanzia di collegamento, mediante teleconsulto e telerefertazione, con l'Hub regionale che insiste presso l'AOU delle Marche;
- definizione programmi formativi;
- compatibilità economica.

**Le indicazioni programmatiche** prevedono la revisione della rete regionale con potenziamento delle sedi di erogazione coordinate in ottica di Hub e Spoke e la diversificazione delle attività di medicina e chirurgia vascolare con concentrazione della casistica per sede di patologia sulla base dell'expertise professionale e dei volumi di attività e adeguamento delle risorse disponibili (strumentali e di personale).

#### B) Rete MATERNO INFANTILE (scheda operativa 7)

La Rete Regionale per la presa in carico delle donne, madri e neonati prevede percorsi di continuità assistenziale e diagnostico-terapeutici, integrati con i servizi territoriali, per gli utenti dell'area materno-infantile, in coerenza con quanto previsto dall'Accordo 16 dicembre 2010, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento concernente «Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo». (Rep. atti n. 137/CU) (11A00319) (G.U. Serie Generale n. 13 del 18 gennaio 2011).

La rilevazione di informazioni sanitarie, epidemiologiche e socio-demografiche relative all'evento nascita, rappresenta uno strumento essenziale per la programmazione sanitaria nazionale e regionale, come previsto dal decreto del Ministro della sanità 16 luglio 2001, n. 349.

Di seguito il dato raccolto dal flusso SDO 2021 nell'ambito del monitoraggio del Nuovo Sistema di Garanzia (indicatore H17C) che prevede un sistema di algoritmi indicati nel disciplinare NSG. I dati si riferiscono all'articolazione organizzativa precedente alla l.r. 19/2022, che prevede l'introduzione di nuove cinque Aziende Sanitarie Territoriali e l'incorporazione dell'AO Marche Nord nell'attuale AST di Pesaro Urbino:

NSG-LEA indicatore H17C: PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO: strutture con % di cesarei primari ≤25% (strutture con attività ≥1000 parti annui) o ≤15% (strutture con attività <1000 parti annui) sul totale delle strutture valutate nel PNE.				
Area Vasta	Descrizione	Nr Parti	Nr Cesarei Primari	% Cesarei Primari
Area Vasta 1 Pesaro	STABILIMENTO DI URBINO	541	132	24,40%
	<b>Totale Area Vasta / Azienda</b>	<b>541</b>	<b>132</b>	<b>24,40%</b>
	<b>Totale Strutture Valutate</b>	<b>1</b>		
	<b>% strutture entro soglia</b>	<b>0,00%</b>		
Area Vasta 2 Ancona	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	537	81	15,10%
	STABILIMENTO DI JESI	753	178	23,60%
	<b>Totale Area Vasta / Azienda</b>	<b>1.290</b>	<b>259</b>	<b>20,10%</b>
	<b>Totale Strutture Valutate</b>	<b>2</b>		
	<b>% strutture entro soglia</b>	<b>0,00%</b>		
Area Vasta 3 Macerata	STABILIMENTO DI CIVITANOVA	650	161	24,80%
	STABILIMENTO DI MACERATA	1.127	192	17,00%
	<b>Totale Area Vasta / Azienda</b>	<b>1.777</b>	<b>353</b>	<b>19,90%</b>
	<b>Totale Strutture Valutate</b>	<b>2</b>		
	<b>% strutture entro soglia</b>	<b>50,00%</b>		
Area Vasta 4 Fermo	STABILIMENTO DI FERMO	526	149	28,30%
	<b>Totale Area Vasta / Azienda</b>	<b>526</b>	<b>149</b>	<b>28,30%</b>
	<b>Totale Strutture Valutate</b>	<b>1</b>		
	<b>% strutture entro soglia</b>	<b>0,00%</b>		
Area Vasta 5 Ascoli	STABILIMENTO DI S. BENEDETTO	554	119	21,50%
	STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO	441	100	22,70%
	<b>Totale Area Vasta / Azienda</b>	<b>995</b>	<b>219</b>	<b>22,00%</b>
	<b>Totale Strutture Valutate</b>	<b>2</b>		
	<b>% strutture entro soglia</b>	<b>0,00%</b>		

Az. Osp. Marche Nord	STABILIMENTO DI PESARO	45	20	44,40%
	STABILIMENTO DI FANO	886	172	19,40%
	<b>Totale Area Vasta / Azienda</b>	<b>931</b>	<b>192</b>	<b>20,60%</b>
	<b>Totale Strutture Valutate</b>	<b>2</b>		
	<b>% strutture entro soglia</b>	<b>0,00%</b>		
Az. Osp. Ospedali Riuniti Ancona	STABILIMENTO G. SALESI	1.365	318	23,30%
	<b>Totale Area Vasta / Azienda</b>	<b>1.365</b>	<b>318</b>	<b>23,30%</b>
	<b>Totale Strutture Valutate</b>	<b>1</b>		
	<b>% strutture entro soglia</b>	<b>100,00%</b>		
<b>Totale Regionale</b>		<b>7.425</b>	<b>1.622</b>	<b>21,80%</b>
<b>Totale Strutture Valutate</b>		<b>11</b>		
<b>% strutture entro soglia</b>		<b>18,20%</b>		

Il costante calo demografico registrato negli ultimi anni nella nostra regione e a livello nazionale genera un grave impatto sull'equilibrio sociale ed economico ponendo un allarme in termini di sostenibilità futura. Diventa pertanto necessario orientare le politiche programmatiche regionali a supportare le coppie e le famiglie che desiderano avere figli e a garantire la salute dei bambini. Le dimensioni delle azioni comprendono aree anche al di fuori del perimetro sanitario in senso stretto (es. organizzazione del lavoro, tutele sociali, cultura, disponibilità di strutture per la prima infanzia, etc.).

Mediante l'impiego delle risorse del PNRR, risulta necessario strutturare un sistema di monitoraggio unico per tutta la Regione che, poggiando sulla base di sistemi informativi già esistenti che trattano l'assistenza al parto (connessione di tutti i punti nascita per CEDAP - Certificato di assistenza al parto, etc) e alla gravida, possa essere interconnesso con il registro esenzioni e l'anagrafe degli assistiti, per la definizione dell'agenda della gravidanza fisiologica, secondo quanto previsto nei Livelli Essenziali di Assistenza – LEA, identificando le prestazioni e orientando la donna, in base alla sua condizione clinica, verso il punto nascita adeguato per il suo livello di rischio. Risulta inoltre particolarmente utile raccogliere informazioni in merito al parto e alla salute della donna e del neonato, seguendolo anche negli anni successivi. Ulteriori elementi di sviluppo possono essere connessi alla istituzione, presso i punti nascita, di uno sportello unico per genitori per supportare attivamente le famiglie, facilitando al massimo tutti gli adempimenti giuridici e amministrativi connessi con la nascita, in modo da consentire, durante la degenza post-partum, il riconoscimento del neonato e l'iscrizione nel registro di stato civile, alla anagrafe comunale e sanitaria. Specifici interventi sono richiesti per il miglioramento della qualità assistenziale, attraverso l'implementazione dei sistemi di formazione per il personale dedicato, la strutturazione di biobanche per la raccolta dei gameti, la raccolta e gestione del materiale biologico derivante da attività di screening neonatale, il monitoraggio delle diagnosi prenatali. Il percorso parte dalla diagnosi di gravidanza e dalla prima determinazione ecografica di età gestazionale e quindi dell'epoca prevista di parto. La certificazione sarà redatta dallo specialista ginecologo del SSR che avrà cura di programmare l'agenda della gravidanza fisiologica in base a quanto previsto dai LEA. In base alle scelte della donna e alle condizioni presentate, la gravida sarà immessa in un definito percorso di presa in carico, idoneo in base alla sua specifica condizione.

**Le indicazioni programmatiche** si focalizzano su:

- ridefinizione della rete dei punti nascita sulla base dell'assetto organizzativo e dei requisiti previsti dal tavolo LEA;
- integrazione della rete con le attività di procreazione medicalmente assistita;
- monitoraggio degli aborti spontanei e delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG);
- valorizzazione dei percorsi ed azioni già presenti sul territorio regionale (es. parto-analgesia, percorsi per gravidanze a bassissimo rischio, il laboratorio di genetica);
- estensione della diagnostica prenatale, comprendente procedure non invasive (ecografia morfologica, test combinato e su sangue fetale circolante, dna) estese a tutte le gravide, ed invasive, secondo i LEA e le condizioni cliniche;
- elaborazione di programmi di contrasto alla depressione materna, comprendente sia le attività di screening e diagnosi precoce in gravidanza e in puerperio, sia le azioni di supporto fino al trattamento precoce con

specifici percorsi all'interno degli ospedali con punti nascita e nel territorio a carico dei consultori familiari e dei dipartimenti di salute mentale a seconda della gravità della condizione clinica presentata;

- predisposizione di una cartella clinica informatizzata che unifichi e raccolga tutte le applicazioni consentendo il monitoraggio della gravidanza;
- rafforzamento dei collegamenti tra l'hub regionale (AOU delle Marche) e la rete dei punti nascita mediante protocolli condivisi;
- revisione ed aggiornamento del Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM) e neonatale (STEN);
- interconnessione dei sistemi informativi già esistenti che trattano l'assistenza al parto (connessione di tutti i punti nascita per CEDAP - Certificato di assistenza al parto, etc) e alla gravida, con il registro esenzioni e l'anagrafe degli assistiti, per la definizione dell'agenda della gravidanza fisiologica, secondo quanto previsto nei Livelli Essenziali di Assistenza – LEA, identificando le prestazioni e orientando la donna, in base alla sua condizione clinica, verso il punto nascita adeguato per il suo livello di rischio. Risulta inoltre particolarmente utile raccogliere informazioni in merito al parto e la salute della donna e del neonato, seguendolo anche negli anni successivi.

In ambito pediatrico, sarà necessario completare la definizione dei percorsi di appropriatezza della chirurgia pediatrica e dei servizi ad essa connessi (anestesia pediatrica) e della terapia del dolore pediatrica.

### C) Rete MALATTIE INFETTIVE

La recente esperienza della pandemia covid ha portato alla ribalta la necessità di organizzare più diffusamente le competenze specialistiche nella disciplina di malattie infettive.

**Le indicazioni programmatiche** prevedono il collegamento funzionale tra ospedali e strutture territoriali coinvolte (servizi di igiene e sanità pubblica, servizi di microbiologia, cure primarie, servizi per le dipendenze, sanità penitenziaria, consultori familiari, ecc.), la predisposizione e implementazione di PDTA per le patologie infettive prevalenti, integrazione e coordinamento con le altre reti specialistiche regionali. Ulteriore evoluzione può essere rappresentata dalla organizzazione del Dipartimento Funzionale di Malattie Infettive, avente la funzione di coordinamento di tutte le attività in ambito regionale con l'obiettivo di fornire l'assistenza sanitaria nel *setting*/nodo più appropriato, garantire le migliori competenze e identificare tempestivamente il miglior percorso clinico assistenziale per la gestione del singolo paziente affetto da patologia infettiva. Particolare attenzione va posta al rafforzamento, nell'ambito della rete, di un *hub* specificamente rivolto all'assistenza della popolazione pediatrica.

### D) Rete CHIRURGIA ONCOLOGICA – MAMMELLA, STOMACO, POLMONE, TIROIDE, ENCEFALO (scheda operativa 8)

Gli obiettivi programmatici riguardano la necessità di offrire al paziente la giusta intensità di cure nel *setting* assistenziale più idoneo e maggiormente rispondente ai bisogni nonché la valorizzazione del lavoro di tutti i professionisti. Gli elementi da considerare per il disegno della rete riguardano diversi ambiti:

- analisi dettagliata della sicurezza delle cure;
- valutazione del quadro epidemiologico;
- identificazione della domanda e dei bacini d'utenza;
- associazione volumi di attività ed esiti;
- disponibilità della dotazione tecnologica coerente con la complessità della casistica;
- riconoscimento dell'expertise degli operatori coinvolti;
- mappatura delle funzioni attribuite dalla rete ospedaliera regionale ai principali nodi della stessa (DEA di II e I livello e altri nodi della rete ospedaliera regionale).

L'uso dei volumi di attività, oltre a costituire un indicatore indiretto della qualità dell'assistenza erogata, consente di verificare la struttura e la distribuzione dell'offerta assistenziale ospedaliera ed orientare la riorganizzazione delle reti assistenziali. Numerosi dati della letteratura scientifica dimostrano come l'alto volume chirurgico correli con una maggiore sopravvivenza, un minor numero di complicanze e re-interventi e una minore durata del

ricovero; l'associazione tra volume ed esiti per diverse condizioni è confermata anche dall'analisi dei dati empirici nazionali (Appendice 4 – paragrafo “Volumi soglia ed esiti”). Non secondarie sono le valutazioni della *mission* degli Enti del SSR, la distribuzione della casistica, i tempi di percorrenza tra le diverse strutture e il fabbisogno delle singole realtà presenti, oltre alla distribuzione della rete dell'emergenza urgenza e dell'elisoccorso.

In particolare, per ciò che riguarda la chirurgia mammaria, con DGR 459/2016 sono state istituite le Breast Unit (B.U.) sul territorio regionale e recepite le indicazioni dell'Intesa Stato-Regioni “Linee d'indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali delle reti dei Centri di Senologia” (n. 185/CSR del 18 dicembre 2014) del d.m. 70/2015. Nelle Marche si sono costituite 6 B.U. ognuna delle quali deve garantire un numero minimo di 150 interventi chirurgici per carcinoma mammario:

- AOU delle Marche;
- AST Pesaro Urbino (struttura di Fano);
- AST Pesaro Urbino (struttura di Urbino);
- AST Ancona (struttura di Senigallia);
- AST Macerata (struttura di Macerata);
- AST Fermo e AST Ascoli Piceno (struttura di S. Benedetto del Tronto).

Di seguito sono riportati i volumi di attività delle Breast Unit marchigiane:

Codice	Struttura	N° ricoveri (anno 2021)
11000101	STABILIMENTO DI URBINO	157
11000201	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	174
11000302	STABILIMENTO DI MACERATA	304
11000501	STABILIMENTO DI S. BENEDETTO	181
11090102	STABILIMENTO DI FANO	412
11090501	STABILIMENTO UMBERTO I° - G. M. LANCISI	465

**Le indicazioni programmatiche** per la rete della chirurgia oncologica riguardano:

- la revisione dell'offerta e della diffusione delle breast unit sul territorio regionale, per la riduzione della mobilità sanitaria, coerentemente al rispetto dei volumi minimi e dei requisiti organizzativi, previsti a livello ministeriale, per la garanzia di qualità e sicurezza del percorso;
- potenziamento e diversificazione delle attività di presa in carico delle patologie tumorali dello stomaco e del pomone sulla base dell'expertise professionale e dei volumi di attività erogati, per la riduzione della mobilità passiva;
- individuazione di centri di riferimento per la chirurgia della tiroide, con volumi di attività nel rispetto dei parametri definiti a livello nazionale, sulla base di specifiche expertise professionali già disponibili nel territorio;
- aumento dell'offerta con diversificazione delle attività di presa in carico delle patologie tumorali dell'encefalo sulla base dell'expertise professionale, dei volumi di attività erogati e delle caratteristiche organizzative delle strutture presenti presso AOU delle Marche (2 sedi di erogazione: adulto e pediatrico) e AST Pesaro-Urbino (1 sede di erogazione);
- ridefinizione e potenziamento della rete regionale dell'anatomia patologica in ottica hub& spoke, per attività a maggiore complessità diagnostica e ridotti volumi, e maggiore diffusione per le attività diagnostiche a minore complessità.

#### E) Rete OCULISTICA (scheda operativa 9)

L'invecchiamento della popolazione rende sempre più frequenti alcune patologie dell'occhio (es. cataratta) che, grazie all'avanzamento delle tecniche chirurgiche e il conseguente progressivo aggiornamento del personale medico e non medico, l'impiego di nuovi farmaci soprattutto in ambito anestesologico e nel controllo del dolore postoperatorio e di sofisticati presidi chirurgici, possono beneficiare di interventi sempre più efficaci, meno invasivi e quindi con minor rischio di complicanze, anche in pazienti molto anziani.

Sulla base di quanto previsto dal DPCM LEA 2017, sta diventando sempre più frequente il trasferimento al regime ambulatoriale di numerose prestazioni oculistiche finora erogate in regime di ricovero ordinario e diurno, con effetti sulla rete ospedaliera non solo in termini di diminuzione del numero di posti letto, ma di ristrutturazione dell'offerta. Tra le ipotesi riorganizzative può essere segnalata ad esempio l'istituzione dei "Day Care", presenti in altri Paesi europei, dove concentrare percorsi assistenziali in elezione, definendone i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi.

#### Chirurgia della cataratta

La chirurgia della cataratta rappresenta uno dei due interventi chirurgici più frequenti in Italia ed in Europa insieme alla colonscopia. (Fonte: Eurostat). L'intervento (durata media 15 minuti) consiste nella rimozione dall'interno dell'occhio del cristallino divenuto opaco e successivo impianto di una lente intraoculare artificiale. La tecnica maggiormente utilizzata è quella della facoemulsificazione ed aspirazione di cataratta. Generalmente viene eseguito in un occhio per volta con anestesia topica in regime ambulatoriale, ma talvolta (età pediatrica o comorbilità) può essere necessaria l'anestesia generale e pertanto il ricovero. L'intervento nelle strutture più all'avanguardia viene effettuato utilizzando un laser a femtosecondi che rende l'incisione molto più precisa rispetto a quella manuale, accorciando i tempi di recupero dall'intervento (l'introduzione di questa nuova tecnologia potrebbe spiegare il significativo incremento degli interventi di cataratta rilevato a partire dal 2016). Attualmente è inoltre possibile risolvere un difetto refrattivo (miopia, ipermetropia, astigmatismo) nella stessa seduta chirurgica oltre alla rimozione del cristallino opaco (risoluzione della cataratta). Il tasso di incidenza della cataratta ha fatto registrare un aumento passando dallo 0,91% relativo all'anno 2016 al 1,09% dell'anno 2019.

Il numero delle prestazioni effettuate in setting ambulatoriale nell'anno 2021 nella Regione Marche è pari a 17.334 per un valore percentuale sul totale degli interventi del 98,7% a fronte di 231 interventi effettuati in regime di ricovero (1,3%).

**Le indicazioni programmatiche** si focalizzano su:

- revisione della rete regionale con potenziamento delle sedi di erogazione coordinate in ottica di Hub & Spoke, soprattutto per i territori gravati da maggiori livelli di fuga extra-regionale;
- potenziamento dell'attività ambulatoriale chirurgica, anche con il coinvolgimento del privato accreditato, rivolta alla risoluzione della cataratta con riduzione dei tempi di attesa per intervento e della mobilità sanitaria.

#### **F) Rete OTORINOLARINGOIATRIA** (scheda operativa 10)

L'attività specialistica otorinolaringoiatrica (ORL) comprende attività chirurgica sia in regime di ricovero ordinario e diurno che ambulatoriale (prevalentemente interventi su tonsille/adenoidi, naso e seni paranasali, corde vocali, laringe, apnee ostruttive nel sonno) e medica (in prevalenza urgenze, sordità improvvise, paralisi facciali, ascessi, vertigini, dispnee e disfagie). La rete necessita dell'elaborazione di percorsi intraospedalieri ed extraospedalieri in continuità con le strutture territoriali, anche prevedendo la figura del logopedista nel team per il training pre e post operatorio nella chirurgia del vocal tract e nell'intervento per le disfagie.

**Le indicazioni programmatiche** riguardano:

- revisione della rete regionale con potenziamento delle sedi di erogazione coordinate in ottica di Hub & Spoke, soprattutto nei territori dove si riscontrano livelli maggiori di mobilità passiva extraregionale;
- diversificazione delle attività chirurgiche con concentrazione della casistica per sede di patologia sulla base dell'expertise professionale e dei volumi di attività.

#### **G) RETE PNEUMOLOGICA E SUPPORTO RESPIRATORIO INTENSIVO E SEMI-INTENSIVO**

L'incremento dell'incidenza delle patologie respiratorie e il conseguente impatto sociale, anche in relazione a quanto recentemente vissuto in corso di pandemia da COVID-19, devono determinare una risposta sanitaria al fine di migliorare l'efficienza degli outcome per i pazienti e la qualità delle prestazioni pneumologiche, oltre che ottimizzare la spesa sanitaria e decongestionare le unità di terapia intensiva generale (UTI), allocando in maniera più appropriata i pazienti. Infatti, alcuni pazienti sono troppo gravi per essere gestiti in degenza ordinaria, ma contemporaneamente non raggiungono i criteri appropriati per il ricovero in terapia intensiva (dove la disponibilità di risorse umane e di materiali è maggiore ma ovviamente con maggior consumo di risorse).

Per tale motivo risulta strategica l'organizzazione di livelli assistenziali intermedi, costituito dalle terapie semi-intensive respiratorie che consentirebbero, a differenza dei reparti ordinari, di monitorare il paziente in modo

adeguato e di eseguire in regime di sicurezza del sistema di supporto respiratorio non invasivo (continuous positive airway pressure, CPAP; ventilazione meccanica non invasiva, NIV) integrati anche con tecniche specialistiche di supporto non-ventilatorio (es. broncoscopia, ossigeno-terapia ad alti flussi, etc). Destinatari di tale livello erogativo sono pertanto pazienti:

- con insufficienza respiratoria non responsiva all'ossigeno convenzionale o che richieda una frazione di ossigeno così alta da ridurre al minimo le riserve d'organo;
- con necessità di monitoraggio clinico multiparametrico, cardiologico, emodinamico;
- in fase di prolungato e/o difficile svezzamento dalla ventilazione meccanica di provenienza dalle UTI che necessitino ancora di monitoraggio e/o di interventi intensivi;
- già svezzati ma portatori di cannula endotracheale della quale vada valutata la possibilità di rimozione.

La terapia semi-intensiva respiratoria si troverebbe pertanto al centro del percorso di:

- step-up dai reparti di degenza ordinaria e medicina d'urgenza;
- step-down dalle UTI.

Il principale determinante del successo della NIV sono il setting adeguato e l'expertise del personale coinvolto; per tale motivo l'applicazione della NIV al di fuori delle UTI e delle UTIR è caratterizzata da un successo variabile dipendente principalmente dalla gravità della malattia, dalla tipologia dei pazienti trattati e dall'esperienza del personale coinvolto. Inoltre la gestione dell'insufficienza respiratoria acuta in medicina d'urgenza o in altri reparti tramite l'attivazione del "medico dell'emergenza" presenta alcune criticità legate sia alla breve durata di stazionamento dei pazienti che a uno sfavorevole rapporto infermiere-paziente, nonché al monitoraggio non adeguato nei reparti ordinari.

Numerose evidenze scientifiche confermano che l'apertura di unità di terapia intensiva/semi-intensiva respiratorie (UTIR) sono vantaggiose in termini di riduzione della mortalità, dell'accesso in terapia intensiva generale e della durata del ricovero. Lo stesso piano sanitario nazionale 2006-2008 ha messo in evidenza l'efficacia delle unità di terapia semi-intensiva per la gestione completa del paziente respiratorio critico, con conseguente riduzione dei ricoveri impropri in terapia intensiva e riduzione dei costi di gestione dei pazienti con insufficienza respiratoria. L'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri ha indicato un fabbisogno di 1-2 posti letto di cure respiratorie per pazienti critici ogni 100.000 abitanti.

Diversi lavori pubblicati in letteratura hanno dimostrato che le unità di semi-intensiva respiratoria sono vantaggiose in termini di riduzione della mortalità intraospedaliera, di necessità di ricovero in terapia intensiva e di riduzione della degenza ospedaliera di pazienti con riacutizzazione severa di BPCO, Polmonite e Insufficienza respiratoria acuta da altre cause, generando un recupero di risorse pari a circa € 500.000 all'anno, calcolando inoltre un costo totale giornaliero per paziente di circa € 750 per le semi-intensive respiratorio contro un costo totale giornaliero per paziente di circa € 1500 per le ICU.

L'AOU delle Marche, a seguito della recente pandemia da Covid-19, si è dedicata alla presa in carico di pazienti con gravi problematiche respiratorie, non rispondenti alle terapie convenzionali, mediante l'impiego della Circolazione extracorporea (ECMO-VV). Con DGR n. 988/2020 tale struttura è stata riconosciuta quale Centro di riferimento regionale ECMO (Extra Corporeal Membrane Oxygenation), ad elevata specializzazione per pazienti affetti da insufficienza cardiorespiratoria grave, refrattaria al trattamento convenzionale.

#### Azioni:

Riconversione di posti letto ad alta intensità di cura (semi-intensiva respiratoria), già finanziati dal d.l. 34/2020, nell'ambito delle U.O.C. regionali di Pneumologia (AST Ascoli Piceno, Macerata, Pesaro e AOU delle Marche) dotati di monitoraggio multiparametrico invasivo e non-invasivo e deputati al trattamento ed alla gestione dell'insufficienza respiratoria acuta ed acuta su cronica e dotati di personale medico ed infermieristico specificamente formato nel trattamento dei pazienti con insufficienza respiratoria di tipo 1 e di tipo 2 che necessitano di Ventilazione Meccanica non Invasiva. Il numero dei posti letto da attivare verrà individuato sulla base dei bisogni assistenziali e comunque nell'ambito del fabbisogno regionale.

In **Appendice 5**, sono riportate le specifiche schede operative per le diverse reti cliniche.

### 3.5 IL POTENZIAMENTO DELL'ATTIVITÀ IN PRONTO SOCCORSO

Solo ripensando all'organizzazione globale del sistema di emergenza-urgenza e promuovendo la realizzazione di piani di presa in carico assistenziale rivolti a pazienti critici, comuni tra medici del sistema territoriale e ospedalieri si potrà creare un circolo virtuoso di interscambio di conoscenze e professionalità che potrà rappresentare uno strumento efficace per la risoluzione delle criticità e il miglioramento delle performance, soprattutto nella gestione delle reti tempo dipendenti (STEMI, STROKE, trauma, sepsi), mediante percorsi di cura omogenei e standardizzati. Ripensare un sistema di emergenza-urgenza che, superando la dicotomia ospedale/territorio, consentirà in particolare:

- il miglioramento dell'appropriatezza degli accessi verso il DEA di primo/secondo livello, in funzione delle risorse esistenti e anche dello stato di affollamento;
- l'integrazione funzionale del 118 con il pronto soccorso, con la possibilità di rotazione del personale in scambio reciproco, in modo volontario, 118 a/da PS;
- la creazione di sistemi informativi integrati per la valutazione degli esiti e dei percorsi di cura;
- la continuità assistenziale mediante la pianificazione dei percorsi integrati di presa in carico territoriale e il raccordo funzionale con le strutture ambulatoriali che garantiscono prestazioni non differibili ad accesso diretto, in coerenza con le linee di sviluppo dell'assistenza territoriale.

Con DGR n. 1457/2019, la Regione Marche ha provveduto al Recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 1° agosto 2019 concernente le "Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero", "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva" e "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso". L'implementazione delle linee di indirizzo regionali costituisce un obiettivo prioritario della Regione, al fine di conseguire l'omogeneizzazione delle procedure organizzative nonché il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'assistenza delle cure in pronto soccorso. Obiettivi:

- Organizzazione dei processi: tra gli obiettivi si segnala l'implementazione del Fast Track, percorso veloce di risposta assistenziale, rivolto a pazienti con patologie minori, ben definite, interessamento d'organo/apparato limitato o circoscritto, codice di priorità bianco/verde riguardante in particolare l'ambito chirurgico, ortopedico, neurologico, pediatrico, ginecologico ed oculistico ed otorinolaringoiatrico. Altre misure riguardano l'individuazione formale, con specifico atto, della figura di Bed Manager, funzione della direzione medica volta ad assicurare il coordinamento e l'integrazione logistica delle aree produttive ospedaliere e dei percorsi diagnostico/terapeutici e la continuità assistenziale, potenziando inoltre la sinergia con i Distretti per garantire un rapido deflusso dal PS. Saranno promosse iniziative di "attesa attiva", finalizzate al miglioramento degli aspetti di comfort in sala attesa: es. cartellonistica, opuscoli, videoproiezioni, monitor TV, filodiffusione musicale, erogatori di bevande e cibo, display per conoscere in tempo reale le postazioni di emergenza impegnate, i tempi di attesa e il numero di pazienti nelle sale visita o in attesa di ricovero. Una maggiore trasparenza sui tempi di attesa in PS è funzionale all'erogazione di una prestazione percepita di qualità, riducendo il rischio di criticità al front-desk. La comunicazione adottata da tutti gli operatori sanitari nelle aree del PS, e in particolare al Triage, deve essere efficace ed empatica sia con il paziente, sia con i familiari/accompagnatori e prevedere le figure dello psicologo e del mediatore culturale.

La gestione del sovraffollamento prevede la formalizzazione di uno specifico piano, oltre a quello per le gravi emergenze (PEIMAF, Piano Emergenza Interno Massiccio Afflusso di Feriti), che identifichi proattivamente gli interventi da realizzare, attraverso un costante monitoraggio con metodiche di rilevazione affidabili:

- numero dei letti di PS (OBI), disponibili ed occupati;
- numero letti dell'ospedale, disponibili ed occupati;
- n. totale dei pazienti in PS (OBI+ Letti bis+ barelle nei corridoi + pazienti in attesa di esami + pazienti in valutazione + pazienti in attesa triage);
- n. utenti ventilati con respiratore in PS;
- tempo di attesa massimo per il ricovero (in ore);

- n. totale utenti in attesa di ricovero;
- tempo di attesa massimo da triage.

Sarà necessario implementare un cruscotto per il monitoraggio dei tempi per la presa in carico del paziente presso il PS, indicando come criterio di priorità le condizioni del paziente.

- Implementazione delle risorse: è necessario dotare ogni PS di personale sanitario adeguato e formato per garantire l'erogazione dei servizi. Eccezionalmente, in caso di specifiche criticità, potranno essere messe in campo misure straordinarie per il coinvolgimento attivo di personale sanitario disponibile presso la struttura.

Utilizzando le risorse messe a disposizione dal d.l. 34/2020 e dal PNRR, i PS/DEA I/DEA II saranno potenziati strutturalmente per garantire spazi adeguati e facile accessibilità all'utenza e implementate le dotazioni tecnologiche in particolare per la diagnostica Radiologica (TAC elevata risoluzione).

- Identificazione di percorsi specifici:

- *pediatrico*: il Triage pediatrico riveste particolare importanza e necessita di risorse dedicate e specificamente formate (es. infermiere pediatrico ove presente in organico) per la presa in carico del paziente pediatrico e della sua famiglia e la rilevazione e trattamento del dolore pediatrico mediante l'impiego di scale validate, specifiche per fascia di età;
- *ostetrico*: il Triage, quale momento d'accoglienza della donna in gravidanza che giunge in PS ostetrico, è una funzione effettuata da una ostetrica, con specifica formazione per la corretta valutazione delle condizioni cliniche della gravida che accede al PS per situazioni legate alla gravidanza stessa, al parto se imminente, o per eventuali patologie intercorrenti e rappresenta la base per una valida impostazione di un piano assistenziale appropriato e per la precoce individuazione delle potenziali complicanze.

- Potenziamento delle attività di monitoraggio: al fine di garantire un processo virtuoso di miglioramento qualitativo dell'assistenza, deve essere previsto l'AUDIT Clinico su casi specifici, almeno mensile, il monitoraggio e la gestione degli Eventi Sentinella, oltre alla costante misurazione degli indicatori di processo e di esito per evidenziare il livello di funzionalità/sovrappollamento del PS. Spetta al Direttore della Struttura garantire il rispetto dei tempi di erogazione delle consulenze e degli esami di diagnostica per immagini mentre la figura del Bed manager, che afferisce alla direzione medica, deve presidiare il costante monitoraggio dei flussi dei pazienti in ospedale ed il rispetto della disponibilità dei posti letto.

**Obiettivi Prioritari:**

**Breve termine:**

conseguire l'omogeneizzazione delle procedure organizzative, nonché il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'assistenza delle cure in pronto soccorso attraverso l'implementazione delle linee di indirizzo regionali.

## 3.6 LE RETI CLINICHE ONCOLOGICHE

### *La rete oncologica regionale*

Le Reti Oncologiche Regionali sono parte integrante della programmazione dei servizi sanitari, in risposta alla domanda di cure oncologiche di qualità e anche al fine di valutare, in tempi appropriati, le necessità di innovazione tecnologica e di utilizzo dei farmaci, valorizzando la capacità di formazione e l'aggiornamento del personale coinvolto.

Particolare impulso sarà dedicato allo sviluppo della rete oncologica regionale in coerenza con il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro – Anni 2014-2016", di cui all'Intesa Stato Regioni del 30 ottobre 2014, che avrà il compito di:



- sviluppare, coadiuvare e monitorare programmi di prevenzione primaria e secondaria, in particolare screening tumorali femminili, cervice uterina, mammella e colon retto;
- implementare i percorsi di presa in carico delle patologie oncologiche, in ambito ospedaliero e territoriale;
- organizzare un sistema di audit per il monitoraggio dei PDTA oncologici;
- attuazione di programmi di prevenzione e gestione delle patologie oncologiche eredo-familiari.

Uno dei requisiti indispensabili per il funzionamento della Rete Oncologica è rappresentato dall'attivazione di un modello organizzativo, che preveda un approccio multi-disciplinare integrato tra differenti specialità mediante un team "tumore specifico" per la gestione clinica dei pazienti, con la condivisione dei percorsi di cura e la garanzia dell'equità di accesso alle cure e la precoce presa in carico. Le componenti della Rete verranno definite attraverso l'analisi epidemiologica, dei fabbisogni e dei bacini di utenza, in coerenza con gli standard nazionali di accreditamento ed ospedalieri. Sarà necessario prevedere percorsi organizzativi che supportino il paziente rispetto alle problematiche di tipo burocratico per ridurre il disagio, dandogli la possibilità di potersi concentrare sul processo di cura. L'accessibilità a strumenti di prevenzione e cure di qualità, per tutti i pazienti residenti in una certa area geografica, è fondamentale sia per garantire la qualità della vita ed il prolungamento della sopravvivenza dei pazienti oncologici, sia quale strumento di governance della mobilità sanitaria. A garanzia di ciò è necessaria un'adeguata integrazione tra le diverse attività sanitarie e socio-sanitarie, l'effettivo coinvolgimento dei servizi ospedalieri, territoriali, dei MMG, dei PLS, degli specialisti ambulatoriali e della Rete delle Cure Palliative.

La Carta dei Servizi della Rete Oncologica rappresenta uno strumento strategico per delineare il percorso che accompagni e sostenga le persone con tumore durante la malattia, con l'intento di salvaguardarne la dignità e ridurre il senso di sconforto che inevitabilmente si prova quando si affronta la patologia oncologica, riconoscendo l'importanza del ruolo svolto dalle Associazioni di volontariato quali interlocutori nelle fasi progettuali e organizzative degli interventi. È prioritario valorizzare il ruolo che ciascun professionista ha all'interno della Rete e il suo coinvolgimento nelle infrastrutture di sistema, tra le quali l'accesso alla ricerca, la partecipazione a trial di Rete, l'analisi del monitoraggio e la discussione in Rete. Tali attività, potranno essere favorite ad esempio mediante la formalizzazione di équipe itineranti per specifici interventi o attività.

Al fine di garantire maggiore completezza al disegno della rete oncologica marchigiana, migliorando l'organizzazione e il radicamento della stessa, è stato attivato, presso l'AOU delle Marche, il Centro Oncologico di Ricerca delle Marche (C.O.R.M.), che si integra efficacemente nel contesto della rete oncologica, per la promozione e lo sviluppo della ricerca clinica e traslazionale in ambito oncologico e la genetica oncologica per tumori ereditari.

La Formazione di Rete rappresenta un obiettivo prioritario, con particolare riferimento alle modalità di lavoro multi-professionale e multidisciplinare, all'integrazione ospedale-territorio, alle azioni di supervisione e tutoraggio dei nuovi assunti e all'utilizzo di audit clinico e training strutturati. Inoltre, la Rete oncologica rappresenta un luogo privilegiato per il potenziamento della ricerca di tipo organizzativo e manageriale, per la ricerca clinica e traslazionale, qualitativa e per la conduzione di sperimentazioni.

## Il Molecular Tumor Board

La continua evoluzione della ricerca omica, le nuove esigenze emerse dallo sviluppo in questo campo, impongono una definizione di appropriatezza sulla base delle evidenze scientifiche acquisite e un adeguamento delle strategie di ricerca per la validazione di biomarcatori specifici per la caratterizzazione della neoplasia, il rilevamento precoce di metastasi e la valutazione della sensibilità e delle resistenze primarie o acquisite a trattamenti antitumorali.

Nelle more della definizione degli standard organizzativi nazionali, ruolo chiave sarà l'istituzione del **Molecular Tumor Board (MTB)** che si propone come strumento di governance della complessità introdotta dall'oncologia mutazionale, portando al tavolo di discussione multidisciplinare nuove figure professionali tra cui genetisti, biologi molecolari ed esperti di gestione di dati. L'introduzione dei Gruppi Multidisciplinari (GMD) di patologia prevederà il coinvolgimento di tutti i medici specialisti e degli altri professionisti regionali che, dopo una valutazione complessiva basata sull'approvazione di protocolli di riferimento discussi e approvati dal gruppo, offriranno percorsi clinici appropriati per il singolo paziente. In tale contesto si inserisce il MTB, strumento

gestionale-organizzativo coinvolto nel percorso del paziente laddove il GMD che lo ha in carico, accertata l'assenza di alternative terapeutiche autorizzate disponibili, sottopone il caso a profilazione genomica e alla valutazione multi ed inter disciplinare da parte del MTB.

Ruolo principale del MTB sarà decidere in merito all' eleggibilità caso per caso in base al rapporto costo -beneficio (età, tipologia tumore, sede, etc.). La sede del MTB sarà l'AOU delle Marche, sede dell'Università del CORM e baricentrica rispetto alla regione, e garantirà il più alto grado di multidisciplinarietà e la partecipazione dei referenti delle strutture del SSR, nominati all'interno di uno specifico gruppo di lavoro, con il compito di provvedere alla:

- definizione del modello organizzativo e di funzionamento del MTB;
- individuazione dei test molecolari di provata efficacia per la diagnostica oncologica, ai fini della definizione prognostica e/o terapeutica;
- selezione dei criteri demografici, clinici e di laboratorio per la selezione dei pazienti;
- eventuale funzione di second opinion;
- analisi e valutazione degli indicatori di processo ed outcome della popolazione suscettibile;
- definizione dei criteri per l'individuazione dei laboratori e dei centri di riferimento per l'effettuazione dei test molecolari di primo e secondo livello;
- individuazione dei percorsi di accesso ai test di primo e secondo livello;
- formulazione dei criteri per la definizione delle tariffe e/o della rimborsabilità da parte del S.S.R.;
- attivazione di un apposito registro per il monitoraggio e la registrazione dei casi a livello regionale e attivazione di audit su esperienze cliniche;
- analisi e valutazione dei casi sottoposti o da sottoporre ai test con report mutazionale, coinvolgendo ulteriori specialisti in base ai casi da analizzare;
- funzioni di supporto alla Rete Oncologica Regionale, al Dipartimento Salute e all'Assessorato alla Sanità.

L'attivazione del MTB ha come obiettivo quello di rispondere sempre meglio alla complessità della gestione di pazienti con patologie relativamente rare per incidenza, (es. in ambito ginecologico), che necessitano di una elevata expertise clinica, ovvero di personale altamente specializzato.

#### **Obiettivo Prioritario:**

Breve termine:

Un forte consolidamento delle Reti Oncologiche regionali, attraverso una maggiore strutturazione, anche al fine di una riduzione della specifica mobilità passiva.

### **3.7 LA RETE TRAPIANTOLOGICA E LA BANCA DEI TESSUTI**

La rete trapianti della Regione Marche si conferma tra le prime in Italia per efficienza. Nel 2021 l'attività trapiantologica ha superato il traguardo dei 90 trapianti, mai raggiunto dal 2005, anno d'inizio dell'attività del Centro, nonostante l'alto tasso di occupazione delle Terapie Intensive da parte di pazienti Covid. Le opposizioni alla donazione si sono ulteriormente ridotte confermando la Regione Marche come regione generosa ed attrattiva per pazienti provenienti da molte regioni d'Italia. Resta confermato il supporto ai coordinamenti ospedalieri e all'attività del Centro Trapianti di fegato e rene, prevedendo inoltre specifiche misure organizzative per il potenziamento. E' in fase di ulteriore implementazione il progetto Regionale Rene da Vivente in linea con l'Accordo Stato Regioni del 4 agosto 2021. Le iniziative del gruppo di lavoro composto da CRT Marche, dal Centro Trapianti di rene di Ancona, dai Direttori delle Nefrologie e Dialisi delle Marche, dal rappresentante ANED, in collaborazione con la Chirurgia dei Trapianti garantiranno un aumento del numero di trapianti di rene da vivente, ancor prima che il paziente raggiunga lo stato terminale della malattia renale in modo da effettuare quello che si chiama trapianto pre-emptive, evitando le complicanze del trattamento dialitico. Obiettivo dei prossimi anni è garantire una maggiore disponibilità delle tecniche di perfusione, che è una delle strategie utilizzate per limitare il danno riportato dall'organo prelevato a scopo di trapianto e consentire di ampliare il pool degli organi trapiantabili. In tal modo sarà possibile aumentare la qualità dei trapianti, ridurre le complicanze post-operatorie per il ricevente, ottimizzare i tempi del prelievo e il trasporto degli organi, consentendo una migliore organizzazione del trapianto, e incrementare il numero dei donatori a cuore fermo, il cui tempo di ischemia a

caldo rappresenta il limite principale e il fattore più critico per la qualità funzionale dell'organo. L'AOU delle Marche possiede i requisiti per realizzare la donazione a cuore fermo DCD grazie all'alto livello di specializzazione in ambito cardiovascolare e pertanto sarà necessario dedicare adeguate risorse per implementare tale percorso.

La crescente complessità dei trattamenti oncologici integrati, più efficaci, ma anche più tossici, impone già in fase di programmazione terapeutica una maggior attenzione alla qualità di vita a lungo termine, compresa la capacità riproduttiva. Per tale motivo, la Regione Marche si pone l'obiettivo di verificare la fattibilità, sul proprio territorio, della realizzazione di una banca autorizzata alla crioconservazione dei gameti maschili e femminili, nell'ambito di un percorso rivolto a pazienti oncologici che desiderino conservare la fertilità femminile e maschile.

Saranno effettuate campagne di sensibilizzazione sociale e di formazione continua in ambito di trapianti e donazioni all'interno della rete regionale e sarà implementata la collaborazione con il Centro nazionale trapianti.

### **BANCA DEI TESSUTI**

Tra i nodi della rete trapiantologica, riveste un ruolo strategico la Banca degli Occhi, struttura individuata dalla Regione con il compito di lavorare, conservare e distribuire le cornee donate, certificandone la tracciabilità, l'idoneità e la sicurezza. A partire dal 2012, grazie ai nuovi laboratori, l'attività della Banca degli Occhi è stata ampliata con la processazione degli opercoli cranici, prelevati presso le Unità di Neurochirurgia e in attesa del loro riposizionamento ad uso autologo, inserendosi nella rete nazionale e garantendo l'attività anche per l'Umbria con un Accordo in essere dal 2004.

**Le indicazioni programmatiche** sono volte a rafforzare il ruolo strategico della Banca degli Occhi trasformandola in Banca dei Tessuti al fine di garantire un più ampio stoccaggio di tessuti donati offrendo prestazioni sempre più conformi alle necessità operative dei chirurghi, coniugando l'alto valore della donazione con le innovazioni in ambito clinico. Tutto ciò sarà realizzabile in sinergia con la rete regionale e nazionale trapianti, in sincronia con i Coordinamenti Ospedalieri Territoriali, potendo così garantire una risposta non solo ai fabbisogni regionali ma anche nazionali. In tal senso potranno essere promossi studi e progetti di ricerca per garantire l'utilizzo di tessuti organici, sicuri e appropriati a tutti i pazienti in campo terapeutico, incoraggiando sinergie tra chirurghi, mondo della Ricerca e della Scienza, Sanità pubblica ospedaliera, Universitaria, Istituzioni nazionali ed internazionali.

A tale fine sarà necessario procedere a rendere la struttura conforme ai requisiti di accreditamento previsti dal livello nazionale per poter garantire la sua evoluzione a Banca dei Tessuti (Classe B) mediante le seguenti *azioni*:

- **adeguamento strutturale:** conclusione dei lavori di riprogettazione dell'area adibita a laboratorio per il rispetto degli standard qualitativi dei parametri ambientali (valori particelle aerotrasportate, distribuzione delle riprese d'aria, trattamento dell'aria nei filtri d'ingresso, implementazione del numero dei ricircoli d'aria, etc.) per il rispetto degli standard nazionali di accreditamento e per consentire l'utilizzo delle membrane amniotiche in campi differenti da quello oftalmologico, come è avvenuto fino al 2017;
- **adeguamento delle risorse umane** in ambito amministrativo, laboratoristico e gestionale del Sistema di Qualità: acquisizione di Biologo e di un Tecnico di Laboratorio Sanitario Biomedico da affiancare al personale attualmente in servizio (n°2 Biologi e n°1 Tecnico di Laboratorio Sanitario Biomedico) necessari per l'erogazione dei servizi della Struttura in maniera efficiente e con sistema "Witness", secondo gli elevati standard qualitativi imposti dal Centro Nazionale Trapianti, ma anche per la gestione l'incremento dell'attività in previsione della transizione a Banca dei Tessuti; il personale addetto deve acquisire formazione specifica e il responsabile deve possedere esperienza pratica di almeno tre anni in una Banca dei Tessuti pertinente all'attività da svolgere, come previsto dall'Accordo Stato-Regioni n. 66 del 8/03/2018;
- **riconoscimento dell'autonomia** della Banca degli Occhi nell'ambito dell'organigramma dell'AST di Ancona, prevedendo una struttura dotata di peculiarità operativa con procedure interne non assimilabili a quelle di altre Unità Operative.

#### **Obiettivo prioritario:**

##### **Medio termine:**

- Attuazione delle azioni di sviluppo riportate nella scheda.

## 4 IL GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA, IL CONSOLIDAMENTO DELLE MODALITÀ DI RACCORDO E DI COORDINAMENTO DEI SERVIZI, LA GESTIONE DEL RISCHIO

### 4.1 IL GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

La percezione dell'efficienza di un sistema sanitario passa, anche e giustamente, dai tempi di attesa per il cittadino che deve accedere alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

Numerosi sono stati gli interventi messi in atto da Regione Marche per governare i tempi di attesa, con azioni sul lato dell'offerta, incrementando il budget dedicato alla erogazione di attività ambulatoriali anche in orari serali e prefestivi, e sul lato della domanda, con interventi volti a migliorare l'appropriatezza delle richieste, ad evitare la ridondanza di prescrizioni di visite ed esami. Chiaramente le determinanti del fenomeno delle liste di attesa sono molteplici e attengono a tre grandi aree di intervento: il governo della (crescente) domanda di prestazioni, il governo dell'offerta di assistenza e il governo dei sistemi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni.

Inoltre, il recupero delle liste d'attesa a seguito dei ritardi accumulati per la pandemia Covid nell'ultimo anno è uno dei temi più importanti per il Servizio Sanitario Regionale, da affrontare nei prossimi mesi. Alcuni studi, infatti, effettuati da noti centri di ricerca (per es. il Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità (CREMS) dell'Università LIUC Carlo Cattaneo) stimano in alcune decine di milioni, a livello nazionale, e in una quantità significativa anche nella regione Marche, le visite specialistiche e le prestazioni di diagnostica strumentale rinviate in epoca Covid e da recuperare in tempi appropriati, che vanno ad incrementare la domanda attuale, con un significativo carico aggiuntivo di attività da erogare da parte degli Enti del SSR.

Pertanto, risulta necessario aggiornare l'assetto organizzativo complessivo della gestione dei tempi d'attesa, garantire un monitoraggio quotidiano della congruità dell'offerta di prestazioni ambulatoriali rispetto alla domanda e consentire di affrontare in modo strutturato le problematiche emergenti.

#### Elementi operativi del Piano della Regione Marche per le Liste di Attesa

Un aspetto prioritario è rappresentato dall'individuazione delle aree critiche relative alla gestione delle liste di attesa per sviluppare una fase di riprogrammazione, attraverso una visione di Data Management e Data Science, con un nuovo approccio di gestione della domanda, dell'offerta e con un approccio che misuri l'appropriatezza. Affrontare il tema delle liste di attesa richiede lo sviluppo di un percorso con diverse fasi operative e secondo un dettagliato cronogramma, per il quale si individuano le seguenti attività (obiettivi/processi):

- 1) Riduzione generale dei Tempi di Attesa, in prima istanza per le prestazioni Monitorate e a tendere per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- 2) Monitoraggio continuo della Domanda e Offerta, con studi sulla giornata media di prenotazione e sui valori/mese;
- 3) Inserimento nei sistemi di Monitoraggio del CUP di tecnologie di Big Data Analytics, Intelligenza Artificiale e Machine Learning per l'efficientamento generale dei processi e l'analisi proattiva del sistema dinamico di gestione dei tempi d'attesa;
- 4) Omogeneizzazione della configurazione delle Agende CUP tra tutti gli Enti e le Strutture utilizzatrici del sistema CUP;
- 5) Sviluppo e implementazione di un programma per garantire la Multicanalità per un accesso agile alle prestazioni;
- 6) Aggiornamento delle modalità di garanzia di accesso alle prestazioni, l'erogazione della prestazione prioritariamente nella provincia di residenza dell'utente e comunque tramite una chiamata diretta da parte del Call Center del CUP Regionale;

- 7) Aggiornamento e implementazione all'utilizzo del manuale RAO (Raggruppamenti Omogenei di Attesa), rafforzamento della appropriatezza sulla prenotazione della prestazione: Il Manuale RAO ha la finalità di descrivere un modello operativo orientativo finalizzato a rendere il più possibile uniformi i comportamenti in fase di prescrizione;
- 8) Miglioramento della qualità del servizio di prenotazione (CUP con organizzazione provinciale):
  - **in fase di risposta:** indirizzando la persona verso l'offerta disponibile (pubblica/privata) e verso una prossimità extra provincia se con posti disponibili: esempio da Fano a Senigallia (aree di prossimità);
  - **in fase di proattività del servizio:** sviluppare un sistema di richiamata pro-attivo verso l'utenza selezionata (in base alla tipologia di prestazione: cardiovascolare/oncologica).

I processi gestionali di supporto al governo delle liste di attesa si dovranno sviluppare su indirizzi operativi, con focus sia sui percorsi verticali di cooperazione e sia attraverso l'individuazione e la condivisione di attività/obiettivi territoriali.

La creazione di un gruppo guida sovra-territoriale, individuato con il decreto del Direttore del Dipartimento Salute n. 22 del 15/06/2022, ha rilevato la necessità di dare un forte impulso all'uniformità dei percorsi di prenotazione, anche attraverso un principio di autosufficienza nelle singole AST nella soddisfazione della propria domanda di prestazioni. Questa priorità di mantenere l'erogato all'interno dell'AST di residenza ha necessità di implementare le seguenti attività:

- 1) Forte impulso verso un monitoraggio dell'attività erogata, con l'incrocio delle banche dati disponibili (CUP-prenotato e file C erogato);
- 2) Definizione attività/obiettivi di Gestione Territoriale (gestione e monitoraggio dei processi di prenotazione);
- 3) Attività di gestione della prenotazione (focus attività CUP Regionale).

### **1) Forte impulso verso un monitoraggio dell'attività erogata**

Questa fase dovrà concentrarsi su più direttrici di intervento, che risultano avere un fattore comune: le AST nel tempo dovranno raggiungere un principio di autosufficienza nella soddisfazione della propria domanda di prestazioni sanitarie. Il gruppo guida ha sviluppato nel tempo una funzione di monitoraggio delle prestazioni e dovrà diventare un punto cardine nella valutazione costante delle prestazioni erogate (incrocio domanda e offerta). Le linee di indirizzo si concentreranno sui seguenti punti:

- 1) Pianificazione di una proposta di offerta rispetto all'offerta garantita in fase di pre-lock-down, tramite l'Adozione da parte delle aziende di nuovi Piani Aziendali;
- 2) Coordinamento dei Piani Aziendali/Territoriali, con un forte focus sulle seguenti attività:
  - Iniziative straordinarie e urgenti volte al recupero delle prestazioni specialistiche;
  - Assegnazione di obiettivi da parte dei Direttori Generali alle Strutture eroganti le prestazioni da recuperare;
  - Piano assunzioni di specialisti e predisposizione programmi di sviluppo di attività aggiuntive;
  - Valutazione variazioni del tetto di budget con il privato accreditato;
  - Ampliamento offerta pubblica anche attraverso apertura in orari prefestivi, festivi e serali;
- 3) Piano previsionale di incremento dell'offerta pubblica dove stabilire la tipologia di ripartizione tra pubblico e privato convenzionato, anche attraverso l'utilizzo di un fondo dedicato:
  - Maggiore efficientamento delle agende di prenotazione, attraverso una forte integrazione tra prestazioni erogate in pubblico e erogate in privato;
- 4) Sviluppo di uno strumento di monitoraggio per individuare le aree a maggiore criticità e per predisporre attraverso questo strumento il fabbisogno dell'offerta specialistica di prestazioni, secondo le seguenti fasi:
  - Avvio del modello di Monitoraggio;
  - Prima quantificazione del fabbisogno (giornaliero e mensile);

- Implementazione del modello di monitoraggio all'interno del pannello di controllo (dashboard) utilizzato dai referenti territoriali delle liste di attesa.

## 2) Attività/obiettivi di Gestione Territoriale (gestione e monitoraggio dei processi di prenotazione)

Per la gestione delle liste di attesa, dopo aver individuato il livello di governo sovra-territoriale, deve essere individuato un “**gruppo guida territoriale**” con funzioni di monitoraggio attivo sulle prestazioni erogate, predisposizione dei piani aziendali semestrali di LdA con incrocio di domanda e offerta di prestazioni e attuazione/monitoraggio delle linee guida regionali sul governo delle liste di attesa. I referenti aziendali delle liste di attesa dovranno svolgere le seguenti attività:

- 1) Analisi del fabbisogno di prestazioni da recuperare e pianificazione delle attività di recupero (fase attuativa da sviluppare secondo le indicazioni del gruppo guida regionale);
- 2) Programmazione e sviluppo del cronogramma sulle prestazioni da recuperare, secondo le seguenti fasi di attuazione:
  - 1° Fase: riguarderà la programmazione del recupero di tutte le prestazioni e gli interventi relativi alle patologie oncologiche e Cardiologiche;
  - 2° Fase: riguarderà la programmazione del recupero delle prestazioni rimanenti;
- 3) il cronogramma per il recupero per l'anno 2022 riguarderà l'abbattimento del 50% del differenziale tra domanda e offerta (valutato attraverso l'analisi del delta tra domanda e prenotazione erogata, valutazione mensile);
- 4) Liste di Garanzia Allargate: al momento del contatto, nel caso in cui non sia possibile soddisfare la richiesta, l'utente sarà inserito in una lista di Garanzia allargata “nuova lista di garanzia” al fine di essere ricontattato. Qualora, fatti almeno 3 tentativi di contatto telefonico, l'utente non dovesse dare riscontro, entro 24 ore prima dell'appuntamento sarà rimosso dalla lista di garanzia. Le “nuove liste di garanzia” saranno organizzate nella seguente modalità:
  - **per le prestazioni in classe B** (10 giorni): si utilizzano 5 giorni dal momento dell'inserimento nella “nuova lista di garanzia” per tutelare il cittadino e mettergli a disposizione la prestazione prioritariamente nella propria provincia di residenza, ovviamente garantendo un congruo preavviso;
  - **per le prescrizioni in classe D** (30 giorni visite specialistiche) si utilizzano 15 giorni dal momento dell'inserimento nella “nuova lista di garanzia” per tutelare il cittadino e mettergli a disposizione la prestazione prioritariamente all'interno della provincia di residenza, ovviamente garantendo un congruo preavviso;
  - **per le prescrizioni in classe D** (60 giorni esami diagnostici) si utilizzano 15 giorni dal momento dell'inserimento nella “nuova lista di garanzia” per tutelare il cittadino e mettergli a disposizione la prestazione prioritariamente all'interno della provincia di residenza, ovviamente garantendo un congruo preavviso;
  - **per le prescrizioni in classe P** (120 giorni), si utilizzano 15 giorni dal momento dell'inserimento nella “nuova lista di garanzia” per tutelare il cittadino e mettergli a disposizione la prestazione prioritariamente all'interno della provincia di residenza, ovviamente garantendo un congruo preavviso;
- 5) A livello organizzativo il gruppo guida territoriale si farà carico del rispetto di quanto sopra esposto.

## 3) Attività di gestione della prenotazione (focus attività CUP Regionale)

È da prevedere una fase di riprogrammazione e pianificazione delle attività del CUP regionale ove è richiesta una maggiore pro-attività in fase di prenotazione, attraverso un lavoro di allargamento delle liste di garanzia, anche in funzione dell'analisi effettuata per valutare l'impatto delle differenti modalità di prenotazione (tabella seguente).

Modalità di Prenotazione Utilizzata, analisi di tutto il mese di Marzo 2022

MODALITA PRENOTAZIONE - PRIMO CONTATTO	% Tipologia Utilizzata
Sportello	58,74%
Call Center Pesaro	27,46%
Call Center Fermo	12,80%
WEB	1,00%

Le aree di intervento del CUP regionale riguarderanno i seguenti criteri:

- riprogrammazione prioritaria per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni afferenti alle patologie Oncologiche e Cardiologiche con allargamento delle liste di garanzia;
- riprogrammazione delle visite di controllo delle persone con cronicità che nel corso della pandemia non hanno effettuato i controlli programmati, con particolare riferimento all'attuazione del Piano Nazionale della Cronicità, le visite di controllo delle persone con patologie rare e con patologie afferenti alla salute mentale (anche in ambito pediatrico);
- riorganizzazione del Cup Regionale, al fine di garantire le attività in modo più efficiente ed efficace anche attraverso analisi di "customer satisfaction" per valutare la soddisfazione dell'utente. In particolare, si prospetta l'attivazione di un'altra tipologia di prestazione da parte del CUP - Prenotazione in modalità SmartCup: una nuova modalità che prevede la prescrizione specialistica del MMG/PLS con ricetta dematerializzata, registra il record nel data-base (DB di costruzione) nel quale possono essere estratti tutti i dati necessari per la prenotazione da parte di operatori dello SmartCup. La prenotazione degli appuntamenti avverrebbe quindi da remoto e il cittadino non avrebbe la necessità di provvedere alla prenotazione in maniera attiva in quanto l'appuntamento gli verrebbe comunicato dal sistema.

#### **Aspetti Integrativi per la gestione delle Liste di Attesa (LdA): Classificazione delle agende per esigenze di analisi dell'offerta**

Al fine di avere uno strumento di verifica dell'offerta che fotografi correttamente la realtà è necessario che sia implementato a sistema almeno quanto segue:

- non ci siano agende cartacee ma tutta l'offerta sia inserita a CUP;
- le agende siano classificate in funzione della tipologia di attività a cui sono rivolte;
- le agende siano costruite ai sensi della normativa vigente;
- le agende siano realizzate per la presa in carico;
- le agende siano a disposizione dell'ambulatorio per rispondere ad esigenze particolari.

Le attività integrative sopra evidenziate dovranno riguardare:

- i programmi di prestazioni aggiuntive;
- l'incremento del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna;
- la committenza al settore privato accreditato;
- il ricorso alla telemedicina per le visite di controllo.

Aspetto integrativo prioritario dovrà riguardare anche la parte di potenziamento dell'attività di *Telemedicina* per facilitare il recupero delle prestazioni secondo le indicazioni contenute nell'Accordo Stato-Regioni del 27/10/2021 "Indicazioni Nazionali per l'Erogazione di Prestazioni in Telemedicina".

**Obiettivi Prioritari:****Breve termine:**

- Monitoraggio continuo della Domanda e dell'Offerta;
- Rafforzamento dell'erogato in relazione alle specifiche analisi sulla domanda di prestazioni;
- Omogeneizzazione della configurazione delle Agende CUP tra tutti gli Enti e le Strutture utilizzatrici del sistema CUP regionale;
- Aggiornamento e implementazione all'utilizzo del manuale RAO (Raggruppamenti Omogenei di Attesa), rafforzamento della appropriatezza sulla prenotazione della prestazione;
- Miglioramento della qualità del servizio di prenotazione (CUP regionale).

**Medio termine:**

- Progressiva riduzione della mobilità intra-regionale e rafforzamento dell'offerta per AST di residenza.

## 4.2 IL NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO PER L'EMERGENZA-URGENZA

Uno dei pilastri su cui poggia il sistema sanitario regionale è il sistema di emergenza territoriale 118, il quale, oltre a garantire il primo accesso alle cure per i casi emergenziali, consente al cittadino la continuità di assistenza attraverso l'integrazione con le realtà ospedaliere presenti nel territorio.

L'attuale sistema 118, a distanza di oltre venti anni dall'approvazione della l.r. 36/1998 che lo ha istituito, non è più coerente con i profondi cambiamenti del quadro normativo nazionale di settore, con i variati assetti organizzativi e funzionali del territorio, con il mutato contesto socio-economico e in particolar modo con le evoluzioni tecnologiche oggi disponibili in ambito sanitario, sia in termini di sistemi informativi e di telecomunicazione (uno tra tutti il forte impulso innovativo verso la telemedicina), sia di mezzi e strumentazioni biomediche sempre più avanzate e integrate tra loro. L'emergenza pandemica da Covid19 ha inoltre posto in evidenza come il sistema dell'emergenza-urgenza abbia bisogno di un forte ed efficiente coordinamento che superi la dimensione provinciale, collocandosi su un ambito regionale, in considerazione della necessità di garantire i servizi e le risorse laddove maggiore è la richiesta, svincolando il rapporto tra domanda e offerta dalla distribuzione geografica e amministrativa della risorsa stessa.

Anche il forte potenziamento che si è riscontrato nel servizio di elisoccorso, attraverso la realizzazione di una fitta e distribuita rete di elisuperfici, l'abilitazione di siti di atterraggio non convenzionale e il ricorso al NVG (visori ad intensificazione di luce) per il volo notturno, fa sì che l'assetto organizzativo della rete dell'emergenza debba essere significativamente modificato in rapporto a tale impiego, andando quindi a verificare ed eventualmente ricollocare le Potes e i mezzi di soccorso su gomma. In aggiunta a ciò, con l'introduzione del Numero di emergenza Unico Europeo si è evidenziato come il cittadino faccia ampio ricorso alle numerazioni di emergenza (ora tutte convogliate sul NUE 112) anche per richieste di carattere sanitario non urgente o di mera informazione per l'accesso ai servizi sanitari; richieste che rappresentano comunque un bisogno della popolazione e che, se gestite e processate adeguatamente e con gli opportuni strumenti organizzativi, possono impattare significativamente sul corretto e appropriato utilizzo da parte dei cittadini dei servizi di emergenza (118, Pronto Soccorso, etc.).

Pertanto, risulta opportuno procedere a una sostanziale riforma del sistema di emergenza territoriale, superando il modello della l.r. 36/1998 e al contempo istituire il NEA 116117 (Numero Europeo Armonizzato per le cure mediche non urgenti 116117) che, opportunamente integrato con i numeri di emergenza già esistenti, consenta la presa in carico univoca ed uniforme del cittadino, a prescindere dalla natura della richiesta. L'istituzione del NEA 116117 deve ricoprire il ruolo di hub funzionale per le Centrali Operative Territoriali (COT), così come previste nel PNRR. Tale integrazione necessita di una governance unitaria, sia sotto il profilo amministrativo sia tecnico-operativo, che coordini e gestisca, attraverso un uso razionale delle risorse umane e strumentali, una uniformità di gestione e procedure e il perseguimento di economie di scala, le seguenti articolazioni:



- Centrali di Risposta:
  - Centrale Unica di Risposta (CUR) NUE 112;
  - Centrali Operative (C.O.) 118;
  - Centrali Coordinamento Trasporti (CCT);
  - Centrale NEA 116117;
- Servizi Territoriali:
  - POTES (Postazioni territoriali emergenza sanitaria);
  - Trasporti Sanitari;
  - Elisoccorso.

In tale ottica, sarà necessario l'avvio di un percorso legislativo volto a superare il frammentato modello organizzativo introdotto con la l.r. 36/1998 e a prevedere la costituzione di una struttura di riferimento regionale che curi la gestione e il coordinamento delle articolazioni di cui sopra, sulla scorta delle esperienze positive già maturate a livello nazionale, che hanno prodotto importanti risultati in termini di efficacia, efficienza e di economicità.

La revisione della l.r. 36 /1998 dovrà definire, in particolare:

- il nuovo assetto e le funzioni delle Centrali Operative 118;
- la tipologia di aggregazione tra POTES e Centrale Operativa;
- le modalità di integrazione tra POTES e Dipartimento di emergenza.

**Gli obiettivi strategici** della Struttura di riferimento regionale dovranno, quindi, portare, su scala regionale, a:

- creare un Coordinamento Unico Regionale dell'Emergenza pre-ospedaliera (CURE) che abbia come finalità la programmazione, la standardizzazione, il management e il monitoraggio della spesa del Sistema di Emergenza Territoriale (SET);
- favorire la continua ottimizzazione e coordinamento tra le centrali soprarichiamate e tra i servizi operativi per la gestione delle emergenze e dei trasporti sanitari;
- aggiornare ed uniformare la gestione della risposta alla chiamata di emergenza e dell'organizzazione delle operazioni di soccorso e trasporto, secondo criteri e modalità di intervento omogenee e validate dalla comunità scientifica, a garanzia dell'equità di accesso al sistema ospedaliero dell'emergenza;
- uniformare le procedure (es. protocolli per il trattamento delle patologie tempo-dipendenti) e i percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) a garanzia della continuità delle cure dalla sede di insorgenza dell'evento alle strutture di accettazione e ai percorsi interni dei DEA di riferimento, attraverso una forte integrazione con le realtà ospedaliere del territorio;
- coordinare in maniera univoca il collegamento tecnico e scientifico con i dipartimenti di emergenza e urgenza ospedalieri;
- ottimizzare e uniformare le logiche con cui vengono definite collocazione e tipologia delle Potes, in funzione dell'effettivo fabbisogno del territorio, in relazione alla letteratura scientifica e agli esiti di salute attesi, in considerazione dell'orografia territoriale e dei tempi di percorrenza su gomma piuttosto che su ala rotante, garantendo il rafforzamento del soccorso professionale sanitario e favorendo la valorizzazione del personale dipendente del Servizio Sanitario Regionale;
- promuovere il coinvolgimento uniforme sul territorio dei soggetti del terzo settore, in attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale;
- gestire in maniera omogenea il convenzionamento per l'attività di soccorso sanitario extra ospedaliero di base con le organizzazioni di volontariato, nel rispetto della specifica normativa di riferimento;
- garantire percorsi formativi certificati omogenei e strutturati a tutte le componenti del sistema di emergenza territoriale;
- programmare in maniera univoca i fabbisogni del personale necessari a garantire l'efficiente e razionale operatività del trasporto sanitario;
- omogeneizzare la reportistica e la raccolta dati per i flussi informativi e per i registri per patologia, nonché per lo studio e l'analisi dei dati epidemiologici;

- con il contributo del CURE monitorare in maniera coordinata e centralizzata gli standard di qualità prefissati, in termini di efficienza, efficacia, appropriatezza, equità di accesso, sicurezza, accettabilità da parte dell'utenza primaria e secondaria in un contesto di sostenibilità economica;
- centralizzare e omogeneizzare le politiche di gestione dell'assetto ATL (amministrativo-tecnico-logistico) del sistema di emergenza territoriale;
- centralizzare i percorsi di approvvigionamento e gestione in esercizio di beni e servizi, con il perseguimento delle opportune economie di scala;
- uniformare il parco delle tecnologie biomediche e degli automezzi di soccorso e delle dotazioni strumentali in termini qualitativi in rapporto alla gestione dell'ottimizzazione e management delle risorse, così da garantire anche una standardizzazione e maggior versatilità e fruibilità funzionale sul territorio;
- integrare i sistemi informativi a supporto del servizio di emergenza territoriale, mettendo a sistema l'intera catena di soccorso, a partire dalla localizzazione dell'evento presso il NUE 112, sino all'invio dei mezzi sul target evento;
- garantire piena autonomia nella pianificazione dei piani di investimento e delle relative priorità;
- garantire l'attuazione di piani regionali di ammodernamento tecnologico nell'ottica dell'implementazione di reti informatizzate a supporto dei percorsi clinici nella gestione delle emergenze, con particolare riguardo alle applicazioni della telemedicina;
- gestire in maniera univoca e coordinata il rapporto con gli Enti statali e regionali deputati, a vario titolo, al pronto intervento e alla gestione di massicci afflussi di feriti e maxi-emergenze (prefetture, protezione civile, forze dell'ordine, vigili del fuoco, soggetti del terzo settore, etc.);
- supervisionare e coordinare, con politiche unitarie e coordinate, le attività di autorizzazione e accreditamento degli enti del terzo settore che operano nell'ambito del sistema di trasporto sanitario regionale;
- garantire il raccordo coordinato con le strutture deputate alla continuità assistenziale, con i servizi territoriali e ospedalieri, nonché con le COT, ai fini dell'efficientamento nel raccordo operativo del NEA 116117.

#### **Obiettivo Prioritario:**

A breve-medio termine

Revisione della l.r. 36/1998 e costituzione di una Struttura di riferimento Regionale, la cui Mission principale sarà quella di razionalizzare, integrare, coordinare, efficientare, gestire e monitorare le attività sopra declinate. Tale azione richiede il coinvolgimento degli stakeholders, tramite tavoli tecnici già in essere e costituiti ad hoc.

### **4.3 IL SISTEMA DEI CONTROLLI**

Il sistema dei controlli è una componente fondamentale del SSN a garanzia della qualità dei servizi offerti e dell'efficienza e dell'efficacia dell'utilizzo delle risorse. Interessa tutti gli ambiti del sistema ed è articolato su più livelli coordinati ed integrati fra loro.

*Livello Ministeriale:* il sistema dei controlli a livello centrale è ampio e molto articolato, il più rilevante riguarda la verifica a livello regionale dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Le Regioni per poter accedere alla quota integrativa del Fondo Sanitario Nazionale sono tenute al rispetto degli Adempimenti stabiliti congiuntamente dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e Finanze. Il sistema di valutazione, monitoraggio e verifica dell'attività sanitaria erogata da soggetti pubblici e privati accreditati si articola attraverso un insieme di indicatori relativi ai tre macro livelli di assistenza (prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera) ed è stato profondamente rinnovato a seguito dell'adozione del d.m. 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria". La verifica è effettuata dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA istituito presso il Ministero della Salute che, a tal fine, fissa annualmente i criteri per la verifica degli adempimenti da parte delle Regioni. La verifica finale viene effettuata dal Tavolo di verifica degli adempimenti istituito presso il Ministero dell'Economia e Finanze (RGS) che certifica l'adempimento/non adempimento della Regione.

*Livello regionale:* la legge regionale 8 agosto 2022, n. 19 “Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale” al Capo VI “Vigilanza e controllo” disciplina le diverse forme in cui si articola il controllo/vigilanza sugli Enti del SSR per la verifica della conformità delle attività svolte alle disposizioni statali e regionali. Prevede che presso ciascun Ente del SSR l’istituzione di una apposita unità di controllo interno di gestione, disciplina la vigilanza e il controllo sugli atti, sugli organi e il controllo di qualità.

L’articolo 20 della medesima legge regionale individua tra i compiti della Giunta regionale il controllo della spesa e la vigilanza sulla imparzialità e buon andamento dell’attività e sulla qualità dell’assistenza anche mediante l’esercizio dell’attività ispettiva. La legge regionale 6 febbraio 2020, n. 3 “Disciplina dell’attività ispettiva in materia sanitaria e socio-sanitaria” fornisce un quadro normativo regionale all’attività ispettiva finalizzato al miglioramento dell’efficacia e dell’efficienza del SSR. L’attività ispettiva può essere ordinaria o straordinaria. L’attività ordinaria è svolta secondo il Piano annuale dell’attività ispettiva, l’attività straordinaria riguarda invece situazioni particolari per gravità e urgenza ed è attivata d’ufficio, anche a seguito di denuncia/segnalazione, ovvero su richiesta della Giunta regionale o dei consiglieri regionali.

La legge regionale 30 settembre 2016, n. 21 “Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati” prevede controlli e sopralluoghi presso le strutture autorizzate all’esercizio per la verifica periodica della permanenza dei requisiti autorizzativi minimi. Per le strutture accreditate prevede la verifica della permanenza dei requisiti necessari per l’accreditamento e/o l’attuazione delle prescrizioni eventualmente impartite. L’attività è svolta avvalendosi dell’Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA), dei Dipartimenti di Prevenzione delle AST territorialmente competenti e, per le strutture sociali, di una apposita Commissione tecnico-consulativa costituita presso ciascun ambito territoriale sociale.

Per il controllo dell’appropriatezza delle prestazioni erogate e per l’individuazione di eventuali fenomeni opportunistici, in coerenza con quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, è previsto un sistema di controllo delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero degli erogatori pubblici e privati accreditati e con rapporto contrattuale con il SSR. Il Comitato Verifica Prestazioni Sanitarie (CVPS), istituito all’interno di ciascun Ente del SSR, effettua le verifiche previste nel Piano di controllo delle prestazioni sanitarie vigente e comunica trimestralmente gli esiti e le azioni di miglioramento intraprese al Comitato Verifica Prestazioni Sanitarie Regionale (CVPSR). Il CVPSR, sulla base dell’esame della reportistica presentata dai CVPS degli Enti del SSR, provvede all’aggiornamento del Piano dei controlli e le connesse modalità organizzative.

A questi si aggiungono i controlli nei diversi settori dell’attività, come ad esempio l’assistenza farmaceutica (convenzionata e ospedaliera), l’assistenza protesica, controlli in materia di prevenzione medica (ambienti di vita e lavoro, sicurezza alimentare, salute e ambiente, prevenzione nelle comunità), di prevenzione veterinaria (sanità animale, alimenti di origine animale, allevamenti e produzioni zootecniche), ecc.

*Livello delle aziende sanitarie:* funzioni di controllo interno (Controllo di gestione, nuclei interni di controllo sulle prestazioni, internal audit, RPCT) quali strumenti delle Direzioni Generali per leggere le realtà aziendali e compiere scelte funzionali al raggiungimento dei risultati attesi.

Gli obiettivi sanitari ed economici delle direzioni degli Enti del SSR e i relativi indicatori di misurazione sono definiti dalla Giunta regionale in coerenza con la normativa nazionale e regionale e sono orientati all’appropriatezza e all’efficienza, nonché al perseguimento dei maggiori livelli qualitativi nell’erogazione di prestazioni e servizi a favore dei cittadini.

Gli obiettivi riguardano in particolare:

- gli adempimenti nazionali monitorati dal Ministero della Salute e dal Ministero dell’Economia e Finanze per la verifica dell’erogazione dei LEA, con particolare riferimento agli obiettivi del Nuovo Sistema di Garanzia NGS;
- gli impegni previsti dal Regolamento per la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera di cui al d.m. 2 aprile 2015, n. 70, a cui si aggiungeranno

quelli riguardanti il Regolamento per la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, di cui al d.m. 23 maggio 2022, n. 77;

- le azioni finalizzate al mantenimento del posizionamento regionale tra le Regioni di riferimento per la determinazione dei costi e fabbisogni standard nel settore sanitario di cui al d.lgs. 6 maggio 2011, n. 68;
- il rispetto dei vincoli e delle condizioni stabilite per evitare il ricorso ai piani di rientro aziendale di cui all'articolo 1, comma 524 e ss, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 per le Aziende Ospedaliere, le Aziende Ospedaliere Universitarie, gli Istituti di Ricovero e cura a carattere scientifico;
- il rispetto del Piano Socio-Sanitario regionale;
- gli Accordi e Intese in Conferenza Stato-Regioni, gli aggiornamenti normativi nazionali e altri atti di programmazione sanitaria relativi all'orizzonte temporale di riferimento.

Fattore comune ai diversi livelli, e aspetto di fondamentale importanza, riguarda lo sviluppo e l'integrazione dei sistemi informativi regionali/aziendali e la conseguente rilevazione completa e tempestiva delle diverse informazioni essenziali per una migliore conoscenza del sistema sanitario regionale. Il patrimonio informativo che ne deriva, oltre che consentire di ottemperare al debito informativo nei confronti del livello ministeriale, rappresenta l'elemento fondamentale per disporre della conoscenza necessaria per la definizione delle misure programmatiche e delle conseguenti azioni di intervento.

Tutti i diversi ambiti legati al sistema dei controlli fin qui illustrati non vanno intesi quindi come un mero adempimento da parte degli Enti del SSR ma sono elementi essenziali per il miglioramento del Servizio Sanitario Regionale in quanto forniscono gli elementi necessari per consentire l'adeguamento continuo della programmazione sanitaria regionale.

#### **4.4 RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE**

Nel corso degli ultimi anni gli atti regionali si sono prevalentemente focalizzati nello sviluppo di un sistema armonizzato per il rischio clinico sulla base dell'impulso applicativo della legge 24/2017, ed attivato con la costituzione del Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente (DGR n.1093 del 06/08/2018).

Il Centro Regionale ha per prima cosa implementato un sistema di rete con le Aziende Sanitarie al fine di favorire le sinergie operative fra i coordinatori delle attività di gestione del rischio clinico delle Aziende Sanitarie nell'ottica di una omogenea applicazione delle indicazioni nazionali e regionali, mettendo a punto i necessari strumenti operativi, primo tra tutti lo sviluppo e la standardizzazione documentale del sistema di *Incident Reporting*, nonché attivando una attività di implementazione sistemica delle Raccomandazioni Ministeriali a livello delle Aziende Sanitarie. In secondo luogo è stato dato avvio ad una intensa attività formativa, espletata in maniera coordinata alla luce delle Linee di Indirizzo Regionali adottate con DGR n.127 del 13/02/2019, con la quale è stata:

- implementata una vasta opera di sensibilizzazione sulle problematiche della sicurezza delle cure a tutto il personale sanitario attraverso la somministrazione dei concetti basilari del rischio clinico;
- sviluppata una rete di referenti per il rischio clinico in tutte le Aziende Sanitarie attraverso una azione formativa volta alla condivisione e utilizzo di strumenti specifici per la gestione del rischio clinico.

In terzo luogo è stato previsto un percorso di sviluppo strutturato della funzione di gestione del rischio a livello aziendale tramite la definizione degli standard operativi adottati con la DGR n.10 del 20/01/2020. Tale percorso, purtroppo, è stato inficiato dalla emergenza pandemica che necessariamente ha focalizzato l'azione degli organi aziendali sul contrasto al Covid-19.

**Obiettivi Prioritari Rischio Clinico:****Breve termine:**

Consolidamento dei risultati raggiunti:

- Rafforzare l'armonizzazione regionale in materia di rischio clinico attraverso il ripristino della piena operatività del Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente che negli ultimi due anni si è ridotta a causa dell'emergenza pandemica.
- Stimolare ancora più a fondo la cultura della prevenzione del rischio attraverso l'intensificazione delle segnalazioni all'interno del sistema di *Incident Reporting*.
- Monitorare l'applicazione procedurale delle Raccomandazioni Ministeriali stimolando l'attività preventiva su tutte le raccomandazioni per tutte le Aziende Sanitarie compresa l'attività di manutenzione delle procedure già adottate.
- Aggiornare il piano triennale della formazione per il rischio clinico sulla base delle criticità rilevate e dello sviluppo prospettico.
- Dare inizio al percorso graduale per l'adeguamento delle attività di rischio clinico agli standard già adottati con DGR n.10 del 20/01/2020, prevedendola quale obiettivo nei contratti dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, comprensivo del necessario adeguamento in termini di risorse umane dedicate.

Sviluppo attività di gestione del Rischio:

- Realizzazione di un unico sistema regionale informatizzato su cui possono essere raccolti i dati scaturenti da tutta l'attività di *Incident Reporting* delle Aziende Sanitarie, finalizzata anche alla costruzione di un sistema dinamico di analisi epidemiologica del rischio.
- Sviluppo di strumenti proattivi di analisi del rischio quali: *Global Trigger Tool* e *Safety Walk Around* con l'inserimento degli esiti nel sistema informatizzato sopra citato.
- Attivazione di uno specifico settore di attività dedicato alla ricognizione delle buone pratiche a livello regionale in seno al Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente.
- Attivazione di specifiche attività dedicate al settore delle Cure primarie e della riorganizzazione della sanità territoriale in genere.

**Obiettivi di governo clinico**

Accanto ai sopracitati obiettivi specifici per il rischio clinico è opportuno declinare almeno due macro obiettivi riconducibili all'ambito più generale del Governo Clinico (di cui il Rischio Clinico rappresenta solo una delle molteplici aree di competenza) e correlati anch'essi alla qualità delle cure e quindi da sviluppare in tutta la classe degli operatori sanitari. Per loro natura è necessario che questi obiettivi vengano declinati negli obiettivi di budget delle Unità Operative (mediche e chirurgiche) coinvolte:

- Sviluppo di una attività ordinaria di audit clinico delle Unità Operative, quindi ben distinta dall'attività di audit dedicati alla gestione del Rischio Clinico (*Significant Event Audit*).
- Definizione di requisiti di accreditamento professionale per gli operatori sanitari, a partire dall'area critica e chirurgica.

## 5 LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA, DELLA PROTESICA E DEI DISPOSITIVI MEDICI

### 5.1 ASSISTENZA FARMACEUTICA

Il tema dell'assistenza farmaceutica è un tema di rilevanza nazionale e regionale ormai da diverso tempo, e lo conferma anche la recente discussione a livello nazionale sull'aggiornamento dei processi che sono alla base della governance sui farmaci. Essendo il farmaco uno strumento di tutela della salute, la sua erogazione da parte del SSN rientra nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Il servizio svolto dall'assistenza farmaceutica è quello di promuovere la salute pubblica attraverso l'utilizzo e l'equo accesso da parte di tutti i cittadini a farmaci sicuri ed efficaci, assicurando che la spesa farmaceutica si mantenga nell'ambito della cornice finanziaria programmata.

L'assistenza farmaceutica viene garantita dalla farmacia interna in accordo al DPR n. 128 del 1969 che ne prevede una ogni ospedale e dal servizio farmaceutico territoriale a cui sono attribuite le competenze dell'ex medico provinciale legge 833/1978.

Al fine di attuare gli indirizzi indicati, risulta centrale il governo della politica del farmaco a livello regionale. L'interesse prioritario che deve guidare l'attività è l'interesse dei cittadini, pur nel rispetto delle disposizioni di carattere finanziario previste per il settore farmaceutico, garantendo il corretto rapporto con tutti gli attori del sistema.

Per questo fine, le attività di carattere generale da svolgere devono essere rivolte a:

- sviluppare modalità operative innovative nell'organizzazione ed erogazione dei servizi;
- perseguire il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza;
- mantenere elevati livelli di qualità riducendo i costi in applicazione degli standard regionali;
- garantire l'assistenza come competenza fondamentale, che deve essere prestata con continuità e secondo criteri di integrazione organizzativa e multidisciplinare.

In ambito farmaceutico gli obiettivi da perseguire a livello regionale e territoriale sono:

- garantire l'accesso sicuro ed efficace alle terapie innovative con l'uso etico delle risorse;
- attivare percorsi appropriati che consentano all'assistito di poter ricevere anche come cure domiciliari l'assistenza farmaceutica di tipo complesso;
- valorizzare le Farmacie del territorio attraverso i Servizi offerti.

Il continuo progresso tecnologico e le dinamiche demografiche attese legate all'invecchiamento della popolazione italiana determineranno nei prossimi anni un'ulteriore espansione della domanda di nuove e costose tecnologie sanitarie (farmaci, dispositivi medici, attrezzature sanitarie e sistemi diagnostici) che rende indispensabile un incessante e rinnovato impegno verso livelli di efficienza ed efficacia ottimali, nell'azione di governo del sistema sanitario nel suo complesso.

La spesa per le nuove tecnologie può diventare un investimento solo quando produce risultati in termini di salute o riduce altri costi sanitari.

La World Health Organization (WHO) ha affermato che molti tumori hanno elevate probabilità di cura se diagnosticati precocemente e trattati adeguatamente. In questo contesto trova applicazione il concetto dell'Early Treatment che ha come presupposto l'investimento in salute e, in particolare, in trattamenti farmacologici, laddove disponibili, nelle fasi precoci della patologia con il duplice obiettivo di:

- Consentire al paziente di beneficiare di una potenziale cura per la sua malattia;
- Eliminare/ritardare procedure e trattamenti futuri.

Anticipando il trattamento del tumore alle fasi iniziali della malattia si possono dunque aumentare i benefici non solo per il paziente in termini di outcome sanitari, ma anche per il Sistema Sanitario Regionale che si troverebbe a fronteggiare un numero minore di recidive o progressioni di alcune patologie con risvolti positivi in termini di

burden clinico/economico da sostenere. Nuove terapie, quali le immuno-terapie, stanno cambiando il paradigma di cura in diversi tipi di tumore nei setting precoci neo adjuvanti e adjuvanti e, grazie ai benefici clinici che stanno dimostrando, possono configurarsi come driver di un processo di rivalutazione dell'importanza della ricerca scientifica, dell'innovazione e, in questo caso specifico, dell'importanza di curare i pazienti nelle fasi precoci della malattia utilizzando i migliori trattamenti a disposizione.

In ambito farmaceutico spetta all' Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) il compito di definire le condizioni di rimborsabilità e il prezzo dei farmaci, ma le Regioni hanno un ruolo importante nella definizione del posizionamento terapeutico rispetto alle alternative e nell'indirizzare le risorse verso un uso etico.

La complessità delle terapie farmacologiche e l'aumento dell'età dei pazienti sono di frequente causa di interazioni farmacologiche con conseguenti reazioni avverse e abbandono delle terapie, aumentando i costi del sistema sanitario regionale in termini aumento dei ricoveri ospedalieri e cure domiciliari.

Particolare attenzione dovrà essere pertanto dedicata al tema dell'aderenza alla terapia, alla farmacovigilanza e dispositovigilanza. L'attenzione alla sicurezza dei farmaci e dei dispositivi è importante ed è intenzione della Regione proseguire l'attività di sorveglianza.

#### **Obiettivi Prioritari:**

Al fine di accompagnare gradualmente il SSR verso la piena operatività di un modello unificante di governo a rete delle tecnologie sanitarie, sono identificati quali obiettivi prioritari della programmazione i seguenti:

- garantire a tutti i cittadini l'accesso alle terapie innovative promuovendo l'uso etico delle risorse;
- proseguire nel percorso di miglioramento continuo dell'appropriatezza prescrittiva;
- favorire l'uso dei farmaci a brevetto scaduto quale strumento per liberare risorse;
- assicurare la sicurezza delle tecnologie con particolare attenzione alla interazione tra farmaci, alla aderenza terapeutica, alle transizioni di cura e al controllo degli errori farmacologici;
- aumentare la partecipazione del cittadino alle politiche farmaceutiche;
- valorizzare il ruolo delle farmacie attraverso la sperimentazione dei nuovi servizi;
- promuovere, anche in tema di prevenzione, un sistema logistico efficiente (stoccaggio, conservazione e distribuzione dei vaccini) che consenta il tracciamento dei vaccini funzionale alla rete di farmacovigilanza.

#### **La promozione della Farmacia dei Servizi e la Farmacovigilanza**

Nell'ambito della riorganizzazione delle Cure Primarie, si intende implementare i servizi nelle farmacie riconoscendo alla rete delle farmacie pubbliche e private professionalità, capillarità e vicinanza al cittadino, soprattutto nelle aree più disagiate.

Si dovranno promuovere programmi per sviluppare nuove funzioni della Farmacia, anche sulla base del d.m. 77/2022, che coinvolgano la Farmacia dei Servizi e le Farmacie SSN (Ospedaliere e Territoriali) in particolare il controllo dell'aderenza terapeutica, l'informazione sulla corretta assunzione dei farmaci e la farmacovigilanza.

Annualmente vengono elaborati dagli Enti e dalle Aziende Sanitarie progetti di farmacovigilanza attiva finanziati da AIFA volti a migliorare l'utilizzo dei farmaci nei vari setting assistenziali e approfondire il profilo di safety.

La sorveglianza *post marketing* dei farmaci in Italia viene svolta in collaborazione con gli altri stati europei, i problemi che emergono vengono condivisi, confrontati e discussi. È regolata da norme e procedure che coinvolgono soggetti con ruoli ben definiti: gli operatori sanitari, i cittadini, le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Farmaceutiche, le Regioni e l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Tutto il sistema di farmacovigilanza italiano è coordinato dall'AIFA che svolge numerose funzioni per:

- verificare con regolarità il sistema di farmacovigilanza, i cui risultati vengono riferiti alla Commissione Europea ogni anno;
- promuovere il processo di informatizzazione di tutti i flussi di dati necessari alla farmacovigilanza, gestendo e coordinando, in particolare, la rete nazionale di farmacovigilanza, che collega le strutture sanitarie, le regioni e le aziende farmaceutiche;
- collaborare con l'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA), con i competenti organismi degli altri Stati membri dell'Unione Europea (UE) e con la Commissione europea alla costituzione ed alla gestione di una

rete informatizzata europea, per agevolare lo scambio delle informazioni inerenti la farmacovigilanza dei medicinali commercializzati nella UE;

- promuovere e coordinare, anche in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), studi e ricerche di farmacoutilizzazione, farmacovigilanza attiva e farmacoepidemiologia;
- promuovere iniziative idonee per la corretta comunicazione delle informazioni relative alla farmacovigilanza, ai cittadini ed agli operatori sanitari;
- provvedere, avvalendosi della Commissione Tecnico Scientifica (CTS) e in collaborazione con il Consiglio Superiore di Sanità (CSS), a predisporre la relazione annuale sulla farmacovigilanza da presentare al Parlamento;
- organizzare, con la partecipazione dell'ISS, riunioni periodiche con i responsabili di farmacovigilanza presso le Regioni, per concordare le modalità operative relative alla gestione della farmacovigilanza;
- revocare o modificare il proprio provvedimento nel rispetto di quanto deciso dalla Commissione UE;
- assicurare l'osservanza delle disposizioni in materia di farmacovigilanza, ispezionando i locali, le registrazioni e i documenti dei titolari di AIC;
- analizzare e controllare le sospette reazioni avverse gravi relative ai medicinali autorizzati con procedura di mutuo riconoscimento o decentrata, qualora l'Italia sia lo Stato membro di riferimento.

L'attuale sistema italiano di sorveglianza delle reazioni avverse ai farmaci si basa sulla Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF). Attiva dal novembre 2001, la RNF garantisce da un lato la raccolta, la gestione e l'analisi delle schede di segnalazioni spontanee di sospette reazioni avverse al farmaco (*Adverse Drug Reaction*, ADR) compilate da operatori sanitari e cittadini e dall'altro la pronta e capillare diffusione delle informazioni diramate dall'AIFA in merito alla sicurezza dei farmaci, attraverso un *network* che coinvolge AIFA, le 20 Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, 204 Aziende Sanitarie Locali, 112 Ospedali, 38 Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico e 561 industrie farmaceutiche. Dal 2006 le attività di Farmacovigilanza sono state potenziate attraverso il collegamento della RNF all'*Eudravigilance*, *database* Europeo coordinato dall'EMA, che raccoglie tutte le segnalazioni di sospetta ADR provenienti da ogni singolo Stato membro.

### **Antibiotico-resistenza**

Lo sviluppo e l'impiego degli antibiotici, a partire dalla seconda metà del XX secolo, ha rivoluzionato l'approccio al trattamento e alla prevenzione delle malattie infettive e delle infezioni permettendo l'evoluzione della medicina moderna. Tuttavia, la comparsa di resistenza agli antibiotici rischia di rendere vane queste conquiste.

Negli ultimi anni, il fenomeno dell'antibiotico-resistenza (AMR, Antimicrobial resistance) è aumentato notevolmente e ha reso necessaria una valutazione dell'impatto in sanità pubblica, specifica per patogeno, per antibiotico e per area geografica. Infatti, i microrganismi multi-resistenti possono causare malattie anche molto differenti, per sito di infezione, per severità, per incidenza, possono essere sensibili a un numero più o meno elevato di chemioterapici e possono essere contrastati con diverse tipologie di strategie di prevenzione, inclusa la vaccinazione, con particolare riferimento all'introduzione della somministrazione in farmacia del vaccino contro il virus dello Pneumococco.

Il problema della resistenza agli antibiotici è complesso poiché riconosce diverse cause:

- l'aumentato uso di questi farmaci (incluso l'utilizzo non appropriato) sia in medicina umana che veterinaria;
- l'uso degli antibiotici in zootecnia e in agricoltura;
- la diffusione delle infezioni correlate all'assistenza causate da microrganismi antibiotico-resistenti (e il limitato controllo di queste infezioni);
- la maggiore diffusione dei ceppi resistenti dovuto a un aumento dei viaggi e degli spostamenti internazionali.

L'uso continuo degli antibiotici aumenta la pressione selettiva favorendo l'emergere, la moltiplicazione e la diffusione dei ceppi resistenti. Inoltre, la comparsa di patogeni resistenti contemporaneamente a più antibiotici (multidrug-resistance) riduce ulteriormente la possibilità di un trattamento efficace. È da sottolineare che questo



fenomeno riguarda spesso infezioni nosocomiali, che insorgono e si diffondono all'interno di ospedali e di altre strutture sanitarie.

L'AMR oggi è uno dei principali problemi di sanità pubblica a livello mondiale con importanti implicazioni sia dal punto di vista clinico (aumento della morbilità, della mortalità, dei giorni di ricovero, possibilità di sviluppo di complicanze, possibilità di epidemie), sia in termini di ricaduta economica per il costo aggiuntivo richiesto per l'impiego di farmaci e di procedure più onerose, per l'allungamento delle degenze in ospedale e per eventuali invalidità.

Negli ultimi decenni, organismi internazionali, quali l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC) hanno prodotto raccomandazioni e proposto strategie e azioni coordinate atte a contenere il fenomeno, riconoscendo l'AMR come una priorità in un ambito sanitario.

In occasione dell'Assemblea mondiale della sanità (2015), l'OMS ha adottato il Piano d'azione globale (GAP) per contrastare la resistenza antimicrobica fissando cinque obiettivi strategici finalizzati a:

- migliorare i livelli di consapevolezza attraverso informazione ed educazione efficaci rivolti al personale sanitario e alla popolazione generale;
- rafforzare le attività di sorveglianza;
- migliorare la prevenzione e il controllo delle infezioni;
- ottimizzare l'uso degli antimicrobici nel campo della salute umana e animale;
- sostenere ricerca e innovazione.

L'Unione europea è impegnata da molti anni a combattere il fenomeno dell'antibiotico-resistenza. Nel 2017 ha messo a punto il nuovo Piano d'azione per contrastare l'antibiotico-resistenza, basato su un approccio "One Health" che considera in modo integrato la salute dell'uomo, degli animali e dell'ambiente. Seguendo queste raccomandazioni, in Italia, nel 2017 è stato approvato con un'intesa tra il governo e le Regioni il "Piano nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza (PNCAR) 2017-2020" che indica le strategie per un contrasto del fenomeno a livello, locale, regionale e nazionale, coerenti con gli obiettivi dei piani di azione dell'OMS e dell'Unione europea e con la visione One Health. Il PNCAR è stato prorogato fino al 2021 e sarà aggiornato con un nuovo Piano che sarà valido per gli anni 2022-2025. In entrambi questi Piani, la sorveglianza dell'antibiotico-resistenza rappresenta una delle aree strategiche prioritarie in quanto è indispensabile per verificare l'impatto delle strategie adottate e il raggiungimento di alcuni degli indicatori del Piano stesso. A tal proposito è utile promuovere e diffondere a livello regionale l'esecuzione in farmacia del test PCR (proteina C-Reattiva), per i vantaggi che la sua effettuazione in tale luogo di prossimità avrà sia per i cittadini sia, più in generale, per il sistema sanitario nel contrasto all'antibiotico-resistenza.

#### **Obiettivo Prioritario:**

##### **Breve termine:**

sorveglianza attiva sull'antibiotico resistenza e sull'uso appropriato degli antibiotici, in coerenza con le strategie indicate nel PNCAR 2017/2021 e nel PNCAR 2022/2025, anche attraverso l'effettuazione in farmacia del test PCR (proteina C-Reattiva).

Collaborare con i clinici alla scelta appropriata dell'antibiotico e all'accesso rapido al farmaco, grazie all'inserimento della consulenza farmacologica in cartella clinica dei pazienti ospedalizzati.

Contrastare l'abuso degli antibiotici attraverso la promozione della distribuzione in dosi uniche personalizzate da parte delle Farmacie dei Servizi e delle Farmacie SSN (Ospedaliere e Territoriali).

Promuovere l'informazione ai cittadini sull'uso corretto degli antibiotici da parte delle Farmacie dei Servizi e delle Farmacie SSN (Ospedaliere e Territoriali).

Proseguire nell'aumento del numero di segnalazioni di farmacovigilanza sia nel setting ospedaliero sia nel setting territoriale.

Collaborare in team multidisciplinari di medicina ospedaliera, territoriale e veterinaria perseguendo l'obiettivo di salute One Health.

## I sistemi di sorveglianza dell'AMR

L'importanza del fenomeno e la sua diffusione a livello mondiale hanno portato all'attivazione di numerosi sistemi di sorveglianza, basati sulla raccolta dei dati di laboratorio a livello locale o nazionale. Per rendere omogenei e interpretabili i dati raccolti da questi sistemi e favorire il confronto tra i vari Paesi, nel 2000 è stata creata una rete di sorveglianza europea che nel 2010 ha assunto caratteristiche istituzionali diventando la rete europea EARS-Net (European Antimicrobial Resistance Surveillance Network) coordinata dall'ECDC. EARS-Net rappresenta un network di reti nazionali che raccoglie i dati di antibiotico-resistenza di 30 Paesi europei.

Nel 2015, l'OMS ha lanciato il progetto GLASS (Global Antimicrobial Resistance Surveillance System) a supporto del Global Action Plan per rafforzare le evidenze disponibili sull'AMR a livello globale. A partire da maggio 2021, 109 Paesi e territori in tutto il mondo si sono iscritti a GLASS.

In Italia, dal 2001 l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) coordina la sorveglianza nazionale dell'antibiotico-resistenza AR-ISS. Questa sorveglianza è nata come una sorveglianza sentinella basata su una rete di laboratori ospedalieri di microbiologia reclutati su tutto il territorio nazionale su base volontaria, con l'obiettivo primario di descrivere frequenza e trend di antibiotico-resistenza in un selezionato gruppo di batteri isolati da infezioni di sicura rilevanza clinica (batteriemie o meningiti) che rappresentano sia infezioni acquisite in ambito comunitario (*Streptococcus pneumoniae*) sia infezioni associate all'assistenza sanitaria (*Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecium* e *E. faecalis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Acinetobacter baumannii* group). Per ogni microrganismo l'attenzione è posta prevalentemente su alcuni antibiotici o classi di antibiotici particolarmente significativi in terapia o per il monitoraggio dell'andamento dell'antibiotico-resistenza, tenendo conto delle esigenze informative europee del sistema EARS-Net.

A gennaio 2019 il protocollo della sorveglianza AR-ISS è stato aggiornato attraverso una Circolare del Ministero della Salute con l'obiettivo di migliorarne la performance, in linea con quanto richiesto dal PNCAR, mediante il coinvolgimento attivo delle Regioni anche attraverso le reti di sorveglianza regionali già esistenti e in organizzazione; questo ha permesso di aumentare considerevolmente la rappresentatività a livello regionale e nazionale. Il numero dei laboratori che aderiscono alla sorveglianza AR-ISS è passato da circa 50 negli anni passati a 98 per il 2018 e 130 nel 2019. Nel 2020 alla sorveglianza AR-ISS hanno partecipato 153 laboratori distribuiti in 20 Regioni/PA (la Sardegna per l'anno 2020 non ha partecipato alla sorveglianza. Attraverso l'AR-ISS, l'Italia partecipa alla sorveglianza europea EARS-Net; i dati italiani sono elaborati, analizzati e confrontati con quelli degli altri Paesi europei e pubblicati ogni anno in occasione della Giornata europea degli antibiotici (18 novembre). I dati sono disponibili on line sul sito dell'ECDC nelle pagine dedicate al "Surveillance Atlas of Infectious Diseases" e in un rapporto annuale disponibile sul sito stesso dell'ECDC. Dal 2018 AR-ISS fornisce i dati relativi alle batteriemie anche alla sorveglianza GLASS dell'OMS.

Oltre ad AR-ISS, nel 2013 il ministero della Salute ha istituito un sistema di sorveglianza nazionale dedicato alle batteriemie causate da enterobatteri produttori di carbapenemasi e precisamente da *Klebsiella pneumoniae* e *Escherichia coli* resistenti ai carbapenemi e/o produttori di carbapenemasi. Il protocollo di questa sorveglianza è stato aggiornato con la circolare del ministero della Salute del 6/12/2019 che sostituisce la precedente. La sorveglianza raccoglie e analizza le segnalazioni dei casi di batteriemie da *K. pneumoniae* ed *E. coli* resistenti ai carbapenemi e/o produttori di carbapenemasi da tutto il territorio nazionale, con l'obiettivo di monitorare la diffusione e l'evoluzione di queste infezioni e sviluppare strategie di contenimento adeguate. I dati analizzati si basano sulle segnalazioni anonime e individuali segnalate dagli Ospedali/Aziende ospedaliere e dalle Unità sanitarie locali al ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) tramite segnalazione diretta sul portale dedicato dove vengono raccolte e analizzate dal Dipartimento Malattie Infettive dell'ISS.

In Italia, l'erogazione dei farmaci da parte del SSN avviene principalmente attraverso due canali: l'assistenza farmaceutica convenzionata e distribuzione per conto (canale farmacie aperte al pubblico) e l'assistenza farmaceutica ospedaliera, legata agli acquisti diretti da parte delle Strutture pubbliche. I Servizi Farmaceutici esercitano un ruolo importante nel monitoraggio dell'appropriata prescrizione e dispensazione, nell'analisi delle vendite e dei consumi per una proficua collaborazione con i clinici, oltre all'uso appropriato degli antibiotici come previsto dal PNCAR 2022-2025.

### 5.1.1 La Farmacia di Comunità

Per le farmacie del territorio, anche in considerazione della loro diffusione territoriale, oltre alla distribuzione per conto del SSR dei farmaci (ad esclusione di quelli che per specificità proprie devono rimanere affidati alla distribuzione diretta e alla gestione ospedaliera), dei presidi per i pazienti diabetici e stomizzati e degli alimenti destinati ad alimentazione speciale, è possibile prevedere ulteriori servizi attraverso specifici accordi con la Regione:

- 1) il servizio di assistenza domiciliare integrata a favore dei pazienti residenti o domiciliati nel territorio della sede di pertinenza di ciascuna farmacia, a supporto delle attività del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, a favore dei pazienti che risiedono o hanno il proprio domicilio nel territorio di competenza;
- 2) iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio, a favorire l'aderenza dei malati alle terapie mediche, anche attraverso la partecipazione a specifici programmi di farmacovigilanza;
- 3) l'erogazione di servizi di primo livello, attraverso i quali esse partecipano alla realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale;
- 4) l'erogazione di servizi di secondo livello rivolti ai singoli assistiti, tra i quali le prestazioni analitiche di prima istanza rientranti nell'ambito dell'autocontrollo, restando in ogni caso esclusa l'attività di prescrizione e diagnosi, nonché il prelievo di sangue o di plasma mediante siringhe o dispositivi equivalenti;
- 5) la possibilità di usufruire, in collaborazione con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta e comunque nel rispetto di prescrizioni mediche, di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci. A tal fine, attraverso le procedure della ricetta elettronica i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta che effettuano le prescrizioni possono intrattenere ogni forma di collaborazione con le farmacie prescelte dal paziente per l'erogazione dei servizi, anche attraverso le funzionalità del dossier farmaceutico di cui all'articolo 12, comma 2-bis, del citato decreto-legge 179/2012. Le farmacie, forniscono ai pazienti interessati ogni utile e completa informazione sulle cure prestate e sulle modalità di conservazione e assunzione personalizzata dei farmaci prescritti, nonché informano periodicamente, e ogni volta che risulti necessario, il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta o il medico prescrittore sulla regolarità o meno dell'assunzione dei farmaci o su ogni altra notizia reputata utile, ivi compresa la necessità di rinnovo delle prescrizioni di farmaci per garantire l'aderenza alla terapia;
- 6) l'effettuazione, da parte di un farmacista, di test diagnostici che prevedono il prelievo di sangue capillare;
- 7) la somministrazione, da parte di farmacisti opportunamente formati, di vaccini anti SARS-CoV-2, di vaccini antinfluenzali e degli altri vaccini che nel tempo saranno resi disponibili, ad esempio herpes zoster, hvp e pneumococco, nonché l'effettuazione di test diagnostici che prevedono il prelievo del campione biologico a livello nasale, salivare o orofaringeo, da effettuare in aree, locali o strutture, anche esterne, dotate di apprestamenti idonei sotto il profilo igienico-sanitario e atti a garantire la tutela della riservatezza. Le aree, i locali o le strutture esterne alla farmacia devono essere compresi nella circoscrizione farmaceutica prevista nella pianta organica di pertinenza della farmacia stessa;
- 8) la effettuazione di attività di prenotazione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, e di ricezione del pagamento delle quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino, nonché di consegna di referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale effettuate presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate.

## 5.2 ASSISTENZA PROTESICA

L'Assistenza protesica è l'insieme delle prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale (SSN), che comportano la fornitura di protesi, ortesi e ausili tecnologici nell'ambito di un piano riabilitativo-assistenziale volto alla prevenzione, alla correzione o alla compensazione di menomazione o disabilità funzionali conseguenti a patologie o lesioni, al potenziamento di attività residue, nonché alla promozione dell'autonomia dell'assistito. Fino all'anno 2017 l'assistenza protesica è stata regolamentata, a livello nazionale, dal d.m. 27 agosto 1999, n.

332 "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del SSN: modalità di erogazione e tariffe" ed è stata modificata dal recente decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 7, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502". Questo decreto ha riformulato nel nuovo nomenclatore le prestazioni e le tipologie di dispositivi, erogabili dal SSN, che si articolano nei seguenti tre elenchi:

- elenco 1: protesi e ortesi costruite o allestite su misura da un professionista abilitato all'esercizio della specifica professione sanitaria o arte sanitaria ausiliaria, gli aggiuntivi e le prestazioni di manutenzione, riparazione, adattamento o sostituzione di componenti di ciascuna protesi o ortesi;
- elenco 2A: ausili tecnologici di fabbricazione continua o di serie che devono essere applicati dal professionista sanitario abilitato;
- elenco 2B: ausili tecnologici di fabbricazione continua o di serie, pronti per l'uso, che non richiedono l'applicazione da parte del professionista sanitario abilitato.

Il DPCM 12.1.2017, ha inoltre definito all'articolo 18 "I nuovi destinatari dell'assistenza protesica" e all'allegato 12 le nuove "Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica".

Per l'assistenza protesica, andranno individuate modalità uniformi su tutto il territorio regionale relativamente alla manutenzione ed al ripristino del materiale protesico e all'implementazione di un sistema informativo adeguatamente alimentato a livello aziendale, che consenta un monitoraggio sia a livello di Azienda che a livello regionale.

Dovrà essere sviluppato ulteriormente il monitoraggio costante delle prescrizioni con valutazioni regionali e territoriali da cui far partire segnalazioni e nel contempo sviluppare forme partecipate di formazione adeguata anche mediante audit con i professionisti specialisti e con i prescrittori del territorio (MMG, PLS, Specialisti) per uniformare modalità prescrittive più adeguate ai bisogni di salute dei cittadini, con particolare riferimento:

- alla Costituzione di un Gruppo Regionale per l'Assistenza Protesica di monitoraggio e verifica delle attività delle imprese inserite nell'Elenco Regionale di fornitori di protesi e delle modalità di erogazione dell'assistenza protesica da parte dell'Azienda sanitaria erogatrice;
- alla realizzazione di Corsi di formazione (con ECM) per aggiornare le conoscenze e le competenze relativamente alle nuove modalità di prescrizione di ausili previste dall'entrata in vigore dei LEA (DPCM 12 gennaio 2017) rivolti agli operatori sanitari impegnati nei territori;
- alla valutazione degli esiti di monitoraggio e verifica delle attività delle imprese inserite nell'Elenco Regionale di fornitori di protesi e delle modalità di erogazione dell'assistenza protesica da parte dell'Azienda sanitaria erogatrice.

## 5.3 DISPOSITIVI MEDICI

Il settore dei Dispositivi medici riveste una notevole importanza a livello nazionale e regionale ormai da diverso tempo, ed è caratterizzato da una particolare complessità determinata sia dalla numerosità dei prodotti interessati sia per la continua introduzione e/o aggiornamento delle tecnologie che richiedono il continuo sviluppo di percorsi di governance della materia al fine di garantire l'appropriatezza e la sostenibilità delle prestazioni sanitarie.

Il nuovo Regolamento Europeo 2017/745 ed il Regolamento Europeo 2017/746 ridefiniscono rispettivamente il panorama regolatorio in materia di Dispositivi Medici (DM) e Dispositivi Diagnostici in vitro (IVD). Grazie a tali quadri normativi è possibile rispondere alla crescente richiesta di sicurezza d'impiego e di evidenza di efficacia dei prodotti immessi in commercio che presentano innovazioni tecnologiche sempre più avanzate e che svolgono un ruolo sempre più rilevante nella pratica clinica.

Conseguentemente è diventata di primaria importanza l'attività di sorveglianza per rilevare tempestivamente eventuali rischi per la salute pubblica, per l'operatore o qualsivoglia altro problema riferito ai DM e agli IVD, nonché l'attività di monitoraggio del mercato al fine di intercettare ed arginare il rischio di contraffazioni.

Il decreto Ministeriale del 31 marzo 2022 (G.U. n. 90 del 16/04/2022) istituisce la rete nazionale della dispositivo-vigilanza con il relativo sistema informativo. Il decreto è stato emanato in attuazione di una disposizione prevista dalla legge 23 dicembre 2014, n. 190, articolo 1, comma 586.

Il sistema di vigilanza deve essere attuato attraverso un costante monitoraggio degli incidenti che possono avvenire con i dispositivi medici successivamente alla loro immissione in commercio, grazie anche alla collaborazione con tutti gli stakeholders coinvolti nel sistema.

La normativa dispone che gli operatori sanitari pubblici e privati, sulla base di quanto rilevato nell'esercizio della propria attività, hanno l'obbligo di comunicare immediatamente al Ministero della Salute e al fabbricante del dispositivo coinvolto qualsiasi incidente grave.

Il fabbricante o il mandatario effettuano le indagini del caso al fine di valutare le azioni correttive adottate e di monitorare l'efficacia e ne relazionano gli esiti al Ministero della Salute.

### **La rete nazionale di dispositivo-vigilanza**

La rete è stata istituita per favorire lo scambio tempestivo delle informazioni riguardanti gli incidenti e le azioni di sicurezza che coinvolgono i dispositivi medici, i dispositivi medico diagnostici in vitro e i dispositivi di cui all'allegato XIV del Regolamento (UE) 2017/745.

I soggetti coinvolti nella rete sono: gli operatori sanitari, i responsabili locali della vigilanza, i responsabili regionali della vigilanza e la Direzione Generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico del Ministero della Salute.

Per supportare la rete è previsto un sistema informativo nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), che raccoglie le diverse informazioni.

Accanto alle attività di sorveglianza degli incidenti occorsi con i Dispositivi Medici (DM) e i Dispositivi Medico Diagnostici in vitro (IVD) deve restare costante anche il monitoraggio dei flussi ministeriali per le rendicontazioni dei consumi dei DM, con particolare attenzione al continuo miglioramento della qualità dei dati trasmessi.

I nuovi Regolamenti europei che pongono sotto i riflettori il tema dell'efficacia dei DM e IVD, evidenziano quindi come assuma sempre maggior importanza il tema della governance, in coerenza con una medicina basata sulle evidenze compatibile anche con la sostenibilità del sistema sanitario, nell'ambito di un settore particolarmente complesso ed in costante e rapida evoluzione.

#### **Obiettivi Prioritari:**

- Implementazione della rete regionale di Dispositivo Vigilanza al fine di monitorare costantemente incidenti e avvisi di sicurezza relativi a DM e IVD.
- Nascita della Rete Regionale di HTA per la valutazione di tecnologie biomediche ad alto costo che consente l'introduzione di apparecchiature, dispositivi medici e protesi, ortesi e ausili tecnologici.
- Implementazione di una banca dati regionale nell'ambito dell'assistenza protesica al fine di migliorare l'utilizzo appropriato delle tecnologie e rendendone omogenea la prescrizione e distribuzione sul territorio regionale.

## 5.4 I LABORATORI

I laboratori assumono un ruolo imprescindibile all'interno del sistema sanitario e ciò è stato dimostrato nel percorso di gestione della pandemia.

I laboratori, in particolare, sono impegnati negli screening, a partire da quelli relativi ai tumori del colon-retto e della cervice. Per aumentare l'adesione a tali screening andrebbero riviste le modalità di accesso degli utenti attraverso la definizione di percorsi diagnostico terapeutici da effettuare con il coinvolgimento dei soggetti che operano negli stessi laboratori.

Anche la sorveglianza sulle malattie infettive può essere migliorata con il concorso dei laboratori e automatizzando i sistemi di allerta in caso di riscontro di positivizzazioni per specifiche malattie infettive.

In un approccio integrato alla salute, la diagnostica di laboratorio svolge una funzione rilevante sia per le malattie trasmesse da alimenti, sia nell'ambito dell'antibiotico-resistenza.

Per superare il gap fra le prestazioni dei laboratori clinici e le infezioni e tossinfezioni alimentari è opportuno promuovere una collaborazione più stretta con l'Istituto Zooprofilattico dell'Umbria e delle Marche.

### La dislocazione territoriale

Va valutata l'attivazione, in ogni Azienda sanitaria territoriale, di una rete di laboratori provinciale, integrata con punti di diagnostica decentrata (POCT), presenti principalmente in CdC e OdC. Sul territorio, per aiutare l'utenza ad usufruire in maniera efficiente del servizio pubblico, è necessario semplificare l'accesso degli utenti ai punti prelievo, predisponendo un sistema di prenotazione, preaccettazione, pagamento e refertazione completamente informatizzati. L'offerta di accesso deve comprendere sia i percorsi classici, più adatti agli anziani, sia percorsi informatizzati basati su "totem" e app, utilizzabili direttamente dal cellulare. Opportuno risulta, inoltre, altresì il potenziamento dei punti prelievo e integrazione dei Laboratori con Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), punti principali di accesso dell'utenza ai servizi di Laboratorio.

Nel processo di riorganizzazione della rete dei Laboratori clinici acquista una grande importanza la "remotizzazione" della validazione e refertazione degli esami di Laboratorio. Con la diffusa carenza di personale nelle strutture di Laboratorio, è ormai possibile organizzare una rete di connessioni informatiche che permette di gestire in remoto esami eseguiti a distanza, in Laboratori in cui non sono presenti Dirigenti. Tali processi possono essere anche organizzati per le consulenze in remoto (es. consulenze ematologiche).

In questo ambito anche la diagnostica di Laboratorio decentrata (POCT), integrata con i percorsi dell'ADI e di CdC/OdC, sarà gestita in remoto dai Laboratori HUB.

Nell'ambito della territorializzazione dei servizi sanitari, con la distribuzione delle strutture residenziali, delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità, possono essere attivati punti di diagnostica, con strumenti Point of Care Test (POCT), molto semplici da utilizzare e gestibili dal personale infermieristico sotto il controllo dei Laboratori clinici.

Negli ospedali di comunità sarebbero utili per l'inquadramento di alcuni pazienti in caso di urgenze che non richiedono l'invio negli ospedali per acuti. Nelle case della comunità, invece, sarebbero molto utili per la gestione delle cronicità, come il diabete, lo scompenso cardiaco o la terapia anticoagulante. Potrebbero essere dislocati anche in reparti specifici, come il pronto soccorso, o dati in dotazione nell'assistenza domiciliare per la diagnostica di prossimità per pazienti con difficoltà di deambulazione.

Tali strumenti potrebbero essere collegati ai laboratori di riferimento più vicini, che monitoreranno le performance degli stessi strumenti e archiveranno i dati, che transiteranno al Fascicolo Sanitario Elettronico.

Nella rete HTA dovranno essere coinvolti i Laboratori per la creazione di protocolli comuni per la valutazione dell'impatto delle nuove tecnologie e la determinazione dell'indice di senescenza delle apparecchiature utilizzate. Sarebbe utile anche definire un "indice di complessità", in collaborazione con le Ingegnerie Cliniche, per parametrare le tecnologie presenti nelle varie UUOO ed avere una misura della loro complessità, sia in termini strumentali, sia informatici, che economici, per capire con precisione le risorse assorbite da tutte le strutture sanitarie.

Il nuovo Regolamento IVDR comporterà diverse conseguenze nel mercato della diagnostica in-vitro, quindi il coinvolgimento a maggior ragione dovrà prevedere i Laboratori. L'IVDR porterà a modifiche procedurali, in quanto

basato su aspettative molto più elevate in relazione alla dimostrazione dell'evidenza clinica dei dispositivi medici da parte dei produttori.

Le grandi tecnologie e le strumentazioni informatiche

Occorre considerare l'acquisizione e gestione in rete delle grandi tecnologie, come NGS e spettrometria di massa, con frequenti aggiornamenti per la rapidità dell'innovazione tecnologica.

Altrettanto opportuna è l'omogeneizzazione e la connettività tra i sistemi informativi, per implementare il flusso di dati nel fascicolo sanitario, con regole e criteri di appropriatezza per i prescrittori. Il progetto inizialmente sarà rivolto ai medici richiedenti di reparto, poi sarà allargato a MMG e PLS. Tutte le prestazioni di laboratorio presenti nel Nomenclatore-Tariffario (LEA) devono essere indicizzate e ogni utente deve sapere chi eroga la prestazione richiesta.

## **PARTE TERZA: LE FUNZIONI TRASVERSALI**

### **6 L'INNOVAZIONE E LA DIGITALIZZAZIONE NEL SSR**

#### **6.1 L'EVOLUZIONE DELLA SANITÀ E L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE**

La transizione demografica, epidemiologica e sociale e la generale crisi economica post-pandemica che hanno caratterizzato questi ultimi anni richiedono risposte nuove ai nuovi bisogni di salute attraverso un sostanziale ripensamento organizzativo dell'assistenza sanitaria nelle sue molteplici componenti, dimensioni, specializzazioni ed ambiti di intervento. Lo spostamento dall'ospedale al territorio dell'asse portante degli interventi sanitari e sociosanitari, già previsto dal passato Piano Socio Sanitario Regionale comporterà, necessariamente, la promozione del Distretto Sanitario come luogo di organizzazione delle risposte territoriali per dare risposte al cittadino quando esprime il suo bisogno di salute.

Le direttrici trasversali di sviluppo si orientano sempre di più verso il rilascio di soluzioni nell'ambito dell'innovazione e dell'info-telematica e nell'adeguamento strutturale e tecnologico.

*L'intelligenza Artificiale (IA)* si unisce a questo percorso come lo strumento in grado di integrare organizzativamente l'ospedale al territorio in modo virtuoso in una visione davvero paziente-centrica. Lo sviluppo della medicina ruota intorno alla robotica, alla medicina digitale e alla genomica, volta alla medicina personalizzata, ed è orientato all'integrazione tra imaging, telemedicina digitale e intelligenza artificiale ad essa applicata ed al correlato sviluppo di nuovi modelli organizzativi ed operativi. La crescente disponibilità di nuovi strumenti di sanità digitale consente la pianificazione di soluzioni fortemente innovative per le mutate esigenze di salute della popolazione.

L'innovazione info-telematica è in grado infatti di rappresentare l'elemento abilitante per la realizzazione di nuovi modelli assistenziali e soprattutto il miglior driver per l'evoluzione dei modelli esistenti e dei relativi assetti organizzativi.

Particolare attenzione deve essere posta ai valori della "usabilità" e della "flessibilità" delle nuove soluzioni info-telematiche: l'introduzione di tali sistemi richiede necessariamente il coinvolgimento attivo degli stakeholder ed in primis del cittadino (paziente o caregiver) favorendo una maggiore compliance alla innovazione e rafforzando i processi di empowerment del paziente.

L'implementazione di una nuova tecnologia soffre generalmente di una barriera all'ingresso dovuta al fatto che normalmente si tratta di utilizzare macchinari o "hardware" che di per sé sono fattore discriminante e di allontanamento. La realtà virtuale e quella aumentata, tra le pratiche consolidate dell'IA, al momento presentano

ancora alcuni preconcetti, che possono essere superati attraverso la dimostrazione pratica che per il loro utilizzo non servono modifiche sostanziali al proprio modo di agire. E soprattutto è possibile costruire una sanità digitale che migliori il processo di cura e assistenza, monitori in tempo reale i parametri vitali, arrivi in territori non urbani con la televisita, permetta il consulto di specialisti ovunque essi siano, riduca le ospedalizzazioni o lunghe attese e ricordi ai pazienti direttamente sul proprio cellulare le terapie da seguire o gli screening raccomandati. Al tempo stesso l'IA così utilizzata, esaminando i modelli di dati, aiuta le organizzazioni sanitarie a ottenere il massimo dalle informazioni e risorse disponibili, aumentando l'efficienza e migliorando le prestazioni dei flussi di lavoro clinici e operativi, dei processi e delle operazioni amministrative.

## **L'Intelligenza Artificiale nel futuro del SSR**

*“L'IA - intelligenza artificiale” è un insieme di tecnologie differenti che interagiscono per consentire alle macchine di percepire, comprendere, agire e apprendere con livelli di intelligenza simili a quelli umani”.*

L'IA è dunque una disciplina multidisciplinare che si interessa dello sviluppo di modelli teorici implementati in software dedicati che portano l'elaboratore a “simulare” o ad avere un comportamento paragonabile all'intelligenza umana. Sebbene le macchine possano svolgere alcune attività meglio degli esseri umani (per esempio attività ripetitive o l'elaborazione dei dati) questa visione pienamente realizzata dell'IA generale nella realtà non esiste ancora. Ecco perché la collaborazione uomo-macchina è cruciale e l'intelligenza artificiale rimane un'estensione delle capacità umane non una sua sostituta.

Le applicazioni di Intelligenza artificiale sono già una realtà in specifici ambiti clinici in particolare nel supportare il medico nella formulazione di una diagnosi. Allo stato attuale, il principale campo applicativo riguarda l'analisi delle immagini diagnostiche (radiologiche o endoscopiche) ed il supporto al clinico nell'individuazione e nel riconoscimento di probabili segni distintivi di possibili patologie. Evoluzioni in corso riguardano l'utilizzo dell'IA per adattare le scelte terapeutiche allo stato clinico e per ottimizzare il tempo medico dedicato al paziente.

Altre recenti applicazioni evidenziano il potenziale dell'impiego dell'IA non limitato esclusivamente al momento della diagnosi ma estendendosi anche al trattamento terapeutico ad esempio in radioterapia. È recente l'introduzione nel mercato di un acceleratore lineare che utilizza un sistema di IA nelle varie fasi del processo di pianificazione ed esecuzione del trattamento radioterapico. Grazie a strumenti di planning e contouring basati su algoritmi di intelligenza artificiale il sistema è in grado di sviluppare e proporre un piano di trattamento che tiene conto degli obiettivi terapeutici di ciascun paziente, utilizzando modelli predefiniti e immagini acquisite in precedenza. In seguito, durante il corso della terapia, il sistema è capace di correggere e adattare il piano di trattamento alla reale evoluzione dello stato clinico del paziente.

Le potenzialità dell'IA si estendono fino all'impiego di algoritmi di “knowledge extraction”, ovvero di sistemi in grado di estrarre nuova conoscenza dai dati già a disposizione identificando nuovi segnali predittivi dell'insorgenza di alcune malattie, o di individuare correlazioni non ancora note fra i risultati di diversi esami clinici comunemente prescritti. Con basi dati interconnesse e applicazioni di IA si potranno migliorare la vita dei pazienti e il lavoro di medici e ricercatori.

**La Vision:** partecipare alla trasformazione del Paese e del sistema sanità attraverso la digitalizzazione e strumenti di intelligenza artificiale significa realizzare un ecosistema sanitario in accordo con il paradigma “One Health” con alla base l'integrazione e la condivisione dei dati e della cura mediante strumenti prognostici “data driven”.

**Il Concept:** La medicina digitale richiede una partecipazione consapevole del cittadino. La medicina digitale si valorizza con l'utilizzo di IA che deve necessariamente dimostrarsi trasparente affinché il cittadino veda tutelata in modo eticamente corretto la sua salute. Il medico deve essere parte attiva del processo di addestramento delle reti neurali, perché grazie alla sua buona clinica può correggere i risultati derivanti dal machine learning permettendo una continua riclassificazione degli algoritmi prodotti dall'IA.

**La Strategia** contiene tre elementi cardine:

1. Rapporto sanità-cittadino: si deve sviluppare una digitalizzazione nuova che cambi il concetto di creazione e gestione del dato attraverso interfacce naturali e tecniche di NLP (Natural Language Processing) con una maggiore efficienza nello strutturare e condividere i dati del paziente, una maggiore semplicità di fruizione dei servizi da parte del cittadino e una ottimizzazione delle risorse sanitarie.



2. IA “patient journey”: si devono realizzare e applicare nuove tecnologie di IA per un nuovo e migliorato patient journey tramite algoritmi che supportino nelle attività di sintesi e nella prognosi dei pazienti, insieme a tecnologie NLP che alleggeriscano il clinico dal carico amministrativo e aumentino usabilità e user experience di strumenti di medicina digitale (abbattimento del digital divide).

3. Ricerca e Partenariati: si devono veicolare le innovazioni attraverso una proposta strutturata e condivisa con stakeholder, centri di ricerca e clinici per la creazione di nuovi paradigmi nei tavoli istituzionali. Tali modelli non possono prescindere da una formazione continua come risorsa per la crescita e il miglioramento della qualità dell’assistenza del Servizio Sanitario Regionale.

L’attuazione del modello digitale, come anche previsto nel PNRR missione 6 può portare la fruibilità degli applicativi digitali con IA a raggiungere obiettivi ambiziosi di miglioramento della qualità di cura dei pazienti. Nella realtà del sistema, questo vuol dire che la Casa della Comunità (CdC) nel modello Hub&Spoke con l’ospedale di riferimento o l’Ospedale di Comunità (OdC), la Centrale operativa Territoriale (CoT), l’infermiere di famiglia o di comunità (IFeC), l’Unità di continuità Assistenziale (UCA) e la rete di cure palliative, ovvero amministrazioni, operatori sanitari, strutture sanitarie e pazienti vanno uniti da un’infrastruttura avanzata denominata “*DATALAKE*”. Nel Datalake si effettuano gli addestramenti degli algoritmi da cui si rilasciano i Key Performance Index voluti.

Le tecnologie e le tecniche di intelligenza artificiale possono essere applicate in modo diffuso e trasversale a diversi ambiti del mondo sanitario e con diversi approcci.

L’intelligenza artificiale può intervenire portando vantaggi:

- nell’analisi e ottimizzazione dei processi gestionali, logistici e amministrativi;
- nell’interfaccia del cittadino verso il sistema sanitario e del medico verso il paziente;
- nella qualificazione, trasformazione e strutturazione dei dati e soprattutto delle informazioni cliniche e generali dei pazienti e dei percorsi, soprattutto in un’ottica di continuità di cura;
- nel supporto decisionale rispetto a una visione prognostica e predittiva, anche in un approccio di cura e assistenza integrato ospedale-territorio-domicilio;
- nell’ottimizzazione delle risorse specialistiche sia professionali che strumentali.

La trasformazione digitale indicata e richiesta nelle Missioni 1 e 6 del PNRR orienta quindi il Servizio Sanitario Regionale verso la presenza di repository digitali in cui siano presenti grandi quantità di dati e di informazioni, non tutte di immediata fruizione e classificazione allo stesso livello.

Tutto il contenuto informativo clinico (anamnesi, referti visita o di esami, terapia, ...) dovrà essere archiviato in modo strutturato. Usando tecniche di IA tra cui NLP (Natural Language Processing) e text extraction, unitamente a una capacità di riconoscimento semantico, è possibile analizzare la parte documentale e strutturarla inserendola in un flusso di valutazione supportando il clinico.

Possibili applicazioni potranno essere:

- l’analisi dati FSE e cartella clinica elettronica per la creazione di data base strutturati per una maggior fruibilità nella consultazione (second opinion, ricerca statistica, individuazione soggetti arruolabili per campagne specifiche, ...);
- l’ottimizzazione delle risorse nella lettura e condivisione di referti, report, consulenze sia all’interno dei percorsi ospedalieri che in continuità assistenziale. Questo si traduce in una maggior facilità di integrazione, un più semplice ed efficace aggiornamento e quindi una gestione diversa e non scollegata tra dimissione post acuzia e presa in carico della patologia sul territorio.

**Obiettivo Prioritario:**

Lo sviluppo di intelligenza artificiale, attraverso l'utilizzo di algoritmi predittivi e prognostici, risulta essere necessario per rendere realmente fruibile nel mondo clinico e sanitario la rivoluzione della medicina digitale. Aumentare i dati del paziente è foriero di miglioramenti se insieme vengono dati strumenti per una miglior elaborazione, qualificazione e gestione.

**L'intelligenza artificiale nella prevenzione oncologica**

Gli algoritmi basati su IA possono essere determinanti nel ridurre l'errore umano o la variabilità delle diagnosi, specialmente quando si ha a che fare con un elevato numero di dati da analizzare. Grazie al deep learning e alla precisione analitica degli algoritmi, essi sono in grado di analizzare un'immagine pixel per pixel o interpretare un'enorme mole di dati che nessun essere umano sarebbe in grado di studiare altrimenti.

Le applicazioni di Intelligenza artificiale sono già una realtà in specifici ambiti clinici in particolare per supportare la diagnosi. Allo stato attuale il principale campo applicativo riguarda l'analisi delle immagini diagnostiche (radiologiche o endoscopiche) per fornire supporto al clinico nell'individuazione e nel riconoscimento di probabili segni distintivi di possibili patologie e nella formulazione di possibili diagnosi.

Alcune recenti applicazioni evidenziano il potenziale dell'impiego dell'IA non limitato esclusivamente al momento della diagnosi ma estendendosi anche al trattamento terapeutico (Radioterapia), necessitando del coinvolgimento degli specialisti in fisica medica, nelle fasi di controllo, verifica, ottimizzazione, limitazione delle dosi alla popolazione.

**Endoscopia pneumologica**

Nell'ambito della diagnostica delle malattie respiratorie i recenti progressi tecnologici hanno visto lo sviluppo di un algoritmo in grado di riconoscere 4 importanti gruppi di malattie sulla base della semplice radiografia toracica standard: neoplasie maligne, polmoniti, tubercolosi attiva, pneumotorace dimostrando una elevata accuratezza nella individuazione anche di piccole lesioni polmonari, con un buon valore predittivo positivo e un eccellente valore predittivo negativo.

Un'altra applicazione dell'IA in ambito pneumologico è focalizzata al supporto dell'attività di diagnosi precoce di noduli ai polmoni durante la visita broncoscopica. Tramite la fusione delle immagini ottenute con modalità differenti si riesce ad ottenere una modellizzazione tridimensionale della cavità polmonare con l'indicazione della sospetta area di attenzione. L'IA si comporta quindi come un piccolo "navigatore" intelligente che consente al medico di arrivare con il broncoscopio in posti dove non sarebbe stato possibile arrivare con la normale attività e analizzare precocemente anche le tracce meno visibili di noduli polmonari periferici.

**Endoscopia digestiva**

L'analisi dei recenti dati dell'AIRC evidenzia che nei Paesi occidentali il tumore al colon-retto è la seconda neoplasia maligna più diffusa nelle donne, dopo il tumore alla mammella, e la terza nell'uomo, dopo i tumori al polmone e alla prostata. Esso è dovuto alla proliferazione incontrollata delle cellule della mucosa intestinale, che col tempo formano delle escrescenze chiamate adenomi o polipi intestinali. Per questo motivo, il rischio maggiore a cui i malati vanno incontro è una diagnosi tardiva, quando il carcinoma si trova già in forma aggressiva e spesso caratterizzato dalla presenza di metastasi epatiche.

La procedura principale per diagnosticare questo tipo di cancro è la colonscopia che, se effettuata in modo efficace, consente di individuare e rimuovere le lesioni precancerose prima che possano trasformarsi in cancro. Purtroppo, le colonscopie non sempre sono accurate al 100% nel rilevare gli adenomi: in questo senso l'Intelligenza Artificiale può avere un ruolo prezioso nel migliorare l'accuratezza del processo diagnostico. Ogni colonscopia è composta da circa 50.000 fotogrammi, corrispondenti a circa 25-30 fotogrammi al secondo, e un polipo può essere riconoscibile solo in pochi tra questi. Il mancato riconoscimento di un polipo da parte dell'endoscopista è quindi uno dei fattori di rischio principali di una diagnosi negativa errata.

I progressi tecnologici si sono pertanto focalizzati nel trovare nuove strategie per migliorare l'accuratezza della tecnica, tramite l'ottimizzazione di algoritmi di intelligenza artificiale che hanno portato alla nascita dei sistemi Computer-Aided Polyp Detection (CADE) per l'individuazione dei polipi intestinali o di tecniche di *virtual biopsy*.

L'algoritmo di IA applicato alla colonscopia tradizionale suggerisce al medico aree del colon che potrebbe non aver notato, riducendo il rischio umano di non vedere lesioni sospette e aumentando la precisione diagnostica per il tumore del colon-retto senza la necessità di modificare il metodo di lavoro classico dell'endoscopista.

#### **Obiettivo Prioritario:**

##### **Medio termine**

Potenziamento dei servizi di endoscopia della Regione Marche:

- Miglioramento dell'efficacia e dell'appropriatezza diagnostica mediante l'implementazione di sistemi di CADE o di metodiche di virtual biopsy;
- Upgrade tecnologico ed aggiornamento dei sistemi di endoscopia in uso;
- Dematerializzazione e digitalizzazione delle procedure di registrazione delle immagini per migliorare l'appropriatezza di processo.

#### **L'intelligenza artificiale in Radioterapia**

La radioterapia è un trattamento locale che utilizza le radiazioni ionizzanti per intervenire sulla massa tumorale sia a scopo curativo che palliativo. Negli ultimi anni grazie all'impiego di algoritmi avanzati è diventato possibile personalizzare i trattamenti di radioterapia in base alle necessità del singolo paziente con un evidente miglioramento del controllo della malattia e una diminuzione della tossicità del trattamento. La moderna Radioterapia si avvale dell'impiego dell'Imaging multimodale per migliorare l'accuratezza nella definizione del volume bersaglio sia dal punto di vista anatomico che funzionale. Recenti innovazioni tecnologiche consentono un'ulteriore implementazione dell'Imaging multimodale (CT, RM, PET) in Radioterapia per ottenere non solo una migliore localizzazione del bersaglio tumorale in fase di pianificazione del trattamento radioterapico, ma anche di seguirne le modifiche nello spazio e nel tempo nel corso della terapia e l'individuazione dei volumi sia degli organi critici che del target.

L'implementazione dell'Intelligenza Artificiale in Radioterapia consente di elaborare un'enorme quantità di dati correlati per migliorare l'accuratezza, la produttività e l'automazione in operazioni complesse come il trattamento radiante realizzando distribuzioni di dosi altamente conformate, riducendo il volume di tessuto sano irradiato al fine di incrementare la possibilità del controllo locale sul volume tumorale e ridurre il rischio di tossicità sugli organi critici.

L'IA interviene sui processi di segmentazione automatica dei volumi di interesse e del volume da trattare e sulla pianificazione dosimetrica in modo da assicurare la massima personalizzazione e la sicurezza del trattamento grazie anche alle più recenti tecniche di imaging multimodality. La radioterapia 'adaptive' (ART) è una forma avanzata di radioterapia che tramite l'adattamento del trattamento radioterapico ai cambiamenti del paziente in seguito all'evoluzione della patologia di cui è affetto ha l'obiettivo di assicurare al paziente una cura più personalizzata possibile.

#### **Obiettivo Prioritario:**

##### **Medio termine**

Potenziamento dei servizi di Radioterapia e Fisica medica/sanitaria della Regione Marche:

- Upgrade tecnologico ed aggiornamento dei sistemi di pianificazione del trattamento radioterapico in uso;
- Integrazione con i sistemi di imaging multimodale.

## L'intelligenza artificiale nella Diagnostica per immagini

I recenti sviluppi ottenuti dagli algoritmi di IA aprono nuovi scenari in tutti i differenti aspetti della pratica radiologica, dalla gestione dei flussi di attività all'ottimizzazione delle modalità di acquisizione delle immagini e alla valutazione delle immagini stesse.

Grazie all'applicazione di tecniche di apprendimento automatico "Machine Learning" si possono ad esempio realizzare valutazioni quantitative finalizzate al rilevamento, alla caratterizzazione e al monitoraggio della progressione della malattia.

Le principali aree di applicazione delle tecniche di intelligenza artificiale e di machine learning riguardano le tecniche cosiddette di Computer-aided detection (CADe): gli algoritmi possono essere addestrati per "leggere" le immagini e rilevare anomalie in particolari distretti anatomici (mammella, fegato, prostata, torace, ecc.) o per l'individuazione di specifiche manifestazioni di patologia.

Altre potenzialità proprie dell'intelligenza artificiale sono orientate al miglioramento delle immagini acquisite: l'utilizzo di algoritmi di IA consente l'ottimizzazione della modalità di ricostruzione ed elaborazione delle immagini migliorando la qualità dovuta alla presenza di rumore, riducendo gli artefatti dovuti al movimento del paziente e potenziando le tecniche di segmentazione automatica.

Le future applicazioni di intelligenza artificiale nell'ambito della pratica radiologica sono quelle legate alla caratterizzazione delle lesioni tramite l'esecuzione di Biopsie Virtuali (l'imaging radiologico evolve così da strumento di guida per l'esecuzione di una biopsia a strumento stesso di analisi non invasiva in vivo) e alla Radiomica, disciplina legata all'estrazione dalle immagini di alcuni parametri quantitativi in grado di facilitare la caratterizzazione di lesioni (neoplastiche o sospette tali).

### **Obiettivo Prioritario:**

#### **Medio termine**

Implementazione di metodiche di IA nella diagnostica per immagini:

- Upgrade tecnologico ed aggiornamento dei sistemi di postelaborazione delle immagini;
- Integrazione con i sistemi di imaging multimodale.

## 6.2 L'OSPEDALE VIRTUALE

La crisi generatasi in seguito alla pandemia globale da COVID-19 ha messo in luce che anche in circostanze normali, i dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA) sono spesso costretti ad operare al massimo della loro capienza. Tale situazione genera attese e ritardi che causano ansia per i pazienti ed una forte pressione per lo staff sanitario.

Come evidenziato dalla recente letteratura la possibile soluzione alla problematica non risiede sempre nell'aggiungere ulteriori posti letto o nell'aumentare le risorse ma nel gestire meglio i posti letto a disposizione.

Utilizzando le potenzialità dell'IA e della modellazione predittiva è possibile estrarre dalla grande quantità di dati sanitari forniti in tempo reale dagli applicativi informatici dei modelli predittivi del flusso dei pazienti e della esigenza di cura degli stessi.

Grazie all'applicazione delle recenti possibilità offerte dai processi di digitalizzazione, I.A. e Analytics è possibile realizzare centri di controllo virtuali per l'ottimizzazione del trattamento dei pazienti, il coordinamento e il monitoraggio in real time delle attività di cura e diagnosi dei pazienti, il controllo delle risorse tecnologiche al fine di ottimizzare le risorse disponibili e raggiungere degli outcomes di rilevanza strategica per ciò che concerne la qualità del servizio, l'organizzazione delle risorse (tecnologiche, umane, ecc.), i flussi di lavoro, ecc.

L'uso avanzato degli analytics e del machine learning relativamente alla gestione dei pazienti consente agli ospedali, alle reti e ai sistemi sanitari di ottenere assistenza alla gestione sanitaria in tempo reale, consentendo l'ottimizzazione costante dell'erogazione delle cure e fornendo ai team di assistenza informazioni aggiornate, in tempo reale e facilmente fruibili.

Tale soluzione centralizzata colleziona i dati dei sistemi esistenti, applica analisi avanzate e predittive e restituisce informazioni aggregate ed elaborate sotto forma di applicazioni intuitive o "dashboard" sempre disponibili e accessibili da qualsiasi dispositivo. Se si aggiunge il potere rappresentato dall'analisi predittiva, diventa allora possibile gestire il flusso dei pazienti in modo proattivo da un ambiente sanitario all'altro, accelerando la progressione del paziente nel suo percorso di cura, evitando il sovraffollamento in alcune aree dell'ospedale e l'impiego eccessivo di risorse essenziali in altre.

#### **Obiettivo Prioritario:**

##### **Medio termine:**

Realizzazione di una unità di controllo unica quale punto di centralizzazione ed elaborazione, mediante tecniche evolute di analisi dei dati sanitari forniti in tempo reale dagli applicativi informatici al fine di gestire il flusso dei pazienti a 360°: dai trasferimenti iniziali con l'arrivo delle ambulanze, ai tempi di occupazione dei reparti di ICU e PS, ai processi di razionalizzazione di costi e investimenti, alla gestione del personale e degli accessi ambulatoriali.

## **6.3 SISTEMA INFORMATIVO SOCIO SANITARIO E SANITÀ DIGITALE**

I sistemi Socio-Sanitari stanno attraversando un intenso cambiamento di tipo istituzionale, organizzativo e gestionale. Questa azione di cambiamento, indipendentemente dal livello organizzativo o dal perimetro tematico, deve sostenere modelli e processi sempre più information-intensive per creare veri e propri ecosistemi sanitari incentrati sulla persona. L'Information and Communication Technology ICT diventa quindi per la nuova sanità uno strumento strategico importantissimo non solamente per quanto riguarda la sicurezza del paziente ma anche per la miglior gestione dell'informazione clinica, potendo rappresentare anche una risorsa indispensabile per supportare un livello di outcome elevato nel rispetto dei vincoli imprescindibili di costo ed efficacia.

L'uso di sistemi per la trasmissione e l'archiviazione di bioimmagini, anche di natura radiologica, risolve il problema delle archiviazioni manuali e del recupero di informazioni sensibili, immagini e filmati da ambienti non omogenei e non interconnessi fra loro. Con tali sistemi di memorizzazione delle immagini diagnostiche, la documentazione medica e le immagini possono essere conservate in modo sicuro in server in sede o nel cloud e rese accessibili, sempre in modo sicuro, in qualsiasi parte del mondo utilizzando opportune workstation o dispositivi mobili.

Guidate dall'esperienza della recente pandemia da Covid 19 le nuove tecnologie e le strumentazioni mediche stanno evolvendo rapidamente diventando sempre più "contactless", senza bisogno di contatto fisico diretto con il paziente, utilizzando anche della sensoristica di uso comune certificata come dispositivo medico.

Un ruolo importante nel prossimo futuro sarà assicurato dalla domotica quale uso intelligente delle tecnologie e delle strumentazioni mediche presso l'assistito. La domotica è una soluzione tecnologica che permette di automatizzare e facilitare l'esecuzione delle attività quotidiane svolte in un ambiente domestico mediante l'utilizzo di tecnologie che permettono di controllare e gestire applicazioni e dispositivi al fine di ottimizzare la funzionalità, la sicurezza e aumentare la confortevolezza dell'abitazione.

L'introduzione degli strumenti di domotica ad integrazione delle attività di telemedicina possono rappresentare utili strumenti per permettere di raggiungere un maggior livello di autonomia e indipendenza della persona presso la propria abitazione anche in condizione di fragilità o disabilità.

Un altro esempio sono i "symptom tracker" quei sistemi che, attraverso un'app, tengono traccia non solo dei parametri rilevati da un bracciale al polso del paziente, ma anche di eventuali sintomi o semplicemente di come si sente la persona, approfondendo con domande mirate la valutazione fino a suggerire un contatto con il proprio medico.

Si diffonderanno sempre di più i “compagni digitali” dei farmaci, quelle app che sono integrate con una terapia e consentono di gestirla al meglio ottimizzandola o registrando automaticamente la somministrazione e la dose del farmaco. Un farmaco o una terapia complessa, con un compagno digitale migliorano l’aderenza terapeutica, il contatto con il medico prescrittore ed anche le valutazioni di “real life” della terapia.

È fondamentale infatti trovare meccanismi digitali di presa in carico complessiva del paziente dall’ospedale al territorio, dove il farmacista diventa il promotore della conciliazione della terapia, di nuovi modelli di consegna a domicilio per pazienti fragili e del controllo dell’aderenza terapeutica a domicilio. Fondamentale altresì aggiungere che i “compagni digitali” dei farmaci “migliorano l’aderenza terapeutica, il contatto con il medico prescrittore e con il farmacista dispensatore”.

L’evoluzione “paziente-centrica” della sanità digitale mette a disposizione nuove tecnologie assistenziali “contactless”, terapie digitali, nuovi modelli di servizi sanitari, medicina personalizzata che dovranno essere integrate con il nuovo Fascicolo Sanitario Elettronico.

### **Sanità digitale**

Il *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza* sottolinea l’importanza della transizione digitale come uno dei tre assi strategici per la ripresa del Paese a cui contribuiranno a vario titolo tutte le missioni, tra cui la Missione n. 6 dedicata alla Salute che include le seguenti componenti: “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” e “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale”.

Per quest’ultima componente gli obiettivi individuati dal Piano sono:

- sviluppare una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologiche;
- rafforzare la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario;
- potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN a livello Centrale e Regionale, al fine di garantire un’evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure; valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale e garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria, guidata dall’analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni.

Al fine dell’implementazione e della realizzazione degli obiettivi definiti dal PNRR e con lo scopo di garantire l’incremento della qualità e dell’appropriatezza dei servizi, nonché il miglioramento dell’accessibilità alle cure, il rafforzamento dell’equità e della sostenibilità del sistema risulta necessario l’impiego sistematico dell’innovazione digitale in sanità attraverso interventi ed azioni che devono riguardare, congiuntamente, il supporto strategico, la digitalizzazione dei processi, l’innovazione tecnologica e la governance delle progettualità programmate ed avviate. In questo contesto, la Regione Marche mira ad individuare e strutturare un nuovo modello organizzativo del Servizio Sanitario Regionale, fondato sulla digitalizzazione dei percorsi sanitari ed amministrativi.

Coerentemente a quanto indicato si rende necessaria la definizione di un percorso evolutivo improntato a riorganizzare il servizio sanitario regionale, snellire ed efficientare i processi sanitari, migliorare i sistemi e i flussi informativi, attraverso l’innovazione tecnologica.

Le attività che verranno implementate si focalizzeranno sui seguenti interventi:

- riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale attraverso la definizione di un nuovo modello organizzativo per le attività connesse all’erogazione di prestazioni sanitarie e amministrative, la riorganizzazione delle cure territoriali e la progettazione di nuovi percorsi assistenziali di integrazione ospedale - territorio;
- definizione di un Piano regionale eHealth;
- innovazione, sviluppo, efficientamento e standardizzazione del governo dei processi sottesi alla produzione dei flussi informativi.

I sopraindicati macro-obiettivi saranno declinati operativamente nelle seguenti linee di intervento:

- Progettazione di nuovi processi e percorsi assistenziali (ospedalieri e di integrazione ospedale-territorio) al fine di migliorarne le performance e semplificarne il monitoraggio;

- Aumento della digitalizzazione dei percorsi sanitari (sia clinici che amministrativi) e progressiva dematerializzazione dei documenti al fine di raccogliere e distribuire dati ad alto valore informativo (potenziamento e sviluppo delle cartelle elettroniche di specialistica Ambulatoriale, potenziamento e sviluppo delle cartelle cliniche elettroniche Ospedaliere, potenziamento e sviluppo delle cartelle cliniche elettroniche Rete Oncoematologica, potenziamento e sviluppo delle cartelle cliniche elettroniche Rete Nefrologia e Dialisi). (vedi anche il paragrafo ‘Cartella clinica unica delle terapie intensive’);
- Adozione di nuovi strumenti per l’analisi avanzata dei dati *advanced analytics* (vedi anche il paragrafo ‘Ospedale Virtuale’);
- Potenziamento delle infrastrutture IT esistenti funzionale all’innovazione dei processi di digitalizzazione descritti. (sviluppo in ambito di interoperabilità, potenziamento e sviluppo dei Sistemi di Archiviazione Immagini e Repository Clinici).

#### **Obiettivi Prioritari:**

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza individua tra le missioni chiave “Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nella PA”; tali obiettivi saranno raggiunti attraverso i seguenti punti evolutivi:

#### **Medio termine:**

- Sviluppo in ambito di interoperabilità e potenziamento ed implementazione delle cartelle elettroniche di specialistica Ambulatoriale;
- Sviluppo in ambito di interoperabilità e potenziamento ed implementazione delle cartelle cliniche elettroniche Ospedaliere;
- Sviluppo in ambito di interoperabilità e potenziamento ed implementazione delle cartelle cliniche elettroniche Ospedaliere afferenti alla Rete oncoematologica;
- Sviluppo in ambito di interoperabilità e potenziamento ed implementazione delle cartelle cliniche elettroniche Ospedaliere afferenti alla Rete Nefrologia e Dialisi;
- Interventi (Progettazione, sviluppo e implementazione) in ambito di Framework di Interoperabilità;
- Interventi (Progettazione, sviluppo e implementazione) in ambito di interoperabilità, potenziamento e sviluppo dei Sistemi di Archiviazione Immagini e Repository Clinici.

#### **Formazione**

Oltre agli investimenti previsti per la Misura M6C2 del PNRR, già descritti in questo Piano, nel decreto con gli standard riguardanti l’assistenza territoriale, è previsto che “tutte le unità operative territoriali che compongono il Distretto devono essere dotate di soluzioni digitali idonee ad assicurare la produzione nativa dei documenti sanitari in formato digitale, secondo gli standard adottati a livello nazionale, e la condivisione dei dati relativi a ciascun paziente tra i diversi professionisti sanitari coinvolti nell’assistenza: ciò al fine di consentire di realizzare servizi in rete pienamente integrati. Si tratta, quindi, di rendere disponibili a ciascun Distretto, anche nell’ambito dei sistemi regionali, infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate e interoperabili sia con i sistemi dell’ecosistema di sanità digitale nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e regionali (FSE, CUP, etc.) nonché con le soluzioni di telemedicina”.

Queste tecnologie complesse innovano profondamente il tessuto organizzativo e relazionale del sistema socio-sanitario, mutando l’organizzazione del lavoro, incidendo sulle risorse umane, sui carichi di lavoro, sulla formazione, sull’interazione tra operatori e professionisti socio sanitari e tra questi e i pazienti, familiari e cittadini che, a loro volta, sperimentano nuovi percorsi e modalità assistenziali. Questi mutamenti vanno monitorati e governati tramite una raccolta di dati, guidata e progettata nel quadro dell’approccio multidimensionale dell’HTA. I sistemi informativi del Distretto e tutte le strutture territoriali ed intermedie dovranno evolvere adottando i nuovi standard tecnologici procedendo contemporaneamente ad una adeguata formazione continua e interprofessionale del personale.

Dovranno essere attivate iniziative regionali per le competenze digitali eHealth, di formazione sulla leadership dell'innovazione digitale nei sistemi sanitari e una quota di formazione digitale nell'educazione continua in medicina, ECM.

Nei prossimi mesi saranno attivate iniziative formative regionali a vantaggio di professionisti, pazienti, loro caregiver e più in generale tutta la popolazione. Non bisogna dimenticare che anche l'ambito della formazione continua sia al centro di un profondo rinnovamento non solo per adeguarsi ai nuovi bisogni degli operatori ma per favorire quel cambiamento culturale necessario all'effettivo utilizzo di nuove tecnologie.

### 6.3.1 Fascicolo Sanitario Elettronico

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è lo strumento attraverso il quale il cittadino può tracciare e consultare tutta la storia della propria vita sanitaria, condividendola con i professionisti sanitari per garantire un servizio più efficace ed efficiente.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) prevede la realizzazione di un nuovo Fascicolo Sanitario Elettronico, evoluzione di quello attualmente in uso, di cui recentemente il Ministero della Salute ha pubblicato le linee guida attuative.

Il documento ha delineato le componenti funzionali e tecniche necessarie per la realizzazione della nuova piattaforma utilizzabile nei diversi contesti assistenziali, che abiliti l'ottimizzazione dei processi di presa in carico dei pazienti e che si integri all'interno dei Sistemi sanitari regionali quali la piattaforma di Telemedicina e con alcuni servizi nazionali (es. Ecosistema dei dati sanitari (Eds) pagoPA, Spid).

Le piattaforme FSE e di telemedicina saranno mutuamente connesse e concorreranno nel realizzare i processi clinici, di governo anche tecnologico, di raccolta dati e messa a disposizione di servizi verso i cittadini e verso i professionisti, appoggiandosi eventualmente su strutture cloud e logiche a microservizi.

Il FSE rappresenta quindi un pilastro all'interno delle iniziative che si inseriscono nel percorso verso la Sanità Digitale e consentirà sempre più la costruzione di un punto unico di condivisione e aggregazione delle informazioni rilevanti e di tutti i documenti sanitari e socio-sanitari relativi al cittadino, generati dai vari attori del SSN e dai servizi socio-sanitari regionali.

Gli attuali servizi erogati dal FSE della regione Marche, pur rientrando all'interno del cosiddetto "nucleo minimo" come descritto nel decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 settembre 2015, n. 178, presentano una non completa implementazione da parte delle strutture del SSR.

Tale situazione comporta la necessità e l'urgenza di perseguire i seguenti obiettivi:

- Potenziare il ruolo e le funzionalità dell'attuale portale FSE al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio da parte degli assistiti e degli operatori sanitari.
- Aumentare i servizi ad esso associato, quale ad esempio la visualizzazione delle bio-immagini, che consentiranno la sua trasformazione funzionale da semplice recipiente di dati e documenti digitali generati da eventi clinici, a strumento operativo per l'interscambio di dati ed informazioni clinico-sanitarie strutturate tra il cittadino, i servizi ospedalieri e del territorio, il medico curante nei diversi settings assistenziali.
- Migliorare la conoscenza del sistema presso cittadini, operatori e utenti marchigiani ricorrendo a tutti i canali informativi disponibili.

Dal punto di vista architetturale è necessario rafforzare i meccanismi di interoperabilità della gestione documentale realizzando un servizio di validazione del formato del dato e del documento strettamente collegato al processo di refertazione o in generale ai processi clinici (Gateway). Tutte le informazioni e i documenti che costituiscono il FSE devono essere resi interoperabili per consentire la sua consultazione e il suo popolamento in tutto il territorio nazionale e non solo nella Regione di residenza dell'assistito. Questo permetterà all'assistito una maggiore libertà nella scelta della cura e nella condivisione delle informazioni che sono tutte disponibili tramite l'accesso al Fascicolo dai professionisti sanitari.



**Obiettivi Prioritari:**

L'evoluzione del Fascicolo Sanitario Elettronico FSE rappresenta un obiettivo prioritario regionale per l'ICT e seguirà i seguenti punti evolutivi:

**Breve termine:**

- Alimentazione continua di dati e documenti da parte delle Aziende sanitarie verso l'infrastruttura del FSE (Lettere di dimissioni ospedaliere SDO, Verbali di pronto soccorso, referti di Laboratorio, Referti di Radiologia e Referti di Specialistica ambulatoriale);
- Aumentare il livello di alimentazione e di utilizzo del FSE da parte dei MMG/PLS;
- Diffondere la conoscenza del sistema presso cittadini, operatori e utenti marchigiani ricorrendo a tutti i canali informativi disponibili, per incrementare l'utilizzo del fascicolo.

**Medio Termine**

- Saranno implementate nuove soluzioni e canali di erogazione dei servizi per l'accesso al Fascicolo Sanitario regionale quali ad esempio applicazioni su dispositivi mobili;
- I differenti servizi di telemedicina in corso di implementazione saranno integrati in modo sistematico e organico all'interno dell'infrastruttura tecnologico-informativa del FSE regionale nell'ottica di rafforzare l'assistenza in ambito territoriale.

### 6.3.2 Cartella clinica unica delle terapie intensive

Le attività legate alla gestione e controllo della salute si basano sempre di più sull'utilizzo, la trasmissione e il confronto di una grande quantità di dati, informazioni e conoscenze eterogenee. La necessità della condivisione delle informazioni è aumentata in maniera esponenziale negli ultimi anni, sia all'interno della singola struttura sanitaria (tra i diversi soggetti e tra unità operative specializzate) sia tra strutture anche geograficamente distanti. Tali necessità spingono a ripensare i metodi finora utilizzati per memorizzare e organizzare l'informazione clinica e le procedure per condividere i dati tra operatori sanitari in particolar modo per quanto riguarda le aree di Emergenza urgenza all'interno delle strutture DEA di I e II livello.

Il paziente afferente ad un'Area Critica necessita di un'attenta e scrupolosa assistenza e cura a causa delle sue condizioni cliniche. Lo sviluppo di una cartella clinica elettronica unica sul territorio regionale contribuisce al miglioramento della qualità dell'assistenza erogata al paziente tramite la centralizzazione ed organizzazione dei dati paziente (es. ADT, parametri vitali, dati di laboratorio) fornendo valido aiuto al supporto decisionale clinico avanzato per tutto il percorso terapeutico.

Secondo gli standard definiti da Joint Commission International le funzioni principali della Cartella clinica elettronica sono:

- supportare la pianificazione e la valutazione delle cure (predisposizione del piano diagnostico-terapeutico assistenziale);
- costituire l'evidenza documentale dell'appropriatezza delle cure erogate;
- essere lo strumento di comunicazione volto a facilitare l'integrazione operativa tra i professionisti sanitari coinvolti in uno specifico piano diagnostico-terapeutico-assistenziale al fine di garantire continuità assistenziale;
- costituire una fonte dati per studi scientifici e ricerche cliniche, attività di formazione e aggiornamento degli operatori sanitari, valutazione delle attività assistenziali ed esigenze amministrativo-legali.

L'implementazione di una cartella clinica elettronica che centralizza e organizza i dati dei pazienti rappresenta una soluzione per il supporto decisionale clinico avanzato e documentale.

Il progetto prevede la completa dematerializzazione della cartella clinica di reparto cartacea, ove ancora presente, con mantenimento delle medesime caratteristiche funzionali essenziali e valenza medico-legale; la cartella clinica elettronica di terapia intensiva deve consentire agli utilizzatori sanitari di svolgere, documentare e gestire la

totalità delle attività che riguardano il paziente in carico al reparto di terapia intensiva, garantendo continuità clinica dei dati in ingresso ed uscita, in maniera sicura, offrendo agli operatori sanitari gli strumenti necessari per la gestione del paziente dall'accettazione in reparto sino alla dimissione, integrandosi con i sistemi informativi aziendali già in uso (es. Laboratorio, Radiologia o Anatomia Patologica).

Inoltre, deve essere di supporto nella gestione delle terapie farmacologiche e delle terapie mediche assistenziali registrando le diagnosi e/o le procedure di intervento svolte, mediante la codifica ICD in modo tale da consentire la generazione automatica della Scheda di Dimissione Ospedaliera per il calcolo dei DRG. La registrazione sulla documentazione clinica e sulla documentazione infermieristica delle azioni, dei processi e degli avvenimenti relativi a un ricovero costituisce un'azione fondamentale per assicurare quel carattere di trasparenza e di chiarezza in grado di garantire le decisioni corrette, appropriate e tempestive di tutti gli operatori sanitari; oltre a ciò, quanto riportato nella documentazione clinica consente la tracciabilità delle attività svolte, fornendo informazioni relative alla responsabilità delle azioni, alla cronologia delle stesse, al luogo e alla modalità della loro esecuzione.

In ambito ospedaliero è necessario far accedere il farmacista alla cartella clinica elettronica del paziente, aiutando il medico sia nella gestione della terapia in termini di accesso ai farmaci e di appropriatezza dell'utilizzo, sia nell'attività di ricognizione della terapia al momento del ricovero, e successivamente nell'attività di riconciliazione della cura e dei farmaci al momento della dimissione e del trasferimento nel setting territoriale e/o domiciliare.

#### **Obiettivi Prioritari:**

##### **Medio termine**

L'obiettivo che si prefigge la Regione Marche tramite l'uso delle risorse finanziate attraverso il PNRR Linea M6 C2 Investimento 1.1.1 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Digitalizzazione DEA I e II livello" è l'implementazione della Cartella Clinica delle terapie intensive unica, modulare, integrata quale principale fonte informativa utile per l'identificazione, l'analisi, la gestione, la prevenzione e riduzione dell'errore in ambito sanitario.

### **6.3.3 Potenziamento della rete informatica regionale dei Laboratori Analisi**

Il Sistema Informativo di Laboratorio Analisi attualmente in uso nella Regione Marche consente l'accettazione unica dei campioni su scala regionale (accettazione unica delle richieste e relativa visualizzazione dei referti) per tutte le tipologie di richieste (utenti esterni, pazienti ricoverati e/o in regime di day hospital, pazienti in Pronto Soccorso, esami su campioni per conto di laboratori privati; esami provenienti da indagini diagnostiche generalizzate-screening). Inoltre l'attuale piattaforma permette la composizione finale dei referti di laboratorio analisi permettendo la creazione di un documento "logicamente unico" abilitando la messa in circolarità dei referti anche se le singole determinazioni vengono effettuate in laboratori differenti.

Il sistema è integrato con il Fascicolo Sanitario Elettronico (alimentazione e utilizzo dei servizi a disposizione) rispondendo prontamente a cambiamenti organizzativi derivanti da eventi accidentali (temporanea indisponibilità di personale o di strumentazione) o per garantire la continuità di funzionamento.

Nell'ambito del potenziamento della rete informatica dei laboratori analisi si intende potenziare il Sistema Informativo attualmente in uso a servizio dei laboratori analisi pubblici e privati accreditati con i seguenti obiettivi:

- 1) permettere un accesso univoco e sicuro tramite Fascicolo Sanitario Elettronico ai referti di laboratorio analisi e di anatomia patologica;
- 2) semplificare e uniformare l'accesso del paziente alle strutture di laboratorio;
- 3) supportare attraverso il sistema informativo la riorganizzazione in ottica di rete del sistema dei laboratori.

Le attività si articolano sui seguenti interventi:

#### *Digitalizzazione del processo di accoglienza del paziente*

Questo intervento prevede la centralizzazione dell'offerta dei servizi digitalizzando e automatizzando i processi di accesso e presa in carico dei pazienti afferenti ai diversi Laboratori/Punti Prelievo presenti sul territorio di riferimento attraverso un patient journey utilizzabile tramite tecnologie sia di tipo mobile che fisiche.

Il progetto prevede l'implementazione di un sistema centralizzato a livello regionale, integrato con gli applicativi di laboratorio analisi, composto da:

- Touchpoint fisici posizionati all'interno delle strutture di riferimento con lo scopo di accompagnare il paziente nel suo percorso di accesso e presa in carico;
- Funzionalità mobile (da integrare con APP SaluteMarche e portale FSE) centralizzate a livello regionale che permettano:
  - o La prenotazione dell'appuntamento per una prestazione al laboratorio/Punto Prelievi;
  - o Il ritiro dei referti attraverso visualizzazione e/o download;
  - o Il pagamento della prestazione attraverso i diffusi canali di pagamento online (Marche Pay / PagoPA).

Le funzionalità descritte saranno interoperabili con l'APP SaluteMarche e con il nuovo portale del FSE in ottica di consentire all'utente di poter utilizzare le funzionalità dall'uno o dall'altro sistema senza soluzione di continuità. Il paziente potrà dunque gestire le sue impegnative di laboratorio prenotando l'accesso all'erogatore venendo così reindirizzato automaticamente verso le strutture che erogano le prestazioni richieste, potrà effettuare l'accettazione autonomamente tramite mobile o touchpoint una volta giunto presso il laboratorio/punto prelievi, potrà gestire la propria posizione in coda (ad esempio tramite notifica su smartphone quando si avvicina il suo turno), potrà pagare le prestazioni erogate e infine potrà visualizzare e scaricare il suo referto.

#### *Sistema informativo unico di anatomia patologica regionale*

L'implementazione di un sistema informativo unico, distribuito ed integrato, che centralizza e organizza i dati dei pazienti rappresentando una soluzione per il supporto decisionale clinico avanzato e documentale.

Questo intervento prevede l'aggiornamento e l'integrazione dei diversi software attualmente in uso nei servizi di Anatomia Patologica presenti in Regione, al fine di consentire:

- L'accettazione unica del campione indipendentemente dal laboratorio fisico;
- La gestione della Tracciabilità sia internamente al laboratorio che esternamente (come ad esempio le estemporanee o gli smaltimenti);
- La refertazione online integrata con i Repository e viewer idoneo alla visualizzazione di immagini di Digital Pathology;
- L'indicizzazione del referto, redatto secondo le recenti specifiche verso il nuovo FSE 2.0;
- Analisi di Business Intelligence e statistiche a livello aziendale e regionale.

#### **Obiettivi Prioritari:**

##### **Breve termine:**

- Riorganizzazione in ottica di rete del sistema dei laboratori;
- Aumentare il livello di alimentazione del FSE con i referti di anatomia patologica.

##### **Medio Termine**

- Digitalizzazione del processo di accoglienza del paziente.

### 6.3.4 Rete regionale delle dosi da prestazioni con radiazioni ionizzanti

Capitolo molto particolare da trattare a livello regionale è la gestione informatizzata dell'informazione dosimetrica (attualmente delle classi di dose) presenti sui referti radiologici. Si tratta di un obbligo di legge ai sensi dell'articolo 161 del d.lgs. 101/2020; oggi le varie strutture si sono attrezzate con sistemi abbastanza omogenei sul territorio regionale che però dovrebbero confluire in un unico database regionale al fine di garantire il governo delle esposizioni mediche da esami radiologici. Tali sistemi richiedono un continuo monitoraggio e revisione da parte degli specialisti in fisica medica con lo scopo di garantirne il corretto funzionamento e la corretta erogazione delle prestazioni nel rispetto del principio di ottimizzazione e limitazione delle dosi ai pazienti.

Altro obbligo di legge per la Regione è rappresentato dall'articolo 168 dello stesso decreto, che richiede la registrazione su supporto informatico di tutte le indagini e trattamenti con radiazioni ionizzanti e dei loro principali parametri tecnici, al fine di valutare le entità e variabilità delle esposizioni a scopo medico della popolazione e attivare di conseguenza percorsi di audit clinici.

### 6.3.5 Sicurezza informatica

La cybersecurity è l'insieme delle modalità e soluzioni tecnologiche necessarie per la protezione di sistemi, reti e programmi dagli attacchi digitali. Questi attacchi informatici solitamente riguardano l'accesso, la trasformazione o la distruzione di informazioni sensibili, oppure sono rivolti alla richiesta illecita di denaro agli utenti con la minaccia dell'interruzione del normale funzionamento dei sistemi e dei processi in uso presso enti e aziende.

Assume quindi fondamentale importanza l'adozione di soluzioni tecnologiche per la protezione informatica costruite intorno a tre principi comunemente noti con l'acronimo CIA, ovvero *Confidentiality, Integrity, Availability*, al fine di prevenire l'accesso non autorizzato, l'uso, la divulgazione, l'interruzione, la modifica, l'ispezione, la registrazione o la distribuzione delle informazioni.

Inoltre sarà necessaria l'assunzione, da parte di tutti i soggetti coinvolti, di comportamenti consapevoli che consentano di garantire il funzionamento dei servizi essenziali per la salute e la protezione dei dati personali.

Ne consegue la necessità di favorire l'implementazione di adeguate soluzioni tecnologiche a tutti i livelli istituzionali, nonché di coinvolgere tutto il personale in percorsi formativi che aiutino ad accrescere la conoscenza sui rischi emergenti e sulle principali modalità di risposta alle eventuali minacce informatiche che si dovessero presentare.

## 6.4 TELEMEDICINA

I grandi mutamenti demografici, epidemiologici e socioeconomici che coinvolgono il complesso scenario in cui viviamo costringono il Servizio Sanitario Nazionale ad affrontare in maniera innovativa le sfide dei prossimi anni. L'insieme di tali fattori richiede una profonda modifica dello scenario di cura che deve essere necessariamente sempre più focalizzato sulla gestione del malato cronico e sulla capacità di prendere in carico l'individuo nel lungo termine oltre che sulla sistematica messa in atto di modelli diagnostico-terapeutici innovativi.

In questo nuovo scenario le tecnologie digitali svolgono un ruolo fondamentale nel trasformare la sanità in un sistema più efficiente e focalizzato sul paziente. L'innovazione tecnologica contribuirà a una riorganizzazione della assistenza sanitaria tramite lo spostamento del fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio, attraverso modelli assistenziali innovativi incentrati sul cittadino e facilitando l'accesso alle prestazioni.

Il documento "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" recentemente pubblicato da AGENAS definisce la telemedicina come una "modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni

sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario – assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario).

Al fine di raggiungere l'obiettivo di garantire cure territoriali, di prossimità rispetto al luogo di vita e al domicilio del paziente, gestite prioritariamente dalla medicina di famiglia, è utile garantire servizi di telemedicina adeguati alle esigenze di una popolazione ad alto tasso di anziani e malati cronici.

A fronte di una diffusione di molteplici iniziative di Telemedicina spesso non organiche, si rende necessario disporre di un modello di governance condivisa dei servizi erogati con modalità ICT, quale presupposto alla interoperabilità ed utilizzo diffuso degli stessi. Gli ambiti di applicazione della telemedicina nel contesto regionale possono essere schematizzati nelle aree afferenti alle patologie di natura cardiovascolare, pneumologica, oncologica, neurologica e diabetologica.

Per quanto riguarda il paziente geriatrico è fondamentale valorizzare la competenza e l'esperienza maturata dall'IRCCS INRCA attraverso implementazione di attività di Telemedicina in ambito clinico e di ricerca.

Di seguito si riepilogano le finalità per cui si attiveranno le diverse tipologie di prestazione.

Lo scompenso cardiaco è oggi la prima causa di ricovero ospedaliero in Italia ed è il punto evolutivo finale di cardiopatie diverse dal punto di vista fisiopatologico. Pazienti con dispositivi impiantabili attivi o con malattia cardiovascolare severa, come esempio GUCH (Grown-Up Congenital Heart), ACH (Adult Congenital Heart) o valvulopatia severa, possono trarre beneficio da un telemonitoraggio cardiologico che, dopo la necessaria stratificazione dei pazienti in funzione della gravità e delle diverse esigenze organizzative, permetterà di controllare parametri sia di tipo clinico che strumentali.

Anche le malattie neurologiche croniche caratterizzate da processi neuro-degenerativi spesso associati ad un progressivo incremento di disabilità fisica, cognitiva e perdita di autonomia, potranno trarre vantaggio dall'implementazione di soluzioni individuali di telemonitoraggio ove vi è necessità di un periodico controllo dell'efficacia del trattamento terapeutico prescritto e degli effetti collaterali che possono manifestarsi.

Il paziente oncologico sarà affiancato da soluzioni individuali di televisita e/o teleassistenza all'interno di ogni fase della malattia dalla diagnosi al trattamento chirurgico o sistemico (ormonoterapia, chemioterapia, immunoterapia, ecc.) al follow-up.

Nel caso di paziente con patologie respiratorie di tipo cronico quali ad esempio la Sindrome apnee ostruttive nel sonno (OSAS) o l'insufficienza respiratoria cronica o broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), i parametri di tipo clinico strumentali oggetto di telemonitoraggio riguardano la valutazione dell'instabilità clinica definita a seguito della valutazione medica, l'analisi di possibili riacutizzazioni con indicazioni della frequenza e gravità degli eventi ed il test della proteina C reattiva per lo studio dell'antibioticoresistenza.

Per quanto riguarda la malattia diabetica con il telemonitoraggio si prevede la misurazione continua di alcuni parametri clinici al fine di ridurre la necessità per il paziente di eseguire controlli ambulatoriali di persona ed attivare una prevenzione dell'ampio spettro di complicanze che interessano diversi organi ed apparati legate all'evoluzione della patologia stessa.

Di seguito si riportano altre possibili aree di erogazione di prestazioni di telemedicina tramite soluzioni ICT:

- Telemonitoraggio di pazienti affetti da scompenso cardiaco con impianto ICD. I moderni dispositivi impiantabili, pacemaker, defibrillatori (ICD), dispositivi per la resincronizzazione cardiaca (CRT), sono in grado di memorizzare una quantità sempre maggiore di informazioni diagnostiche relative al funzionamento del dispositivo, all'incidenza di aritmie, a misure fisiologiche sullo stato del paziente e a indicatori della funzione cardiovascolare. Informazioni riguardanti sia lo stato di funzionamento del dispositivo che lo stato di salute del paziente, possono essere ricavate dall'interrogazione di tali dispositivi impiantati da remoto. Se queste informazioni vengono evidenziate e riconosciute tempestivamente, la gestione di alcuni problemi può evitare fasi di scompenso cardiaco acuto, il conseguente ricovero in ospedale ed il correlato peggioramento della prognosi e della qualità della vita dei pazienti.
- Telemonitoraggio in dialisi domiciliare. La dialisi peritoneale rappresenta una valida terapia dialitica a domicilio di pari efficacia rispetto all'emodialisi praticata nel centro ospedaliero. Per migliorare l'accettazione di tale metodica dialitica, migliorare l'aderenza alla terapia prescritta e controllare l'adeguatezza del

trattamento sono stati sviluppati sistemi di monitoraggio da remoto del paziente direttamente implementati nel dispositivo utilizzato dal paziente in dialisi peritoneale automatizzata.

- Telemonitoraggio cardiocografico a distanza senza che la paziente si rechi in ospedale - Riduzione della quantità di visite svolte in studio grazie al monitoraggio da remoto grazie al quale è possibile evidenziare situazioni in cui la salute del feto è a rischio o in presenza di un problema di salute della mamma.
- Teleassistenza per pazienti, in particolare anziani, in struttura residenziale o domiciliare (Esempio: la Teleriabilitazione è un trattamento che consente di fornire servizi di riabilitazione a distanza con il supporto delle nuove tecnologie ICT; in seguito a un infortunio o un intervento chirurgico, molti pazienti ricevono esercizi specifici da svolgere a casa per favorire il loro recupero. La Teleriabilitazione si pone l'obiettivo di potenziare l'efficacia dei tradizionali esercizi riabilitativi, consentendo maggiore autonomia e il mantenimento dei risultati nel tempo). Un altro ambito è la televisita geriatrica di pazienti anziani, in particolare quando il paziente è stato dimesso dopo un ricovero ospedaliero o comunque ha avuto una prima visita geriatrica ambulatoriale per il follow-up specialistico).
- Teleassistenza a distanza nell'ambito della salute mentale (esempio: Teleriabilitazione logopedica, trattamento che consente di fornire servizi di riabilitazione a distanza con il supporto delle nuove tecnologie (video, siti web, programmi informatici...) per bambini e adulti con disturbo di linguaggio e/o disturbo specifico dell'apprendimento (dislessia, disortografia, discalculia).
- Televisita per i pazienti detenuti presso le case circondariali. La Televisita è una visita a distanza eseguita in tempo reale resa possibile da una connessione internet che permette il contatto fra due video device, integrata dal supporto di dati di monitoraggio elettrofisiologico. L'obiettivo è il miglioramento dell'assistenza sanitaria in carcere, che presenta disagi per la gestione delle emergenze e costi aggiuntivi dovuti all'organizzazione dei trasferimenti, riducendo la mobilità del paziente al di fuori della struttura.
- TeleRadiologia: in quest'ultimo ambito cioè nella possibilità per il medico radiologo di refertare a distanza un esame radiologico le cui immagini sono state eseguite dal Tecnico Sanitario di Radiologia Medica in altra sede si innesta anche la "radiologia domiciliare". Tale pratica diagnostica, ovviamente limitata ad esami di radiologia convenzionale (muscoloscheletrica, torace etc) ed eventualmente ecografica, evita la movimentazione del paziente non deambulante/non trasportabile dal domicilio al centro radiologico con conseguente risparmio dei costi legati al trasporto in ambulanza, evitando al paziente disagi, con vantaggi riconducibili ad aspetti sociali ed economici. A tal fine sono state recentemente pubblicate delle linee guida da parte della Società Italiana di radiologia Medica e della Associazione di Fisica Medica al fine di fornire la necessaria accuratezza diagnostica del referto e la sicurezza del paziente;
- Teleassistenza nella terapia farmacologica: follow-up programmati con il paziente per verificare l'aderenza alla terapia e capire come poter migliorare la stessa, ad esempio utilizzando un differente device per la somministrazione o modificando la via di somministrazione del principio attivo prescritto. Aiutare il paziente nel segnalare la necessità di rinnovare il piano terapeutico e quindi di effettuare eventuali analisi di laboratorio o visite mediche per mezzo anche della farmacia dei servizi.

Dal punto di vista tecnologico l'infrastruttura regionale di telemedicina deve essere unica a livello regionale e interoperabile con quelle delle altre regioni grazie all'integrazione con la piattaforma nazionale di telemedicina. Le due piattaforme FSE e telemedicina saranno mutuamente connesse e concorreranno nel realizzare processi clinici, di governo anche tecnologico, di raccolta dati e messa a disposizione di servizi verso i cittadini e verso i professionisti, anche appoggiandosi su strutture cloud e logiche a microservizi.

### **Internet of Medical Things**

L'Internet of Medical Things IoMT riguarda dispositivi medici collegati a una struttura o a un operatore sanitario tramite Internet. Si tratta di device di genere e natura molto diversi, quali ad esempio dispositivi indossabili, strumenti per il monitoraggio remoto dei pazienti, letti ospedalieri, pompe di infusione, sistemi di tracciamento dei farmaci, in grado di generare, raccogliere, analizzare e trasmettere dati sanitari.

I dispositivi IoMT possono essere raggruppati in tre macrocategorie:

- in-body;

- in-home;
- in-clinic.

I dispositivi in-body sono i dispositivi indossabili che integrano biosensori che monitorano i dati fisiologici (ad esempio: la pressione sanguigna, il battito cardiaco, la temperatura, il glucosio continuo, il livello di saturazione di ossigeno), dotati di funzionalità di comunicazione remota / wireless che può essere utilizzata per la telemedicina e il monitoraggio ospedaliero. I dispositivi all'interno del gruppo 'in-home' sono generalmente impiegati per il monitoraggio dei pazienti, siano essi cronici oppure pazienti dimessi che necessitano di essere seguiti nel decorso post-ospedaliero. I dispositivi in-clinic sono sistemi utilizzati all'interno di un'organizzazione sanitaria per funzioni di controllo, per funzioni amministrative o in connessione con le cartelle cliniche.

I dispositivi IoMT aiutano a monitorare il comportamento e l'attività del paziente ovunque questi si trovi: di conseguenza il medico o il *caregiver* possono fare riferimento a dati reali per verificare il rispetto delle raccomandazioni sulle terapie o per seguire ciò che accade dopo che un paziente lascia una struttura ospedaliera. I dispositivi IoMT possono aiutare a monitorare i parametri vitali e la funzionalità cardiaca, monitorare il tasso di glucosio e altri valori corporei, i livelli di attività fisica, le ore di sonno.

#### **Obiettivo Prioritario:**

Un obiettivo prioritario della Regione Marche risulta essere l'implementazione di nuovi servizi di telemedicina al fine di ridurre gli attuali divari geografici e territoriali e migliorare l'efficacia e l'efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare. Il Piano operativo regionale di telemedicina conterrà l'indicazione dei nuovi servizi da implementare, diffusi ed uniformi su scala regionale, e la trasformazione di quelli già presenti in ambito sperimentale o promossi solo da alcune realtà locali, a componenti integranti del sistema sanitario regionale.

#### **Obiettivo a breve termine**

Attivazione della piattaforma unica di telemedicina a supporto dei pazienti con malattie croniche.

Attivazione dei servizi di Telemedicina per le seguenti prestazioni:

- Televisita, teleconsulto/teleconsulenza e teleassistenza;
- Telemonitoraggio e telecontrollo del paziente con diabete;
- Telemonitoraggio e telecontrollo del paziente con patologie respiratorie;
- Telemonitoraggio e telecontrollo del paziente con patologie cardiologiche;
- Telemonitoraggio e telecontrollo del paziente oncologico;
- Telemonitoraggio e telecontrollo del paziente neurologico.

## **6.5 IMAGING CON RISONANZA MAGNETICA**

La Risonanza magnetica si è molto sviluppata in questi anni sia da un punto di vista tecnologico sia da un punto di vista delle applicazioni cliniche. *L'imaging tramite la Risonanza Magnetica svolge oggi un ruolo assolutamente centrale sia nel campo della diagnosi di varie patologie che, in ambito terapeutico, nell'individuazione dei piani di trattamento più adeguati per i pazienti.*

Le apparecchiature RM di ultima generazione utilizzano un **campo magnetico ad alta intensità** (3 Tesla) insieme ad una tecnologia di acquisizione delle immagini completamente digitalizzata, con un software di ottimizzazione delle immagini che ne accresce l'accuratezza migliorandone la qualità, la specificità e la predittività diagnostica.

Grazie all'acquisizione delle immagini ad alto campo è possibile ottenere immagini di elevato dettaglio anatomico permettendo di studiare strutture molto piccole e riconoscere quanto prima alterazioni tissutali ai primi stadi, consentendo di individuare la patologia e trattarla con più alte probabilità di successo e guarigione.

L'impiego di apparecchiature a risonanza magnetica ad alto campo ha una indicazione clinica rilevante in campo oncologico perché permette di utilizzare la metodica per il riconoscimento, la stadiazione ed il follow up delle malattie tumorali di molti distretti corporei. L'impatto dell'innovazione tecnologica è molto importante nell'ambito della Neuroradiologia in generale, e dell'area pediatrica in particolare.

Inoltre tale metodica trova ampia indicazione clinica nei seguenti ambiti:

- campo senologico (*migliore individuazione delle neoplasie mammarie*);
- urologico (prostata e reni);
- addominale (retto e apparato genitale);
- neurologico (patologie neurodegenerative e neurologiche come epilessia e sclerosi multipla);
- Neurochirurgico (studio dell'encefalo ed eventuali lesioni con lo scopo di pianificare interventi chirurgici 3D);
- Cardiaco (imaging avanzato delle patologie cardiache di tipo funzionale);
- Pediatrico.

### **Radioterapia guidata dalle immagini RM**

La radioterapia guidata dalle immagini (IGRT), è una metodica che utilizza le immagini acquisite durante il trattamento, al fine di migliorare la sua precisione e l'accuratezza di erogazione.

Attualmente gli acceleratori lineari (linac) sono dotati di speciali apparecchiature di tomografia computerizzata *on-board* che permettono di avere un'immagine del tumore da trattare sia prima che durante la terapia stessa mentre il paziente è posizionato sul lettino per ricevere il trattamento.

Tale tecnologia definita *cone beam'* (CBCT) garantisce una eccellente visibilità dei tessuti ossei permettendo di ridurre le incertezze geometriche ed ottimizzando il posizionamento del fascio radiante durante il trattamento. Lo scopo principale della radioterapia guidata dalle immagini, è quindi quello di concentrare la dose del trattamento esclusivamente ai tessuti tumorali, per lasciare quanto più intatti i tessuti sani circostanti la neoplasia.

L'attuale frontiera nell'utilizzo delle radiazioni ionizzanti in ambito radioterapico è quello di avere la possibilità di visualizzare durante il trattamento radiante i livelli di contrasto anche dei tessuti molli; ciò permetterebbe di avere un maggior riconoscimento anche di quelle particolari tipologie di tumori difficili da identificare in quanto circondati da tessuti a bassa densità di contrasto.

La risonanza Magnetica grazie alle sue eccezionali capacità di visualizzazione dei tessuti molli e a un'ampia gamma di contrasto delle immagini, è lo strumento più indicato per aiutare a definire in modo più preciso i limiti del tumore in molte regioni anatomiche come il sistema nervoso centrale, testa-collo e l'area pelvica.

In particolare, attraverso la RM si può ottenere un'alta definizione della struttura e della composizione dei tessuti molli sede di tumori ed è possibile il riposizionamento ottimale della zona da colpire in ogni seduta radioterapica. In tal senso è di recente produzione un particolare ed innovativo acceleratore lineare integrato con una risonanza magnetica ad alto campo **Linac RM** (RM-gRT) per l'ottimizzazione della precisione del trattamento radioterapico. Tale macchina ibrida consente una migliore visualizzazione dell'area bersaglio e degli organi a rischio vicini consentendo di correggere in tempo reale durante il trattamento la posizione e le caratteristiche del bersaglio tumorale da colpire, preservando l'integrità dei tessuti sani circostanti.

Con la nuova macchina Linac RM si ottimizza ancora di più la precisione del trattamento in quanto il confine tra il tumore e i tessuti sani circostanti viene definito in modo più preciso. Inoltre con le immagini di risonanza magnetica si ottengono informazioni precise sullo stato di evoluzione del tumore e sulla necessità di adattare il trattamento alle normali modifiche anatomiche del paziente; oltre ad *individuare* il tumore si riesce meglio a *contornarlo* e a *caratterizzarlo* clinicamente.



**Obiettivi Prioritari:****Medio / Lungo termine:**

Potenziare e sviluppare le attività di imaging tramite Risonanza Magnetica a campo magnetico ad alta intensità (3 Tesla).

## 6.6 TECNOLOGIE BIOMEDICHE

A fronte di una distribuzione sempre più vasta ed irrinunciabile di apparecchiature biomediche legata ad un livello crescente di complessità tecnologica, l'applicazione di uno strumento di *governo integrato delle tecnologie* basato sull'utilizzo di metodologie di Health Technology Assessment (HTA) risulta fondamentale per gestire l'introduzione e l'utilizzo in sicurezza di una tecnologia nel contesto organizzativo ed infrastrutturale esistente. L'adozione di tale strumento nell'intero ciclo di vita della tecnologia consente di adottare misure per garantire l'integrazione, in maniera sicura ed appropriata, dell'innovazione con i sistemi procedurali e tecnologici esistenti, nonché di avviare, in un'ottica di *revisione* della spesa, azioni di disinvestimento basate sulla conoscenza puntuale dei processi e delle dotazioni aziendali.

La valutazione delle tecnologie sanitarie è un processo complesso a supporto delle decisioni da intraprendere per garantire un *“uso sicuro, appropriato, efficiente ed economico”* delle stesse anche in considerazione che spesso il malfunzionamento delle apparecchiature elettromedicali rappresenta un problema riconducibile ad un programma di manutenzione preventiva non adeguato o all'assenza di controlli delle performance.

### Rete regionale di HTA

L'attivazione della rete regionale di HTA sarà deputata anche alla valutazione delle innovazioni tecnologiche nell'ambito dei dispositivi medici in considerazione del loro impatto in termini clinici, organizzativi ed economici in ambito sanitario definendo le modalità operative per coordinare il processo di valutazione delle richieste di introduzione di nuova tecnologia che vede coinvolti gli Enti del Servizio Sanitario Regionale e l'implementazione di sistemi oggettivi per la valutazione del livello di obsolescenza del parco tecnologico installato. È importante quindi l'attivazione di programmi di garanzia della qualità e di sorveglianza fisica delle apparecchiature radiologiche, attraverso i quali vengono garantiti elevati livelli di prestazione delle macchine stesse, ma vengono anche individuati gli elementi fondamentali per il loro aggiornamento o sostituzione o upgrade a nuove possibilità tecnologiche.

Il Ministero della Salute definisce tecnologia sanitaria nuova *“una tecnologia nella fase di primo impiego nella pratica clinica e, generalmente, subito dopo la fase di immissione in commercio”* e tecnologia emergente *“una tecnologia sanitaria nella fase precedente alla commercializzazione, utilizzata in un numero molto limitato di centri e non ancora adottata dal SSN”* (Ministero della Salute 2014).

Si definisce come **innovativa** una *“tecnologia completamente nuova che mostra un meccanismo d'azione o un'indicazione completamente diversa dalle alternative esistenti oppure un miglioramento sostanziale in termini di trattamento o diagnosi rispetto a una tecnologia esistente”* (Varela-Lema, 2014).

Infine l'Organizzazione Mondiale della Salute descrive le innovazioni in un senso più ampio segnalando che si tratta di un concetto che comprende tre diverse dimensioni:

1. Il tipo d'innovazione (cosa c'è di nuovo?);
2. La soggettività dell'innovazione (per chi rappresenta una novità?);
3. Il grado d'innovazione (quanto è nuovo?).

A livello regionale il processo di programmazione del rinnovamento tecnologico rappresenta un obiettivo auspicato e condiviso, definendo percorsi strutturati ed espressamente finalizzati a definire il processo attraverso metodologie di Health Technology Assessment.

Il “*primum movens*” di questa programmazione è rappresentato dall’allocazione dei fondi del Servizio Sanitario Regionale e dalla loro conseguente destinazione verso specifiche attività assistenziali. La programmazione degli acquisti si propone sempre nell’osservanza dei tetti di spesa riguardanti i dispositivi medici, intervenendo nello specifico sui seguenti aspetti:

- *Pianificazione*. Valutazione della coerenza tra i piani aziendali d’investimento e gli obiettivi del Piano sanitario regionale finalizzata ad assicurare la coerenza tra la dotazione tecnologica ed il sistema dell’offerta e ad evitare duplicazioni di servizi e tecnologie;
- *Controllo*. Monitoraggio della tecnologia acquistata e verifica dei risultati effettivamente conseguiti rispetto a quelli programmati. L’outcome dell’introduzione di nuove tecnologie oltre ad essere effettuato su basi oggettive quali le prestazioni erogate passa anche attraverso il feedback di tutte le figure coinvolte quali i pazienti, i cittadini e i caregivers che possono essere coinvolti tramite apposite survey. È dunque importante che la loro prospettiva venga presa in considerazione nel processo di controllo e valutazione di una nuova tecnologia in quanto comprendono e possono descrivere i veri benefici di un trattamento e la reale portata degli effetti indesiderati;
- *Obsolescenza*. L’aumento degli investimenti in tecnologie biomediche rende necessario un processo di controllo delle manutenzioni del parco tecnologico biomedico con l’obiettivo di un maggior efficientamento delle tecnologie sanitarie e di riduzione del livello di obsolescenza tecnologica.

A tal riguardo si riscontra che l’attività di manutenzione delle tecnologie biomediche sta evolvendo da una concezione di pura operatività (il ripristino delle apparecchiature non funzionanti) verso una vera e propria funzione manageriale volta alla riduzione dei rischi connessi all’uso dei dispositivi medici, alla diminuzione dei tempi di inutilizzo, alla prevenzione dei guasti ed alla garanzia della qualità delle prestazioni erogate. In tal modo si ottimizza la durata fisiologica del bene contribuendo al miglioramento continuo del percorso assistenziale del paziente del cui iter diagnostico-terapeutico la tecnologia costituisce un fattore fondamentale. È quindi importante che la manutenzione delle apparecchiature sia gestita in modo corretto ed efficace anche tramite forme innovative di manutenzione evolutiva al fine della mitigazione del tasso di obsolescenza tecnologica.

#### **Obiettivo Prioritario:**

Ad oggi nella Regione la situazione è fortemente disomogenea in quanto ciascun Ente agisce autonomamente nella gestione del proprio parco tecnologico. Questo comporta spesso una duplicazione delle procedure con conseguente dispersione di risorse sia nell’acquisizione di beni e servizi sia nella gestione e manutenzione delle apparecchiature biomedicali con ridotte capacità di abbattimento dei costi.

#### **Obiettivo a breve termine**

Istituzione della Rete regionale di HTA che nel rispetto della multidisciplinarietà che la contraddistingue, vedrà coinvolti i vari stakeholders compresi gli Enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR), le società a carattere scientifico e le Università, con le seguenti finalità:

- identificare, filtrare e prioritizzare le tecnologie sanitarie nuove ed innovative al fine di valutare il loro potenziale impatto per il sistema sanitario regionale;
- monitorare la vetustà del parco tecnologico installato, a tale scopo è necessario implementare un Sistema di anagrafica centralizzata utilizzando anche i database, ove esistenti, delle diverse Aziende.

#### **Obiettivo a medio termine**

Un congruo risparmio si otterrebbe implementando una gestione centralizzata anche dei contratti di manutenzione per le apparecchiature medicali nel rispetto delle diverse organizzazioni aziendali.

## **6.7 FLUSSI INFORMATIVI E MONITORAGGIO DEL SSR**

Il Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR svolge attività di supporto tecnico in tema di flussi dati (sanitari e socio-sanitari), con specifico supporto ai Settori regionali, e con l’utilizzo dell’Osservatorio

Epidemiologico Regionale risponde alle necessità di programmazione epidemiologica e coordinamento della rete epidemiologica regionale.

Le attività principali come indicato nel decreto “funzioni del Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR” si articolano nelle seguenti aree di lavoro:

- Attività di gestione flussi sanitari e socio-sanitari e relativi debiti informativi Ministeriali;
- Supporto tecnico allo sviluppo/progettazione di nuovi flussi informative;
- Affiancamento di progettazione e sviluppo di database informativi relativi a flussi dati;
- Monitoraggio e predisposizione dashboard sui bisogni di salute;
- Monitoraggio e predisposizione dashboard sulla domanda di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e monitoraggio dell’offerta di prestazioni;
- Attivazione di modellistica di support alla programmazione regionale;
- Coordinamento flussi informativi e adempimenti LEA;
- Monitoraggio con dashboard informative sui LEA e sul Nuovo Sistema di Garanzia (NSG);
- Supporto Settori in fase di istruttoria per la valutazione adempimenti LEA;
- Gestione flussi informativi pandemia Sars-CoV-2;
- Interfaccia Istituto Superiore di Sanità per debiti informativi giornalieri/settimanali/mensili di monitoraggio pandemia Sars-CoV-2.

L’Osservatorio Epidemiologico Regionale svolge funzioni di:

- Sorveglianza stili di vita della popolazione: programmi di monitoraggio epidemiologico: progetto PASSI e PASSI d’Argento, Stesura Profilo di Salute Regionale e supporto all’attività epidemiologica nazionale e locale;
- Attività di coordinamento della rete epidemiologica regionale;
- Gestione dei registri di patologia e delle cause di morte;
- Attività di collaborazione e supporto al Piano Regionale della Prevenzione;
- Collaborazione con l’ARPAM per indagini epidemiologiche ambiente correlate;
- Sviluppo attività statistica-epidemiologica nel sistema Sistar;
- Analisi epidemiologiche sui flussi in tema di certificato di assistenza al parto (CeDAP);
- Analisi epidemiologica breve/medio e profili previsionali a lungo periodo sulla pandemia Sars-CoV-2.

Le prospettive da implementare nei prossimi anni si differenziano nei 3 percorsi principali afferenti al Settore flussi Informativi:

### **1) Gestione e accoglienza Flussi (GAF):**

La gestione dei sistemi informativi regionali andrà implementata con nuovi sistemi di accoglienza flussi, nuovi percorsi di alimentazione e interfaccia visiva a GAF e con percorsi di lettura dei flussi correnti con dashboard di follow-up analitico. I flussi predisposti per entrare nei prossimi anni nel nuovo sistema di accoglienza (GAF) saranno: Scheda Dimissione Ospedaliera (SDO), I Dispositivi Medici, il SIAD con le nuove integrazioni, il FAR, la Medicina di Base, il SIM, la Specialistica, la Somministrazione diretta farmaci, la Farmaceutica, il Flusso 118 e Flusso Emur e alcuni nuovi flussi in fase di implementazione Ministeriale (NPIA, SDO-R e la parte del PNRR).

Il nuovo percorso (di alimentazione a GAF) di gestione dei flussi dati tenderà verso una validazione in fase di offline rispetto alla fase di upload del flusso; successivamente attraverso algoritmi di controllo i flussi verranno analizzati e monitorati per inviare dei check di controllo ai responsabili dell’invio dei flussi specifici. La struttura di controllo restituirà successivamente i seguenti file di Feedback:

- 1) Rivevuta di upload: reportistica generale con il numero dei dati inviati e una serie di sintesi informativa economico-gestionale;

- 2) Riepilogo Errori: reportistica con i dati riassuntivi e la tipologia dell'errore, con l'individuazione del codice matrice specifico;
- 3) Report Dettaglio errori: File di testo dove vengono riportate le singole righe errate con il codice del relativo errore.

Il nuovo GAF tenderà verso un'ottimizzazione dei tempi nella fase di controllo, attraverso dei check/alert che seguiranno le prerogative tecniche dei singoli flussi, con l'obiettivo di monitorare in fase di caricamento a GAF regionale eventuali anomalie nella lettura del flusso e successivamente rendere più performante l'invio del flusso a livello Ministeriale.

## **2) Monitoraggio del Servizio Sanitario Regionale:**

Le attività di analisi/monitoraggio del Servizio Sanitario Regionale (SSR) si orienteranno sempre con maggiore intensità, verso una prospettiva di supporto ai cambiamenti organizzativi e verso una prospettiva di valutazione efficacia/efficienza dei percorsi gestionali. I sistemi informativi nel post covid-19 si dovranno muovere verso una visione di interoperabilità dei sistemi e dovranno mettere al centro del percorso informativo, la sicurezza nella gestione del dato e l'interfaccia con l'utente anche su percorsi informali.

Il sistema di gestione dei flussi informativi dovrà mettere al centro nei prossimi anni, percorsi formativi che possano ampliare le competenze in materia di gestione del dato, competenze in materia di nuove tecnologie digitali di visualizzazione delle informazioni e competenze in materia di condivisione del dato con l'attivazione di sharepoint informativi.

Un aspetto rilevante riguarderà lo sviluppo di nuovi sistemi che favoriscano l'interoperabilità tra le componenti della rete di fornitori di servizi sanitari, che in questo momento operano con assetti informativi eterogenei. Gli obiettivi saranno di creare banche dati strutturate in maniera omogenea che soddisfano i tre requisiti dell'interoperabilità: Tecnica, Sintattica e Semantica.

## **3) L'Osservatorio Epidemiologico Regionale:**

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale si orienterà verso lo sviluppo di nuovi sistemi di stratificazione del rischio della popolazione residente, attraverso la costruzione di piramidi del rischio con stratificazione per patologia, per area di contesto socio-economico e attraverso l'utilizzo di algoritmi di analisi che lavorano attraverso la cooperazione contemporanea di più flussi informativi. La stratificazione rappresenta un obiettivo prioritario dell'attività epidemiologica, al fine di stimare le soglie di rischio della cittadinanza, con i seguenti obiettivi generali:

- disporre di informazioni dettagliate per cooperare alle decisioni organizzative;
- identificare fasce di pazienti considerate ad alto rischio (nell'analisi predittiva) al fine di attuare interventi preventivi;
- migliorare la cooperazione ai processi decisionali clinico/diagnostici attraverso la modellazione predittiva.

Le attività di profiler previsionali (di stratificazione delle soglie di rischio) si svilupperanno nei seguenti settori di interesse: programmi orientati alla prevenzione delle malattie, miglioramento delle metodologie di gestione della multimorbilità, sviluppando sistemi per il miglioramento e l'ottimizzazione dell'aderenza e dell'empowerment dei pazienti.

La rete epidemiologica regionale dovrà tendere verso un rafforzamento strutturale, in particolare dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) con la priorità di implementare nuove competenze per accompagnare il sistema epidemiologico e orientarlo verso il futuro al fine di: analizzare le evidenze in sanità disponibili, ridisegnare le sorveglianze e gli studi sulla popolazione e lo stato di salute, rilevare i nuovi bisogni di salute, analizzare la distribuzione dei determinanti di salute individuale e collettiva con analisi sugli effetti sugli impatti, valutare la relazione tra bisogno/offerta/consumo di prestazioni sanitarie, valutare l'efficacia degli interventi sanitari e dei modelli organizzativi di erogazione.

Le funzioni e i servizi di epidemiologia dovranno ripartire dallo sviluppo dell'integrazione dei flussi informativi Sanitari, Socio-Economici e Socio-Demografici, con una operabilità tempestiva e attraverso l'interoperabilità delle diverse fonti informative. Oltre ai percorsi informativi standardizzati, una importanza rilevante va

sottolineata per la raccolta dei dati sul campo ad hoc, che possono integrare i flussi correnti ordinari. La forte digitalizzazione dei sistemi dovrà partire dall'integrazione dei flussi correnti.

La rete epidemiologica regionale sarà affiancata e inserita nei percorsi informativi regionali con accessi al sistema di Data Warehouse per costruire percorsi epidemiologici con dati in Real-Time. Il personale inserito nella struttura regionale di epidemiologia dovrà operare secondo un modello organizzativo strutturato in modo da assicurare funzioni di governo regionale, cooperazione con la funzione epidemiologica nazionale e supporto al sistema epidemiologico locale. In questo contesto si inserisce il coordinamento epidemiologico regionale attribuito all'Osservatorio Epidemiologico Regionale che si possa interfacciare con la rete nazionale e con i punti epidemiologici locali. Attenzione verrà messa sul concetto di early treatment, cioè anticipando il trattamento del tumore alle fasi iniziali della malattia, al fine di aumentare considerevolmente i benefici non solo per il paziente in termini di outcome sanitari, ma anche per il Sistema Sanitario Regionale che si troverebbe a fronteggiare un numero minore di recidive o progressioni di alcune patologie con risvolti positivi in termini di salute della popolazione.

#### **4) Il Registro Tumori Regionale (RTM)**

Il Registro Tumori Regionale è finalmente arrivato a codificare i casi di incidenza relativi al periodo 2019 e 2020, quasi un allineamento fisiologico visto che si analizza l'incidenza oncologica, la quale richiede quindi un periodo di latenza per recuperare i flussi sanitari necessari. L'obiettivo prioritario riguarderà l'integrazione con i Registri di Patologia, si tenderà verso la creazione di un Network che si snoda dal registro Tumori Infantili, al Registro Tumori Occupazionali, al Registro Mesoteliomi, fino ad arrivare al Registro Tumori della Popolazione integrato con il Registro delle cause di morte RENCAM. Queste strutture, attive e cooperanti nel network regionale, saranno orientate verso una cooperazione forte e attiva su tutto il territorio regionale, al fine di garantire un monitoraggio "lifelong health".

#### **5) L'Osservatorio Regionale sulle Diseguaglianze nella salute:**

Nella Regione Marche il tema delle diseguaglianze nella salute è stato portato in evidenza dall'Osservatorio sulle Diseguaglianze nella salute (nato nel 2000 all'interno dell'Agenzia Regionale Sanitaria Marche).

L'Osservatorio, tra i primi in Italia sul tema, ha cercato sempre di individuare interventi specifici di promozione della salute e di contribuire a programmare servizi di base adeguati per coloro che risultano svantaggiati negli esiti di salute e più vulnerabili a causa di peggiori condizioni socio-economiche e che, quando più spesso ricorrono al ricovero e necessitano di assistenza più costosa.

Nell'attuale contesto nazionale in cui la necessità di ottimizzare le risorse è acclarata, fornire le cure di base a chi ne ha bisogno, a partire dai gruppi più vulnerabili, significa anche assumere la responsabilità di operare in termini di efficienza per tutti, oltre che contrastare le diseguaglianze, che come noto, hanno ricadute negative su tutta la collettività.

La mission dell'Osservatorio è quella di progettare e mettere in campo azioni per il miglioramento delle performances dei servizi del SSR Marche attraverso: la conduzione di indagini sullo stato di salute dei gruppi vulnerabili, la valutazione dei servizi, la creazione ed il sostegno a gruppi di lavoro di professionisti del Servizio Sanitario anche attraverso percorsi di formazione/azione regionali, la proposizione di indicazioni normative regionali; lo svolgimento di un Help Desk per la raccolta delle problematiche che vengono rilevate da soggetti del territorio (operatori SSR e cittadini) in relazione all'assistenza sanitaria dei gruppi vulnerabili, intervenendo per la risoluzione dei problemi, nell'ottica del rispetto dei diritti e dei doveri di tutti i cittadini, operando in rete anche con altre Regioni e Società Scientifiche; la promozione della mediazione interculturale; lo svolgimento di azione di partnership con soggetti istituzionali e no profit e di advocacy, a livello locale e nazionale; la realizzazione di specifici progetti a valenza regionale, nazionale, europea.

**Obiettivi Prioritari:****Breve termine**

- Sviluppo dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale e creazione della rete epidemiologica regionale, attraverso la cooperazione salute/ambiente;
- Rafforzamento dei registri delle cause di morte e di patologia;
- Rafforzamento dei sistemi di monitoraggio del SSR e di lettura qualitativa dei flussi dati;
- Sviluppo dell'Osservatorio regionale sulle diseguaglianze nella Salute e creazione in rete con l'Osservatorio Epidemiologico regionale e con l'Osservatorio delle Politiche Sociali rete regionale;
- Creazione network sui Registri di patologia presenti nella Regione Marche.

**Medio termine**

- Implementazione e strutturazione dei nuovi flussi previsti nel PNRR;
- Ottimizzazione e miglioramento delle performance nella gestione Accoglienza Flussi (GAF);
- Sviluppo di sistemi di IA e .

## 7 L'ADEGUAMENTO INFRASTRUTTURALE: IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)

La pandemia di Covid-19 è sopraggiunta in un momento storico in cui era già evidente e condivisa la necessità di adattare l'attuale modello economico verso una maggiore sostenibilità ambientale e sociale.

Nel dicembre 2019, la Presidente della Commissione europea ha presentato lo European Green Deal che intende rendere l'Europa il primo continente a impatto climatico zero entro il 2050.

La pandemia, e la conseguente crisi economica, hanno spinto l'UE a formulare una risposta coordinata a livello sia congiunturale, con la sospensione del Patto di Stabilità e ingenti pacchetti di sostegno all'economia adottati dai singoli Stati membri, sia strutturale, in particolare con il lancio a luglio 2020 del programma Next Generation EU (NGEU).

Lo sforzo di rilancio dell'Italia delineato dal Piano presentato dall'Italia si sviluppa intorno a tre assi strategici condivisi a livello europeo: digitalizzazione e innovazione, transizione ecologica, inclusione sociale.

Le Linee guida elaborate dalla Commissione Europea per l'elaborazione dei PNRR identificano le Componenti come gli ambiti in cui aggregare progetti di investimento e riforma dei Piani stessi.

Ciascuna componente riflette riforme e priorità di investimento in un determinato settore o area di intervento, ovvero attività e temi correlati, finalizzati ad affrontare sfide specifiche e che formino un pacchetto coerente di misure complementari.

Le componenti hanno un grado di dettaglio sufficiente ad evidenziare le interconnessioni tra le diverse misure in esse proposte. Il Piano si articola in sedici Componenti, raggruppate in sei Missioni.

La pandemia ha messo in evidenza come la sanità sia un'area che richiede un significativo aggiornamento digitale.

Il piano vuole accelerare in modo decisivo il miglioramento, l'armonizzazione e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) quale pietra angolare per l'erogazione dei servizi sanitari digitali e la valorizzazione dei dati clinici nazionali. Inoltre, sviluppa ecosistemi avanzati di telemedicina, asse portante del rafforzamento della sanità territoriale e del miglioramento degli standard di cura di cittadini e residenti.

### Le riforme previste dal piano

Il Piano prevede un insieme integrato di investimenti e riforme orientato a migliorare l'equità, l'efficienza e la competitività del Paese, a favorire l'attrazione degli investimenti e in generale ad accrescere la fiducia di cittadini e imprese. Per essere efficace, strutturale e in linea con gli obiettivi del pilastro europeo dei diritti sociali, la ripresa dell'Italia deve dare pari opportunità a tutti i cittadini, soprattutto quelli che non esprimono oggi pienamente il loro potenziale.

Per questo motivo le 6 Missioni del PNRR condividono priorità trasversali, relative alle pari opportunità generazionali, di genere e territoriali. Le Riforme e le Missioni sono valutate sulla base dell'impatto che avranno nel recupero del potenziale dei giovani, delle donne e dei territori, e nelle opportunità fornite a tutti, senza alcuna discriminazione.

In particolare, le priorità sono le seguenti:

- *il sostegno agli anziani non autosufficienti.* Attualmente in Italia le persone con una età superiore ai 65 anni sono il 23 per cento, dato destinato ad aumentare gradualmente nei prossimi anni. Inoltre, secondo le stime attuali, il numero di anziani non autosufficienti raddoppierà fino a quasi 5 milioni entro il 2030. Questi dati pongono una vera e propria sfida per i servizi di welfare e per l'assistenza sociosanitaria. Per le persone anziane non autosufficienti, il Piano introduce diverse misure, strettamente legate tra loro, sia riguardo al rafforzamento dei servizi sociali territoriali finalizzato alla prevenzione dell'istituzionalizzazione e al mantenimento, per quanto possibile, di una dimensione autonoma (Missione 5), sia attraverso il potenziamento dell'assistenza sanitaria, soprattutto quella radicata sul territorio (Missione 6);

➤ *le pari opportunità per le persone con disabilità*. L'attenzione per le persone con disabilità caratterizza tutto il PNRR, in linea con la convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità. Stando ai dati del 2019, in Italia le persone con disabilità – ovvero che soffrono a causa di problemi di salute e di gravi limitazioni che impediscono loro di svolgere attività abituali – sono 3 milioni e 150 mila, pari a circa il 5 per cento della popolazione. Gli anziani sono i più colpiti, soprattutto le donne: su quasi 1 milione e mezzo di ultrasessantacinquenni che si trovano in condizione di disabilità, vi sono 1 milione di donne. I problemi legati alla disabilità si sommano spesso a quelli dovuti alle disuguaglianze territoriali, con una maggiore concentrazione nelle Isole.

All'interno del Piano, per quanto riguarda le aree sociale e sanitaria, sono previste le seguenti misure:

- La Missione 5 include un investimento straordinario sulle infrastrutture sociali, nonché sui servizi sociali e sanitari di comunità e domiciliari, per migliorare l'autonomia delle persone con disabilità;
- Nella Missione 6, il miglioramento di servizi sanitari sul territorio permette di rispondere ai bisogni delle persone con disabilità, favorendo un accesso realmente universale alla sanità pubblica. Nel più generale ambito sociosanitario, si affianca una componente di riforma volta alla non autosufficienza, con l'obiettivo primario di offrire risposte ai problemi degli anziani.

## 7.1 LA “MISSIONE 6: SALUTE” E LE SUE AZIONI

La pandemia ha reso ancora più evidenti alcuni aspetti critici di natura strutturale, che in prospettiva potrebbero essere aggravati dall'accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto.

Vi sono: (i) significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio; (ii) un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali; (iii) tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni; (iv) una scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari.

L'esperienza della pandemia ha inoltre evidenziato l'importanza di poter contare su un adeguato sfruttamento delle tecnologie più avanzate, su elevate competenze digitali, professionali e manageriali, su nuovi processi per l'erogazione delle prestazioni e delle cure e su un più efficace collegamento fra la ricerca, l'analisi dei dati, le cure e la loro programmazione a livello di sistema.

In particolare, la Missione 6 Salute si articola in due Componenti:

- C1 *“Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriali”*: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari;
- C2 *“Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale”*: le misure incluse in questa componente sono finalizzate al rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

All'interno di queste due componenti, si sviluppano diverse linee di investimento, per ognuna delle quali il Piano individua lo specifico target che la singola Regione deve raggiungere e le rispettive scadenze.

Le linee di investimento comprese nella Componente 1 sono:

- Investimento 1.1 – Case di Comunità e presa in carico della persona per rafforzare la capacità del SSN di fornire servizi adeguati sul territorio;



- Investimento 1.2.2 – Implementazioni delle Centrali Operative Territoriali (COT), interconnessione e Device.
- Investimento 1.3 – Rafforzamento dell’Assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture intermedie (Ospedali di Comunità) per attivare strutture sanitarie della rete territoriale a ricovero breve e destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata.

Le linee di investimento previste dalla Componente 2 sono:

- Investimento 1.1 – Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero distinto in:
  - sub-investimento 1.1.1 – Digitalizzazione dei Dea di I e II livello che prevede il potenziamento del livello di digitalizzazione delle strutture sanitarie sede di dipartimenti di emergenza e accettazione;
  - sub-investimento 1.1.2 – Grandi Apparecchiature che prevede l’acquisto di nuove grandi apparecchiature ad alto contenuto tecnologico (TAC, risonanze magnetiche, Acceleratori Lineari, Sistema Radiologico Fisso, Angiografi, Gamma Camera, Gamma Camera/TAC, Mammografi, Ecotomografi) caratterizzate da una vetustà maggiore di 5 anni;
- Investimento 1.2 – Verso un ospedale sicuro e sostenibile, con la definizione di un percorso di miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri, adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica;
- Investimento 1.3 – Rafforzamento dell’infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l’elaborazione, l’analisi dei dati e la simulazione, attraverso il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), al fine di garantirne la diffusione, l’omogeneità e l’accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari. E’ inoltre previsto il rafforzamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), ovvero dell’infrastruttura e degli strumenti di analisi del Ministero della salute per il monitoraggio dei LEA e la programmazione di servizi di assistenza sanitaria alla popolazione che siano in linea con i bisogni, l’evoluzione della struttura demografica della popolazione, i trend e il quadro epidemiologico;
- Investimento 2.1 – Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN, rafforzando la capacità di risposta dei centri di eccellenza presenti in Italia nel settore delle patologie rare e favorendo il trasferimento tecnologico tra ricerca e imprese;
- Investimento 2.2 – Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario, per garantire l’efficacia, l’adeguatezza, la sicurezza e l’efficienza dell’assistenza fornita dal SSN, distinto in:
  - sub investimento 2.2. (a) – borse aggiuntive in formazione di medicina generale;
  - sub investimento 2.2. (b) – corso di formazione in infezioni ospedaliere.

Delle linee di investimento previste, alcune sono a titolarità, ossia il soggetto attuatore e assegnatario delle risorse è direttamente il Ministero della Salute; altre sono a regia, ossia il soggetto attuatore e assegnatario delle risorse è esterno al Ministero della Salute, per lo più rappresentato dalle Regioni.

## 7.2 IL PROGETTO DELLA REGIONE MARCHE

Con decreto del 20.01.2022 (G.U. n. 57 del 09/03/2022), il Ministero della Salute ha provveduto alla ripartizione delle risorse del “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza” (PNRR) e del “Piano Nazionale per gli Investimenti Complementari” (PNC), destinate alla realizzazione di interventi a regia del Ministero della Salute e dei Soggetti attuatori, le Regioni e Province autonome afferenti alla Missione 6, Componenti 1 e 2. Sullo schema di decreto è stata sancita intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in sede di Conferenza Stato Regioni nella seduta tenutasi in data 12/01/2022 (Rep. Atti n. 1/CSR del 12/01/2022).

Inoltre, con i Decreti del Ministero della Salute del 2.11.2021 (G.U. n. 121 del 25/05/2022) e del 22.09.2022 (G.U. n. 298 del 22/12/2022) sono state ripartite le risorse PNRR destinate alla linea di investimento M6C2 2.2 (a) borse aggiuntive in formazione di medicina generale, rispettivamente per i corsi triennali 2021-2024 e 2022-2025. Alla fine dell'anno 2023, verrà emanato il decreto di riparto delle risorse per il corso triennale 2023-2026.

Con decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per la Trasformazione Digitale del 8.08.2022 (G.U. n. 232 del 04/10/2022) sono, invece, state ripartite le risorse per il potenziamento delle infrastrutture digitali e per le competenze digitali in relazione alla linea di investimento M6C2 1.3.1 (b) Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni.

Pertanto, in base ai target attribuiti per ciascuna linea di investimento, alla Regione Marche sono state complessivamente assegnate le seguenti risorse economiche:

## Missione 6 - Salute

### COMPONENTE 1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

INTERVENTI	RISORSE PNRR	TARGET (n. INTERVENTI)	SCADENZA TRAGUARDO FINALE(*)
Intervento I.1 - Case della Comunità	42.494.802,81 €	29 CdC	T1 2026
Intervento I.2.2 - COT, interconnessione aziendale, device	5.112.939,71 €	15 COT	T1 2024
COT	2.596.125,00 €		
interconnessione Aziendale	1.066.071,88 €		
Device	1.450.742,83 €		
Intervento I.3 - Ospedali di Comunità	23.178.983,35 €	9 OdC	T1 2026
<b>TOTALE COMPONENTE I</b>	<b>70.786.725,87 €</b>		

### COMPONENTE 2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

INTERVENTI	RISORSE	TARGET (n. INTERVENTI)	SCADENZA TRAGUARDO FINALE
Intervento I.1 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	61.175.479,50 €		
Ammodernamento tecnologico - Digitalizzazione dei DEA I e II Livello	33.612.075,55 €	7	T3 2025
Ammodernamento tecnologico - Grandi Apparecchiature	27.563.403,95 €	57	T4 2024
Intervento I.2 - Verso un ospedale sicuro e sostenibile	48.417.444,49 €		
riparto risorse PNRR	14.807.918,63 €	2	T2 2026
riparto risorse PNC	33.609.525,86 €	8	T2 2026
Intervento I.3.1(b) «Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni»	6.900.615,83 €	potenziamento infrastrutture	T2 2026
	7.217.288,00 €	competenze digitali;	
Intervento I.3.2 - Infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione - di cui: Reingegnerizzazione NSIS a livello	702.323,20 €	4 flussi informativi	n.2 flussi adottati T1 2023 n. 2 flussi adottati T1 2025
Intervento 2.2 - Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema Sanitario - (a) sub borse aggiuntive in formazione di medicina generale	793.123,38 €	21 borse 2021-2024	T2 2022
	793.123,38 €	21 borse 2022-2025	T2 2023
Intervento 2.2 - Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema Sanitario - (b) sub corso di formazione infezioni	1.991.729,80 €	7302 dipendenti formati	T2 2026
<b>TOTALE COMPONENTE 2</b>	<b>127.991.127,58 €</b>		
<b>TOTALE COMPONENTI 1 e 2</b>	<b>198.777.853,45 €</b>		

(\*) T = Trimestre.

Con decreto del Segretario Generale n. 39 del 19/04/2022 recante *“PNRR Missione 6 salute - Costituzione cabina di regia e relativi gruppi di lavoro tematici”* è stata costituita la Cabina di regia per l’attuazione del PNRR-Missione 6 Salute per l’attuazione del PNRR in ambito sanitario e relativi sotto gruppi di lavoro tematici:

- Gruppo di lavoro PNRR M6: *“Assistenza territoriale e Ospedali Sicuri”*;
- Gruppo di lavoro PNRR M6: *“Gruppo tecnico informatico”*;
- Gruppo di lavoro PNRR M6: *“Tecnologie sanitarie”*;
- Gruppo di lavoro PNRR M6: *“Medicina Generale e Formazione”*;
- Gruppo di lavoro PNRR M6: *“Tecnico Amministrativo di attuazione.”*

Per dare avvio all’attuazione degli investimenti finanziati con il PNRR, il Ministero della Salute ha sottoscritto un Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) con ogni Regione soggetto attuatore.

Con D.G.R. n. 812 del 26/6/2022 è stato recepito il CIS sottoscritto digitalmente dal Presidente della Regione Marche e dal Ministro della Salute.

In base all’articolo 5, comma 2 del CIS, la Regione Marche ha poi conferito, con D.G.R. n. 970/2022, la delega all’attuazione di alcuni degli investimenti previsti dalla Missione 6 agli Enti del Servizio Sanitario Regionale, quali soggetti attuatori esterni.

### **M6C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L’ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE.**

Lo standard regionale minimo descritto nel documento denominato *“Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale”* di cui al d.m. 77/2022 prevede:

- n. 1 Case della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- n. 1 Ospedali di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti;
- n. 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti.

Pertanto i target stabiliti per la Regione Marche sono i seguenti:

- n. 29 Case della Comunità;
- n. 9 Ospedali di Comunità (OdC);
- n. 15 Centrali Operative Territoriali (COT).

Sulla base dei criteri definiti in aderenza al documento *“Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale”*, è stata effettuata, in collaborazione con l’ex ASUR, una ricognizione degli immobili esistenti, di proprietà ASUR o di proprietà pubblica, quali strutture idonee per essere riconvertite in Case della Comunità (CdC) e in Ospedali di Comunità (OdC) tenendo conto dei seguenti criteri: presenza di pregresse Case della Salute di tipo A e di tipo B già attive e di Ospedali di Comunità già attivi; pianificazione pregressa di ASUR per le Case della Salute di tipo A e B da attivare ed eccessiva carenza di offerta sul territorio. Inoltre si è stabilito di procedere a una ricognizione di immobili al fine di individuare le sedi per attivare le Centrali Operative Territoriali (COT).

Qualora non vi fossero immobili idonei da ristrutturare, ai fini della loro riconversione, è stata data indicazione all’ex ASUR di individuare terreni da destinare a nuove costruzioni.

Con D.G.R. n. 656 del 26/05/2022 recante *“Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute – Componenti 1 e 2: Aggiornamento dell’elenco degli interventi di cui alla delibera n. 271 del 14/03/2022 e approvazione del Piano Operativo Regionale”* è stato approvato il Piano Operativo Regionale (POR) che raccoglie tutti gli interventi finanziati con fondi PNRR M6 Salute rivolti al potenziamento dell’assistenza territoriale.

L’allegato 2 al POR contiene il dettaglio di tutti gli interventi previsti dalle linee di investimento della Missione 6, con le relative localizzazioni e importi assegnati.

<b>Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona</b>						
<b>CUP</b>	<b>ENTE del SSR</b>	<b>Comune</b>	<b>Prov.</b>	<b>Indirizzo</b>	<b>IMPORTO INTERVENTO PNRR</b>	<b>IMPORTO INTERVENTO (Risorse a carico del bilancio regionale)</b>
F72C22000120006	AST Pesaro e Urbino	Pesaro (Galantara)	PU	Strada per Novilara, 8	€ 2.500.000,00	
B65F22000410006	AST Pesaro e Urbino	Cagli	PU	via Meucci n.p	€ 500.000,00	
F12C22000120006	AST Pesaro e Urbino	Mondolfo	PU	Piazza Bartolini,6	€ 400.000,00	
F52C22000110006	AST Pesaro e Urbino	Fossombrone	PU	Via Fratelli Kennedy, 21	€ 700.000,00	
F78I22000330006	AST Ancona	Corinaldo	AN	Viale degli Eroi	€ 3.200.000,00	
F25F22000460006	AST Ancona	Filottrano	AN	Via Don Minzoni,16	€ 1.200.000,00	
F45F22000500006	AST Ancona	Jesi	AN	Via Aldo Moro snc	€ 1.600.000,00	
F62C22000100006	AST Ancona	Cingoli	MC	Via della Carità, 11	€ 300.000,00	
F92C22000160006	AST Ancona	Fabriano	AN	Via Marconi,9	€ 1.100.000,00	
G38I22000380006	AST Ancona	Ancona	AN	v. C. Colombo 106 (EX CRASS)	€ 3.700.000,00	
F32C22000130006	AST Ancona	Ancona	AN	Largo Lorenzo Cappelli,1 (EX Umberto I)	€ 100.000,00	
F65F22000540006	AST Ancona	Chiaravalle	AN	Via F.lli Rosselli, 176	€ 2.000.000,00	
F58I22000930006	AST Ancona	Loreto	AN	Via S. Francesco, 1	€ 2.000.000,00	
F25F22000470006	AST Macerata	Recanati	MC	Piazzale Adrea da Recanati	€ 1.850.000,00	€ 3.250.000,00
F75F22000560006	AST Macerata	Civitanova Marche	MC	via Abruzzo snc	€ 1.050.000,00	€ 2.750.000,00
H98I22000320006	AST Macerata	Corridonia	MC	Viale Italia, 14	€ 1.000.000,00	
F83D22000130006	AST Macerata	Macerata	MC	Largo Belvedere R. Sanzio, snc	€ 1.800.000,00	
F34E22000150006	AST Macerata	Treia	MC	Via G. Leopardi,2	€ 200.000,00	
H15F22000400006	AST Macerata	Camerino	MC	Località Caselle snc	€ 1.800.000,00	
H55F22000470006	AST Macerata	San Severino Marche	MC	via del Glorioso, 8	€ 2.000.000,00	
F92C22000140001	AST Fermo	Montegranaro	FM	C.da Santa Maria snc	€ 2.000.000,00	
F42C21000500001	AST Fermo	Petritoli	FM	via Pacifico Marini, 50	€ 1.500.000,00	
F64E21007280001	AST Fermo	Porto S. Giorgio	FM	Via Leonardo da Vinci,7	€ 2.200.000,00	
F12C22000100001	AST Fermo	Sant'Elpidio a Mare	FM	Via Porta Romana, snc	€ 2.400.000,00	
F69J22001660006	AST Ascoli Piceno	Acquasanta Terme	AP	f.ne Paggese snc	€ 100.000,00	
F81B22001090006	AST Ascoli Piceno	S. Benedetto del Tronto	AP	via G. Sgattoni, snc	€ 4.300.000,00	
F39J22001640006	AST Ascoli Piceno	Ascoli Piceno	AP	Via degli Iris, 1	€ 200.000,00	
F29J22001190006	AST Ascoli Piceno	Comunanza	AP	Via Cavour snc	€ 694.803,00	
F59J22001210006	AST Ascoli Piceno	Offida	AP	Via Garibaldi, 3	€ 100.000,00	
<b>TOTALE</b>					<b>€ 42.494.803,00</b>	<b>€ 6.000.000,00</b>
<b>TOTALE (FONDI PNRR + FONDI REGIONALI)</b>						<b>€ 48.494.803,00</b>

<b>Investimento 1.2.2 Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) Interventi strutturali</b>							
<b>CUP</b>	<b>ENTE del SSR</b>	<b>Area Vasta</b>	<b>Comune</b>	<b>Prov.</b>	<b>Indirizzo</b>	<b>IMPORTO INTERVENTO PNRR</b>	<b>IMPORTO INTERVENTO (Altre fonti)</b>
F72C22000110006	AST Pesaro e Urbino	1	Pesaro	PU	Via Vatielli, 5	173.075,00 €	
F32C22000150006	AST Pesaro e Urbino	1	Urbino	PU	Via Comandino,21	173.075,00 €	
F32C22000140006	AST Pesaro e Urbino	1	Fano	PU	Via IV Novembre, 63	173.075,00 €	
F12C22000110006	AST Ancona	2	Senigallia	AN	Via Campo Boario, 4	173.075,00 €	
F44E22000150006	AST Ancona	2	Jesi	AN	Via dei Colli, 52 (Ex Murri)	173.075,00 €	
F92C22000170006	AST Ancona	2	Fabriano	AN	Via Marconi, 9	173.075,00 €	
G38I22000370006	AST Ancona	2	Ancona I	AN	Viale Cristoforo Colombo, 106 (Ex Crass)	173.075,00 €	
G38I22000390006	AST Ancona	2	Ancona II	AN	Viale Cristoforo Colombo, 106 (Ex Crass)	173.075,00 €	
F74E22000260006	AST Macerata	3	Civitanova	MC	Via Abruzzo	173.075,00 €	
F82C22000170006	AST Macerata	3	Macerata	MC	Largo Belvedere Sanzio (Pad.Morselli)	173.075,00 €	
H52C22000060006	AST Macerata	3	San Severino Marche	MC	Via del Glorioso,8	173.075,00 €	
F62C22000120001	AST Fermo	4	Fermo	FM	Via Zeppilli, 18	173.075,00 €	
F94E22000410001	AST Fermo	4	Montegranaro	FM	C.da Santa Maria	173.075,00 €	
F89J22003190006	AST Ascoli Piceno	5	S. Benedetto del Tronto	AP	Via Silvio Pellico,32	173.075,00 €	
F39J22001650006	AST Ascoli Piceno	5	Ascoli Piceno	AP	Via delle Zeppelle, 84	173.075,00 €	
<b>TOTALE</b>						<b>2.596.125,00 €</b>	

<b>INVESTIMENTO 1.2.2 IMPLEMENTAZIONE DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT) - INTERCONNESSIONE E DEVICE</b>				
<b>CUP</b>	<b>ENTE del SSR *</b>	<b>IMPORTO INTERVENTO PNRR INTERCONNESSIONE</b>	<b>IMPORTO INTERVENTO PNRR DEVICE</b>	<b>IMPORTO INTERVENTO (Altre fonti)</b>
F41J22000000007		1.066.072,00 €		
F39G22000000007			1.450.742,80 €	
* Interventi trasversali che riguardano tutte le AA.SS.TT				

Investimento 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di comunità)						
CUP	ENTE del SSR	Comune	Prov.	Indirizzo	IMPORTO INTERVENTO PNRR	IMPORTO INTERVENTO (Altre fonti)
F85F22001420006	AST Pesaro e Urbino	Mombaroccio	PU	Via Villagrande	3.600.000,00 €	
B65F22000420006	AST Pesaro e Urbino	Cagli	PU	via Meucci n.p	6.289.490,00 €	
F45F22000490006	AST Ancona	Jesi	AN	Via Aldo Moro, snc	5.689.491,00 €	
F68I22000220006	AST Ancona	Chiaravalle	AN	Via F.lli Rosselli, 176	200.000,00 €	
F47H22001260006	AST Ancona	Loreto	AN	Via S. Francesco, 1	200.000,00 €	
H98I22000310006	AST Macerata	Corridonia	MC	Viale Italia, 14	1.700.000,00 €	
F34E22000160006	AST Macerata	Treia	MC	Via G. Leopardi, 2	800.000,00 €	
F81B22001120006	AST Ascoli Piceno	S. Benedetto del Tronto	AP	Via Sgattoni, snc	2.000.000,00 €	
F34E22000120006	AST Ascoli Piceno	Ascoli Piceno	AP	Via delle Zeppelle, 84	2.700.000,00 €	
<b>TOTALE</b>					<b>23.178.981,00 €</b>	

## M6C2: INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.

### - Sub investimento 1.1.1: Ammodernamento tecnologico: Digitalizzazione dei DEA di I e II livello.

Nel corso degli anni 2020 e 2021, il Ministero della Salute ha richiesto alle Regioni di trasmettere il piano di fabbisogno di tecnologie al fine di garantire il seguente livello di informatizzazione nelle strutture ospedaliere DEA di I e II livello:

- Struttura ospedaliera DEA dotata di: LISS, RIS-PACS, sistema informativo per la gestione dell'attività clinica di Pronto Soccorso, sistema informativo per la gestione dell'attività clinica dei blocchi operatori, ADT e MPI servizi di farmacia informatizzati, prescrizione e somministrazione farmaci con sistema informatizzato, cartella clinica elettronica ospedaliera, repository e order entry.

Il target individuato per la Regione Marche è di n. 7 strutture DEA di I e II livello in cui deve essere compiuta l'azione di digitalizzazione secondo gli standard indicati.

Il gruppo di lavoro PNRR – Tecnico informatico ha provveduto, in collaborazione con gli Enti del SSR, a formulare un'ipotesi di linee di intervento comuni, da realizzare in tutte le strutture individuate, basate sui seguenti punti chiave:

- 1) Necessità di ottimizzare gli investimenti in un'ottica di economie di scala, interoperabilità e omogeneità dei sistemi prevedendo una centralizzazione degli interventi e relativa gestione dei finanziamenti previa definizione di apposite unità di coordinamento regionali per l'attuazione;
- 2) Realizzare infrastrutture regionali in grado di garantire in futuro, una produzione standardizzata di informazioni tra gli Enti del SSR evitando la frammentazione di dati e sistemi;
- 3) Necessità di avvalersi quanto più possibile di convenzioni/accordi quadro stipulati da Consip S.p.a al fine di accelerare le attività prodromiche alla fase esecutiva degli interventi.

Le linee di intervento elaborate, così come riportate nella **DGR n. 162 del 21/02/2022**, sono le seguenti:

1	Interventi (inclusa Progettazione, sviluppo e implementazione di nuove soluzioni o potenziamento dell'installazioni esistenti) in ambito di Sistemi Informativi Clinico-Assistenziali (Cartelle Cliniche Elettroniche di Ricovero e Ambulatoriali, ADT, PS, LIS, PACS, Repository, Prescrizione e Somministrazione Farmaci, Telemedicina, Integrazioni)
2	Interventi (inclusa Progettazione, sviluppo e implementazione di nuove soluzioni o potenziamento dell'installazioni esistenti) in ambito di Interoperabilità dei Sistemi Informativi Sanitari, Gestionali e servizi al Cittadino
3	Interventi (inclusa Progettazione, sviluppo e implementazione di nuove soluzioni o potenziamento dell'installazioni esistenti) in ambito di Sistemi amministrativi contabili e Data Management (BI, AI, DSS)
4	Interventi (inclusa Progettazione, sviluppo e implementazione di nuove soluzioni o potenziamento dell'installazioni esistenti) in ambito di Infrastrutture Server (Locali e Cloud), Networking (LAN, WAN, SD-LAN, Wi-Fi, Monitoraggio, IPS/IDS, DLP, etc..), Identity and Access Management (IAM), security information and event management (SIEM), PDL, licenze, Sicurezza Informatica e Cybersecurity

Si sottolinea che, con mail del 27/01/2022 (ID 177 7 | 16/02/2022 | R\_MARCHE | ARS | HTA), il Ministero della Salute ha comunicato la non ammissibilità dell'INRCA al finanziamento per la digitalizzazione con i fondi del PNRR in quanto non classificata come struttura DEA.

Con D.G.R. 656 del 30/05/2022 di approvazione del POR sono stati individuati anche gli interventi da attuare per l'investimento in oggetto:

Investimento 1.1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA di I e II Livello)								
CUP	ENTE del SSR	Titolo Progetto	Presidio ospedaliero	DEA di I o II livello	Comune	Indirizzo	IMPORTO INTERVENTO PNRR	IMPORTO INTERVENTO (Altre fonti)
F34E22000420007	A.O.U. DELLE MARCHE	DIGITALIZZAZIONE DEA II LIVELLO	PO Torrette	DEA II	Ancona	Via Conca n. 71	6.722.415,11 €	
G14E22000280003	AST Pesaro e Urbino	DIGITALIZZAZIONE DEA I LIVELLO	A.O. OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD	DEA I	Pesaro	P.le Cinelli 4	4.470.406,05 €	
F31J22000000007	AST Pesaro e Urbino	DIGITALIZZAZIONE DEA I LIVELLO - AREA VASTA 1	Presidio ospedaliero unico Area Vasta 1	DEA I	Urbino	via F. Comandino, 70	2.241.925,43 €	
F91J22000000007	AST Ancona	DIGITALIZZAZIONE DEA I LIVELLO - AREA VASTA 2	Presidio ospedaliero unico Area Vasta 2	DEA I	Fabriano	Viale Stelluti Scala, 26	6.725.775,41 €	
F81J22000000007	AST Macerata	DIGITALIZZAZIONE DEA I LIVELLO - AREA VASTA 3	Presidio ospedaliero unico Area Vasta 3	DEA I	Macerata	via Santa Lucia, 2	6.725.776,32 €	
F61J22000010007	AST Fermo	DIGITALIZZAZIONE DEA I LIVELLO - AREA VASTA 4	Presidio ospedaliero unico Area Vasta 4	DEA I	Fermo	via Augusto Murri	2.241.925,44 €	
F31J22000010007	AST Ascoli Piceno	DIGITALIZZAZIONE DEA I LIVELLO - AREA VASTA 5	Presidio ospedaliero unico Area Vasta 5	DEA I	Ascoli Piceno	via degli Iris, 1	4.483.850,88 €	
<b>TOTALE</b>							<b>33.612.074,64 €</b>	

- **Sub investimento 1.1.2: "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature)".**

Tale investimento prevede l'ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero, tramite l'acquisto di nuove grandi apparecchiature ad alto contenuto tecnologico, specificatamente individuate dal PNRR stesso, (TAC,

risonanze magnetiche, Acceleratori Lineari, Sistema Radiologico Fisso, Angiografi, Gamma Camera, Gamma Camera/TAC, Mammografi, Ecotomografi), finalizzate alla sostituzione di quelle caratterizzate da una vetustà maggiore di 5 anni.

I target stabili per quanto riguarda la Regione Marche sono i seguenti:

- n. 7 TAC a 128 strati;
- n. 7 Risonanze magnetiche 1,5 Tesla;
- n. 3 Acceleratori lineari;
- n. 13 sistemi radiologici fissi;
- n. 2 Gamma camere/TAC;
- n. 1 PET TAC;
- n. 7 Mammografi;
- n. 17 Ecotomografi.

Il Ministero della Salute ha richiesto la trasmissione dell'elenco di necessità di sostituzione delle apparecchiature, specificando il numero di apparecchiature che la Regione intende acquistare per il tramite della Centrale Acquisti Consip e il numero di apparecchiature che si intende acquisire in modo autonomo, con procedure in corso/concluse/da avviare, precisando che, ai sensi dell'articolo 17, comma 2, del Regolamento europeo 241/2021, possono essere ricomprese le misure relative a procedure di acquisizione avviate a decorrere dal 1° febbraio 2020.

Gli interventi di sostituzione delle grandi apparecchiature individuati ed approvati con la DGR n. 656 del 26/05/2022 sono i seguenti:

<b>Investimento 1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero ( Grandi Apparecchiature )</b>					
CUP	ENTE del SSR	Grande Apparecchiature	Comune	IMPORTO INTERVENTO PNRR	IMPORTO INTERVENTO (Altre fonti)
F99I22000040007	Ast Ancona	TAC A 128 STRATI	Fabriano	530.000,00	0,00
G74E22000740003	Ast Pesaro Urbino	RMN A 1,5 T	Pesaro	914.000,00	0,00
F49I22000110007	Ast Ancona	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Jesi	280.600,00	0,00
F34E22000370009	A.O.U. delle Marche	ECOTOMOGRAFI	Ancona	57.000,00	0,00
F34E22000340009	A.O.U. delle Marche	ECOTOMOGRAFI	Ancona	82.000,00	0,00
F69I22000250007	Ast Pesaro Urbino	ECOTOMOGRAFI	Pergola	57.000,00	0,00
F89I22000280007	Ast Macerata	GAMMA CAMERE/TAC	Macerata	793.000,00	0,00
F34E22000400009	A.O.U. delle Marche	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Ancona	280.600,00	0,00
F39I22000090007	Ast Ancona	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Ancona	280.600,00	0,00
F39I22000070007	Ast Ascoli Piceno	ECOTOMOGRAFI	Ascoli Piceno	57.000,00	0,00
F34E22000260009	A.O.U. delle Marche	ACCELERATORI LINEARI	Ancona	2.295.000,00	0,00
F34E22000300009	A.O.U. delle Marche	RMN A 1,5 T	Ancona	914.000,00	0,00
F34E22000320009	A.O.U. delle Marche	ECOTOMOGRAFI	Ancona	82.000,00	0,00
G34E22000390003	Ast Pesaro Urbino	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Pesaro	280.600,00	0,00
F34E22000350009	A.O.U. delle Marche	ECOTOMOGRAFI	Ancona	82.000,00	0,00
F99I22000050007	Ast Ancona	RMN A 1,5 T	Fabriano	914.000,00	0,00
F89I22000250007	Ast Macerata	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Macerata	280.600,00	0,00
G74E22000790003	Ast Pesaro Urbino	ECOTOMOGRAFI	Pesaro	82.000,00	0,00
F39I22000080007	Ast Pesaro Urbino	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Urbino	280.600,00	0,00



F34E22000410007	Inrca	ECOTOMOGRAFI	Ancona	57.280,00	0,00
F34E22000290009	A.O.U. delle Marche	ECOTOMOGRAFI	Ancona	82.000,00	0,00
F89I22000230007	Ast Ascoli Piceno	RMN A 1,5 T	San Benedetto del Tronto	914.000,00	0,00
F39I22000100007	Ast Ascoli Piceno	TAC A 128 STRATI	Ascoli Piceno	530.000,00	0,00
F69I22000260007	Ast Fermo	ECOTOMOGRAFI	Fermo	57.000,00	0,00
G74E22000760003	Ast Pesaro Urbino	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Pesaro	280.600,00	0,00
G34E22000370003	Ast Pesaro Urbino	RMN A 1,5 T	Fano	914.000,00	0,00
F34E22000250009	A.O.U. delle Marche	RMN A 1,5 T	Ancona	914.000,00	0,00
F89I22000210007	Ast Ascoli Piceno	TAC A 128 STRATI	San Benedetto del Tronto	530.000,00	0,00
F34E22000280009	A.O.U. delle Marche	MAMMOGRAFI	Ancona	274.500,00	0,00
F34E22000310009	A.O.U. delle Marche	MAMMOGRAFI	Ancona	274.500,00	0,00
F34E22000430007	Inrca	ECOTOMOGRAFI	Ancona	82.230,00	0,00
F19I22000080007	Ast Ancona	ECOTOMOGRAFI	Senigallia	57.000,00	0,00
F34E22000380009	A.O.U. delle Marche	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Ancona	280.600,00	0,00
F34E22000270009	A.O.U. delle Marche	GAMMA CAMERE/TAC	Ancona	793.000,00	0,00
F34E22000390009	A.O.U. delle Marche	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Ancona	280.600,00	0,00
F64E22000450007	Inrca	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Fermo	247.700,00	0,00
F84E22001610007	Inrca	TAC A 128 STRATI	Osimo	532.605,00	0,00
F89I22000220007	Ast Macerata	PET/TAC	Macerata	2.403.000,00	0,00
G74E22000750003	Ast Pesaro Urbino	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Pesaro	244.000,00	0,00
G74E22000780003	Ast Pesaro Urbino	ECOTOMOGRAFI	Pesaro	57.000,00	0,00
F84E22001700007	Inrca	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Osimo	247.700,00	0,00
F34E22000360009	A.O.U. delle Marche	ECOTOMOGRAFI	Ancona	57.000,00	0,00
F34E22000440007	Inrca	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Ancona	247.700,00	0,00
F34E22000330009	A.O.U. delle Marche	ECOTOMOGRAFI	Ancona	82.000,00	0,00
F34E22000140001	A.O.U. delle Marche	TAC A 128 STRATI	Ancona	530.000,00	0,00
F84E22001650007	Inrca	ECOTOMOGRAFI	Osimo	57.280,00	0,00
F39I22000060007	Ast Ancona	ECOTOMOGRAFI	Ancona	57.000,00	0,00
F89I22000240007	Ast Macerata	TAC A 128 STRATI	Macerata	530.000,00	0,00
G74E22000720003	Ast Pesaro Urbino	TAC A 128 STRATI	Pesaro	530.000,00	0,00
G74E22000770003	Ast Pesaro Urbino	ACCELERATORI LINEARI	Pesaro	2.295.000,00	0,00
F19I22000070007	Ast Ancona	MAMMOGRAFI	Senigallia	274.500,00	0,00
F59I22000060007	Ast Ancona	MAMMOGRAFI	Ancona	274.500,00	0,00
F69I22000240007	Ast Fermo	MAMMOGRAFI	Fermo	274.500,00	0,00
F39I22000050007	Ast Ascoli Piceno	MAMMOGRAFI	Ascoli Piceno	274.500,00	0,00
F79I22000070007	Ast Pesaro Urbino	MAMMOGRAFI	Pesaro	274.500,00	0,00
F89I22000270006	Ast Macerata	ACCELERATORI LINEARI	Macerata	2.295.000,00	0,00
F69I22000230007	Ast Fermo	RMN A 1,5 T	Fermo	914.000,00	0,00
<b>TOTALE</b>				<b>27.563.395,00</b>	<b>0,00</b>

**- Sub investimento 1.2: "Verso un ospedale sicuro e sostenibile"**

L'investimento mira a delineare un percorso di miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri, adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica ed in particolare all'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3274 del 20 marzo 2003 che classifica l'intero territorio nazionale a rischio sismico.

Nel corso del 2020, il Ministero della Salute ha avviato una aggiornata ricognizione, a livello regionale, del fabbisogno di edilizia sanitaria per interventi di adeguamento sismico e antincendio, ammodernamento, ristrutturazione e sostituzione di strutture ospedaliere. La Regione inviava al Ministero della Salute – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria la tabella riepilogativa della ricognizione del fabbisogno di interventi di edilizia sanitaria elaborata sulla base dei dati forniti dalle aziende sanitarie e ospedaliere del Servizio Sanitario Regionale, successivamente revisionata.

Tale linea di investimento viene finanziata in parte a valere sui fondi del PNRR ed in parte a valere sui fondi del PNC.

Il target stabilito per la Regione Marche è:

- n. 2 progetti a valere sui fondi del PNRR;
- n. 8 progetti a valere sui fondi del PNC.

Un ulteriore intervento strategico, previsto nel “Masterplan dell’edilizia sanitarie e ospedaliere” approvato con DGR n. 967 del 30/07/2021, relativo alla Nuova Palazzina tecnologica dell’ospedale Mazzoni di Ascoli Piceno, verrà finanziato con le risorse relative alla programmazione POR FESR 2021-2027, non trovando capienza nelle somme sopra riportate.

I progetti da realizzare individuati ed approvati con DGR n. 656 del 26/05/2022 sono i seguenti:

INVESTIMENTO 1.2: VERSO UN OSPEDALE SICURO E SOSTENIBILE							
CUP	ENTE del SSR	Presidio Ospedaliero	Comune	Provincia	Indirizzo	MPORTO INTERVENTO (PNRR)	IMPORTO INTERVENTO (PNC)
B35F22000420006	AST Pesaro e Urbino	Presidio ospedaliero "Santa Croce" di Fano	Fano	PU	VIA M. PIZZAGALLI	11.682.300,00 €	
F15F22000670007	AST Ancona	Presidio Ospedaliero "Principe di Piemonte"	Senigallia	AN	Via Cellini n.1	3.125.618,00 €	7.560.069,00 €
<b>TOTALE</b>						<b>14.807.918,00 €</b>	<b>7.560.069,00 €</b>

INVESTIMENTO 1.2: VERSO UN OSPEDALE SICURO E SOSTENIBILE (PNC)							
CUP	ENTE del SSR	Presidio Ospedaliero	Comune	Provincia	Indirizzo	MPORTO INTERVENTO (PNC)	IMPORTO INTERVENTO (PNC)
B35F22000470001	AST Pesaro e Urbino	<i>Ospedale Santa Maria della Misericordia di Urbino</i>	Urbino	PU	Viale Federico Comandino	7.160.400,00 €	
B65F22000380001	AST Pesaro e Urbino	<i>Ospedale SS Carlo e Donnino di Pergola - Corpo 1</i>	Pergola	PU	Via Giuseppe Di Vittorio, 2	1.200.000,00 €	
B65F22000390001	AST Pesaro e Urbino	<i>Ospedale SS Carlo e Donnino di Pergola - Corpo 2</i>	Pergola	PU	Via Giuseppe Di Vittorio, 2	2.842.020,00 €	
B65F22000400001	AST Pesaro e Urbino	<i>Ospedale SS Carlo e Donnino di Pergola - Corpo 3</i>	Pergola	PU	Via Giuseppe Di Vittorio, 2	1.900.000,00 €	
F35F22000510006	AST Ancona	<i>Corpo G - AOU Ospedali Riuniti Ancona - PO Torrette,</i>	Ancona	AN	Via Conca, 71	928.200,00 €	
F35F22000520006	A.O.U. delle Marche	<i>Padiglione Radioterapia - AOU Ospedali Riuniti Ancona - PO Torrett</i>	Ancona	AN	Via Conca 71	1.104.250,00 €	
B15F22001230001	AST Ancona	<i>Presidio Ospedaliero " Principe di Piemonte"</i>	Senigallia	AN	Via Cellini n.1	7.560.069,00 €	3.125.618,00 €
F75F22000570001	AST Macerata	<i>Ospedale Generale di Zona di Civitanova Marche</i>	Civitanova Marche	MC	Via P. Ginevri snc	10.914.587,00 €	
<b>TOTALE</b>						<b>33.609.526,00 €</b>	<b>3.125.618,00 €</b>

Si sottolinea che gli interventi previsti nelle strutture di Cagli e Fossombrone, originariamente inseriti nella DGR n. 968 del 30.07.2021, a seguito della comunicazione del Ministero della Salute (trasmessa via mail il 23/11/2021) nella quale si evidenziava che tali strutture non costituiscono strutture ospedaliere, sono stati stralciati e, data l'importanza strategica, sono stati inseriti nella programmazione relativa alle Case di Comunità e Ospedali di Comunità.

#### Obiettivo Prioritario:

La realizzazione degli interventi previsti nelle componenti del progetto della Regione Marche, nel rispetto dei tempi stabiliti, costituisce un obiettivo prioritario, in particolare per la loro trasversalità e l'impatto che potranno avere sul funzionamento del servizio sanitario marchigiano.

### 7.3 LA MISSIONE 5 COMPONENTE SOCIALE E LE SUE AZIONI CHE SI INTEGRANO CON LA SANITÀ

Nell'ambito del PNRR – Piano di Ripresa e Resilienza, la Missione 5 Componente 2 “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore”, riserva per le Marche oltre 32 milioni alla Sottocomponente “Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale”. La Sottocomponente si articola in 3 Investimenti a titolarità del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, i cui soggetti attuatori sono gli Ambiti Territoriali Sociali con la Regione che è investita dal Ministero stesso.

Le linee di intervento sono complessivamente 7 e alcuni investimenti, in particolare le linee di attività dedicate agli anziani non autosufficienti e alle persone con disabilità (Investimenti 1.1 e 1.2), che rafforzano il lato sociale dell'assistenza sociosanitaria, devono agire in maniera sinergica con i corrispondenti Investimenti 1.1 e 1.2 della Missione 6 (Salute) Componente 1 del PNRR (Case della Comunità e domiciliarità: rafforzamento del lato sanitario dell'assistenza territoriale).

Linera di investimento	Soggetti attuatori		Descrizione aspetti relativi all'integrazione ss
i. “Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini”	ats capofila	ats associati	L'obiettivo è quello di rafforzare i servizi di assistenza sociale per sostenere la capacità genitoriale e i bambini e le famiglie che vivono in condizione di fragilità e vulnerabilità. Con l'attivazione di azioni di supporto domiciliare rivolte ai genitori, al fine di ridurre o evitare il rischio di allontanamento dei bambini e adolescenti dal proprio nucleo familiare, sarà garantita una connessione più forte tra il sistema socioassistenziale, sanitario e educativo. Ciò attraverso la predisposizione di progetti individualizzati, elaborati insieme alle famiglie e ad équipe multidisciplinari
	ATS 1	ATS 3, ATS 4, ATS 5	
	ATS 6	ATS 7	
	ATS 8	ATS 13	
	ATS 9	ATS 12	
	ATS 11		
	ATS 14		
	ATS 15		
	ATS 16	ATS 17, ATS 18	
	ATS 19		
	ATS 20		
	ATS 22		
	ATS 23		
ATS 24			
ii. “Autonomia degli anziani	ats capofila	ats associati	Prevede importanti investimenti infrastrutturali, finalizzati alla prevenzione dell'istituzionalizzazione attraverso strutture

Linea di investimento	Soggetti attuatori		Descrizione aspetti relativi all'integrazione ss
non autosufficienti"	ATS 8	ATS 9, ATS 10, ATS 11, ATS 12, ATS 13	alloggiative e dotazioni strumentali innovative che consentano agli anziani di conseguire e mantenere una vita autonoma e indipendente, con la garanzia di servizi accessori, in particolare, legati alla domiciliarità, che assicurino la continuità dell'assistenza, secondo un modello di presa in carico sociosanitaria. Ciò, in base alle Linee di indirizzo per i progetti di vita indipendente del 21 novembre 2019. Queste azioni, previste nel più generale ambito sociosanitario, con riferimento a progetti facenti capo sia alla Missione 5 che alla Missione 6 "Salute" del PNRR, avranno come cardine la semplificazione dei percorsi di accesso alle prestazioni e una presa in carico multidimensionale e integrata, attraverso un progressivo rafforzamento dei servizi territoriali di domiciliarità, per evitare processi di istituzionalizzazione non appropriata. Gli ambiti territoriali potranno proporre progetti diffusi assicurando loro i servizi necessari alla permanenza in sicurezza della persona anziana sul proprio territorio, a partire dai servizi domiciliari o, in alternativa, progetti di progressiva riqualificazione di strutture residenziali pubbliche in gruppi di appartamenti autonomi, dotati delle attrezzature necessarie e dei servizi attualmente presenti nel contesto istituzionalizzato. In un caso e nell'altro, l'obiettivo è di assicurare la massima autonomia e indipendenza della persona in un contesto nel quale avviene una esplicita presa in carico da parte dei servizi sociali e sociosanitari e vengono assicurati i relativi sostegni. Elementi di domotica, telemedicina e monitoraggio a distanza permetteranno di aumentare l'efficacia dell'intervento.
	ATS 14	ATS 15, ATS 16, ATS 17, ATS 18	
	ATS 19	ATS 20, ATS 21, ATS 22, ATS 23, ATS 24	
iii. "Rafforzamento dei servizi sociali a favore della domiciliarità"	ats capofila	ats associati	Il fine è di evitare colli di bottiglia sul lato dei servizi sociali e garantire la possibilità di utilizzare l'istituto delle dimissioni protette e prevenire il ricovero in ospedale. Sebbene, i servizi sociali e quelli sanitari siano strettamente complementari, la loro mancata integrazione non garantisce la soddisfazione dei bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale. La presente linea di attività, da realizzarsi seguendo le indicazioni del Piano sociale nazione (cap. 2, scheda LEPS 2.7.3), ha come obiettivo primario la costituzione di équipe professionali, con formazione specifica, per migliorare la diffusione dei servizi sociali su tutto il territorio e favorire la de-istituzionalizzazione e il rientro a domicilio dagli ospedali, in virtù della disponibilità di servizi e strutture per l'assistenza domiciliare integrata. Sono azioni che anticipano l'adozione della legge quadro sugli interventi in favore degli anziani non autosufficienti, con specifico riferimento ai progetti di rafforzamento dell'assistenza domiciliare per le dimissioni protette, di de-istituzionalizzazione, di riconversione di case di riposo
	ATS 1	ATS 3, ATS 4, ATS 5, ATS 6, ATS 7	
	ATS 9	ATS 8, ATS 10, ATS 11, ATS 12, ATS 13	
	ATS 15	ATS 14, ATS 16, ATS 17, ATS 18	
	ATS 19	ATS 20, ATS 24	
	ATS 22	ATS 21, ATS 23	
iv. "Rafforzamento dei servizi sociali e	ats capofila	ats associati	Al fine di garantire elevati standard di qualità dei servizi,

Linera di investimento	Soggetti attuatori		Descrizione aspetti relativi all'integrazione ss
prevenzione del fenomeno del burn out tra gli operatori sociali	ATS 6	ATS 1, ATS 3, ATS 4, ATS 5, ATS 7	secondo le indicazioni del Piano sociale nazionale (cap. 2, scheda LEPS 2.7.2) saranno implementati progetti e attività di sostegno e supervisione degli operatori sociali, per rafforzarne la professionalità e favorire la condivisione delle competenze. Sono previsti progetti di supervisione "multiprofessionale" di équipe, con il coinvolgimento anche di operatori socio-sanitari quali psicologi ed educatori professionali socio-sanitari
b. "Percorsi di autonomia per persone con disabilità"	ats capofila	ats associati	L'obiettivo generale è l'accelerazione del processo di de-istituzionalizzazione delle persone con disabilità al fine di migliorare la loro autonomia e offrire opportunità di accesso nel mondo del lavoro, anche attraverso la tecnologia informatica. I progetti di servizi saranno coerenti con le misure già in essere afferenti al Fondo per il dopo di noi e al Fondo nazionale per la non autosufficienza, valorizzazione delle capacitazioni delle persone con disabilità, perché possano assumere un ruolo protagonista nel loro percorso di inserimento lavorativo e sociale e, più in generale, nel loro progetto di vita. In tal senso, il progetto espande su tutto il territorio nazionale il percorso già individuato con le sperimentazioni, avviate nell'ambito delle Linee guida sulla vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità, elaborate nel 2018 dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, e sulle quali si sono basati sia i Progetti di vita indipendente, finanziati dal Fondo nazionale per la non autosufficienza, sia i Progetti per il dopo di noi (L. 112/2016), finanziati dal Fondo dopo di noi nella prospettiva di definizione di tali progettualità come LEPS nazionali. L'implementazione del progetto individualizzato potrà essere progettata o realizzata anche con attraverso gli enti del terzo settore. Il progetto individualizzato è il punto di partenza per la definizione degli interventi per l'autonomia delle persone con disabilità. Previa valutazione multidimensionale e interdisciplinare, che prevede il coinvolgimento di professionalità diverse (assistenti sociali, medici, psicologi, educatori professionali, ecc.), è definito il progetto personalizzato. Sulla base dei bisogni della persona con disabilità, il progetto individua gli obiettivi che si intendono raggiungere, in un percorso verso l'autonomia abitativa e lavorativa.
	ATS 1		
	ATS 3	ATS 5	
	ATS 4		
	ATS 6		
	ATS 7		
	ATS 8		
	ATS 9		
	ATS 10	ATS 12	
	ATS 11		
	ATS 13		
	ATS 14		
	ATS 15		
	ATS 16		
	ATS 17	ATS 18	
	ATS 19		
	ATS 20		
ATS 21			
ATS 22			
ATS 24	ATS 23		
1.3.1 "Housing temporaneo"	ats capofila	ats associati	L'obiettivo generale è il finanziamento di interventi e servizi in favore di persone in condizione di povertà estrema o senza dimora, promuovendo la loro autonomia di vita, nel rispetto delle Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia del 5 novembre 2015 (in particolare per quanto riguarda le progettualità basate sull'housing first) e delle Schede tecniche contenute nel Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 (in particolare per quanto riguarda le schede, inserite nel III capitolo, Piano Povertà, n. 3.7.2 Accesso alla residenza anagrafica e fermo posta e n. 3.7.3 Centro servizi per il contrasto alla povertà). Le due distinte Linee di attività prevedono: 1. 1. Housing first – si tratta di un'assistenza alloggiativa temporanea ma di ampio respiro,
	ATS 1	ATS 4, ATS 5	
	ATS 9	ATS 8, ATS 10, ATS 12, ATS 13	
	ATS 15	ATS 14, ATS 16, ATS 17, ATS 18	
	ATS 23	ATS 19, ATS 20, ATS 21, ATS 22, ATS 24	
1.3.2 "Stazioni di posta"	ats capofila	ats associati	
	ATS 1	ATS 3, ATS 4, ATS 5, ATS 6, ATS 7	
	ATS 11		
	ATS 14	ATS 15, ATS16, ATS 17, ATS 18	

Linera di investimento	Soggetti attuatori		Descrizione aspetti relativi all'integrazione ss
	ATS 21	ATS 19, ATS 20, ATS 22, ATS 23, ATS 24	<p>fino a 24 mesi, tendenzialmente in appartamenti raccolti in piccoli gruppi sul territorio, destinati a singoli o piccoli gruppi di individui, ovvero a nuclei familiari in difficoltà estrema che non possono immediatamente accedere all'edilizia residenziale pubblica e che necessitano di una presa in carico continuativa. La soluzione alloggiativa, viene affiancata da un progetto individualizzato volto all'attivazione delle risorse del singolo o del nucleo familiare, con l'obiettivo di favorire percorsi di autonomia e rafforzamento delle risorse personali, per agevolare la fuoriuscita dal circuito dell'accoglienza ovvero l'accesso agli interventi di supporto strutturale alle difficoltà abitative (edilizia residenziale pubblica o sostegni economici all'affitto).</p> <p>2. Stazioni di posta - Centri servizi per il contrasto alla povertà aperti alla cittadinanza, di non grandi dimensioni. Al loro interno potrà svolgersi una limitata accoglienza notturna, attività di presidio sociale e sanitario, ristorazione, distribuzione della posta per i residenti presso l'indirizzo fittizio comunale, mediazione culturale, counseling, orientamento al lavoro, consulenza legale, distribuzione di beni in riuso, banca del tempo, ecc. Rappresenteranno un luogo sicuro, integrato con i centri di accoglienza e con le mense sociali, dove offrire servizi per il contrasto della povertà; è previsto l'attivo coinvolgimento delle organizzazioni di volontariato, a rafforzamento dei servizi offerti, il collegamento con i servizi sanitari e i servizi per l'impiego.</p>

## 8 LA QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE E LA VALORIZZAZIONE DELLA RICERCA

### 8.1 POLITICHE DEL PERSONALE

All'interno del SSR è necessario promuovere un cambiamento culturale ed organizzativo orientato:

- all'integrazione delle politiche del personale con la programmazione sanitaria e le reti clinico-assistenziali organizzative. A tal fine verranno definiti strumenti di pianificazione e monitoraggio degli standard assistenziali, al fine di garantire l'equilibrio tra efficacia ed efficienza del SSR e la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- all'evoluzione del concetto di personale verso quello di "risorsa umana", con un approccio volto a fornire ai professionisti le migliori condizioni possibili di lavoro, attraverso strumenti di semplificazione, incentivazione, aggiornamento e crescita professionale, conciliazione dei tempi di vita e lavoro;
- alla promozione del merito, con l'innovazione dei meccanismi incentivanti collegati alla performance, nella logica dell'integrazione con gli strumenti di pianificazione e programmazione aziendale;
- alla promozione del benessere organizzativo mediante il coinvolgimento del personale nella missione negli obiettivi delle Aziende ed il miglioramento della comunicazione interna.

A seguito della definizione dell'assetto organizzativo delle Aziende Sanitarie Territoriali (AST), ai sensi della l.r. 19/2022, dell'AOU delle Marche e dell'INRCA saranno avviate politiche del personale atte alla valorizzazione delle risorse umane e delle singole professionalità operanti nel SSR.

In quest'ottica, l'impegno della Regione è quello di proseguire con iniziative di formazione, di aggiornamento professionale, nonché con interventi diretti a sviluppare nella misura più ampia ed efficace possibile, nell'ambito del triennio 2023-2025, il superamento del precariato e il consolidamento delle professionalità acquisite dal personale con rapporti di lavoro flessibile che ha prestato servizio anche durante l'emergenza COVID 19.

Il percorso di valorizzazione delle professionalità, in un modello organizzativo che realizzi in modo concreto il passaggio dalla sanità delle prestazioni a quella della presa in carico della persona, si realizza attraverso:

- la definizione del fabbisogno del personale delle n. 5 Aziende Sanitarie Territoriali, di cui alla l.r. 19/2022, dell'INRCA e dell'AOU delle Marche mediante la ridefinizione del vincolo di spesa del personale, ex articolo 11, comma 1, del decreto legge 35/2019 convertito in legge 60/2019, volto ad assicurare adeguati standard di dotazione di personale negli Enti del SSR, in particolare per garantire il turnover e potenziare la dotazione di medici e farmacisti e del personale delle professioni sanitarie nelle aree strategiche individuate dalla programmazione sanitaria e sociosanitaria, in particolare per i farmacisti ospedalieri e dei servizi farmaceutici, tenendo conto dello standard di attività di base, dei volumi prestazionali e della complessità e della specializzazione dell'attività svolta;
- la perequazione dei trattamenti economici del personale della Dirigenza e del Comparto in applicazione dell'articolo 11, comma 1, del decreto legge 35/2019 convertito in legge 60/2019 e dell'articolo 8 della l.r. 21 marzo 2017, n. 8;
- lo sviluppo di modelli organizzativi innovativi;
- il monitoraggio in ambito universitario dell'andamento della formazione degli specializzandi e delle scuole di specializzazione;
- il costante miglioramento del meccanismo di definizione del fabbisogno delle professioni sanitarie e dei medici specialisti in accordo con il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, con il Ministero della Salute e con il Sistema regionale dell'Università, introducendo la possibilità per gli specializzandi di partecipare alle attività assistenziali negli ospedali, valorizzando i medici specializzandi senza pregiudizio della sicurezza e qualità dell'assistenza;

- la valutazione dell’opportunità di incremento del numero delle borse di studio per gli specializzandi sia medici che farmacisti e biologi ospedalieri e per i corsi di formazione per medici di Medicina Generale, da finanziare con risorse regionali, per fornire risposta ad esigenze specifiche e criticità del sistema;
- la determinazione di modalità di remunerazione stabili degli specializzandi farmacisti e biologi ospedalieri, al fine di superare l'iniqua disparità di trattamento tra gli specializzandi medici e gli specializzandi non medici, nel rispetto del principio di uguaglianza, della normativa vigente e analogamente a quanto già previsto in altre Regioni italiane;
- il raccordo tra politiche occupazionali, gestione del personale e assetto dei servizi sanitari e socio-sanitari, anche attraverso un costante confronto con le organizzazioni sindacali e gli ordini professionali;
- la semplificazione delle procedure di reclutamento al fine di accelerare le immissioni di risorse nel SSR, favorendo la conciliazione vita – lavoro e garantendo adeguate risorse umane anche alle strutture presenti nelle aree interne o in ambiti che presentano carenze di personale rispetto alle dotazioni standard;
- l’attuazione di un piano di formazione per gli Infermieri di Famiglia o Comunità e di corsi per i Direttori di Distretto al fine di svilupparne le competenze manageriali.

### **Obiettivo Prioritario:**

#### **Medio termine:**

interventi diretti a sviluppare, nella misura più ampia ed efficace possibile, nell'ambito del triennio 2023-2025, il superamento del precariato, la stabilizzazione (ai sensi della legge Madia e della legge 234/2021 c.d. covid) del personale che ha prestato servizio anche durante l'emergenza pandemica e la valorizzazione delle professionalità acquisite dal personale con rapporti di lavoro di natura flessibile. Il complesso di queste linee strategiche mira a trattenere sul territorio i professionisti più meritevoli e a rendere maggiormente attrattivo il SSR.

## **8.2 RISORSE UMANE, BENESSERE ORGANIZZATIVO E FORMAZIONE**

### **Formazione continua del personale del Comparto e della Dirigenza**

La Regione Marche intende investire in maniera decisa nella formazione, leva indispensabile per lo sviluppo delle professionalità per il miglioramento della qualità dei servizi.

La governance regionale in materia di formazione continua prevede l’accreditamento delle nuove AST come provider ECM e il rafforzamento dei servizi di Formazione delle AST, dell’Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche e dell’INRCA in termini di personale dedicato e formato al fine di supportare la mission delle direzioni nel rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del SSR e allo sviluppo professionale.

I Servizi Formazione degli enti del SSR predispongono annualmente i Piani Formativi aziendali che, anche in funzione dei nuovi modelli organizzativi, devono configurarsi come il risultato di un'accurata e capillare analisi del fabbisogno formativo. La raccolta del fabbisogno formativo dovrà avvenire grazie alla presenza formalizzata di una rete di referenti/facilitatori interni presenti nelle diverse Unità Operative/Dipartimenti.

Il competente settore regionale annualmente individua sia ambiti formativi necessari al perseguimento degli obiettivi di sviluppo del sistema socio-sanitario regionale sia metodologie appropriate, predisponendo linee di indirizzo *ad hoc* per la programmazione formativa annuale degli Enti del SSR.

Ad integrazione dei piani aziendali, con DGR n. 1281/2022 è stato approvato il Piano di formazione regionale 2022-2024 rivolto al personale del SSR che individua attività formative strategiche e trasversali contenute nei piani programmatici regionali e nazionali di settore. Detto Piano di formazione, che include anche i fabbisogni del personale del ruolo professionale-tecnico-amministrativo del SSR, dovrà garantire la necessaria coerenza con gli obiettivi del presente Piano Socio Sanitario.

La Regione Marche intende altresì investire in modalità innovative della formazione in funzione dei corsi e degli obiettivi di apprendimento. Si implementerà il lavoro che sta svolgendo l'Academy (di cui al decreto RUM



n.7/2021) per la progettazione di corsi e-learning e si aggiorneranno le competenze del personale dedicato alla formazione.

Nell'ambito della simulazione si avvierà il progetto sperimentale che coinvolge l'Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche e l'INRCA che prevede l'attivazione del corso BLS-D con realtà virtuale, rivolto agli operatori sanitari di cui alla DGR n.1329/2022.

In raccordo con quanto stabilito dalla DGR. n. 838/2019 dovranno essere attivate anche iniziative di formazione continua rivolte ai direttori di struttura complessa del SSR al fine di sviluppare competenze manageriali in ambito sanitario.

La Missione 6 C2 investimento 2.2 b del PNRR prevede un investimento straordinario nella formazione sulle Infezioni correlate all'assistenza in ambito ospedaliero. Il settore regionale delle Risorse Umane e Formazione sta predisponendo una programmazione *ad hoc* in raccordo con gli Enti del SSR, che dovrà essere attuata secondo lo specifico cronoprogramma ministeriale contenuto nell'allegato 5 del Piano Operativo Regionale.

### **Obiettivi prioritari:**

#### **Medio termine:**

Realizzazione delle attività formative contenute nel Piano formativo regionale 2022-2024 rivolto al personale del SSR di cui alla DGR 1281/2022.

PNRR Missione 6 C2 investimento 2.2 b - Raggiungimento del target regionale del personale formato sul programma Infezioni correlate all'assistenza (n. formati entro il I° trimestre 2025: 52% pari a 3.724 e n. formati del II° trimestre 2026: 100% pari a 7.302).

### **Scuola di Formazione Manageriale**

La Regione Marche intende promuovere la formazione dei Dirigenti e dei Direttori di Struttura Complessa per assicurare lo sviluppo di competenze manageriali all'interno delle Aziende ed intende garantire una risposta efficace ed efficiente alle richieste formative dei professionisti.

Il 7 ottobre 2019 è stata firmata la convenzione, di durata quinquennale, con le quattro Università Marchigiane per la realizzazione della Scuola di formazione manageriale ai sensi della DGR n.838/2019 che ha ridisegnato la governance regionale in materia. Sono stati erogati annualmente corsi di formazione manageriale per Direzione d'Azienda (Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario) che dovranno ricomprendere necessariamente anche la figura del Direttore Socio-Sanitario e corsi manageriali per direttori di Struttura Complessa. Da qualche anno si sono avviati anche i corsi di rivalidazione dell'attestato di formazione manageriale, ai sensi del DPR 484/97, per i Direttori Sanitari e Direttori di Struttura Complessa in possesso di un attestato di formazione manageriale in scadenza.

La Regione Marche ha predisposto delle linee di indirizzo per la realizzazione dei corsi e intende implementare tale linea di intervento con il Comitato Scientifico predisposto *ad hoc* con decreto RUM n. 59/2019 e s.m.i.

Detto Comitato scientifico per la formazione manageriale, composto dai rappresentanti delle quattro Università marchigiane e dai direttori (Generali o Sanitari o Amministrativi) degli Enti del SSR, fornisce supporto e consulenza tecnica per la programmazione, progettazione e realizzazione dei percorsi formativi di ri-validazione dell'attestato di formazione manageriale. Fornisce, altresì, supporto al fine dell'identificazione di eventuali ulteriori aree specifiche su cui innestare processi di apprendimento *ad hoc*, oltre a quelle previste dalla normativa nazionale, per i corsi di formazione manageriale diretti alla Direzione di Azienda Sanitaria/Ospedaliera e ai direttori di Struttura Complessa, nonché per il monitoraggio dell'attività formativa dagli Atenei marchigiani e dagli Enti del SSR, prevedendo sistemi di valutazione dell'efficacia della formazione erogata.

Per l'attuazione dell'intervento previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6, Componente 2.2 c "*Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario*"- *sub misura "corso di formazione manageriale"* il Ministero della Salute ha individuato AGENAS quale organismo intermedio attraverso apposito accordo di collaborazione che prevede il riparto delle risorse tra Regioni beneficiarie e relativo target di personale dirigenziale da formare.

L'Agenas stipulerà conseguentemente appositi atti con le Regioni beneficiarie dell'investimento. La Regione Marche intende partecipare attivamente all'implementazione di tale linea di intervento.

### **Obiettivi prioritari:**

#### **Breve termine:**

Realizzazione dell'elenco regionale dei soggetti in possesso dell'attestato di formazione manageriale.

#### **Medio termine:**

Partecipazione al programma per l'attuazione dell'intervento previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6, Componente 2.2 c "Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario" - sub misura "corso di formazione manageriale".

### **Rapporti con le Università**

Alla luce dello scenario attuale di carenza del personale sanitario, si rende necessario coinvolgere l'Università Politecnica delle Marche nella formulazione di accordi con la Regione per la integrazione di percorsi formativi dei professionisti sanitari che hanno conseguito titoli di studio all'estero e che risiedono in Italia, al fine di aggiungere professionisti sanitari formati con alti livelli di skills, nell'ottica di offrire ai cittadini livelli assistenziali di assistenza sempre di alta qualità.

I futuri rapporti con detto Ateneo dovranno prevedere criteri di governance flessibile, in particolare i Protocolli d'Intesa dovranno essere formulati con criteri essenziali tali da essere modificati, integrati e aggiornati in periodi brevi e dovranno essere strumenti di sviluppo ed evoluzione al passo con i nuovi scenari della governance sanitaria.

La formazione deve coinvolgere tutti gli operatori, in una logica multidisciplinare. Dovranno essere sviluppate tematiche trasversali che coinvolgono diversi setting di cura, al fine di dare piena attuazione ad un modello organizzativo condiviso di creazione delle Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali, di cui al d.m. 77/2022, presa in carico del paziente cronico e consentire l'implementazione delle reti clinico assistenziali e organizzative.

La Regione Marche intende proseguire e potenziare il fabbisogno di medici in relazione ai bisogni emergenti della popolazione ed alla programmazione sanitaria e sociosanitaria nonché il potenziamento della formazione specialistica, in accordo con il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, il Ministero della Salute e con il Sistema regionale dell'Università, introducendo la possibilità per gli specializzandi di partecipare alle attività assistenziali negli ospedali, valorizzando i medici specializzandi senza pregiudizio per la sicurezza e la qualità dell'assistenza.

L'articolo 4 della legge 264/1999 dispone che il Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, nella emanazione e nelle modificazioni del regolamento dell'accesso alle scuole di specializzazione e ai corsi universitari, ivi compresi quelli con limitazione nelle iscrizioni, si conformi alle disposizioni di cui agli articoli 1 e 2 della medesima legge e si attenga ai seguenti principi e criteri direttivi:

- a) determinazione annuale del numero di posti a livello nazionale con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentiti gli altri Ministri interessati, sulla base della valutazione dell'offerta potenziale del sistema universitario, tenendo anche conto del fabbisogno di professionalità del sistema sociale e produttivo;
- b) ripartizione dei posti tra le università tenendo conto dell'offerta potenziale comunicata da ciascun ateneo e dell'esigenza di equilibrata attivazione dell'offerta formativa sul territorio;
- c) sviluppo, in sinergia con il MUR, di nuovi parametri e indicatori di accreditamento più innovativi rispetto agli attuali, mantenendo alti i criteri di qualità per le facoltà di Medicina. Attualmente, la valutazione dell'offerta potenziale è effettuata in base ai seguenti parametri:
  - posti nelle aule;

- attrezzature e laboratori scientifici per la didattica;
- personale docente;
- personale tecnico;
- servizi di assistenza e tutorato.

### Obiettivo Prioritario:

#### Medio / lungo termine:

Incremento del numero dei tirocini attivabili e dei posti disponibili nei laboratori e nelle aule attrezzate per le attività pratiche e di tirocinio e per le attività tecnico-pratiche e di laboratorio, come parte integrante del percorso formativo;

Miglioramento della qualità dell'utilizzo di tecnologie e metodologie per la formazione a distanza.

### Programmazione della formazione dei medici post lauream

L'articolo 6-ter del decreto legislativo 502/1992 e successive modificazioni prevede che, entro il 30 aprile di ciascun anno, il Ministero della Salute determini il fabbisogno dei professionisti sanitari sentite la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri e degli altri Ordini professionali interessati. Per "specializzazioni mediche" si intendono le specializzazioni in applicazione del d.m. 68/2015 per le quali è stato programmato il finanziamento di risorse sia con fondi statali (PNRR) che con fondi regionali, tenuto conto di quanto disposto dal decreto ministeriale n. 748 del 5 ottobre 2017 che prevede: *"alle scuole di specializzazione di area medica, comprese quelle aggiuntive finanziate dalle regioni, possano accedere tutti i medici inseriti in una unica graduatoria nazionale di merito, redatta sulla base del punteggio complessivo conseguito da ciascun candidato in base a titoli e prove di esame"*.

Al medico in formazione specialistica, per tutta la durata legale del corso, è corrisposto un trattamento economico annuo omnicomprensivo, quantificato dal DPCM 15/1/2020, nei seguenti termini:

	I anno	II anno	III anno	IV anno	V anno
quota fissa	€ 22.700	€ 22.700	€ 22.700	€ 22.700	€ 22.700
quota variabile	€ 2.300	€ 2.300	€ 3.300	€ 3.300	€ 3.300
costo contratto	€ 25.000	€ 25.000	€ 26.000	€ 26.000	€ 26.000

Per l'efficientamento della programmazione della formazione del personale medico specialistico, si riportano di seguito le previsioni di pensionamento nelle discipline in ambito ospedaliero.

#### Previsioni di pensionamento al 2030

DISCIPLINA	UNITA' DI PERSONALE IN SERVIZIO A FINE 2022	PENSIONAMENTI PREVISTI AL 2030	PENSIONAMENTI AL 2030 (IN %)
PSICHIATRIA	151	47	31,1%
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	132	39	29,5%
MEDICINA E CHIR.D'ACCETTAZIONE E URGENZA	143	40	27,9%
MEDICINA INTERNA	155	39	25,2%
MALATTIE INFETTIVE	33	8	24,2%
UROLOGIA	56	13	23,2%
CARDIOLOGIA	188	43	22,9%

<b>CHIRURGIA GENERALE</b>	150	33	22,0%
<b>ANESTESIA E RIANIMAZIONE</b>	296	64	21,6%
<b>RADIODIAGNOSTICA</b>	202	43	21,3%
<b>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>	99	20	20,2%
<b>PEDIATRIA</b>	110	22	20,0%

Nelle varie discipline delle Scuole di specializzazione per la formazione di personale Medico, nell’A.A. 2020/2021, la Regione Marche ha programmato n.164 borse di studio (contratti finanziati e da finanziare con risorse ministeriali nelle varie discipline mediche) rispetto alla precedente programmazione.

Inoltre, si evidenzia l’ulteriore incremento di risorse regionali per il finanziamento di n.42 borse aggiuntive (nell’A.A. 2021/2022) non provenienti dal Fondo sanitario Nazionale.

### **Aumento contratti di specializzazione e aumento dell’accantonamento nazionale delle risorse**

In merito alle norme autorizzatorie delle maggiori spese relative ai nuovi contratti di specializzazione a seguito dell’emergenza COVID-19, l’articolo 1-*bis* del decreto-legge 34/2020 e s.m.i. prevede di accantonare, a decorrere dal 2021, risorse pari a 20 milioni di euro annui a valere sul finanziamento statale del fabbisogno sanitario nazionale, allo scopo di attivare ulteriori borse di studio per medici che partecipano ai corsi di formazione specifica in medicina generale.

Viene altresì incrementato il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard per la parte statale.

Inoltre, l’articolo 5, comma 1-*bis*, del medesimo decreto prevede un ulteriore incremento delle risorse destinate a finanziare l’aumento del numero dei contratti di formazione medica specialistica, per ulteriori 25 milioni per il 2022 e 2023 e di 26 milioni per ciascuno degli anni 2024, 2025, 2026, mediante corrispondente incremento del finanziamento statale del fabbisogno nazionale sanitario, in relazione ad un ulteriore aumento del numero dei contratti di circa 96 unità.

Da ultimo, l’articolo 1, commi 421 e 422, della legge 30 dicembre 2020, n. 178 (legge di bilancio 2021) ha autorizzato l’incremento del numero dei contratti di formazione dei medici specializzandi con uno stanziamento di spesa aggiuntivo rispetto alla legislazione vigente pari a 105 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021 e 2022 e di 109,2 milioni di Euro per ciascuno degli anni 2023, 2024 e 2025, a valere corrispondentemente sul finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per gli anni dal 2021 al 2025.

Si prevede che alla copertura dell’autorizzazione di spesa per i contratti aggiuntivi regionali, concorrano le risorse del Programma Next Generation EU per un ammontare pari a 105 milioni di Euro per ciascuno anno a partire dal 2021. Inoltre la Regione Marche con la partecipazione alla **Joint Action HEROES** si è impegnata a svolgere attività finalizzate a migliorare la capacità di pianificazione del fabbisogno di personale sanitario soprattutto per quanto concerne lo sviluppo di un modello di pianificazione della formazione dei medici specialisti.

### **Fabbisogno formativo di base delle professioni sanitarie di area medica**

In coerenza con il dettato normativo e tenuto conto di quanto concordato negli Accordi Stato - Regioni del 9 giugno 2016 e del 25 maggio 2017, con particolare riguardo ai criteri ed alla metodologia di determinazione del fabbisogno formativo, la Regione predispose, tramite un modello condiviso con il Ministero della Salute e le altre Regioni, la rilevazione delle professioni sanitarie delle Aree infermieristica, Tecnico-diagnostica, della Riabilitazione e della prevenzione e rileva la stima dei medici chirurghi laureati, odontoiatri, farmacisti, veterinari, biologi, chimici, fisici, psicologi, non ancora specializzati.

Per ogni singola professione sanitaria la rilevazione si avvale dei seguenti indicatori:

a) **domanda** regionale di professionisti sanitari attuale e prevista per gli anni target indicati nella scheda di rilevazione, tenuto conto della domanda di salute della popolazione regionale attesa per gli stessi anni e degli obiettivi e dei modelli organizzativi regionali previsti per rispondere a tale domanda di salute.

b) **offerta** regionale di professionisti sanitari attuale e prevista per gli anni target indicati nella scheda di rilevazione, tenuto conto del livello di disoccupazione, delle uscite dal mercato del lavoro e del personale in formazione in base agli ingressi presso l'Ateneo regionale.

La partecipazione della Regione Marche alla **Joint Action HEROES** precedentemente descritta, impegnerà per il futuro a svolgere le attività finalizzate a migliorare la capacità di pianificare il percorso formativo delle professioni sanitarie individuate ai sensi della legge 42/1999 e s.m.i. Le attività tecniche individuate nel progetto, saranno realizzate all'interno del Work Package 5, in via di sviluppo, quale strumento di lavoro per migliorare il modello di rilevazione precedentemente descritto.

#### **Obiettivo Prioritario:**

##### **Medio / lungo termine:**

aumentare l'efficacia del modello di rilevazione del fabbisogno formativo migliorandone la qualità della metodologia, soprattutto in funzione della programmazione della formazione dei medici specialisti e di tutti i professionisti sanitari, da trasformare in strumento di governance per la pianificazione formativa dei professionisti sanitari e dei profili di interesse sanitario.

#### **Assunzione di specializzandi**

In coerenza con quanto stabilito dalla legge 30 dicembre 2018, n. 145, articolo 1, comma 547 e ss. s.m.i. come modificata dal d.l. 35/2019, convertito con modificazioni, dalla legge 60/2019, e, successivamente, dal d.l. 34/2020, convertito, con modificazioni, dalla legge 77/2020 ed ai sensi del comma 5 dell'articolo 2 ter del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito con legge 24 aprile 2020, n. 27 Regione Marche, con la DGR n.731 del 14 giugno 2021 si sono predisposti accordi con le Università per l'assunzione di medici specializzandi con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato e con orario a tempo parziale presso le aziende sanitarie regionali le cui strutture sono accreditate e inserite nella rete formativa della scuola di specializzazione frequentata dallo specializzando, secondo quanto previsto dall'articolo 43 del decreto legislativo 368/1999 e secondo i criteri stabiliti dai decreti interministeriali n. 68/2015 e seguenti.

L'assunzione a tempo determinato dello specializzando ex articolo 1, comma 548-bis, della legge 145/2018 comporta l'inquadramento in qualifica dirigenziale con trattamento economico proporzionato alla prestazione lavorativa resa e commisurato alle attività assistenziali svolte per un massimo di trenta ore settimanali.

Per tutta la durata del rapporto di lavoro a tempo determinato gli specializzandi restano iscritti alla scuola di specializzazione universitaria e la formazione specialistica è a tempo parziale in conformità a quanto previsto dall'articolo 22 della direttiva n. 2005/36/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 7 settembre 2005. La formazione teorica e pratica è pianificata dall'Università secondo la programmazione del Consiglio della Scuola.

Secondo quanto previsto dall'articolo 548-bis della legge 145/2018, a decorrere dalla data di conseguimento del titolo di formazione specialistica, il rapporto di lavoro si trasforma da tempo determinato a tempo indeterminato.

Inoltre in applicazione del d.l. 24 marzo 2022, n. 24, convertito con modificazioni dalla legge 52/2022, con l'articolo 12, comma 3 quater, è stata disposta la modifica dell'articolo 1, comma 548-bis, relativamente alla proroga del termine al 31 dicembre 2023 per le assunzioni dei medici specializzandi.

#### **Obiettivo Prioritario:**

##### **Breve termine:**

Sottoscrizione di convenzioni, ex articolo 1, comma 547 e ss. della legge 30 dicembre 2018, n. 145, con le Università delle Regioni limitrofe al fine dell'assunzione a tempo determinato dei medici specializzandi da impiegare nell'ambito della rete assistenziale del SSR in risposta al fabbisogno di medici degli Enti del SSR.

#### **Risorse umane e benessere organizzativo**

All'interno del SSR è necessario promuovere un cambiamento culturale ed organizzativo volto:

- all'integrazione delle politiche del personale con la programmazione sanitaria e le reti clinico-assistenziali organizzative. A tal fine verranno definiti strumenti di pianificazione e monitoraggio degli standard assistenziali, al fine di garantire l'equilibrio tra efficacia ed efficienza del SSR e la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- all'evoluzione del concetto di personale verso quello di "risorsa umana", con un approccio volto a fornire ai professionisti le migliori condizioni possibili di lavoro, attraverso strumenti di semplificazione, incentivazione, aggiornamento e crescita professionale, conciliazione dei tempi di vita e lavoro;
- alla promozione del merito, con l'innovazione dei meccanismi incentivanti collegati alla performance, nella logica dell'integrazione con gli strumenti di pianificazione e programmazione aziendale;
- alla promozione del benessere organizzativo mediante il coinvolgimento del personale nella mission e negli obiettivi delle Aziende ed il miglioramento della comunicazione interna.

Il benessere aziendale dovrà inoltre essere favorito attraverso la realizzazione di iniziative volte a creare ambienti favorevoli ad una permanenza ottimale degli operatori e del personale dipendente prevedendo asili nido, spazi relax e locali biblioteca per la consultazione di pubblicazioni a carattere scientifico.

### **8.3 SICUREZZA DEGLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE**

Saranno effettuati specifici interventi per la tutela della sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie.

Sarà avviato, in particolare, analogamente a quanto effettuato a livello statale, un Osservatorio regionale per la sistematica raccolta dei dati di rilevazione e segnalazione di episodi di violenza a danno degli esercenti le professioni sanitarie e socio sanitarie.

### **8.4 MEDICINA CONVENZIONATA**

La Medicina generale e la Pediatria di libera scelta rappresentano il punto di riferimento per il primo accesso al SSR e svolgono l'irrinunciabile ruolo di ascolto dei cittadini, di individuazione dei loro bisogni sanitari e di orientamento all'interno delle varie strutture e dei servizi del SSR.

I Medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, attraverso un approccio orientato alla relazione con i propri assistiti che li scelgono sulla base di un rapporto di fiducia, risultano particolarmente facilitati nella realizzazione della presa in carico globale dei cittadini e dei loro bisogni sanitari e socio-sanitari.

La continuità della assistenza nei confronti dei cittadini con patologie croniche elegge i medici dell'Assistenza Primaria e i pediatri di libera scelta come i professionisti più idonei a favorirne una corretta gestione, ad evitare riacutizzazioni e a garantirne così una buona e stabile qualità di vita, oltre che una appropriata spesa sanitaria.

Il rapporto privilegiato con l'utenza e il ruolo di snodo centrale del sistema delle cure territoriali, insieme alla dislocazione degli studi medici presenti nelle diverse aree territoriali, esprime le potenzialità delle azioni di sistema che possono essere sviluppate insieme a queste importanti figure professionali.

Molte delle standardizzazioni previste dal d.m. 77/2022 possono essere realizzate con la collaborazione sistematica dei medici di medicina generale che, nella collaborazione anche progettuale con i medici di distretto, potranno individuare le azioni sanitarie più appropriate per ogni singolo territorio.

Le strutture territoriali progettate e realizzate nell'ambito del PNRR (Case della comunità e Ospedali di comunità), rappresentano i luoghi di riferimento per le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), monoprofessionali, e per le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), multiprofessionali, che coinvolgono anche gli Specialisti Ambulatoriali interni e la realizzazione di quanto già previsto negli accordi nazionali vigenti con le categorie mediche convenzionate sopra citate potrà favorire la migliore organizzazione territoriale. A tali strutture organizzative potranno essere affidati anche specifici budget.

A seguito della programmazione territoriale che formalizza la struttura del territorio regionale e stabilisce la collocazione delle AFT e delle UCCP, nel rispetto di quanto già stabilito in relazione al PNRR e agli altri atti di strutturazione del territorio, saranno concordati e sottoscritti con le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, gli accordi integrativi regionali, in attuazione degli accordi nazionali vigenti.

Gli accordi integrativi regionali con i medici convenzionati dovranno concretamente prevedere la partecipazione di medici alla realizzazione degli obiettivi di livello nazionale (Piano nazionale della cronicità, piano nazionale prevenzione vaccinale, accesso improprio al pronto soccorso, governo delle liste di attesa e appropriatezza), dovranno concretamente prefigurare le modalità per la gestione delle principali patologie croniche, prevedendone lo studio anche mediante opportune stratificazioni di popolazione sul bacino di utenza di ciascuna AFT, dovranno regolamentare le azioni proattive svolte dai medici, organizzati tra loro in modo autonomo ma coordinato attraverso l'UCCP di riferimento, dove possibile, nella casa della comunità di riferimento.

Anche le modalità gestionali degli studi dei medici convenzionati, singoli e di AFT, devono essere modernizzate attraverso l'utilizzo ordinario delle tecnologie da parte dei professionisti al fine di migliorare la diagnosi di primo livello, l'approfondimento diagnostico (telemedicina), l'acquisizione di un secondo parere mediante il rapporto con altri medici anche a distanza (televisita e teleconsulto), il collegamento e l'armonizzazione tra ospedale e territorio, evitando in molti casi, l'accesso improprio al Pronto soccorso.

Gli accordi integrativi dovranno anche sviluppare modalità per il monitoraggio del raggiungimento da parte dei medici degli obiettivi di governo clinico da parte delle AST di riferimento per territorio.

L'insufficienza di soggetti laureati in medicina rende molto difficile dal punto di vista assistenziale questo periodo storico in cui molti medici raggiungono i requisiti anagrafici e previdenziali per il collocamento in quiescenza. La migliore organizzazione dei servizi territoriali può rendere tale situazione una opportunità di soddisfazione dei cittadini, mediante la presenza coordinata dei medici presenti in ciascun territorio a servizio dell'intero bacino di utenza, unitamente alla modernizzazione tecnologica ed una maggiore diffusione dei collaboratori di studio.

Al fine di incrementare il numero di Medici disponibili per il territorio regionale, la Regione Marche ha aumentato il numero di borse di studio aggiuntive, pari a n. 40 (per il triennio formativo 2022-2025) e con DGR 1617 del 3/12/2022 sono state bandite complessivamente n. 111 Borse di studio, di cui n. 50, finanziate con risorse del Fondo Sanitario Nazionale, n. 21 con risorse del PNRR e n. 40 borse finanziate con risorse regionali proprie (non provenienti dal Fondo Sanitario Nazionale).

### **Obiettivo Prioritario:**

#### **Breve termine:**

Sottoscrizione degli accordi integrativi regionali con le tre categorie convenzionate in applicazione degli accordi nazionali vigenti, con la collaborazione delle AST, coerentemente con il quadro organizzativo del territorio definito dalla programmazione territoriale e dal PNRR della regione Marche e degli standard definiti dal d.m. 77/2022.

## **8.5 RICERCA**

Nel corso degli ultimi anni l'aumento dei bisogni sanitari e l'avanzamento della tecnologia, hanno determinato per il settore sanitario la necessità di adattare i modelli tradizionali di erogazione delle prestazioni sanitarie alle innovazioni tecnologiche disegnando un nuovo modo di gestire la salute. I sistemi sanitari diventano sempre più digitali, interconnessi e consentono un più veloce e facile accesso ai servizi sanitari offerti. L'adozione di nuove tecnologie in questo ambito si è dimostrata efficace nel migliorare l'accesso alle cure e la qualità della vita dei cittadini-pazienti soprattutto durante l'emergenza sanitaria della pandemia di Covid-19, determinando un'accelerazione del fenomeno digitale in Sanità e rafforzando la consapevolezza che la Digital Transformation per il mondo sanitario non è più una scelta, ma l'unica strada possibile per rispondere alle sfide della sanità già del presente, come precedentemente descritto in questo Piano.

Promuovere la cultura dell'innovazione in sanità significa oltre tutto riconoscere nell'industria della salute un volano per lo sviluppo ed un generatore di investimenti e di occupazione per tutta la Regione.

Le attività di ricerca promosse da Regione dovranno coinvolgere, oltre all'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), tutti gli enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR), il mondo delle Università, degli Organismi di ricerca e delle imprese, affiancando tutti i livelli organizzativi della sanità, lungo tutta la filiera del Sistema Salute, dalla prevenzione alla cura, dall'accesso ai servizi all'assistenza e relazione continua, con un'attenzione sempre maggiore verso il governo delle risorse e la valorizzazione del patrimonio informativo.

Le iniziative possono riguardare la gestione dei dati e le tecnologie innovative per la diagnosi locale e remota, la terapia a distanza, il supporto decisionale clinico e di gestione della salute e delle cure utilizzando anche sistemi evoluti come l'intelligenza artificiale, la cura dei pazienti fragili e cronici, la valutazione dell'impatto dei fattori ambientali e dello stile di vita sulla salute, il monitoraggio e transizione verso stili di vita sostenibili.

Gli strumenti attraverso i quali perseguire questi obiettivi saranno costituiti:

- dalla ricerca di base (theory enhancing), con lo scopo di far avanzare le conoscenze su determinate patologie e promuovere lo sviluppo di opzioni di diagnosi e trattamento innovative;
- dalla ricerca applicata (change promoting), con lo scopo di fornire soluzioni a problemi specifici e produrre informazioni utili a indirizzare le scelte dei decisori pubblici;
- dall'applicazione dei metodi della ricerca sociale ed organizzativa, attraverso i quali ripensare le organizzazioni e rendere i servizi sempre più "prossimi" ai cittadini, anche con il ricorso alla telemedicina;
- dalla sperimentazione di interventi di formazione volti ad accrescere le competenze di ricerca degli operatori del Servizio Sanitario Regionale (SSR), nonché da interventi per la diffusione della conoscenza e del sapere scientifico.

La ricerca sanitaria, intesa come parte integrante delle attività del Servizio Sanitario Nazionale, è in linea con la radicale trasformazione che sta subendo il mondo sanitario e assistenziale, finalizzata a generare outcomes migliori in termini di maggior salute e sicurezza nelle cure secondo il paradigma definito da Leroy Hood della medicina delle 4P (predittiva, personalizzata, preventiva e partecipativa). Da un approccio reattivo, con una diagnostica basata sugli organi e un sistema orientato alla gestione della malattia, si sta evolvendo verso una medicina proattiva, con un approccio molecolare e sistemico.

In tale processo di trasformazione digitale trovano spazio differenti aree tematiche di sviluppo come l'uso delle scienze informatiche avanzate nel campo delle IoMT Internet of Medical Things, dei "big data", della genomica, del 3D printing, dell'intelligenza artificiale e della realtà aumentata.

## **Big Data**

I Big Data sono quei raggruppamenti di informazioni di dimensioni tali che le normali applicazioni informatiche non sono in grado di processare ed analizzare ma richiedono tecnologie molto avanzate con disponibilità di storage di enormi capacità.

L'analisi dei big data nel settore sanitario può essere divisa in due grandi ambiti: quello che riguarda il singolo paziente finalizzata all'applicazione di una medicina personalizzata, e quello che riguarda la gestione sempre più efficace dei sistemi sanitari nel loro complesso.

Per quanto riguarda i benefici diretti al singolo paziente (sanità predittiva e preventiva) dall'analisi dei Big Data possono essere estratte informazioni utili per incrementare le conoscenze utili per la pratica clinica. Essi possono essere ad esempio applicati all'esecuzione di trial clinici virtuali, sottoponendo ad analisi ciò che avviene nel mondo reale in modo non preordinato, effettuando analisi sulle informazioni disponibili anche se diverse dall'ambito medico o raccolte per altri fini.

Grazie alla digitalizzazione delle informazioni, tutti i dati che un tempo erano nascosti in cartelle cliniche cartacee, potranno essere disponibili per migliorare le cure di ogni singolo cittadino: il quadro clinico della persona potrà essere confrontato con altri milioni di dati provenienti da altri casi permettendo in questo modo di poter prescrivere la cura migliore.



Un altro campo di possibile implementazione è la Medicina personalizzata. Attualmente l'evoluzione della medicina è fortemente indirizzata alla cosiddetta medicina di precisione e alla medicina personalizzata con l'individuazione dei meccanismi biologici alla base delle malattie e la messa a punto di trattamenti orientati al singolo paziente. Un presupposto fondamentale per lo sviluppo della medicina personalizzata è la possibilità di studiare il genoma umano grazie a elaborate tecniche di sequenziamento del DNA.

### **Intelligenza Artificiale**

L'intelligenza artificiale (sistemi basati su reti neurali, ossia su modelli matematici in grado di simulare le capacità cognitive umane e di apprendere dai dati con cui vengono alimentati) è una tecnologia con la quale l'uomo, tramite algoritmi software complessi, riesce a trasferire su una macchina compiti che normalmente sono destinati ad una risoluzione esclusiva della mente umana e molto spesso svolti da interi team di lavoro.

Le applicazioni di Intelligenza artificiale sono già una realtà in specifici ambiti clinici in particolare per supportare la diagnosi. Evoluzioni in corso riguardano l'utilizzo dell'IA per adattare le scelte terapeutiche allo stato clinico e per ottimizzare il tempo medico dedicato al paziente. Al riguardo, si richiama il paragrafo 6.1.

Le potenzialità dell'IA si estendono fino all'impiego di algoritmi di "knowledge extraction", ovvero dei sistemi in grado di estrarre nuova conoscenza dai dati di cui già disponiamo identificando nuovi segnali predittivi dell'insorgenza di alcune malattie o di individuare correlazioni non ancora note fra i risultati di diversi esami clinici comunemente prescritti. La capacità di raccogliere dati in modo estensivo è alla base del lavoro della AI.

Un Modello di successo per la Regione Marche è rappresentato dallo studio Pilota di fattibilità RicovAI-19. Use case unico al mondo che utilizzi AI, testato nella Regione Marche e validato con pubblicazione scientifica dei risultati: doi: <https://doi.org/10.1101/2022.02.07.22270020>.

### **Ricerca applicata ed internazionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale**

#### ***Contesto di riferimento ed attività pregresse***

La Regione Marche, in linea con i trend nazionali ed europei, sta affrontando numerose sfide dal punto di vista sanitario e sociale. Il Dipartimento salute, in raccordo con l'Agenzia Regionale Sanitaria, promuove e sviluppa azioni e progettualità in ambito nazionale ed europeo, volte all'internazionalizzazione del SSR e all'introduzione di modelli innovativi di assistenza. Queste attività sono sviluppate attraverso una *governance* composta da una rete locale coordinata e capace di collegarsi ed interagire efficacemente con le reti/organizzazioni/Istituzioni locali, Nazionali ed Europee su *tematiche* prioritarie comuni.

La Regione Marche è riconosciuta dalla Commissione Europea quale *Sito di riferimento del Partenariato Europeo per l'Innovazione sull'invecchiamento sano e attivo (Reference Site)* dal 2019. L'ecosistema locale a quadruplica elica (PA/enti del SSR, accademia/ricerca, società civile, industria) adotta strategie e politiche (l.r. 1/2019 sull'invecchiamento attivo) per promuovere l'innovazione al fine di migliorare la qualità della vita della popolazione che invecchia, la sostenibilità dell'assistenza sanitaria e sociale, la crescita economica e la competitività. L'attività di supporto alla gestione e monitoraggio della Ricerca Finalizzata del Ministero della Salute e dei progetti di Ricerca del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) promuove la ricerca e l'innovazione degli enti del SSR, in linea con le priorità nazionali. Le attività di internazionalizzazione sono sviluppate in sinergia con il Pro.M.I.S. (Programma Mattone Internazionale Salute), la rete istituzionalizzata formata da Ministero della Salute, le Regioni – Direzioni sanitarie, Province autonome e Agenas che supporta la crescita di una cultura europea della salute come sistema (*One health*) rafforzando le competenze dei portatori di interesse attraverso scambi di approcci, esperienze e modelli regionali, nazionali ed europei, e lo sviluppo di iniziative di livello Europeo. Il Dipartimento Salute e l'ARS hanno un'esperienza decennale nella progettazione Europea, vantando un'ampia rete di collaborazioni. Le principali tematiche sviluppate riguardano: la formazione dei professionisti sanitari e l'alfabetizzazione sanitaria (health literacy) (progetti IROHLA e IMPACCT), con lo sviluppo, anche in collaborazione con l'IRCCS-INRCA e la Facoltà di Medicina dell'UNIVPM, di moduli formativi sull'alfabetizzazione sanitaria per gli attuali e futuri professionisti sanitari; i nuovi modelli assistenziali, la sanità digitale, la prevenzione e gestione della fragilità e della cronicità, attraverso

la collaborazione allo sviluppo di una strategia Europea comune di prevenzione, screening, diagnosi precoce e valutazione della fragilità (Joint Action ADVANTAGE), oltre che l'implementazione, in corso, di buone pratiche e nuovi modelli per la gestione della cronicità, anche attraverso la telemedicina, l'HTA e la sanità digitale (Joint Action JADECARE, Progetto Ricerca Finalizzata TREND, Programma di Rete NET e PON GOV Cronicità); l'innovazione per l'invecchiamento sano e attivo, con lo sviluppo di linee guida Europee per la progettazione di interventi integrati in tema di invecchiamento attivo (AGL e JADE) e la sperimentazione di programmi formativi sulle nuove tecnologie rivolte agli anziani (AGES 2.0).

### **Direttrici di sviluppo**

Le nuove direttrici di sviluppo, in linea con il PNRR e le principali politiche nazionali ed europee, prevederanno le seguenti attività:

1. Rafforzare la collaborazione e il reciproco scambio di competenze, conoscenze e buone pratiche tra gli attori e gli stakeholder del territorio che si occupano di salute, con un approccio intersettoriale (*Salute in tutte le politiche*);
2. Promuovere azioni di capacity building degli attori del territorio regionale;
3. Sviluppare iniziative/progetti/programmi innovativi nazionali ed Europei in linea con le priorità regionali e le specificità/bisogni del territorio;
4. Sviluppare sinergie e collaborazioni con istituzioni e organizzazioni nazionali ed Europee sui temi di sanità pubblica.

1) Il *rafforzamento delle collaborazioni/scambi e l'intersectorialità* si realizzerà attraverso il consolidamento dell'ecosistema innovativo del Reference Site. Verranno promosse specifiche azioni trasversali e multidisciplinari in linea con la Strategia Regionale di Specializzazione Intelligente 2021-2027 e la l.r. 1/2019 sull'invecchiamento attivo. Saranno ulteriormente consolidate le sinergie e collaborazioni con vari Dipartimenti/Settori (es. Politiche Sociali, Edilizia sanitaria, Attività produttive, Programmazione integrata risorse UE e nazionali, Prevenzione, Osservatorio Diseguaglianze nella salute) e con gli enti del SSR, promuovendo la capitalizzazione di soluzioni innovative e buone pratiche regionali riconosciute dalla Commissione Europea (Rete Diabetologica Marche, Programma di prevenzione "Guadagnare Salute... con le Life Skills", MyCupMarche). Particolare attenzione sarà posta nella promozione di azioni connesse al PNRR, anche valorizzando sinergie tra le Missioni e Componenti legate alla salute. Nell'ambito del quadro di sviluppo della innovazione e della Ricerca nel SSR, sarà attenzionata la discussione dello schema della legge delega per il riordino degli IRCCS nel Tavolo inter-regionale Ricerca Sanitaria ed implementato il Protocollo d'Intesa Regione – Università Politecnica delle Marche per lo sviluppo di programmi di Ricerca finalizzati allo sviluppo di innovazioni scientifiche, di nuove modalità gestionali, anche sperimentali e di nuovi modelli organizzativi e formativi. Lo sviluppo della Ricerca sistemica nell'ambito regionale assumerà una governance amministrativo finanziaria snella ed efficiente per il coordinamento delle varie linee di Ricerca e per gestire la rete dei partners, degli stakeholders e dei flussi informativi tra Enti del SSR.

2) Le azioni di *promozione di capacity building* saranno sviluppate attraverso la partecipazione attiva alla rete Pro.M.I.S., con: Tavoli di lavoro/documenti su tematiche prioritarie (es. cure integrate, fragilità, infermiere di famiglia e comunità, trasformazione dei sistemi sanitari, digitalizzazione, Green Deal); Partecipazioni a progetti europei; Promozione dell'innovazione e delle buone pratiche; Formazione/capacity building su europrogettazione, management, internazionalizzazione, soft skills; Consultazioni pubbliche promosse dalle principali istituzioni nazionali ed Europee. Nel 2022 sarà organizzato uno specifico Piano di Formazione Nazionale su internazionalizzazione e progettazione europea, i cui destinatari sono i rappresentanti delle Regioni e degli enti dei SSR. Queste attività permetteranno di ricostituire una rete regionale di referenti che favorisca lo scambio di informazioni e lo sviluppo di progettualità europee.

3) Il PNRR e la programmazione EU 21-27 prevedono numerose *opportunità di finanziamento* per supportare lo sviluppo del SSR e l'implementazione delle linee strategiche regionali, sfruttando le esperienze e competenze di enti ed organizzazioni regionali, nazionali ed Europee. La Regione promuoverà l'integrazione degli attuali percorsi di formazione dei professionisti sanitari favorendo lo sviluppo di competenze trasversali necessarie per rispondere adeguatamente ai bisogni dei pazienti con un approccio centrato sulla persona. L'adesione delle Marche alla proposta di Riforma strutturale UE promossa dai Ministeri della Salute e dell'innovazione tecnologica

e la transizione digitale, insieme a PROMIS ed AGENAS, permetterà di partecipare allo sviluppo di una Strategia Nazionale per il miglioramento delle competenze digitali (e soft skills) degli operatori sanitari, con particolare riferimento all'adozione del Fascicolo Sanitario Elettronico, oltre che a promuovere buone pratiche come l'Academy Regionale formazione SSR. Saranno sviluppate progettualità nell'ambito della prevenzione e gestione delle malattie non trasmissibili, in raccordo con il Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025. La roadmap sviluppata dalla JA ADVANTAGE potrà favorire lo sviluppo di approcci gestionali e modelli assistenziali per le persone anziane fragili o a rischio di sviluppare fragilità, declinabili e adattabili al profilo sociale e sanitario di ogni contesto e ai nuovi standard ministeriali legati al PNRR, missione 6 componente 1. La programmazione dei servizi socio-sanitari sarà supportata dall'implementazione di strumenti quali algoritmi di stratificazione della popolazione e di traiettorie di invecchiamento (JADECARE, TREND). Questi strumenti hanno grandi potenzialità in quanto permetteranno di ottenere informazioni sullo stato di salute della popolazione in modo aggiornato e rapido e, supportati dalla georeferenziazione, consentiranno di identificare aree geografiche con maggiore incidenza di specifiche patologie. Inoltre, la classificazione della popolazione per categorie di rischio permetterà di sviluppare specifici percorsi assistenziali basati sui bisogni dei cittadini in termini di prevenzione e gestione delle patologie, con particolare riguardo ai fattori di rischio e a quelle croniche. L'impiego di modelli predittivi ed intelligenza artificiale supporterà ulteriormente i decisori politici durante lo sviluppo di piani e programmi sanitari e socio-sanitari.

4) Lo *sviluppo di sinergie e collaborazioni* con istituzioni e organizzazioni locali, nazionali ed Europee sui temi di sanità pubblica sarà realizzato tramite il rafforzamento della rete locale, anch'essa ricca di esperienze significative anche a livello europeo, e la partecipazione alle attività del Pro.M.I.S., anche in collaborazione con la rappresentanza regionale a Bruxelles.

#### **Obiettivo prioritario:**

Coinvolgimento degli Enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR), gli istituti di cura a carattere scientifico, le Università, il Terzo settore, le imprese e gli organismi di ricerca con l'obiettivo di rafforzare tutti i livelli della ricerca (ricerca di base, applicata, sperimentale) su linee nazionali o internazionali.

## **9 GLI INTERVENTI IN AMBITO NORMATIVO, ORGANIZZATIVO E RELAZIONALE**

### **9.1 L'ASSETTO ISTITUZIONALE DEL SSR**

La complessità del funzionamento del Servizio Sanitario Regionale richiede una efficace azione di governo, indirizzo, programmazione, monitoraggio e controllo che comporta da un lato il rafforzamento delle funzioni di coordinamento, a tutti i livelli istituzionali, e di integrazione tra i diversi attori, pubblici e non, che compongono il sistema, dall'altro una diffusa ma insieme omogenea rete organizzativa di presidio delle funzioni e dei servizi a livello territoriale. In questa ottica, si pone la revisione di alcuni assetti istituzionali e organizzativi così come definiti dalla legge regionale 8 agosto 2022, n. 19 "Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale", volti a migliorare il funzionamento dell'intero servizio sanitario marchigiano.

Le principali linee di intervento da attuare conseguenti alla riorganizzazione del SSR, coerentemente con i programmi strategici del presente Piano, riguardano:

- Il livello di governo e indirizzo, attraverso il rafforzamento dei Dipartimenti competenti in materia di salute e politiche sociali in termini di risorse umane e professionali per poter rispondere in modo sempre più adeguato ai bisogni crescenti, insieme al consolidamento e potenziamento dell'Agenzia Regionale Sanitaria, quale organo tecnico a supporto delle attività di programmazione, monitoraggio e controllo; inoltre, il consolidamento della comunicazione tra tutti gli interlocutori istituzionali con la Giunta e con il Consiglio regionale, per migliorare la conoscenza, il confronto e la condivisione sui principali orientamenti e linee di azione riguardanti la salute e l'assistenza socio sanitaria; infine, l'interlocuzione continuativa con le principali organizzazioni sindacali e gli organismi di rappresentanza e partecipazione;

- il livello gestionale, attraverso la qualificazione del Coordinamento degli Enti, coordinato dal Dipartimento Salute, come fondamentale snodo per la traduzione operativa degli indirizzi strategici; la revisione delle modalità di organizzazione del servizio sanitario regionale in relazione alla numerosità, alla configurazione e all'articolazione degli Enti, dei servizi e delle strutture sul territorio regionale al fine di potenziare le attività esistenti, sviluppare nuove funzioni anche mediante l'introduzione di nuovi modelli organizzativi, con particolare attenzione:
  - al completamento della struttura delle reti, a partire dalle tempo-dipendenti, in coerenza con gli atti programmatori nazionali;
  - alla definizione delle modalità di svolgimento delle funzioni trasversali svolte centralmente a supporto degli Enti del SSR e dei relativi meccanismi di coordinamento eventualmente necessari tra i diversi livelli istituzionali;
  - al potenziamento delle funzioni di prevenzione, assistenza primaria e socio-sanitaria, in gestione diretta e con attività di committenza pubblica e privata;
  - all'aggiornamento del ruolo e delle funzioni dei Distretti Sanitari che sono lo snodo centrale di coordinamento delle attività e dell'integrazione tra le funzioni territoriale e ospedaliera (Cure domiciliari, Cure intermedie, Ospedali di comunità, Case di comunità) e di raccordo funzionale con i Dipartimenti per la Prevenzione, la Salute mentale e le Dipendenze patologiche;
  - alla riorganizzazione del sistema di urgenza ed emergenza, con la costituzione di uno specifico coordinamento regionale dell'Emergenza Urgenza, relativamente alle funzioni territoriali, ospedaliere e di gestione dei mezzi di soccorso.

## 9.2 AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO

### Strutture sanitarie e sociosanitarie

Con la l.r. 21/2016 è stato avviato il percorso di riqualificazione delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali delle Marche. Al fine di garantire l'erogazione di prestazioni efficaci e sicure, il miglioramento continuo della qualità delle strutture erogatrici e lo sviluppo sistematico e programmato del sistema sociosanitario regionale, questa legge ha disciplinato:

- a) le autorizzazioni alla realizzazione e all'esercizio;
- b) l'accreditamento istituzionale;
- c) gli accordi contrattuali.

Nel 2017 la Giunta Regionale ha ridefinito il fabbisogno delle strutture extraospedaliere residenziali e semiresidenziali, e con il successivo Regolamento 1/2018 ha riclassificato le tipologie di strutture ospedaliere, extraospedaliere a ciclo continuo ed ambulatoriali, termali, professionali.

Tra il 2019 ed il 2020 sono stati approvati i relativi manuali autorizzativi ed il manuale di accreditamento, che hanno ridefinito gli standard assistenziali attraverso la puntuale revisione dei requisiti generali e specifici strutturali, tecnologici, impiantistici ed organizzativi di ciascuna tipologia di struttura. Nel manuale di accreditamento sono stati invece inseriti i requisiti che riguardano i processi dell'erogazione delle prestazioni e le diverse dimensioni della qualità.

L'avvento della pandemia ha in parte rallentato l'applicazione del nuovo corso autorizzativo, pertanto la Giunta Regionale con Deliberazione n. 1194/2020 ha prorogato di 18 mesi dalla fine dello stato di emergenza sanitaria i termini di presentazione della domanda di autorizzazione all'esercizio di tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie secondo i requisiti dei nuovi manuali autorizzativi.

Entro il mese di settembre 2023 quindi, tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie (ospedali, ambulatori, strutture residenziali e semiresidenziali, terme, studi professionali, laboratori) delle Marche saranno soggette a nuova autorizzazione all'esercizio secondo i nuovi standard, cui seguirà l'accreditamento ai tre livelli base, avanzato ed eccellenza, processo che contribuirà in modo determinante allo sviluppo qualitativo del Sistema Sanitario Regionale. In attuazione del d.m. Salute del 19/12/2022 che introduce criteri di concorrenza in ambito sanitario, saranno inoltre recepiti gli indirizzi nazionali per la valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate, al fine dell'accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie.

A partire dal 2022, inoltre, tutte le installazioni di apparecchiature a Risonanza Magnetica fino a 4 Tesla devono essere autorizzate dalla Regione, in attuazione del decreto del Ministero della Salute 14 gennaio 2021.

Tutte le strutture, secondo il proprio cronoprogramma, dovranno comunque conseguire il livello di eccellenza di accreditamento.

Al fine di completare il percorso di riqualificazione del sistema di offerta dei servizi ospedalieri ed extraospedalieri, nel periodo di vigenza del Piano saranno definiti/ridefiniti:

1. il fabbisogno regionale strutture extraospedaliere residenziali e semiresidenziali, la cui più recente revisione risale al 2017;
2. il fabbisogno delle strutture ambulatoriali e della medicina di laboratorio private contrattualizzabili;
3. il fabbisogno delle strutture private contrattualizzabili che erogano cure domiciliari.

Nel periodo di riferimento del Piano dovranno essere autorizzate all'esercizio le strutture pubbliche e private che erogano cure domiciliari, ai sensi dell'Intesa 151/CSR del 4 agosto 2021 con i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi definiti con DGR 6/2023.

Nel 2021 sono state sottoscritte quattro importanti intese tra lo Stato e le Regioni:

1. Intesa del 25 Marzo 2021 sull'accREDITAMENTO della rete di terapia del dolore pediatrico e delle cure palliative pediatriche;
2. Intesa del 27 Luglio 2021 sull'accREDITAMENTO delle reti di terapia del dolore;
3. Intesa del 27 Luglio 2021 sull'accREDITAMENTO delle reti di cure palliative.

A seguito del recepimento delle intese sopra indicate devono essere definiti i relativi requisiti autorizzativi e quelli ulteriori di accreditamento: la Giunta Regionale dovrà quindi approvare o integrare i manuali applicativi.

Ad oltre tre anni dall'attuazione di alcuni manuali autorizzativi sono state inoltre rilevate alcune criticità applicative da parte dei portatori d'interesse. Si provvederà quindi ad attivare gruppi tecnici tematici di approfondimento per valutare, ove necessario, la revisione dei Manuali, con particolare riferimento a quelli delle strutture extraospedaliere residenziali e semiresidenziali e delle strutture ospedaliere.

#### **Sistema informativo per l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie e sociosanitarie**

Al fine di implementare la digitalizzazione dei servizi sanitari ai cittadini ed alle imprese la Regione ha adottato una piattaforma informatica per la gestione dei procedimenti di autorizzazione e di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie.

La piattaforma consentirà di presentare e di gestire in modo digitale le istanze di autorizzazione agli Sportelli Unici Attività Produttive (SUAP) dei Comuni e le istanze di accreditamento alla Regione, con semplificazione dei procedimenti, migliore monitoraggio degli stessi e riduzione del rischio di corruzione.

La piattaforma che contiene l'anagrafica di tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie autorizzate ed accreditate, è integrata con il sistema Regionale di protocollazione Paleo e sarà integrata con le piattaforme informatiche dei SUAP e dei Comuni, per essere pienamente utilizzabile entro il 2024.

#### **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**

Con Delibera 114/2022 la Giunta regionale ha dato attuazione al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione M6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – Definizione del quadro programmatico dei sub-interventi 1.1 "Case della Comunità e presa in carico della persona", 1.2.2 "COT, interconnessione aziendale, device" e 1.3 "Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)".

Il potenziamento e la riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali ed extra ospedalieri rappresenta una delle principali linee di sviluppo tracciate dal cui investimento si concentra sul potenziamento e sulla creazione di strutture e presidi che rappresentino il riferimento territoriale per la presa in carico del bisogno di salute dei cittadini.

Il Piano prevede la realizzazione di 29 Case della Comunità, 9 Ospedali di Comunità e 15 Centrali Operative Territoriali. Si tratta di tipologie di strutture i cui requisiti autorizzativi (qualitativi, strutturali, tecnologici e

quantitativi) sono oggetto di apposita Intesa Stato-Regioni e saranno recepiti dalla Regione con la conseguente adozione dei relativi manuali autorizzativi e di accreditamento.

### **Trasporto sanitario**

Il regolamento regionale 07 giugno 2013, n. 3 ha definito i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali per l'autorizzazione e l'accreditamento dell'attività di trasporto sanitario di cui alla legge regionale 30 ottobre 1998, n. 36 (Sistema di Emergenza sanitaria).

A quasi dieci anni dall'approvazione, ed alla luce delle modifiche normative introdotte dal Codice del Terzo Settore (decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 e ss.mm.ii.) si evidenzia la necessità di aggiornare/integrare le procedure per verificare l'effettivo possesso dei requisiti previsti da parte dei soggetti privati richiedenti l'autorizzazione.

A tal fine, nel periodo di vigenza del presente atto si procederà, ove necessario, ad una revisione della normativa Regionale e delle procedure operative, secondo i principi della semplificazione amministrativa e dell'efficienza della pubblica amministrazione.

## **9.2.1 Integrazione e complementarietà tra pubblico e privato nell'acquisto di servizi/prestazioni**

La riduzione della mobilità passiva è l'obiettivo fondamentale perseguito dalla Regione, in particolare per consentire il recupero di risorse da destinare ai servizi erogati dalle strutture pubbliche marchigiane: in questo senso, l'approfondita analisi dei flussi dei pazienti e della relativa domanda deve consentire di meglio indirizzare la capacità produttiva delle strutture pubbliche regionali e, contemporaneamente, stabilire quali specifiche e, soprattutto, appropriate prestazioni debbano essere richieste alle strutture private accreditate e convenzionate, al fine di soddisfare uno specifico fabbisogno e nell'ottica di contenere costi ed abbattere non solo la mobilità passiva ma anche le liste di attesa.

La Regione seguirà una specifica fase preliminare, nella valutazione dei servizi da erogare, ai fini dell'accreditamento e degli accordi contrattuali, seguendo le diverse fasi attuative di seguito indicate:

- Definizione del fabbisogno delle prestazioni oggetto di convenzionamento per ciascuna Azienda Sanitaria Territoriale, distinto per tipologia di assistenza, tenendo conto della programmazione regionale, delle attività erogate dalle strutture direttamente gestite dalle Aziende Sanitarie Territoriali, dall'Azienda Ospedaliero Universitaria della Marche e dall'INRCA, della mobilità interregionale, delle risorse economiche disponibili e dei vincoli di cui al d.l. 95/2012 convertito in legge 135/2012 e s.m.i.;
- Definizione degli indirizzi per la valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate, al fine dell'accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie;
- Definizione del budget di spesa per ciascuna Azienda Sanitaria Territoriale, in coerenza con il fabbisogno analizzato e monitorato costantemente con distribuzione puntuale sulla tipologia di assistenza/prestazione.

## **9.3 ASSOCIAZIONISMO, VOLONTARIATO E TERZO SETTORE**

Il Terzo Settore e i soggetti che ne fanno parte rappresentano per la Regione Marche un fattore di rafforzamento del benessere sociale e individuale, contribuendo alla crescita della società e della consapevolezza civica dei cittadini. Attraverso il lavoro associativo si creano legami e si consolidano le relazioni sociali e contemporaneamente si sviluppano senso di appartenenza e di partecipazione, migliorando la qualità della vita individuale e collettiva.

Associazionismo, Volontariato e Terzo Settore rappresentano oggi fondamentali stakeholders e al tempo stesso possibilità di collaborazioni che aggiungono valore e completezza all'intervento sanitario e sociosanitario.

Queste organizzazioni - che devono essere considerate veri e propri attori del SSR - possono fortemente contribuire a informare i pazienti e a promuovere un approccio più umano ed efficace che consideri la persona in modo globale e olistico, al di là della riduttiva centratura solo sulla patologia.

Il Piano promuove in questo senso una politica partecipativa che assegna a questi mondi un ruolo fondamentale nella filiera degli interventi, un ruolo che affianca le Istituzioni nella tutela del valore della salute fisica e psichica della persona in tutte le fasi e le condizioni della vita.

Nello specifico, inoltre, con la riforma introdotta con l'approvazione del d.lgs. 117/2017 (Codice del Terzo Settore) al Terzo settore è stato riconosciuto un profilo giuridico unitario e una governance omogenea su tutto il territorio nazionale con l'istituzione del Registro Unico Nazionale del terzo settore (RUNTS), che vedrà un'articolazione e la gestione operativa su base territoriale.

La riforma riconosce agli Enti del Terzo settore la facoltà di esercitare attività di interesse generale in diversi settori tra i quali interventi e servizi sociali e per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone disabili, interventi e prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, interventi nel campo dell'educazione, istruzione e formazione professionale, attività commerciali, produttive, di educazione e informazione, di promozione, di rappresentanza.

Il Codice prevede inoltre che, in attuazione dei principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità le amministrazioni pubbliche, nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi assicurano il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione e accreditamento.

Una concreta partecipazione delle associazioni dei pazienti e dei consumatori potrà manifestarsi anche nella costituzione di Commissioni miste, operatori e cittadini, finalizzate a valutare la qualità delle prestazioni e delle attività sanitarie erogate, a fronte di raccolte sistematiche di informazioni da parte degli utenti (per esempio tramite "totem" posti negli spazi di accesso alle strutture), come anche per la valutazione della qualità del cibo somministrato nei reparti e nelle mense aziendali.

Al riguardo, è di fondamentale importanza la presenza, negli enti del servizio sanitario regionale, dei Comitati di partecipazione dei cittadini per la tutela della salute (di cui al comma 6 dell'articolo 12 della legge regionale 8 agosto 2022, n. 19), che possono contribuire alla programmazione e alla pianificazione socio-sanitaria regionale, aziendale e territoriale, nonché svolgere attività di verifica e di controllo sulla gestione dei servizi sanitari e di monitoraggio delle condizioni di accesso e di fruibilità dei servizi sanitari.

## 9.4 COMUNICAZIONE

La comunicazione pubblica in sanità ha assunto nel tempo un'importanza strategica nel quadro dei rapporti tra cittadini e Pubblica Amministrazione soprattutto nella fase emergenziale.

Il cittadino che vive attivamente l'era digitale può usufruire oggi di un compendio di informazioni che, se ben progettate, possono facilitare l'accesso ai servizi e la scelta dei percorsi di cura, o determinare l'assunzione di comportamenti collegati a stili di vita più salutari.

In tale contesto, valorizzando uno dei processi fondamentali della comunicazione, quale è l'ascolto, si possono intercettare attese e aspettative degli utenti, modificare i servizi sulla base dei fabbisogni rilevati, monitorare la qualità di quanto viene erogato, portando all'interno dell'ente la voce del cittadino. L'applicazione di corrette ed efficienti strategie di comunicazione nel campo della sanità pubblica rappresentano di conseguenza una reale opportunità per il miglioramento dell'attività amministrativa e gestionale del servizio.

Se la Pubblica Amministrazione ha il dovere di garantire a tutti l'erogazione di servizi di qualità e la soddisfazione di bisogni fondamentali, la comunicazione diventa - in tale contesto - un elemento essenziale e irrinunciabile nel processo di riforma e di riorganizzazione dell'intero sistema sanitario.

Ciò premesso la comunicazione sarà prevalentemente orientata allo sviluppo di relazioni sempre più dirette e disintermedie tra cittadini e Regione. Un rapporto rinnovato, nella sua forma e nella sua sostanza, in grado di favorire sia una più consapevole ed immediata conoscenza all'utenza delle opportunità offerte dal Servizio Sanitario Regionale, sia la progettazione di servizi quanto più prossimi alle esigenze delle persone (pazienti, famiglie, caregiver).

Verrà data quindi priorità alla cura dell'ascolto dei bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini (con particolare attenzione per quelli emergenti), con l'intento di fornire una migliore risposta alle necessità di cura, sostegno e presa in carico degli utenti.

Particolare attenzione verrà dedicata alla costruzione di azioni di comunicazione e di processi informativi a sostegno di una maggiore diffusione della conoscenza dei servizi che verranno implementati in ambito PNRR, dei programmi di prevenzione e promozione della salute, orientati sia ad incoraggiare una più ampia partecipazione da parte dei cittadini alle proprie scelte di salute, sia all'adozione di stili di vita favorevoli al benessere della persona.

Verranno inoltre potenziate le sinergie operative tra gli Enti del SSR e Regione, così da garantire univocità ed uniformità ai messaggi diffusi su tutto il territorio regionale. Saranno inoltre promosse azioni di comunicazione e informazione tecnico-specialistica rivolta agli operatori, al fine di innalzare i livelli professionali verso standard sempre più elevati, ma anche di condividere le scelte di indirizzo in una logica di integrazione e partecipazione.

I processi comunicativi potranno così beneficiare della collaborazione proattiva e del "know-how" di tutti gli attori che concorrono alla costruzione del welfare regionale.

Sarà sempre più utilizzato il ricorso alla digitalizzazione dell'informazione e ai new media, ormai affermati come efficaci strumenti di contatto con i cittadini. Saranno tuttavia impiegati anche mezzi di comunicazione tradizionali a garanzia di una migliore copertura dei messaggi anche presso quelle fasce di popolazione poco propense all'utilizzo dei nuovi mezzi digitali.

In riferimento all'attivazione delle Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali dovrà essere rafforzata l'attività di comunicazione interna ed esterna per supportare e facilitare il processo orientamento dei pazienti tra i servizi. Per questo dovranno essere realizzate azioni formative e di sensibilizzazione rivolte al personale chiamato ad interagire con il cittadino, soprattutto Infermieri di Famiglia e Comunità, così che sia pro-attivamente e correttamente accompagnato verso le soluzioni più funzionali a dare risposta ai bisogni individuali.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), presente in tutti gli Enti del SSR, deve contribuire a promuovere e sviluppare l'azione di informazione e comunicazione dei servizi erogati e alla loro accessibilità, con particolare riguardo all'abbattimento delle barriere architettoniche, alla determinazione degli orari e all'organizzazione funzionale.

#### **Obiettivi Prioritari:**

- Attenzione e cura dell'ascolto sui bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini (con particolare attenzione per quelli emergenti);
- Potenziamento delle sinergie operative tra gli Enti del SSR e Regione, al fine di garantire univocità ed uniformità nei messaggi comunicativi;
- Favorire e implementare nuovi percorsi rivolti alla digitalizzazione dell'informazione e ai new media;
- sviluppare una maggiore interazione con i cittadini al fine di favorire una migliore conoscenza verso le opportunità offerte dal Servizio Sanitario Regionale.

## **9.5 TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE**

La prevenzione della corruzione e la garanzia di trasparenza nello svolgimento delle attività a tutti i livelli istituzionali sono un dovere fondamentale della Regione Marche, che si fonda soprattutto sulla collaborazione tra le amministrazioni pubbliche, i cittadini e le imprese.

Gli Enti del SSR sono tenuti ad adottare i modelli organizzativi e ottemperano agli adempimenti previsti dalla legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" e dal decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".

Gli Enti del SSR dovranno adottare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) una volta approvato il decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione, di concerto con il Ministro dell'Economia e Finanze, con il quale sarà approvato un Piano tipo quale strumento di supporto alle amministrazioni, come stabilito dal decreto legge 9 giugno 2021, n. 80 "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche



amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano Nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia".

A livello aziendale, il presidio di trasparenza e anticorruzione è affidato al Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT), in integrazione e sinergia con le funzioni di internal audit, della Qualità, del Controllo di Gestione, del Risk Management e del Data Protection Officer (DPO) e con la supervisione del RPCT regionale, le cui competenze consistono nel coordinare e gestire le attività e gli adempimenti in tema di anticorruzione e trasparenza ai sensi della legge 190/2012.

Nel Sistema Informativo regionale di Monitoraggio e Valutazione dell'Efficacia (SIMOVE) è prevista una sezione denominata "Supporto alla vigilanza degli Enti" nella quale sono rilevate le informazioni, di cui all'articolo 22 del d.lgs. 33/2013, per le quali è previsto l'obbligo di pubblicazione. Per consentire l'aggiornamento costante delle informazioni richieste nel SIMOVE sono stati profilati utenti degli Enti del SSR che sono tenuti all'aggiornamento costante dei dati.

Si sottolinea infine che il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) della Giunta regionale 2021/2023 evidenzia il ruolo fondamentale delle misure di trasparenza, semplificazione e informatizzazione delle procedure, nel recuperare la fiducia dei cittadini nell'imparzialità della pubblica amministrazione e nell'assicurare servizi pubblici accessibili e di qualità indispensabili per aumentare il benessere della comunità.

## 9.6 CODICE ETICO COMPORTAMENTALE

La Regione e gli Enti del SSR devono dotarsi e aggiornare periodicamente il codice di comportamento dei dipendenti, in modo da rendere il documento sempre armonizzato con le misure di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza. Il codice etico è più statico, avendo il valore di Carta contenente la dichiarazione dei valori cui l'ente ispira la propria mission e la propria organizzazione. Negli enti sanitari il codice etico-comportamentale è stato introdotto per effetto della legge 190/2012.

Il codice deve definire i doveri minimi di diligenza, imparzialità e lealtà che i dipendenti, ma anche i collaboratori e consulenti a qualsiasi titolo sono tenuti ad osservare.

Particolare cura dovrà essere prestata alla prevenzione dei conflitti di interesse, anche potenziali: a tal fine il codice dovrà contemplare:

- l'obbligo di segnalazione da parte del dipendente della partecipazione o appartenenza ad organizzazioni i cui ambiti di operatività possono interferire con lo svolgimento dell'attività aziendale;
- l'obbligo di comunicazione degli interessi finanziari, diretti o familiari, in enti o con soggetti privati;
- l'obbligo di astensione dal partecipare a decisioni o attività che interferiscono con interessi suoi personali o del suo ambito familiare.

Il dipendente, e l'intera organizzazione, devono assicurare la trasparenza delle proprie scelte e la tracciabilità dei processi decisionali.

Il codice deve avere massima diffusione e i dirigenti sono chiamati a vigilare sulla sua applicazione.

# Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025

*Salute, sicurezza e innovazione  
per i cittadini marchigiani*

## *APPENDICI*

# INDICE

APPENDICE 1: IL CONTESTO DEMOGRAFICO ED EPIDEMIOLOGICO .....	4
1.1. IL QUADRO DEMOGRAFICO .....	4
1.1.1. Lo scenario demografico italiano.....	4
1.1.2. Lo scenario demografico della Regione Marche .....	7
1.2. IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO E LA STIMA DELLA DOMANDA.....	14
1.2.1. Il quadro epidemiologico nazionale.....	14
1.2.2. Il quadro epidemiologico regionale.....	15
1.2.3. La stima delle prestazioni per le malattie croniche: indicazioni di sintesi .....	23
1.2.4. Elementi di sintesi per l'Analisi Epidemiologica Descrittiva .....	25
1.3. LA GESTIONE DELLE EMERGENZE PANDEMICHE (COVID-19) .....	71
APPENDICE 2: IL FABBISOGNO SANITARIO .....	75
2.1. ANALISI DELLE OSPEDALIZZAZIONI .....	75
2.2. ANALISI DEGLI ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO.....	95
2.3. ANALISI DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI .....	111
2.3.1. Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali .....	136
APPENDICE 3: I FLUSSI DI MOBILITÀ SANITARIA .....	168
3.1. ANALISI DEI FLUSSI DI MOBILITÀ PASSIVA OSPEDALIERA .....	169
3.2. LINEE INTERPRETATIVE DEL FENOMENO DELLA MOBILITÀ PASSIVA.....	176
3.3. LA MOBILITÀ PASSIVA: FOCUS SULLE PRINCIPALI AREE DI "FUGA" .....	181
3.3.1. Le specialità ortopediche.....	183
3.3.2. Le specialità cardiologiche.....	190
3.3.3. La matrice diagnosi-destinazione per analizzare i flussi verso poli specifici.....	193
Allegato 1. La mobilità passiva: focus sui DRG di area ortopedico-traumatologica.....	198
Allegato 2. La mobilità passiva: focus sui DRG di area cardiologica interventistica.....	202
3.4. LE RETI CLINICHE ONCOLOGICHE .....	204
3.5. LA PRODUZIONE REGIONALE E LA MOBILITÀ ATTIVA .....	210
3.5.1. La produzione ospedaliera regionale .....	210
3.5.2. La mobilità attiva .....	214
Allegato 3. I ricoveri erogati dalle strutture pubbliche e private della Regione Marche .....	244
3.6. CONSIDERAZIONI SULLA MOBILITÀ SANITARIA.....	246

APPENDICE 4: LA RETE OSPEDALIERA.....	248
4.1 VOLUMI SOGLIA ED ESITI.....	248
4.2 OFFERTA E PRODUZIONE REGIONALE. SCHEDE STRUTTURE OSPEDALIERE .....	249
4.2.1. Il ruolo dell'INRCA.....	259
4.3 LA RETE DELLE STRUTTURE PRESENTI SUL TERRITORIO.....	263
APPENDICE 5: RETI CLINICHE – SCHEDE OPERATIVE .....	268
APPENDICE 6: LE STRUTTURE TERRITORIALI .....	299

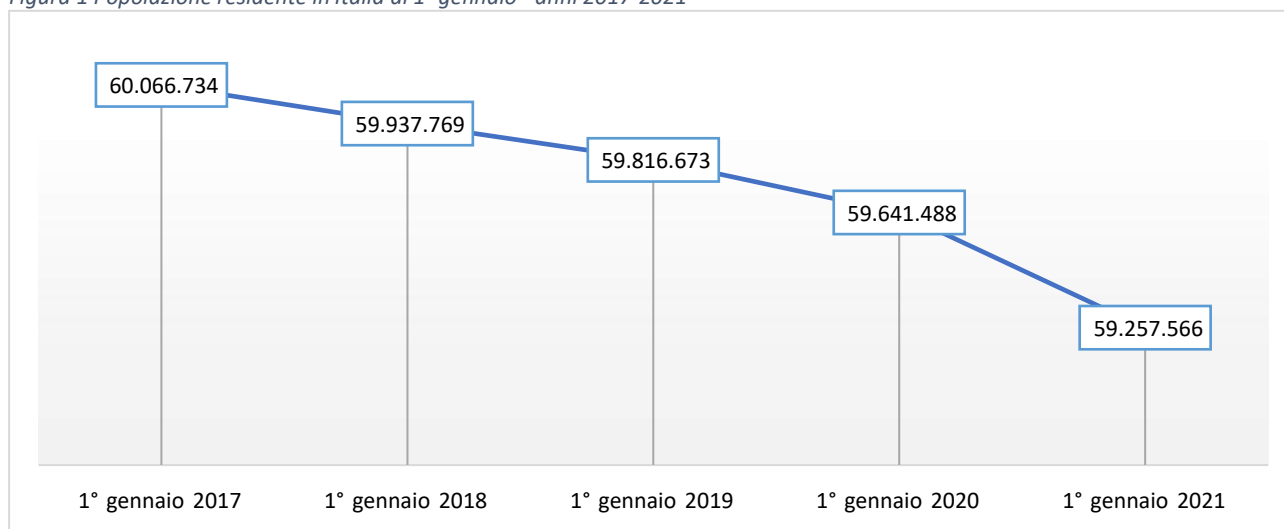
# APPENDICE 1: IL CONTESTO DEMOGRAFICO ED EPIDEMIOLOGICO

## 1.1. IL QUADRO DEMOGRAFICO

### 1.1.1. Lo scenario demografico italiano

La popolazione residente in Italia è progressivamente diminuita nell'ultimo quadriennio: secondo l'ultimo dato ufficiale pubblicato dall'Istat, tra il 1° gennaio 2017 e il 1° gennaio 2021 la popolazione residente in Italia si è complessivamente ridotta di 809 mila unità. Si è passati da 60,07 milioni di abitanti (al 1° gennaio 2017) a 59,26 milioni di abitanti (al 1° gennaio 2021), con un tasso di variazione negativo medio annuo pari al 3,38%. Decrescita che si è rilevata pressoché costante nel primo triennio (con un tasso di variazione medio annuo del -2,37%) ma più significativa nell'ultimo anno di analisi: dal 1° gennaio 2020 al 1° gennaio 2021 la popolazione italiana, infatti, è diminuita del 6,44%, conseguenza dell'impatto della pandemia di COVID-19 su natalità e mortalità.

Figura 1 Popolazione residente in Italia al 1° gennaio - anni 2017-2021



Fonte: <https://demo.istat.it/>

La tendenza in calo è il risultato, da un lato, del costante andamento negativo delle nascite (-4,1% medioannuo dal 1° gennaio 2017 al 1° gennaio 2021) e, dall'altro, dell'aumento dei decessi. I decessi sono passati da 649 mila unità nel 2017 a 746 mila unità rilevate nel 2020.

La dinamica presentata si riflette sulla composizione della popolazione per fasce d'età: con costanza, aumentano, negli anni, gli anziani mentre diminuiscono i giovani.

Al primo gennaio 2021 ci sono 13,89 milioni di persone di 65 anni o più, a fronte di 13,46 milioni di persone della stessa fascia di età rilevate all'inizio del 2017; di contro, si è passati dai 46,60 milioni di persone di età con meno di 65 anni (al 1° gennaio 2017) ai 45,36 milioni (al 1° gennaio 2021). La tendenza in diminuzione della popolazione più giovane si è registrata sia per la fascia di età dagli 0 ai 14 anni (-1,9% dal 2017 al 2021) che per quella della fascia di età dai 15 anni ai 64 anni (-0,7% dal 2017 al 2019).

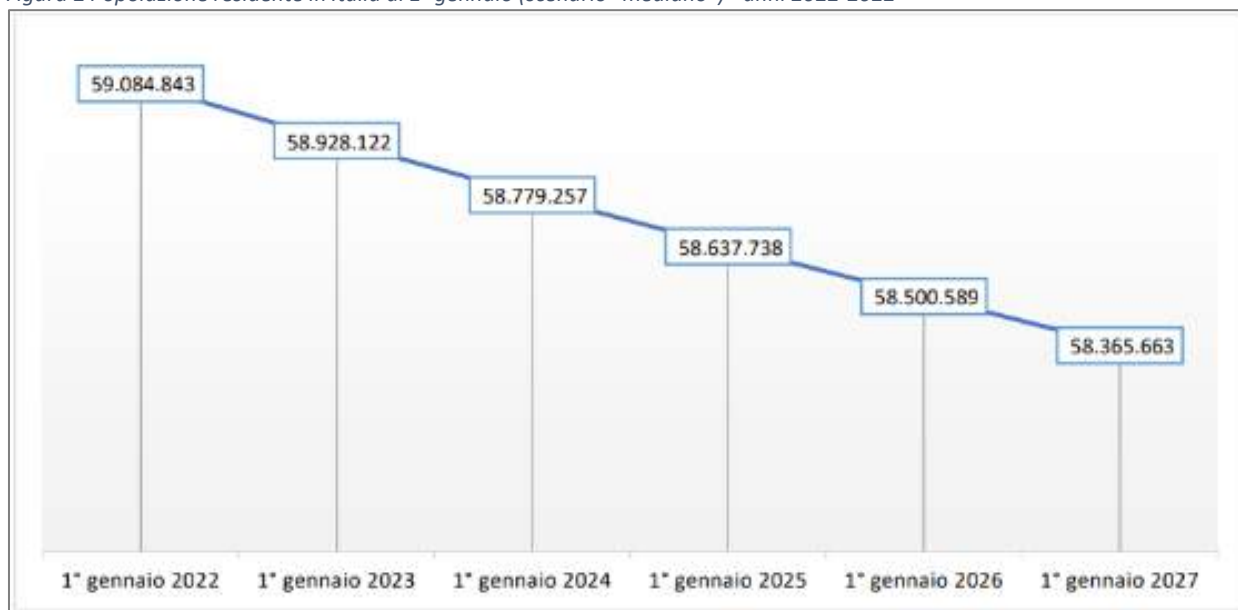
Non si rilevano, nel periodo considerato, particolari oscillazioni della composizione della popolazione per genere: negli anni, l'incidenza percentuale di femmine (51,3% sul totale della popolazione) così come quella di maschi (48,7%) restano costanti.

Uno sguardo all'andamento degli stranieri residenti in Italia mostra un dato in controtendenza rispetto al

quadro complessivo della popolazione residente: il numero di stranieri, infatti, è cresciuto in media dell'1,5% annuo nel triennio dal 1° gennaio 2017 al 1° gennaio 2020, seppur registrando una contrazione dello 0,5% nel 2020 (anno di forte impatto della pandemia)

Focalizzando l'attenzione sull'evoluzione della popolazione residente in Italia nei prossimi anni, dai dati ufficiali pubblicati dall'Istat – secondo lo scenario di previsione “mediano” – si prevede un calo graduale ma progressivo<sup>4</sup>. Nel prossimo quinquennio (dal 1° gennaio 2022 al 1° gennaio 2027), infatti, la popolazione italiana decrescerà di circa 719 mila unità, con un tasso di variazione medio annuo del -2,5%.

Figura 2 Popolazione residente in Italia al 1° gennaio (scenario “mediano”) - anni 2022-2027



Fonte: <https://demo.istat.it/>

Tendenza che si accentua se si allarga il periodo previsionale di analisi: si passerà da una popolazione di 57,95 milioni di abitanti nel 2030 ad una popolazione di 47,58 milioni di abitanti nel 2070.

Le previsioni sulla natalità e sulla mortalità in Italia, limitatamente al prossimo quinquennio, evidenziano, superato l'impatto della pandemia nel breve termine, un lieve recupero delle nascite e una tendenza in leggero aumento dei decessi. Resta, comunque, una stima del saldo naturale con valori negativi: da un valore di -296 mila persone nel 2022 si prevede di passare ad un valore di -268 mila persone nel 2027.

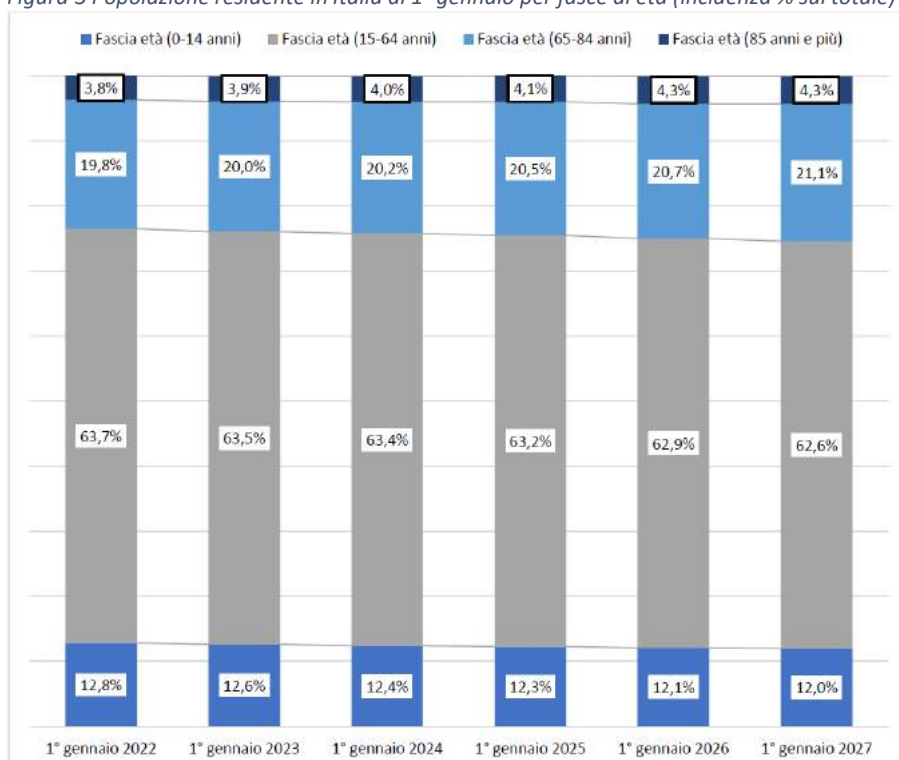
**L'evoluzione descritta comporta un'ulteriore significativa variazione nella composizione della popolazione per fasce d'età, con evidenti ripercussioni sul fabbisogno di servizi di salute.**

**Le previsioni mostrano un'incidenza della popolazione di 65 anni e oltre sul totale della popolazione in aumento (+1,8% nel quinquennio) e, di contro, una diminuzione dell'incidenza della popolazione nelle fasce di età dagli 0 anni ai 64 anni (-1,9% nel quinquennio).**

La conseguenza è un progressivo aumento dell'età media: si passa da 46 anni (previsto nel 2022) a 47 anni nel 2027.

<sup>4</sup> Cfr. Rapporto ISTAT “Previsioni della popolazione residente e delle famiglie | Base 1/1/2020”, pubblicato il 26 novembre 2021.

Figura 3 Popolazione residente in Italia al 1° gennaio per fasce di età (incidenza % sul totale) - anni 2022-2027



Fonte: <https://demo.istat.it/>

Il risultato della previsione è in linea con quello che sarà il livello di invecchiamento della popolazione: la tendenza si ripercuoterà su un progressivo peggioramento degli indici di vecchiaia e di dipendenza della popolazione.

Tabella 1. Indice di dipendenza degli anziani e indice di vecchiaia (scenario "mediano") in Italia - anni 2022-2027

	1° gennaio 2022	1° gennaio 2023	1° gennaio 2024	1° gennaio 2025	1° gennaio 2026	1° gennaio 2027
Indice di dipendenza degli anziani (%)*	37	38	38	39	40	41
Indice di vecchiaia (%)**	185	189	194	200	206	211

Fonte: <https://demo.istat.it/>

\*Dipendenza anziani (indice di): rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

\*\*Vecchiaia (indice di): rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100.

Così come nel lungo periodo, anche nel prossimo quinquennio, si hanno buone aspettative sull'evoluzione della speranza di vita: 82,2 e 86,6 anni quella prevista alla nascita nel 2027, rispettivamente per maschi e femmine; confrontata con 81,5 anni (maschi) e 85,9 anni (femmine) nel 2022. La tendenza è ancora più positiva se si prende a riferimento la stima presentata dai dati ufficiali pubblicati dall'Istat per l'anno 2070: la speranza di vita alla nascita per i maschi si attesta a 86,5 e per le femmine a 89,5 anni, nel 2070. Stesso andamento positivo si rileva con riferimento alla speranza di vita a 65 anni per entrambi i generi.

Tabella 2. Speranza di vita (scenario "mediano") in Italia - anni 2022-2027

	1° gennaio 2022	1° gennaio 2023	1° gennaio 2024	1° gennaio 2025	1° gennaio 2026	1° gennaio 2027
Speranza di vita alla nascita (maschi)	81,5	81,6	81,8	81,9	82	<b>82,2</b>
Speranza di vita alla nascita (femmine)	85,9	86	86,2	86,3	86,4	<b>86,6</b>
Speranza di vita a 65 anni (maschi)	19,6	19,7	19,8	19,9	20	20
Speranza di vita a 65 anni (femmine)	22,9	23	23,2	23,3	23,4	23,4

Fonte: <https://demo.istat.it/>

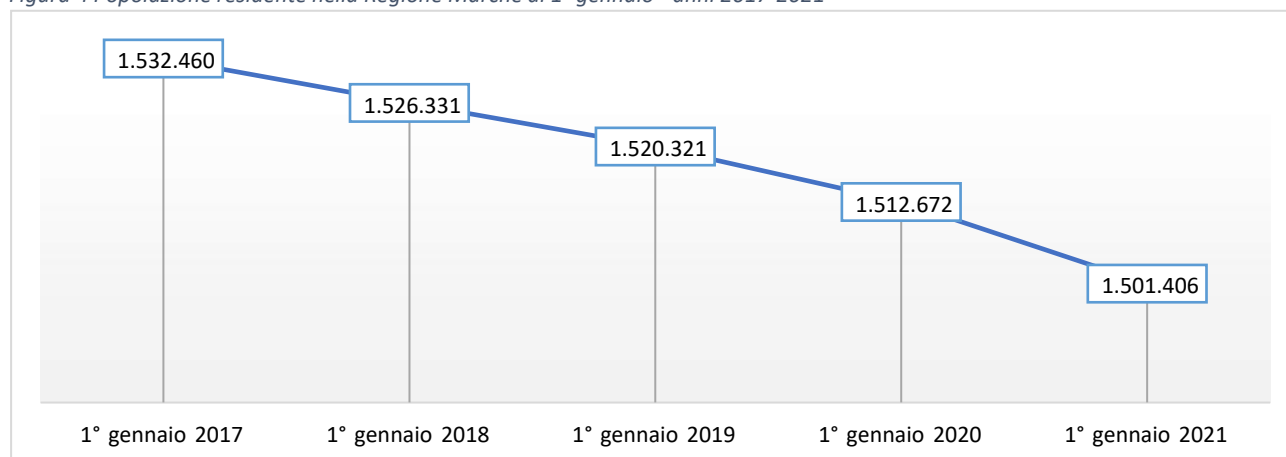
I dati di tendenza dei flussi migratori con l'estero evidenziano un saldo migratorio totale in progressiva diminuzione, con un tasso di variazione medio annuo del -0,77%, nel periodo dal 2022 al 2027. Come rilevato dal recente rapporto Istat<sup>5</sup>, tale graduale diminuzione si prevede anche nei prossimi decenni.

## 1.1.2. Lo scenario demografico della Regione Marche

### La tendenza storica demografica della Regione Marche 2017-2021

La popolazione residente nella Regione Marche, al 1° gennaio 2021, è pari a 1.501.406 abitanti (datoprovvvisorio pubblicato dall'Istat). L'analisi della tendenza della popolazione della Regione Marche mostra un andamento decrescente negli ultimi anni: dal 1° gennaio 2017 al 1° gennaio 2021 si è registrata una contrazione del numero di residenti pari al 2%. Come già rilevato nell'analisi demografica del contesto nazionale, il tasso di variazione del periodo ha risentito dell'impatto dellapandemia COVID, mostrandosi tendenzialmente costante nel primo triennio (decrescita media dello0,4%) e più rilevante nel 2020 (-0,7%).

Figura 4 Popolazione residente nella Regione Marche al 1° gennaio - anni 2017-2021



Fonte: <https://demo.istat.it/>

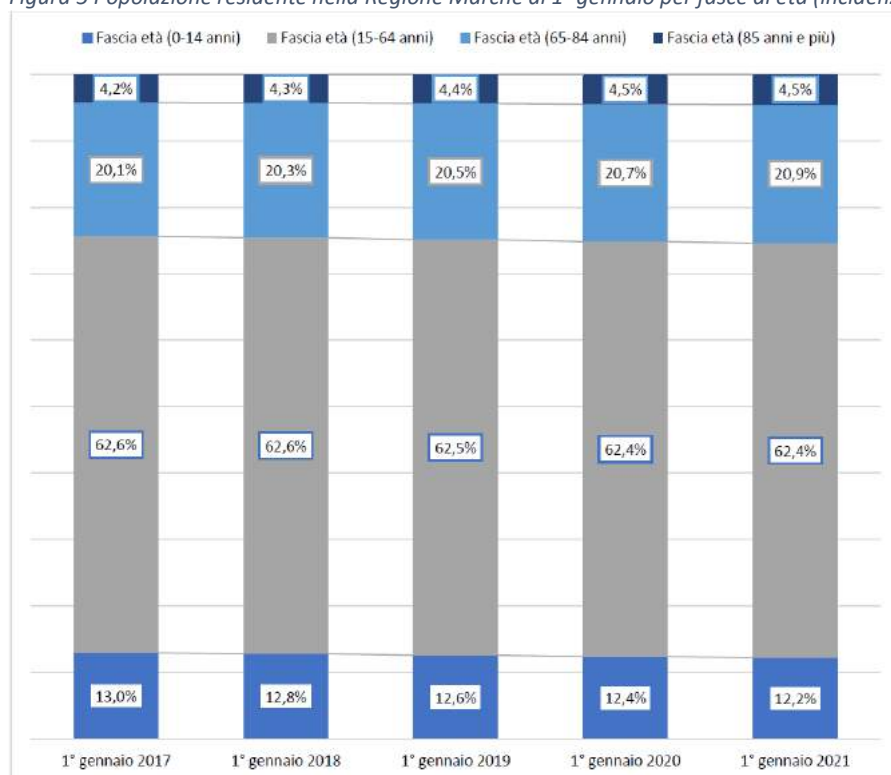
Tale fenomeno è ascrivibile ad una progressiva diminuzione delle nascite, unitamente ad una ascesa dei decessi, soprattutto nell'ultimo anno di analisi. Ne risulta un peggioramento del saldo naturale di crescita che è passato da -7.780 unità di persone nel 2017 a -10.694 unità di persone al termine del 2020.

Il fenomeno demografico assume caratteri peculiari se si focalizza l'attenzione sulla composizione della popolazione per fasce di età. L'incidenza delle persone di età con più di 65 anni (al 1° gennaio 2021) è pari al 25,6% del totale della popolazione residente: di questi il 4,5% sono persone di età superiore agli 85 anni. Il dato mostra un livello di invecchiamento della popolazione superiore a quello registrato in Italia (pari al 23,4% per la fascia 65 anni e più e 3,7% per il sottogruppo degli ultra 85enni). Inoltre, a fronte di un aumento degli over 65enni dello 0,9% dal 1° gennaio 2017 al 1° gennaio 2021, si è assistito a una diminuzione della popolazione under 14 dello 0,8% nello stesso periodo.

<sup>5</sup> Cfr. Rapporto ISTAT "Previsioni della popolazione residente e delle famiglie | Base 1/1/2020", pubblicato il 26 novembre 2021.



Figura 5 Popolazione residente nella Regione Marche al 1° gennaio per fasce di età (incidenza % sul totale) - anni 2017-2021



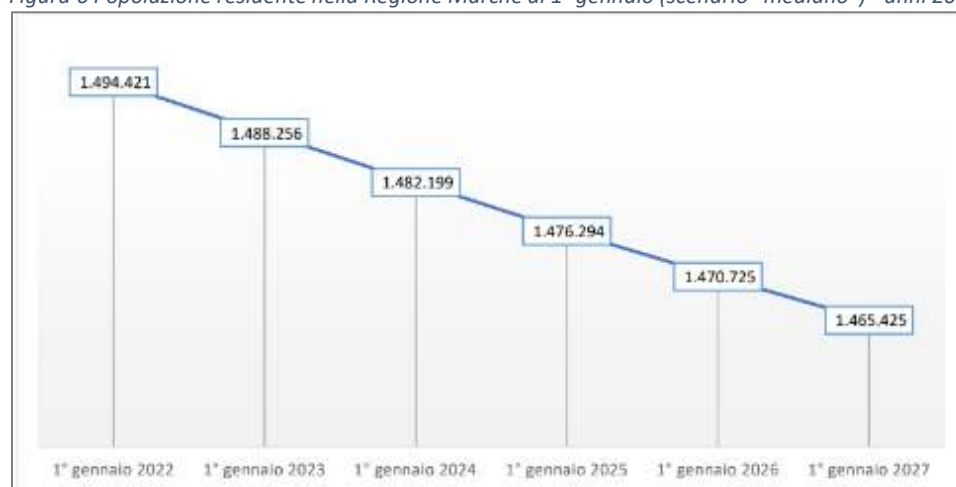
Fonte: <https://demo.istat.it/>

L'analisi della composizione per genere rileva che l'incidenza delle femmine sul totale della popolazione è pari al 51,3% e quella dei maschi pari al 48,7%: il dato non ha subito rilevanti variazioni nell'ultimo quadriennio. Al 1° gennaio 2021, nella Regione Marche, risiedono 127.104 cittadini stranieri (- 3.010 unità rispetto al 1° gennaio 2017). Dopo un lieve incremento rilevato nell'anno 2018 (+0,9% rispetto al precedente anno), si è registrata una variazione nel 2020 pari al -2,7%.

### L'evoluzione della popolazione nella Regione Marche nei prossimi 5 anni

In linea con l'andamento previsionale della popolazione in Italia, anche il numero dei residenti nella Regione Marche appare destinato a subire una contrazione. **Sulla base dello "scenario mediano", dai dati ufficiali pubblicati dall'Istat, si stima una diminuzione del 1,9% nel prossimo quinquennio. Si passerà da 1,49 milioni di persone al 1° gennaio 2022 a 1,46 milioni di persone al 1° gennaio 2027, con una tendenza annua in diminuzione al tasso medio di variazione dello 0,4% (meno accentuato nel 2025 e 2026).**

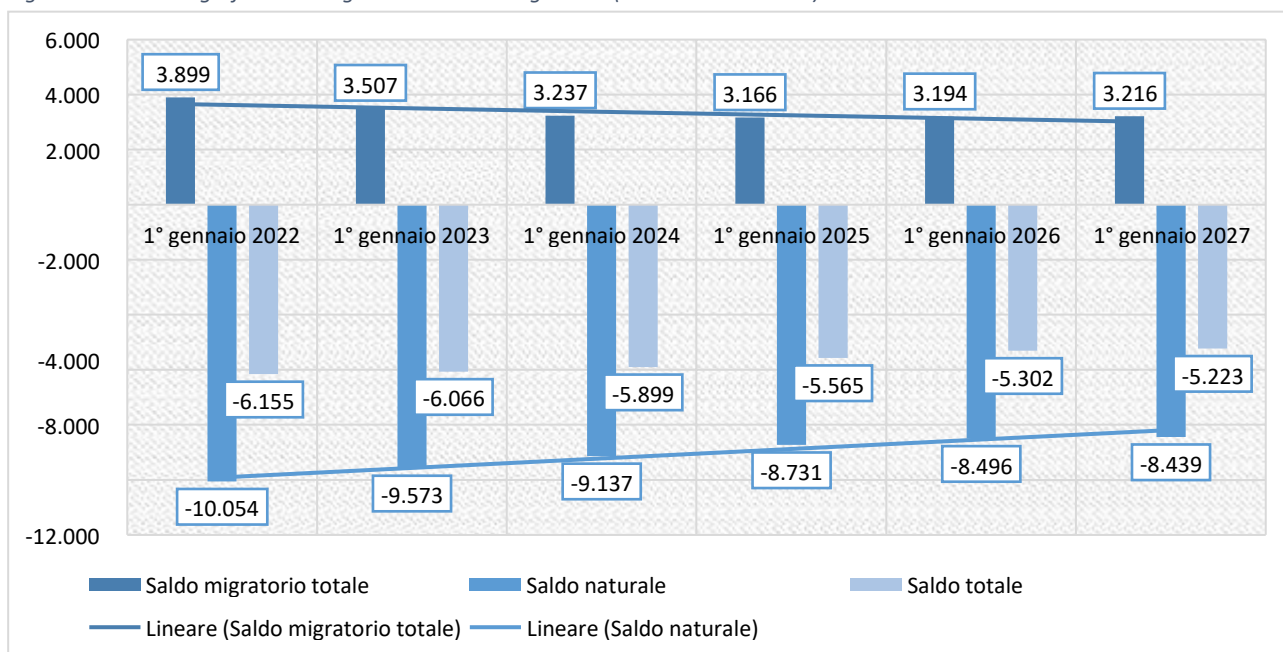
Figura 6 Popolazione residente nella Regione Marche al 1° gennaio (scenario "mediano") - anni 2022-2027



Fonte: <https://demo.istat.it/>; P.F. Performance e Sistema Statistico della Regione Marche

Il risultato del trend in calo è dovuto a una connaturata differenza negativa tra il numero delle nascite e il numero dei decessi, stimati dal 2022 al 2027: differenza destinata a assumere, però, valori decrescenti negli anni. Nello stesso periodo, in aggiunta, si prevede una contrazione del saldomigratorio: la differenza tra immigrati ed emigrati negli anni diminuirà, ad un tasso di variazione medio annuo del -4%. Su tale tasso medio incidono significative variazioni del saldo migratorio in negativo nel prossimo triennio (-11,2% dal 2022 al 2023; -8,3% dal 2023 al 2024; -2,2% dal 2024 al 2025); si prevede, comunque, una ripresa del saldo migratorio nel 2026 e 2027.

Figura 7 Saldi demografici nella Regione Marche al 1° gennaio (scenario "mediano") - anni 2022-2027

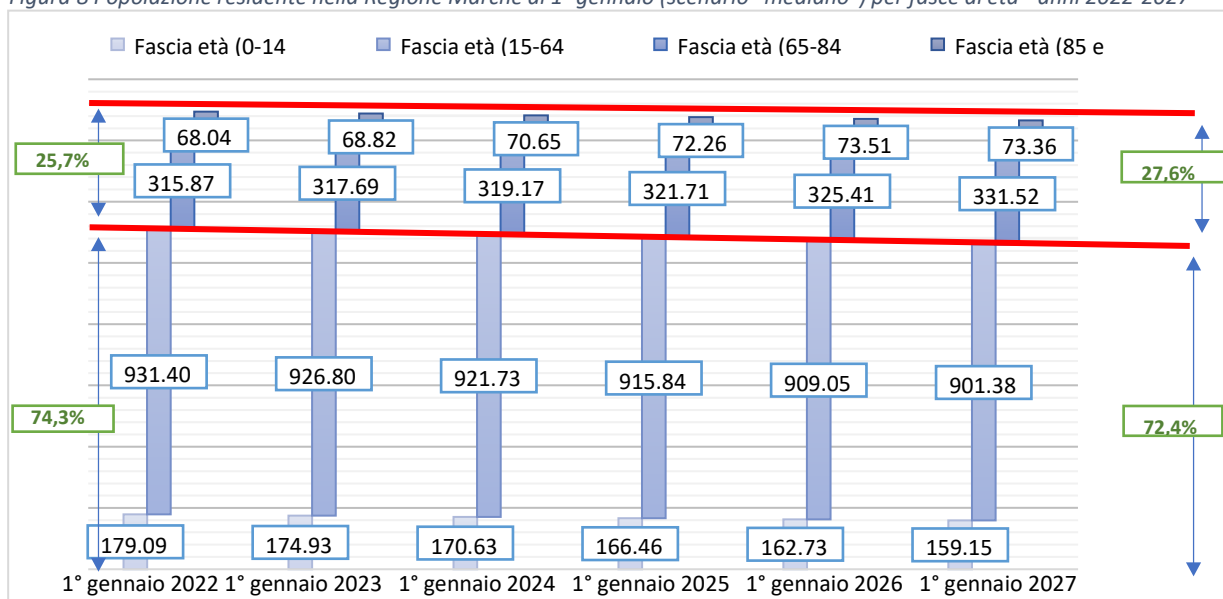


Fonte: <https://demo.istat.it/>; P.F. Performance e Sistema Statistico della Regione Marche

La composizione della popolazione per genere non subirà rilevanti variazioni nel prossimo quinquennio: la popolazione maschile rappresenterà il 48,8% della popolazione e quella femminile il 51,2%. Il dato non si discosta significativamente dall'attuale composizione della popolazione per genere.

La stessa tendenza rilevata a livello nazionale è attesa in tema di composizione della popolazione per fasce di età. **La popolazione di età superiore ai 65 anni subirà, nel quinquennio, un aumento del 5,5%, cioè si passerà da 384 mila persone over 65 stimate al 1° gennaio 2022 a 405 mila persone over 65 stimate al 1° gennaio 2027**; contestualmente si avrà anche una contrazione della popolazione di età under 65 nello stesso periodo (-4,5% nel quinquennio). Considerando la tendenza in diminuzione della popolazione residente, l'aumento del numero di residenti anziani inciderà sulla composizione della popolazione nel suo complesso: **si avrà pertanto nel 2027 il 27,6% di persone con 65 anni e più (di cui il 5% over 85 anni) e il restante 72,3% di persone compreso nelle fasce di età da 0 anni a 14 anni e da 15 anni ai 65 anni.**

Figura 8 Popolazione residente nella Regione Marche al 1° gennaio (scenario "mediano") per fasce di età - anni 2022-2027



Fonte: <https://demo.istat.it/>; P.F. Performance e Sistema Statistico della Regione Marche

Il risultato della previsione determinerà un progressivo innalzamento dell'età media e un peggioramento degli indici di vecchiaia e di dipendenza della popolazione. Se si confrontano i dati con la tendenza nazionale, l'età media prospettica nella Regione Marche, al termine del prossimo quinquennio, è di 1 anno in più: ne consegue un aggravamento dell'indice di dipendenza degli anziani (+3 punti percentuali) e dell'indice di vecchiaia (+24 punti percentuali), rispetto a quanto previsto nello scenario demografico italiano (si vedano nel dettaglio i dati presenti nella Tabella 1).

Tabella 3. Indice di dipendenza degli anziani e indice di vecchiaia (scenario "mediano") nella Regione Marche - anni 2022-2027

	1° gennaio 2022	1° gennaio 2023	1° gennaio 2024	1° gennaio 2025	1° gennaio 2026	1° gennaio 2027
Età media della popolazione	47,1	47,2	47,4	47,6	47,8	48
Indice di dipendenza degli anziani (%)	41	41	42	42	43	44
Indice di vecchiaia (%)	206	211	216	222	229	235

Fonte: <https://demo.istat.it/>; P.F. Performance e Sistema Statistico della Regione Marche

\*Dipendenza anziani (indice di): rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

\*\*Vecchiaia (indice di): rapporto

L'evoluzione della speranza di vita fa ben sperare: 82,5 e 86,8 anni quella prevista alla nascita nel 2027, rispettivamente per maschi e femmine; confrontata con 82 anni (maschi) e 86 anni (femmine) nel 2022. Stesso andamento positivo si rileva con riferimento alla speranza di vita a 65 anni per entrambi i generi. Anche per tali indici demografici, la Regione Marche si attesta a un livello lievemente superiore rispetto a quanto previsto dall'analisi dello scenario demografico riferita all'intera popolazione italiana (Tabella 2).

Tabella 4. Speranza di vita (scenario "mediano") nella Regione Marche - anni 2022-2027

	1° gennaio 2022	1° gennaio 2023	1° gennaio 2024	1° gennaio 2025	1° gennaio 2026	1° gennaio 2027
Speranza di vita alla nascita (maschi)	82	82,1	82,2	82,3	82,4	82,5
Speranza di vita alla nascita (femmine)	86	86,2	86,3	86,5	86,6	86,8
Speranza di vita a 65 anni (maschi)	20	20,1	20,1	20,2	20,3	20,3
Speranza di vita a 65 anni (femmine)	23,1	23,3	23,4	23,5	23,6	23,8

Fonte: <https://demo.istat.it/>

### Uno sguardo al lungo periodo

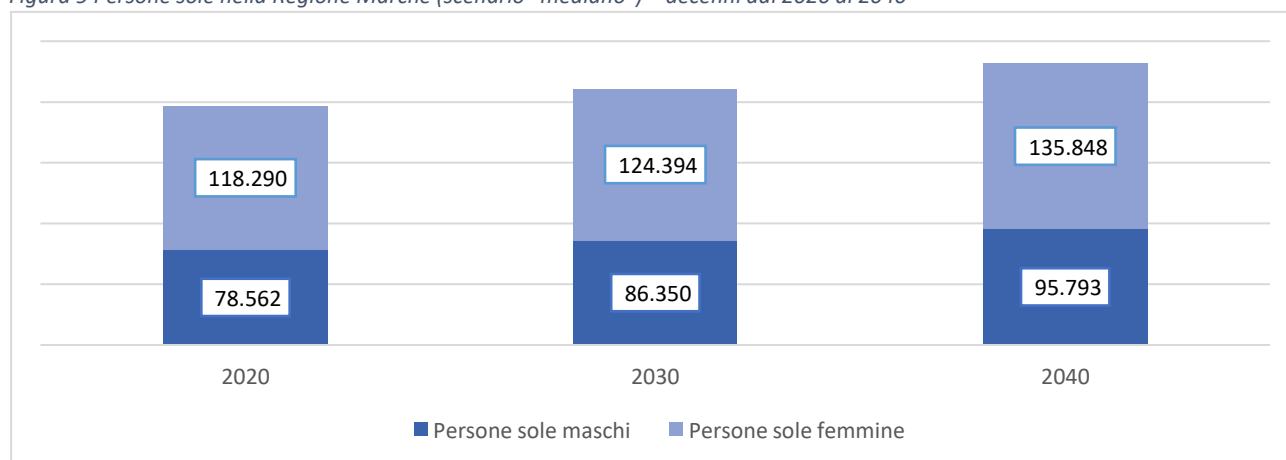
Se si estende l'orizzonte di analisi ai prossimi decenni, dai dati ufficiali pubblicati dall'Istat, si stima una decrescita della popolazione marchigiana ad un tasso medio di variazione medio decennale del -6%. A metà del secolo si avranno -189 mila persone residenti rispetto al 2020; al 2070 il dato è stimato in discesa di ulteriori 194 mila unità.

Negli stessi decenni è previsto un graduale calo della natalità negli anni tra il 2040 e il 2060; le previsioni sul numero dei decessi non mostrano dati con andamenti lineari.

Questa tendenza si rifletterà sulla composizione della popolazione per fasce di età, determinando progressivamente una maggiore incidenza della popolazione anziana sul numero totale dei residenti.

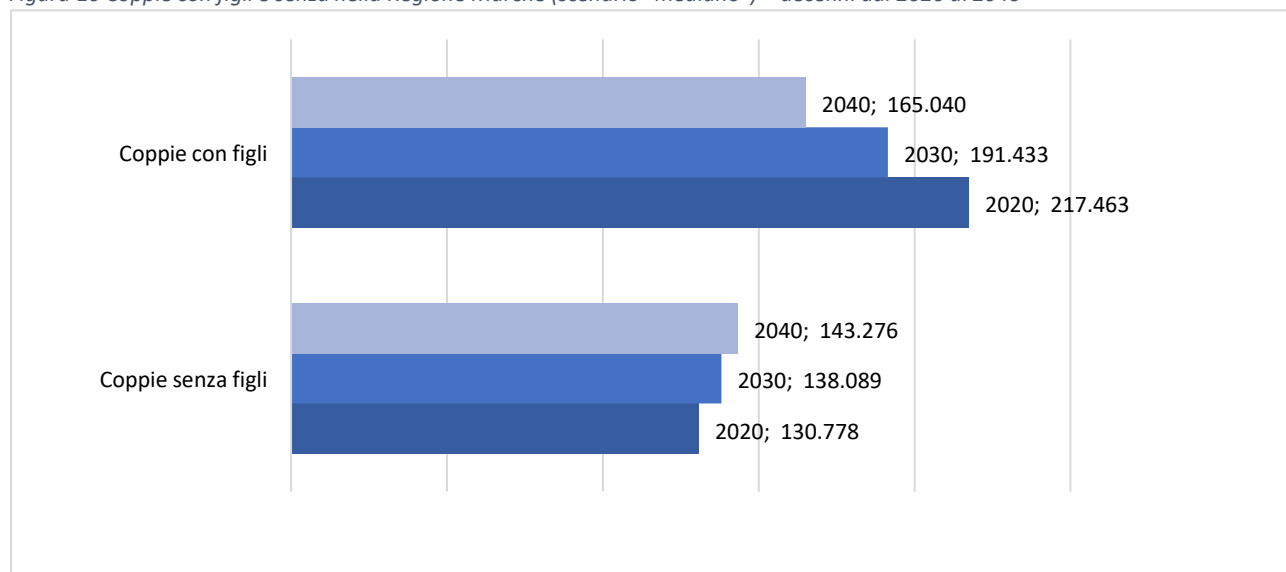
Dai recenti dati pubblicati dall'Istat riguardo alla "Previsione delle Famiglie", nei prossimi decenni (dal 2020 al 2040), **nella Regione Marche, aumenterà gradualmente il numero delle persone che vivono sole**. In particolare, le persone sole di sesso maschile aumenteranno ad un tasso di variazione medio decennale del 10,4%; più contenuto è lo stesso tasso di crescita relativo alle persone sole di sesso femminile (+7,8%). Diminuiranno altresì il numero di coppie con figli (al tasso medio decennale del -12,9%) e aumenteranno il numero di coppie senza figli (al tasso medio decennale del +4,7%).

Figura 9 Persone sole nella Regione Marche (scenario "mediano") – decenni dal 2020 al 2040



Fonte: <https://demo.istat.it/>

Figura 10 Coppie con figli e senza nella Regione Marche (scenario "mediano") – decenni dal 2020 al 2040

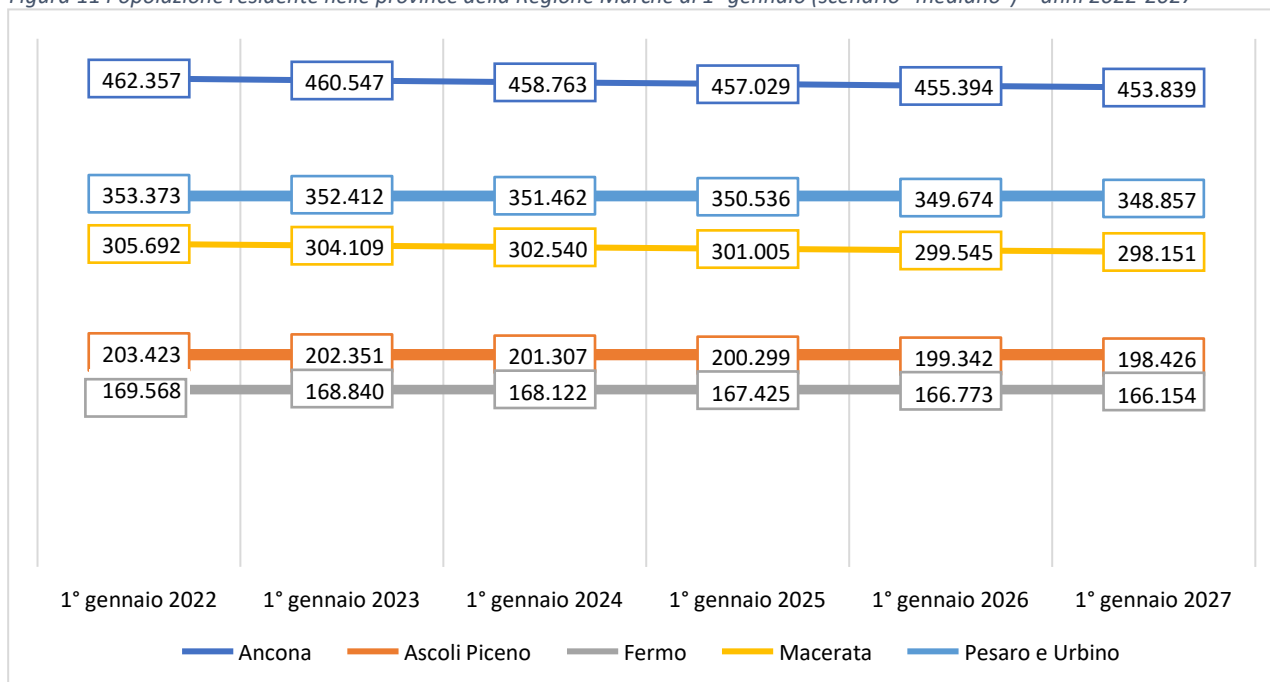


Fonte: <https://demo.istat.it/>

## Lo scenario demografico provinciale nel prossimo quinquennio

L'andamento previsionale descritto con riferimento all'intera Regione Marche assume caratteri parzialmente diversi se si analizzano le tendenze a livello provinciale. Il trend atteso delineacomunque una riduzione dei residenti, nel prossimo quinquennio, in tutte le province marchigiane. Analizzando i singoli territori, si apprezza un tasso di riduzione più marcato per le province di Macerata e di Ascoli Piceno (-2,5% in cinque anni) rispetto alle altre (Ancona -1,8%; Fermo -2,0%, Pesaro e Urbino -1,3%).

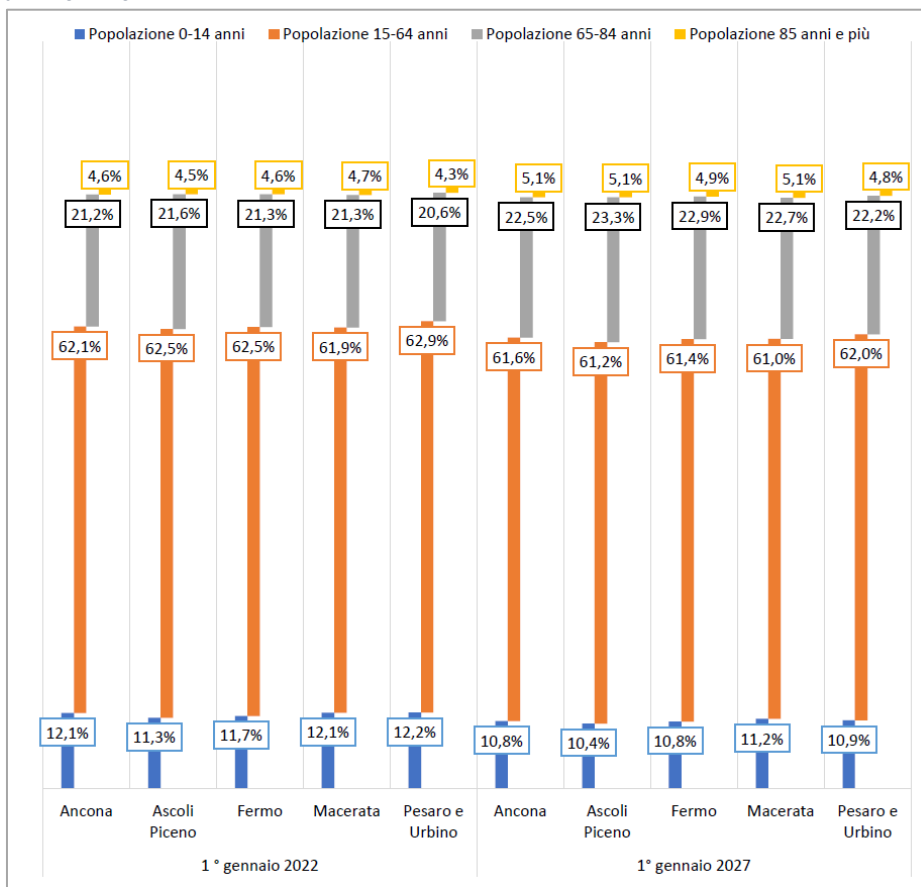
Figura 11 Popolazione residente nelle province della Regione Marche al 1° gennaio (scenario "mediano") – anni 2022-2027



Fonte: P.F. Performance e Sistema Statistico della Regione Marche

L'analisi dell'andamento previsionale della composizione della popolazione per fasce di età, riferito all'intera Regione Marche, mostra che aumenteranno negli anni il numero di persone di età superiore ai 65 anni (e in modo particolare, di quelli over 85), come presentato nella Figura 8 al paragrafo 2.2.2. **La tendenza provinciale si allinea a quella regionale. La provincia di Ascoli Piceno, tuttavia, è l'area territoriale dove tale fenomeno si manifesterà con maggior rilievo: fra cinque anni, infatti, l'incidenza della popolazione over 65 sul totale sarà pari al 28,4%, con un'incidenza del 5,1% della popolazione over 85.** In tutte le altre province la fascia di età over 65 è stimata, al 1° gennaio 2027, al di sotto del 28%. **Per l'area di Pesaro Urbino si rileva l'incidenza più bassa della fascia di età richiamata, pari al 27%.** Nella fascia degli over 65, le province che vedranno un'incidenza più rilevante delle persone con più di 85 anni saranno la provincia di Ancona, di Ascoli Piceno e di Macerata; nella provincia di Pesaro e Urbino tale incidenza si pone come la più bassa a livello regionale. Le differenze, per la classe over 85, non risultano comunque significative in quanto l'incidenza oscilla fra il 4,8% (Pesaro Urbino) e il 5,1% (Ancona, Ascoli Piceno, Fermo e Macerata).

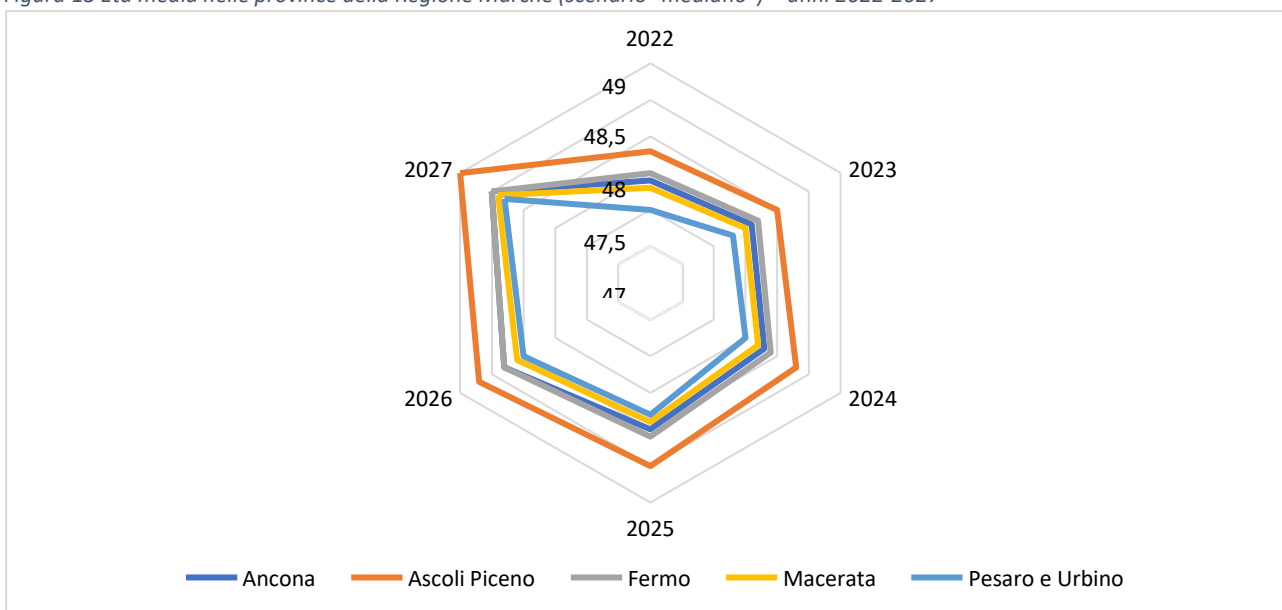
Figura 12 Popolazione residente nelle province della Regione Marche (scenario “mediano”) per fasce di età (incidenza % sul totale) – anni 2022-2027



Fonte: P.F. Performance e Sistema Statistico della Regione Marche

In conseguenza dello scenario descritto, all’inizio del 2027, anche l’età media dei residenti nelle province marchigiane dovrebbe registrare valori con modeste differenze, dai 49 anni per gli abitanti della provincia di Ascoli Piceno ai 48,3 per i residenti nella provincia di Pesaro e Urbino (48,3 anni).

Figura 13 Età media nelle province della Regione Marche (scenario “mediano”) – anni 2022-2027



Fonte: P.F. Performance e Sistema Statistico della Regione Marche

## 1.2. IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO E LA STIMA DELLA DOMANDA

### 1.2.1. Il quadro epidemiologico nazionale

Le informazioni sullo stato di salute e sulla domanda di assistenza sanitaria della popolazione italiana sono ritraibili da una pluralità di fonti, non essendo disponibile una sintesi unitaria a livello nazionale.

Le informazioni sono essere tratte da flussi di prestazioni erogate (es. SDO sui ricoveri ospedalieri) o rilevazioni campionarie (es. il sistema PASSI e PASSI d'Argento sulla sorveglianza di popolazione). Il quadro dei dati segnala alcune tendenze che devono orientare le politiche sia per le malattie croniche che per gli episodi acuti trattati dalla rete ospedaliera, oltre che per le malattie infettive.

I sistemi di sorveglianza nazionale PASSI (sulla popolazione di 18-69 anni) e PASSI d'Argento (sulla popolazione di oltre 65 anni) gestiti dall'Istituto Superiore di Sanità producono, sulla base di un campione stratificato, stime sulla diffusione di patologie croniche, riferite dai pazienti, nella popolazione residente. Sono stimate a livello nazionale e regionale e per classi di età la prevalenza di cronicità e policronicità (due o più patologie) considerando:

- infarto del miocardio, ischemia cardiaca o altre malattie del cuore,
- ictus o ischemia cerebrale,
- tumori (comprese leucemie e linfomi),
- bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale,
- diabete,
- malattie croniche del fegato e/o cirrosi,
- insufficienza renale.

Occorre tenere presente che non sono indagate molte situazioni patologiche ad elevato impegno, tra cui demenze e parkinsonismi, disturbi psichici e sindromi osteoarticolari, e questo comporta una sottostima delle cronicità. Inoltre, le stime sono sulla sola popolazione non istituzionalizzata, e quindi suscettibili di ulteriore aumento nel momento in cui si prendano in esame le patologie delle persone accolte in RSA o in case protette e comunità.

**Cronicità e policronicità raggiungono numeri importanti con l'avanzare dell'età: tra i 65 e gli 85 anni più della metà delle persone convive con una patologia cronica e la quota aumenta fino a interessare i tre quarti degli ultra-ottantacinquenni, di cui la metà risulta policronico.**

La prevalenza per singole patologie croniche muta notevolmente con l'età: prima dei 55 anni la più frequente riguarda l'apparato respiratorio e coinvolge il 6% degli adulti mentre dopo i 55 anni, progressivamente con l'avanzare dell'età, aumenta la prevalenza di cardiopatie e di diabete, che raggiungono valori intorno al 30% e al 20% verso gli 80 anni.

La prevalenza dei tumori raggiunge il suo valore massimo (circa 15%) intorno agli 80 anni.

I casi con quadri pregressi di ictus, ischemie cerebrali e insufficienza renale, aumentano dai 70 anni. Complessivamente si stimano circa 14 milioni di persone con varie cronicità a livello nazionale, in lento incremento dato l'aumento della longevità e la maggiore incidenza delle malattie croniche tra le classi di età più elevate. Una ulteriore fonte sullo stato di salute della popolazione italiana è il Rapporto Osservasalute che ci propone una diversa prevalenza di patologie croniche tra i pazienti che si rivolgono ai medici di medicina generale.

In base alla fonte richiamata (Osservasalute, Tab.1., pag 143) le prevalenze stimate sul totale dei pazienti assumono i seguenti valori:

- ipertensione arteriosa del 31,7%
- osteoartrosi del 17,7%
- disturbi tiroidei del 17,4%
- asma bronchiale del 9,1%
- diabete mellito di tipo 2 del 8,5%

- ictus ischemico del 5%
- malattie ischemiche del cuore del 4,6%
- broncopneumopatie cronico-ostruttive del 3,2%

Anche in questo caso occorre ricordare che non sono considerati i pazienti istituzionalizzati, i pazienti con problemi psichiatrici ed i pazienti che presentano quadri patologici complessi che vengono trattati direttamente dai servizi ospedalieri, dato che le stime sono fatte in base alle segnalazioni dei medici di medicina generale. Anche in questo caso non sono, inoltre, prese in considerazione le situazioni di particolare impegno assistenziale quali ad esempio sclerosi multipla, demenze ed altre patologie che richiedono una assistenza più intensa.

**Nel modello delineato da AGENAS di Assistenza Territoriale, attuativo del Piano Nazionale di Recupero e Resilienza, questi soggetti sono destinati ad essere presi in carico dalle equipe multiprofessionali delle Case della Comunità assieme ai Medici di Medicina Generale in base a definiti modelli di stratificazione. Si prevede, in una logica di medicina di iniziativa, la chiamata attiva degli assistiti con cronicità, per la prevenzione delle complicanze che determinano quadri gravi ed invalidanti e l'applicazione per essi di specifici Piani Diagnostici Terapeutico Assistenziali.**

## 1.2.2. Il quadro epidemiologico regionale

Per la Regione Marche, sulla base delle fonti già citate a livello nazionale, sono approfondite le analisi con riferimento a 3 gruppi di patologie:

- i ricoveri in reparti ospedalieri per acuti per cui abbiamo a disposizione il sistema delle Schede di Dimissione Ospedaliera integrato dall'analisi della mobilità interregionale;
- i flussi di rilevazione delle malattie infettive che vanno considerati congiuntamente alle tendenze nell'adesione alle campagne vaccinali ad esse corrispondenti;
- le patologie croniche, che possono anche richiedere, in particolari casi, il ricovero ospedaliero ma, in via ordinaria, esprimono un fabbisogno di prestazioni sanitarie per la cura e il monitoraggio, distribuite nel tempo e erogabili da presidi sanitari di diversa natura.

Si ribadisce che la quantificazione dei casi e delle prevalenze risulta differente in quanto i dati possono essere desunti da tre diverse fonti, di differente natura ed affidabilità.

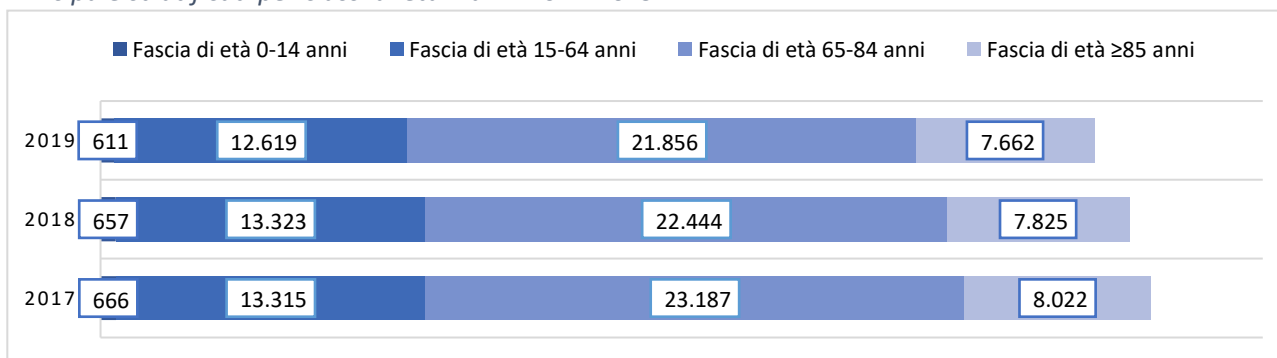
### I ricoveri ospedalieri delle principali patologie

La considerazione dei ricoveri ospedalieri attraverso l'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del triennio 2017-2019 ci mostra come le diagnosi relative a tumori e malattie cardiovascolari rappresentino nell'ordine le patologie più diffuse, seguite da diabete e patologie cerebrovascolari. In questo primo report sono stati considerati, oltre a questi ricoveri maggiormente frequenti, altri ad elevato peso in termini diagnostici, terapeutici e di caregiving quali le broncopneumopatie cronico ostruttive, le demenze, l'Alzheimer, l'insufficienza renale e la sclerosi multipla.

Dall'analisi delle diagnosi principali, stratificate per classi di età, la classe di età maggiormente colpita per le patologie più frequenti, oncologica e cardiovascolare, per tutto il triennio preso in considerazione, risulta essere quella dai 65 agli 84 anni. Data la limitata variazione in valore assoluto della popolazione della fascia di età e le variazioni dovute sia a cause mediche che tecnologiche e sociali, non si ritiene di poter formulare previsioni specifiche di variazione significative della domanda di ricoveri.



Figura 14 I ricoveri complessivi relativi alle principali patologie nella Regione Marche per Diagnosi Principale stratificati per classi di età – anni 2017-2019



Fonte: Flussi Informativi sanitari e Monitoraggio SSR, SDO – Regione Marche elaborati sulla base dei dati ISTAT per classi di età

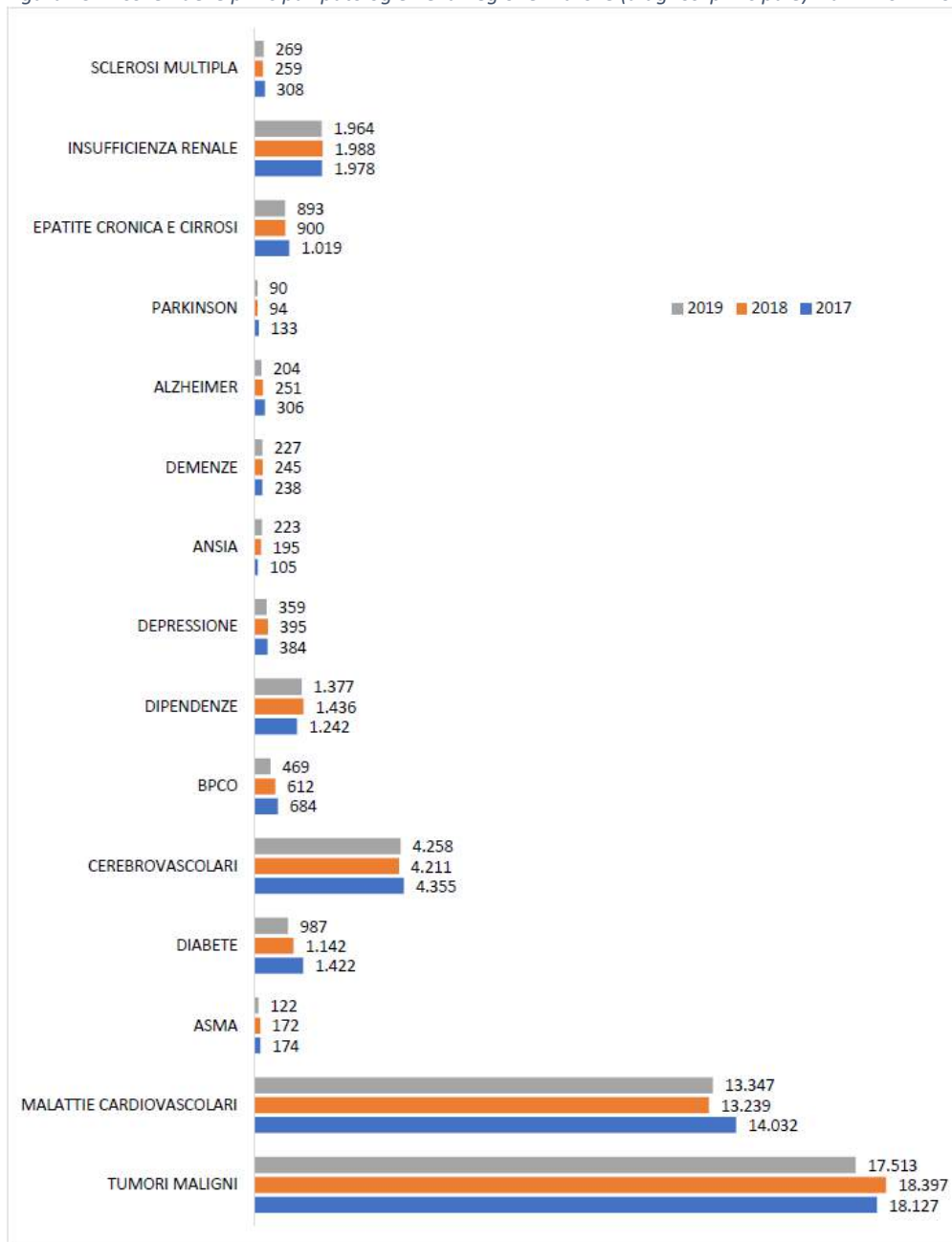
Nel triennio 2017-2019 si registrano nel complesso nella Regione Marche:

- 54.037 ricoveri per tumori maligni,
- 40.618 ricoveri per malattie cardiovascolari,
- 12.824 ricoveri per malattie cerebrovascolari,
- 5.930 ricoveri per insufficienza renale,
- 4.055 ricoveri per dipendenze,
- 3.551 ricoveri per diabete,
- 2.812 ricoveri per epatite cronica e cirrosi,
- 1.765 ricoveri per BPCO,
- 1.138 ricoveri per depressione,
- 523 ricoveri per ansia,
- 836 ricoveri per sclerosi multipla,
- 761 ricoveri per Malattia di Alzheimer,
- 710 ricoveri per demenze,
- 468 ricoveri per asma,
- 317 ricoveri per Parkinson.

Per quanto riguarda le patologie oncologiche, che determinano oltre un terzo di tutti i ricoveri, dobbiamo osservare che il tumore alla mammella nelle femmine e alla prostata nei maschi rappresentano i quadri di maggiore incidenza e prevalenza, seguiti dal tumore al colon-retto per entrambi i sessi. **Per tutti questi quadri esistono programmi di screening di popolazione e protocolli per diagnosi e trattamento precoce** (a cui è opportuno stimolare una maggiore adesione della popolazione, compreso il personale sanitario ed i MMG) **e programmi di trattamento secondoprotocolli definiti per la loro terapia secondo evidenze cliniche condivise: appare, quindi, opportuno consolidare l'adozione di protocolli omogenei che possano prendere in carico precocemente le relative diagnosi e gestirle nelle reti cliniche definite nella Regione.**

Pur nella genericità dei gruppi diagnostici delle malattie diverse da quelle oncologiche un primo esame ci propone, nel triennio, **diagnosi a rischio di inappropriatelyzza per alcuni ricoveri ospedalieri per acuti**: tra le oltre 40mila diagnosi di malattia cardiovascolare, le oltre 3500 per diabete, le oltre 1750 per BPCO, le oltre 1650 per depressione e ansia e le oltre 450 per asma, potremmo sicuramente individuare, ad una valutazione clinica più approfondita, situazioni che potevano essere trattate a livello di servizi territoriali o di ospedale di comunità.

Figura 15 I ricoveri delle principali patologie nella Regione Marche (diagnosi principale) – anni 2017-2019



Fonte: Flussi SDO – Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Peraltro, è acclarato che una migliore gestione a livello territoriale di ricoveri per alcune malattie croniche (quali parte delle malattie cardiovascolari, il diabete, le BPCO, le dipendenze o l'epatite cronica) possa determinare una minore frequenza di scompensi e quindi un minore ricorso al ricovero. **Il Programma Nazionale Esiti<sup>6</sup> individua alcune diagnosi di ricoveri relativi a malattie croniche quali "ospedalizzazioni potenzialmente evitabili" che, pur presentandosi nella Regione con frequenze inferiori alla incidenza nazionale, dovrebbero essere oggetto di attenzione per evitarerisposte ospedaliere non appropriate alla richiesta di assistenza per malattie croniche anche complicate.**

**L'impatto della pandemia da Covid-19** sul trattamento delle patologie, specie chirurgiche, oggetto dell'attività ospedaliera ha comportato come è noto ripetute riduzioni delle attività programmate e il differimento di quelle non urgenti. **Anche a parità di prevalenza ed incidenza delle patologie ciò comporterà nei prossimi anni una maggiore richiesta, non facilmente quantificabile, di prestazioni derivante dalla necessità di recuperare i ritardi e le prestazioni rimandate a causa della pandemia.**

<sup>6</sup> “Sono state considerate “ospedalizzazioni potenzialmente evitabili per asma negli adulti e senile, asma pediatrico, broncopneumopatia cronico ostruttiva, diabete non controllato, gastroenterite pediatrica, infezioni del tratto urinario, influenza, ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco” Programma Nazionale Esiti 2021, pag.81

### I ricoveri ospedalieri delle principali patologie di natura infettiva

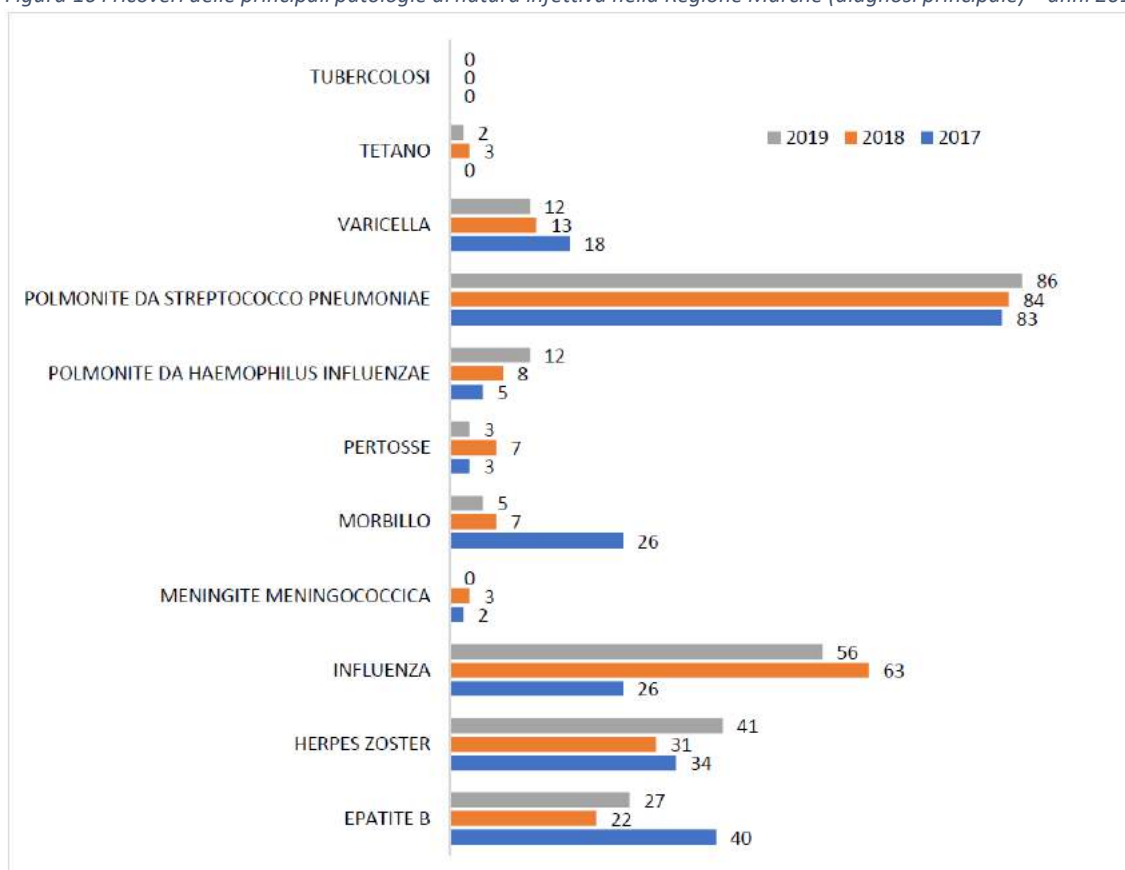
Una diversa valutazione, prospettica oltre che retrospettiva, corroborata dai recenti sviluppi accaduti nello scenario di salute globale, può essere svolta in merito alle patologie infettive, anche in relazione alla possibilità della specifica prevenzione vaccinale.

Il peso maggiore in termini di patologie infettive prevenibili con la vaccinazione è attribuibile all’influenza stagionale, all’epatite B, alla polmonite da Streptococco Pneumoniae e all’Herpes Zoster. Nel triennio preso in considerazione sono segnalate frequenze rilevanti di queste patologie per le quali sono previste campagne di vaccinazione.

Per tali patologie occorre superare le resistenze alla vaccinazione dato che esse, quando arrivano al punto di necessitare un ricovero ospedaliero sono estremamente gravose sia per il paziente, sia per il sistema sanitario regionale in termini di assorbimento di risorse.

Tale valutazione può essere riproposta a maggior ragione per patologie infettive “tradizionali” come tetano, meningite, morbillo e varicella che anche con poche decine di unità in termini assoluti di ricoveri vanno considerate come fallimenti per un sistema sanitario in termini di prevenzione.

Figura 16 I ricoveri delle principali patologie di natura infettiva nella Regione Marche (diagnosi principale) – anni 2017-2019

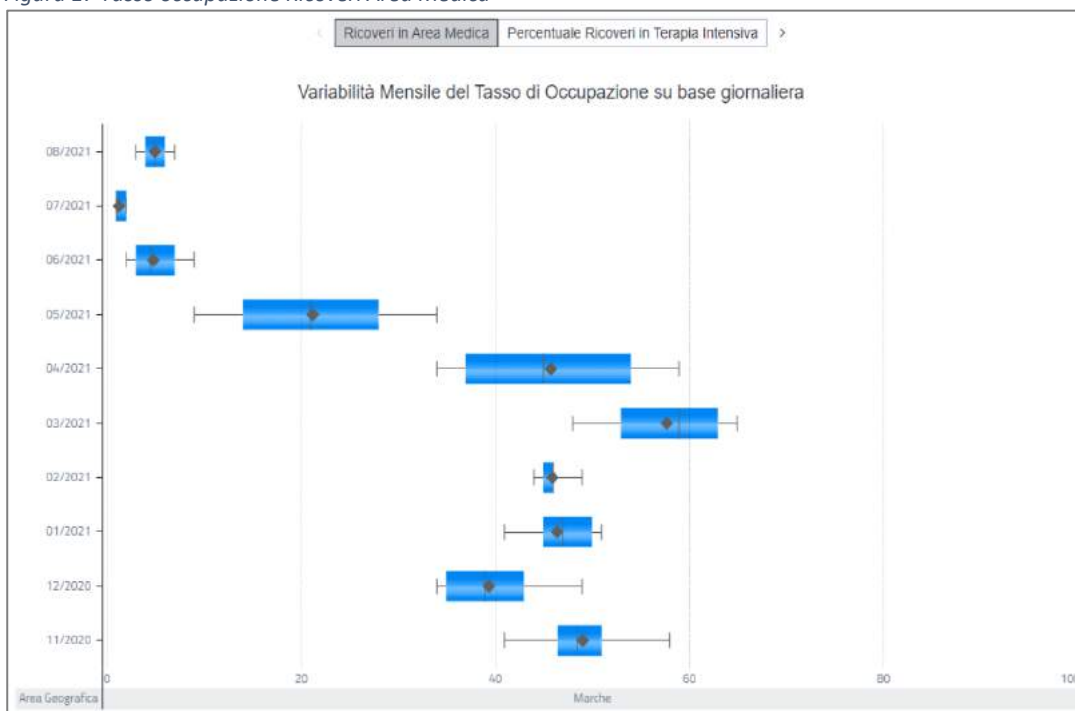


Fonte: Flussi SDO – Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Va certamente richiamato che, negli ultimi due anni, **la pandemia causata dal virus Sars-Cov-2 ha di fatto stravolto le priorità di politica sanitaria, portando in primo piano il ruolo delle malattie infettive nello scenario di salute globale.** Ovviamente, anche la regione Marche si è trovata a fronteggiare l’impatto dovuto alla diffusione del virus Sars-Cov-2 e alle sue sequele cliniche che vengono a manifestarsi con la malattia da Covid-19 che purtroppo, sebbene possa decorrere in maniera asintomatica o paucisintomatica, in una considerevole percentuale di casi necessita di ricovero

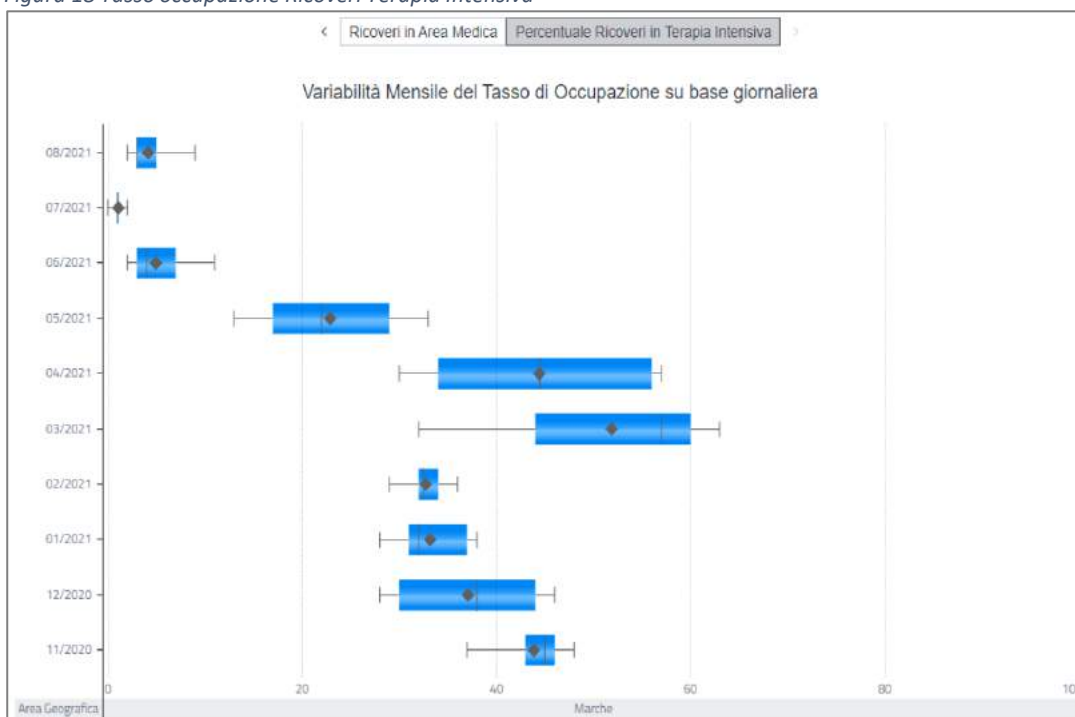
ospedaliero in reparti di degenza medica ordinaria se non addirittura di terapia intensiva. A tal proposito, analizzando i dati elaborati dall'Agenzia Agenas, possiamo vedere come il tasso di occupazione giornaliera dei posti letto sia in area medica che in area di terapia intensiva abbia subito delle importanti variazioni nella nostra regione passando da cifre al di sotto del 20% fino a raggiungere picchi del 60 % ed oltre nel mese di marzo 2021.

Figura 17 Tasso occupazione Ricoveri Area Medica



Fonte: Agenas

Figura 18 Tasso occupazione Ricoveri Terapia Intensiva



Fonte: Agenas

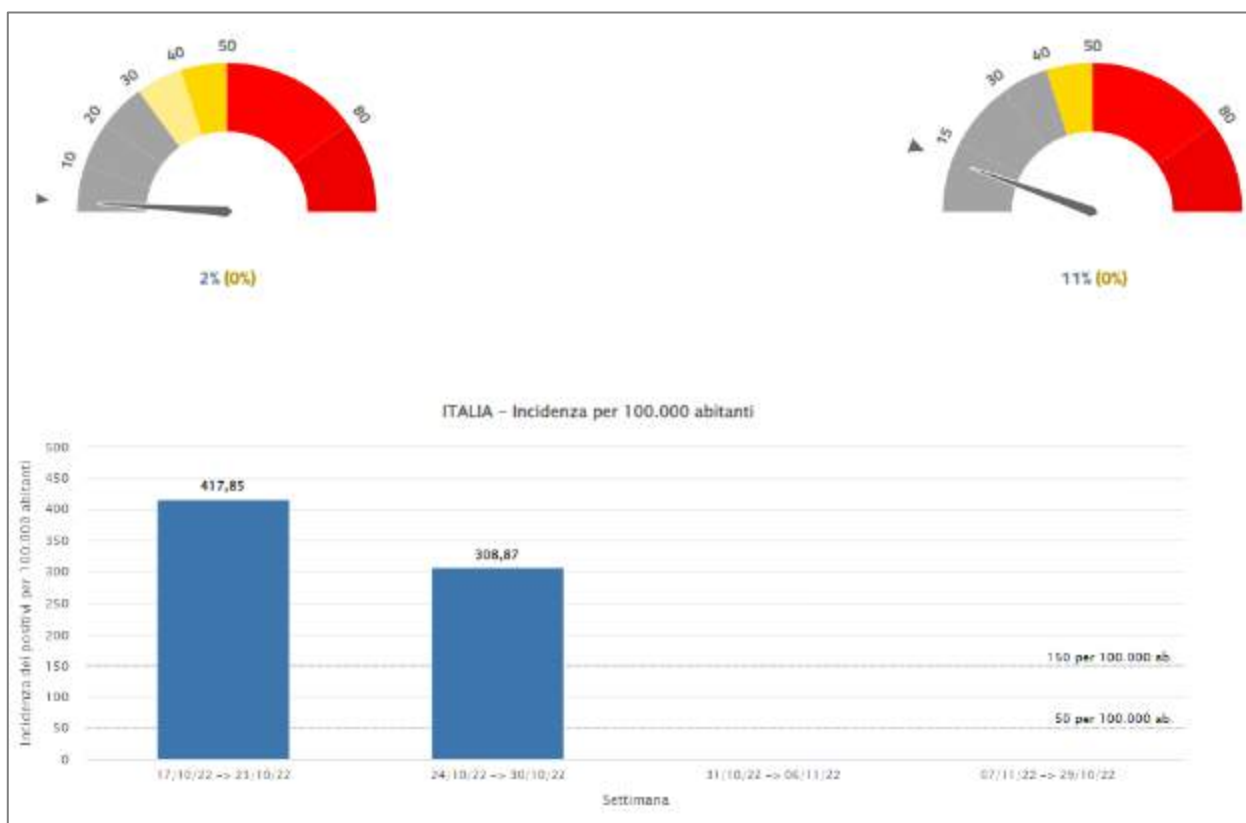
Nel corso del 2020 ci sono state due importanti ondate nella nostra regione: la prima tra marzo ed aprile mentre la seconda tra ottobre e dicembre 2020 per poi proseguire nei primi mesi del 2021. Nell'anno

2021, si è registrato un picco epidemico nel mese di marzo che è andato poi a decrescere fino a maggio 2021. Una terza fase si è registrata a Ottobre/Novembre 2021 con n.2 fasi epidemiche di espansione durate fino a Aprile/Maggio 2022.

Il quadro che emerge dai dati riportati sino ad ora è di come le ondate si siano presentate ciclicamente negli ultimi due anni, acuendosi particolarmente nei mesi invernali a cavallo tra novembre e marzo. L'aumento del numero di casi si è tradotto in un aumento sia dei ricoveri in area medica ordinaria che in area di terapia intensiva.

I vaccini hanno sicuramente contribuito nel contenimento delle cifre, tuttavia, come è possibile riscontrare anche dalla realtà odierna e dagli ultimi dati aggiornati (cfr. Figura 19), è evidente come le fasi epidemiche si alternino nel tempo. Inoltre, il diffondersi di nuove varianti, favorisce fasi di espansione epidemica e la ripresa incrementale dell'incidenza e contestualmente dei ricoveri Ospedalieri.

Figura 19 Andamento dati dei ricoveri in area medica ordinaria e in terapia intensiva dal 29/11/2021 al 20/12/2021



Fonte: Flussi AGENAS – Origine dati Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS), pubblicato da AGENAS

Ciò considerato, un'analisi delle SDO focalizzato in maniera precisa sui ricoveri per Sars-Cov-2 appare piuttosto rischiosa dal momento che data la novità della patologia la codifica del ricovero ha subito importanti e continui cambiamenti dall'inizio della pandemia, non permettendo per ora un risultato univoco.

Quanto analizzato deve portare ad un'importante riflessione sull'organizzazione e sulla previsione di spesa sanitaria del prossimo quinquennio in quanto è verosimile che altre ondate di Sars-Cov-2 possano coinvolgere la nostra regione negli anni a venire.

Considerata la molteplicità delle variabili (nuove mutazioni, calo dell'immunizzazione vaccinale nella popolazione, comparsa di nuovi virus pandemici) è assai problematico stimare la domanda di prestazioni sanitarie indotta dal virus e, altresì, tempi e modi di condizionamento della domanda di salute, intesa in senso ampio, della popolazione regionale in termini di effetti sulle cronicità (di cui si parlerà nel prossimo paragrafo) o sui ricoveri ospedalieri.

## Il quadro epidemiologico regionale per le malattie croniche. Analisi storica e tendenze evolutive della domanda di prestazioni sanitarie

Il trattamento delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT) origina una significativa parte della domanda di prestazioni sanitarie dato l'aumento dell'aspettativa di vita, il conseguente progressivo invecchiamento della popolazione e la necessità di controllare le condizioni dei cronici e prevenirne le complicanze. **Le tendenze rilevate a livello demografico, secondo lo scenario previsionale mediano, evidenziano, per il periodo 2022-2027, una modesta ma costante riduzione della popolazione, in cui cresce l'incidenza delle fasce di età più elevate, in cui i soggetti portatori di malattie croniche sono maggiormente presenti.**

Per la stima della prevalenza delle cronicità sulla popolazione possiamo utilizzare il Rapporto Osservasalute (OS) dell'Università Cattolica<sup>7</sup>, che, sulla base della rilevazione di 800 MMG, segnala la prevalenza delle malattie croniche sugli assistiti di oltre 14 anni, anche con riferimento alla presenza di policronicità in capo alla stessa persona.

Una diversa sorveglianza epidemiologica è operata dal sistema PASSI e PASSI d'Argento (PS)<sup>8</sup> che rileva fattori di rischio e condizione di salute riferiti dalla popolazione e propone, in qualche caso, prevalenze significativamente diverse, dovute sia al diverso campione che ai diversi criteri classificatori operati da pazienti e medici.

Infine, l'Istat inserisce nell'Indagine Multiscopo<sup>9</sup> (MS) domande sulle cronicità che vengono elaborati e pubblicati a livello regionale nell'Annuario Statistico Istat 2020.

**Da notare che tutte le indagini richiamate prendono in considerazione solamente la popolazione non istituzionalizzata e, quindi, offrono stime che potrebbero dovere essere incrementate per la quota imputabile ai soggetti ricoverati in istituti e RSA.**

**Quanto alle patologie croniche riscontrate (ricordiamo che i valori assoluti non sono semplicemente sommabili data la frequente presenza di multicronicità) dobbiamo osservare che, nel campione considerato tutte le prevalenze riferite alle Marche si collocano al di sotto della prevalenza media del campione nazionale.**

**Nel prosieguo si cerca di esporre per ogni cronicità la prevalenza stimata sulla popolazione marchigiana oltre i 14 anni nel prossimo quinquennio;** per ogni stima si collocheranno gli acronimi OS per Osservasalute e PS per Passi e Passi d'Argento.

Quanto alle patologie del sistema cardiocircolatorio l'**ipertensione arteriosa** viene rilevata nel 28,9% dei casi corrispondenti a circa 375mila persone (OS) mentre viene riferita dal 18,6% degli intervistati (PS) in linea con le stime dell'indagine multiscopo (MS). Tra i rispondenti a cui è stata diagnosticata l'ipertensione il 75% dichiara di essere in trattamento farmacologico mentre l'80% ha ricevuto indicazioni di ridurre il consumo di sale, il peso corporeo o di aumentare l'attività fisica. Le **malattie ischemiche del cuore** sono rilevate nel 4,2% della popolazione corrispondenti a circa 55mila persone mentre (il 4,8 di prevalenza è stimata nell'indagine multiscopo) (MS). Lo **scompenso cardiaco congestizio** nel 1,2% corrispondente a circa 15mila persone (OS).

L'**osteoartrosi** è rilevata nel 14,6% dei casi corrispondente a un intervallo tra 150 mila e 200 mila persone (OS) e rilevata nel 16,7% assieme all'artrite nell'Indagine Multiscopo (MS).

Si rilevano **disturbi tiroidei** nel 16,1% dei casi corrispondenti ad una stima di circa 210mila persone (OS) che non sono indagati nelle interviste dirette. Si rileva una prevalenza di **diabete mellito tipo 2** del 7,8% con una stima di circa 100mila persone (OS);

<sup>7</sup> Si basa sulle rilevazioni operate da 800 MMG che osserva circa 1mln di persone di età >14 anni.

<sup>8</sup> Il sistema Passi si basa non su una rilevazione operata dai medici di base sui propri assistiti ma bensì da interviste rivolte a circa 3000 persone della Regione selezionate casualmente dall'Anagrafe Sanitaria

<sup>9</sup> L'Indagine Multiscopo dell'Istat riguarda circa 25mila famiglie italiane in 800 comuni e rileva alcune malattie croniche quali diabete, ipertensione, infarto del miocardio, angina pectoris, bronchite, enfisema, asma, malattie allergiche.

quanto alle condizioni riferite il 4,2% della popolazione tra 18 e 69 anni ed il 16,4% oltre ai 69anni ha ricevuto diagnosi di diabete (PS); tra costoro solo il 26% ha effettuato un controllo dell'emoglobina glicata nell'anno precedente.

Quanto alle patologie respiratorie **l'asma bronchiale** ha una prevalenza del 6,1% corrispondenti a circa 80mila persone e le **broncopneumopatie cronico-ostruttive** del 2,7% corrispondenti a circa 35mila persone (OS). Patologie respiratorie<sup>10</sup> sono riferite dal 6,8% degli intervistati tra i 18 ed i 69 anni e dal 20,2% oltre i 69 anni.

Tabella 5. Proiezioni su dati di prevalenza delle malattie croniche (prossimo quinquennio)

Malattie Croniche	Dal 1° gennaio 2022 al 1° gennaio 2027 (VALORE MEDIO)
IPERTENSIONE	oltre 350 mila
OSTEOARTROSI	oltre 150 mila
DIST TIROIDEI	oltre 200 mila
ASMA BRONCHIALE	≈ 80 mila
DIABETE TIPO 2	≈ 100 mila
ICTUS ISCHEMICO	oltre 50 mila
MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE	oltre 50 mila
BPCO	≈ 35 mila
SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO	oltre 15 mila
PARKINSON	≈ 3 mila

La **multicronicità** ossia la **presenza di più patologie croniche** è la condizione di persone affette **dadue o più condizioni di cronicità** oppure da altre patologie croniche che colpisce un numerocrescente di persone con l'aumento dell'età. La prevalenza della multicronicità è del 24% tra lapopolazione di oltre 14 anni nelle Marche rispetto al 27% circa nazionale (OS). Tale condizione èstimata al 4% tra i 18 e 49 anni, al 8,8% tra i 50 ed i 69 anni, e riguarda il 23,7% oltre i 65 anni (PS). Il **trattamento delle cronicità**, secondo il Piano Nazionale Cronicità recepito dalle Marche e leindicazioni della **Medicina di Iniziativa dell'Agenas** determina una parte significativa del fabbisognodi prestazioni sanitarie; si prevede infatti:

- **l'ingaggio proattivo precoce** per l'individuazione delle persone a rischio di malattia e la loro presa in carico negli stadi iniziali delle patologie;
- la **programmazione delle attività** di assistenza, le prenotazioni delle prestazioni, le **chiamate attive dei cronici** per proporre i piani terapeutici;
- utilizzando gli strumenti di gestione del Paziente a nostra disposizione quali **Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali**.

Adottando il **modello di Medicina di Iniziativa** la quantificazione delle prestazioni sanitarie per la gestione della cronicità **parte dalla progressiva adozione dei PDTA** con le relative prestazioni diagnostiche e terapeutiche da collocare nei servizi territoriali (intendendo come tali sia i MMG, i distretti, le CDC, gli ODC e gli altri servizi a seconda delle scelte organizzative operate)".

La scelta su livello di specializzazione necessaria per garantire un trattamento appropriato e livello di prossimità del servizio alla residenza ed all'ambiente di vita del paziente cronico, orienta l'assegnazione della gestione del cronico al MMG nel distretto o nella CDS, o ad altre strutture pubbliche o private sul territorio nelle Aree Vaste o nei distretti secondo la distribuzione della popolazione e dei servizi sanitari. A titolo esemplificativo, la presa in carico dei **100 mila diabetici di tipo 2 stimati** prevede un certo numero di prestazioni di diagnosi precoce<sup>11</sup> stimabili annualmente per ogni paziente in almeno unavisa medica un controllo dei principali esami ematochimici e della emoglobina glicata oltre a uno o più controlli infermieristici<sup>12</sup>. A questo va aggiunto l'effettuazione di un esame del Fundus Oculi edella funzionalità cardiaca con un Elettrocardiogramma solitamente su base bi o triennale.

<sup>10</sup> Sono complessivamente intese tali bronchite cronica, enfisema polmonare, asma bronchiale e bronchite cronica

Analogamente per la presa in carico dei cittadini affetti da **broncopneumopatie cronico ostruttive** secondo le indicazioni già adottate dalla Regione<sup>13</sup> per il **numero stimato di 35mila** cronici saranno necessarie **circa 40-45mila visite mediche comprensive di spirometria** e valutazione dei parametri relativi<sup>14</sup> senza considerare la maggiore presa in carico dei pazienti in ossigenoterapia domiciliare. **Tali prestazioni non sono semplicemente aggiuntive a quelle attualmente erogate** (le fonticonsultate indicano che solo il 33% dei cittadini con diabete dichiara di aver effettuato una emg complicata nell'anno precedente), e rappresentano la presa in carico programmata dell'assistenza della cronicità e delle complicanze.

Per queste e altre patologie croniche, indipendentemente dalla scelta di quale PDTA applicare, sarà necessario **definire ed applicare gradualmente in modo uniforme sul territorio regionale un protocollo di collaborazione tra presidi pubblici territoriali e MMG per la presa in carico.**

La domanda di prestazioni stimata, con riferimento alle patologie descritte, dovrebbe essere gestita da un adeguato sistema di offerta e le prestazioni dovrebbero essere svolte, in primo luogo, presso MMG o Case della Comunità: per la BPCO le spirometrie o gli esami strumentali difficilmente eseguibili dai MMG potrebbero essere eseguite nei servizi territoriali secondo una ripartizione predefinita. La programmazione ex ante delle modalità di gestione della domanda di prestazioni per patologie croniche, con un forte coinvolgimento dei servizi territoriali e domiciliari permetterebbe:

- di **trattare i cronici prima della comparsa di complicanze più gravi e permanenti** facendo emergere la domanda non espressa di persone meno consapevoli;
- di **alleggerire la domanda sui servizi ospedalieri** a cui sarebbero affidati solo alcuni casi di elevata complessità per le sole prestazioni;
- di **ridurre i costi sociali indotti** per spostamenti specie per le persone anziane e residenti in località meno prossime ai presidi ospedalieri.

Anche per le malattie croniche non trasmissibili non è trascurabile, anche se difficilmente stimabile, l'impatto della pandemia da Covid 19 sulla domanda e sulla fruizione dei servizi sanitari. Possiamo ipotizzare che molti controlli "ordinari" delle patologie croniche, specie nelle persone anziane e fragili, possano essere stati rimandati e debbano quindi essere recuperati con un aggravio di domanda mentre alcuni pazienti hanno peggiorato ulteriormente le loro condizioni cliniche per gli effetti della "sindrome da Long Covid" ancora oggi oggetto di approfondimento nei suoi effetti.

### 1.2.3. La stima delle prestazioni per le malattie croniche: indicazioni di sintesi

Se consideriamo la domanda espressa di prestazioni sanitarie connesse alle cronicità, il fabbisogno potenziale mostra una significativa prevalenza rispetto alle capacità di offerta consolidate del SSR, per cui serve un notevole incremento della capacità di risposta coinvolgendo la rete dei Medici di Medicina Generale e i presidi territoriali (Case di Comunità, strutture ambulatoriali degli Ospedali di Comunità).

La capacità di risposta ai fabbisogni indicati prevede infatti:

- l'ingaggio proattivo precoce per l'individuazione delle persone a rischio di malattia e la loro presa in carico negli stadi iniziali delle patologie;
- la programmazione delle attività di assistenza, le prenotazioni delle prestazioni, le chiamate attive dei cronici per proporre i piani terapeutici;
- l'utilizzo degli strumenti di gestione del Paziente quali i PDTA, ove sono enucleate le relative prestazioni diagnostiche e terapeutiche da collocare nei servizi territoriali (intendendo come tali sia i MMG, i distretti, le CDC, gli ODC e gli altri servizi a seconda delle scelte organizzative operate).

Ciò comporta, da un lato, la necessità di definire ed applicare gradualmente in modo uniforme sul territorio regionale un protocollo di collaborazione tra presidi pubblici territoriali e MMG per la presa in carico. Dall'altro lato, si richiama la necessità di una programmazione ex ante delle modalità di gestione della domanda di prestazioni per patologie croniche, con un forte coinvolgimento dei servizi territoriali



e domiciliari, allo scopo di consentire:

- di trattare i cronici prima della comparsa di complicanze più gravi e permanenti facendo emergere la domanda non espressa da parte di persone meno consapevoli;
- di alleggerire la domanda sui servizi ospedalieri a cui sarebbero affidati solo alcuni casi di elevata complessità per le sole prestazioni;
- di ridurre i costi sociali indotti per spostamenti specie per le persone anziane e residenti in località meno prossime ai presidi ospedalieri.

Da non dimenticare che si potrebbe verificare un aggravio della domanda di prestazioni per le patologie croniche nel prossimo futuro: cioè si potrebbe manifestare la necessità di dover recuperare molti controlli “ordinari” delle patologie croniche, rimandati a causa dell’impatto della pandemia da Covid 19 sulla domanda e sulla fruizione dei servizi sanitari e di trattare alcuni pazienti che hanno peggiorato ulteriormente le loro condizioni cliniche per gli effetti della “sindrome da Long Covid”.

---

<sup>11</sup> In realtà il numero di cronici che è possibile “prendere in carico” risulta significativamente minore dato che una quota di essi preferisce non seguire il PDTA proposto oppure rivolgersi a sanitari di fiducia operanti in servizi privati non convenzionati (che però spesso per le prestazioni diagnostiche e strumentali utilizzano i servizi pubblici); nonostante ciò, il Servizio Sanitario Regionale deve programmare i servizi per una presa in carico della intera domanda potenziale.

<sup>12</sup> Molti e differenziati sono i modelli quantitativi proposti dai protocolli e gli esami di controllo previsti annualmente (che non sono semplicemente traibili dalla LR del 2015 che non presenta un dettaglio del follow-up previsto). Assumendo il modello del PDTA della gestione integrata del DM2 adottato dalla Regione Emilia-Romagna nel 2017 sarebbero previste per ogni paziente il controllo infermieristico e della glicemia trimestrale, un controllo medico semestrale, 2 emoglobine glicate all’anno, oltre al controllo annuale degli esami ematochimici ed un Fundus e ECG con cadenza biennale

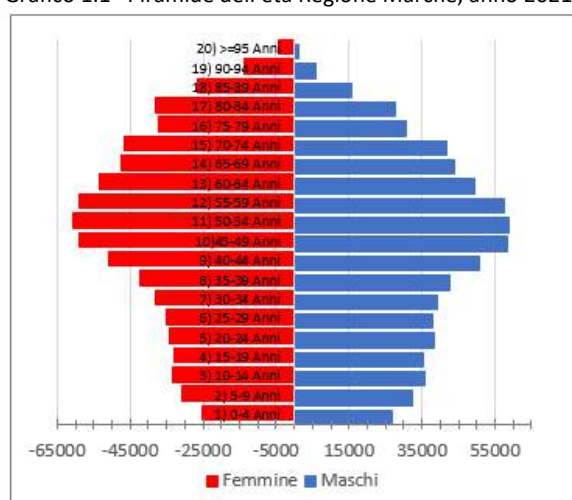
<sup>13</sup> Cfr. DGR Marche 1544 del 9 dicembre 2019 “Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente adulto con Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) sul territorio marchigiano

<sup>14</sup> Si stima in questa sede che 5-10 mila dei 35 mila pazienti siano essere valutati di severità grave e destinatari quindi di un doppio controllo annuale a differenza dei pazienti con BPCO moderata da rivalutare solo annualmente.

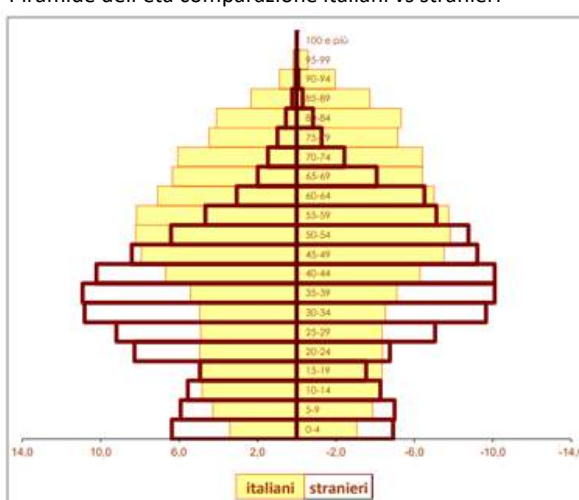
## 1.2.4. Elementi di sintesi per l'Analisi Epidemiologica Descrittiva

**Profilo Demografico:** la popolazione residente nella Regione Marche, al primo gennaio 2021 (fonte ISTAT), è composta da n. 1.498.236 residenti (il 51,3% Femmine e il restante 48,7% Maschi), equivalente a circa il 2,5% della popolazione nazionale. L'età media della popolazione residente risulta essere di 47,1 anni (un delta in comparazione con la popolazione Italiana di +1,1 anni). La densità abitativa è di n.160 abitanti per Km<sup>2</sup> con la seguente distribuzione territoriale: la Provincia con densità maggiore risulta essere Ancona con n.237 abitanti/Km<sup>2</sup>, la provincia di Fermo con n. 197 abitanti/Km<sup>2</sup>, provincia di Ascoli Piceno n.166 abitanti/Km<sup>2</sup>, provincia di Pesaro-Urbino n. 138 abitanti/ Km<sup>2</sup> e provincia di Macerata con n.111 abitanti/ Km<sup>2</sup>. La classe di età in ambito lavorativo (40-64 anni, struttura ISTAT) è composta da n.557.502 abitanti (il 37,2% del totale), la classe di età 15-39 anni rappresenta il 25,1% e la classe di età >=65 anni composta da n. 381.162 residenti (56,2% di sesso Femminile) rappresenta il 25,4% dei residenti.

Grafico 1.1 Piramide dell'età Regione Marche, anno 2021



Piramide dell'età comparazione italiani vs stranieri



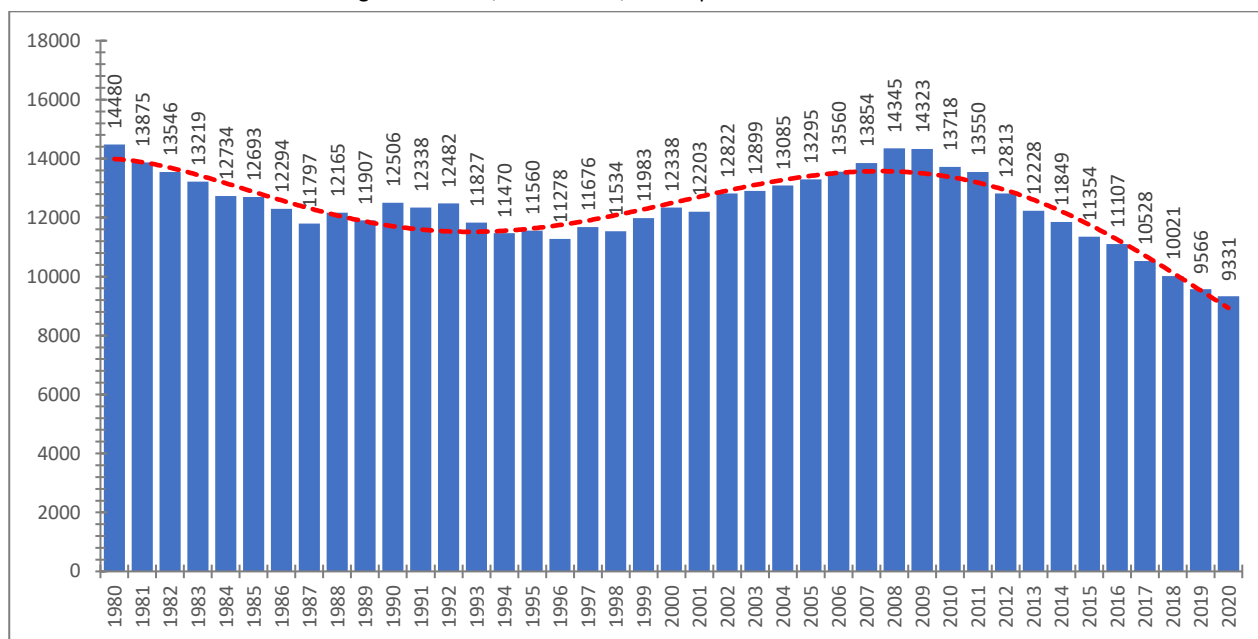
Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

**Le dinamiche demografiche** relative alla Regione Marche rilevano: un aumento delle classi di età anziane, nell'anno 2021 la popolazione  $\geq 65$  anni rappresenta il 25,4% del totale (381.162 residenti) e nella comparazione con l'anno 2011 ha registrato un incremento dell'8,6% (anno 2011 popolazione  $\geq 65$  anni n.350.948). L'indice di Dipendenza Anziani (misura la percentuale di anziani  $\geq 65$  anni in rapporto alla popolazione considerata attiva 15-64 anni \* una costante 100), nel 2021 il rapporto tra pop.  $\geq 65$  anni e popolazione attiva è del 40,7% (in Italia il 36,8%) e nella comparazione con il 2011 si è passati dal 35,4% al 40,7%. L'indice di vecchiaia (il rapporto tra la popolazione residente  $\geq 65$  anni e quella con meno di 15 anni), è peggiorato nel tempo, passato da 169,5 (nell' anno 2011) a 207,8 nell'ultima rilevazione del 2021 (in Italia 183,3), registrando un incremento del 22,6%.

**La speranza di vita alla nascita**, dopo diversi anni con tendenza incrementale, ha registrato una flessione nell'ultima rilevazione effettuata: nell'anno 2019 la speranza di vita alla nascita generale era di 84 anni (81,9 anni nel sesso maschile e 86,1 anni nel sesso femminile) nell'anno 2020 l'indicatore generale era di 82 anni di speranza di vita alla nascita (80,8 nel sesso maschile: -1,1 anni e 85,1 nel sesso femminile: -1 anno). Analoga flessione si è registrata anche in Italia, passando da una speranza M+F di 83,2 nel 2019 a 82 anni nel 2020.

**Natalità e Fecondità**, nella Regione Marche nel 2020 sono nati n.9.429 bambini, registrando una costante flessione della natalità, trasversale ai territori regionali. Il tasso di Natalità è passato dal 7% nel 2017 al 6,3% nel 2020, con 0,5 punti percentuali sotto nella comparazione con il dato medio italiano 6,8% e ampliando la forbice con la mortalità. Parallelamente il tasso di Fecondità è passato da 1,25 figli per donna (anno 2017) a 1,19 figli per donna nella rilevazione nell'anno 2020.

Grafico 1.2 Andamento nati vivi Regione Marche, flusso ISTAT, analisi periodo 1980-2020



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS) e ISTAT

**Le Famiglie nella Regione Marche:** sono presenti nella regione marche complessivamente 647.448 famiglie, rappresentano sulla popolazione nazionale il 2,5%, con un andamento tendenziale negli ultimi anni di flessione generale. La struttura familiare risulta essere con una media di 2,3 componenti, il 30,9% è composta da n.1 solo componente (-2,4 sul dato nazionale: 33,3%) e la monocomponente nel 17,8% è composta da ultrasessantenni. Il 12,7% delle famiglie marchigiane presenta un solo genitore con figli a fronte di una media nazionale del 10,9%, le famiglie con figli risultano essere il 34,8% (indicatore superiore al valore medio nazionale il 33%). Nella regione Marche il 7,2% risultano essere "altre tipologie di famiglie" e il valore medio nazionale risulta essere del 4,9%.

Tabella 1.1 Modello ISTAT P/2 popolazione Regione Marche, Distribuzione Territoriale, anno 2021

Indicatori ISTAT - Popolazione	Ancona	Pesaro-Urbino	Macerata	Fermo	Ascoli Piceno	Totale
Popolazione al 1° gennaio	467451	356497	310815	171737	206172	1512672
Nati	2893	2161	2061	1078	1239	9432
Morti	5982	4982	4142	2237	2624	19967
Saldo naturale anagrafico	-3089	-2821	-2081	-1159	-1385	-10535
Iscritti da altri comuni	9954	7943	5729	3491	4364	31481
Iscritti dall'estero	2308	1602	1489	825	746	6970
Altri iscritti	343	210	209	160	55	977
Cancellati per altri comuni	9350	7279	5854	3716	4558	30757
Cancellati per l'estero	1790	1054	1284	594	504	5226
Altri cancellati	1144	725	1438	503	294	4104
Saldo migratorio anagrafico estero	518	548	205	231	242	1744
Saldo censuario totale	-264	-1101	-175	-531	-1171	-3242
Popolazione al 31 dicembre	464419	353272	307410	169710	203425	1498236
Popolazione, in famiglia al 31/12	462062	351215	305900	169281	202549	1491007
Popolazione, convivenza al 31 dicembre	2357	2057	1510	429	876	7229

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

L'analisi del Tasso di Fecondità per cittadinanza, rileva un Tasso di 1,08 nelle donne Italiane e un Tasso di 1,96 nelle donne straniere. L'età media delle donne al parto risulta avere una tendenza all'incremento dell'età, un'età media nel 2017 di 32,1 anni (al primo parto) a 32,5 anni nell'anno 2020 (per cittadinanza: 33,1 anni cittadine Italiane e 29,2 anni residenti straniere).

Tabella 1.2 Indicatori di struttura demografica – Regione Marche, anni di rilevazione 2018-2021

Tipo indicatore	2018	2019	2020	2021
tasso di natalità (per mille abitanti)	6,7	6,4	6,3	6,2
tasso di mortalità (per mille abitanti)	11,3	11,5	13,3	13,3
crescita naturale (per mille abitanti)	-4,6	-5,1	-7	-7,1
tasso di nuzialità (per mille abitanti)	2,8	2,6	1,3	2,6
numero medio di figli per donna	1,23	1,19	1,19	1,19
età media della madre al parto	32,3	32,4	32,5	32,6
speranza di vita alla nascita - maschi	81,7	81,9	81	80,9
speranza di vita a 65 anni - maschi	20	20,1	19	19,1
speranza di vita alla nascita - femmine	86	86,1	85,2	85,1
speranza di vita a 65 anni - femmine	23,2	23,2	22,3	22,3
speranza di vita alla nascita - totale	83,8	84	83	83
speranza di vita a 65 anni - totale	21,6	21,6	20,7	20,7
popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio	12,8	12,6	12,4	12,3
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio	62,6	62,5	62,4	62,3
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio	24,6	24,9	25,2	25,4
età media della popolazione - al 1° gennaio	46,4	46,6	46,9	47,1

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

L'analisi Epidemiologica sui principali indicatori di popolazione rileva nella Regione Marche un andamento di flessione del tasso di natalità (da 6,7 nati ogni 1000 abitanti a 6,2), un incremento della Mortalità con un forte acceleramento dovuto alla pandemia da Sars-CoV-2 (da 11,3 decessi ogni 1000 abitanti a 13,3), una riduzione del numero medio di figli per donna (da 1,23 a 1,19), un progressivo incremento dell'età media al parto (da 32,3 a 32,6) e una riduzione generale della speranza di vita alla nascita. Questi indici statistici descrivono una popolazione regionale con una tendenza alla decrescita demografica con una intensità registrata del -2,7% negli ultimi 5 anni (dal 2017 ad oggi si sono persi n.35.381 residenti).

Tabella 1.3 Distribuzione popolazione per classe di età, anni 2015-2021, media ultimi 5 anni e tendenziale al 2026

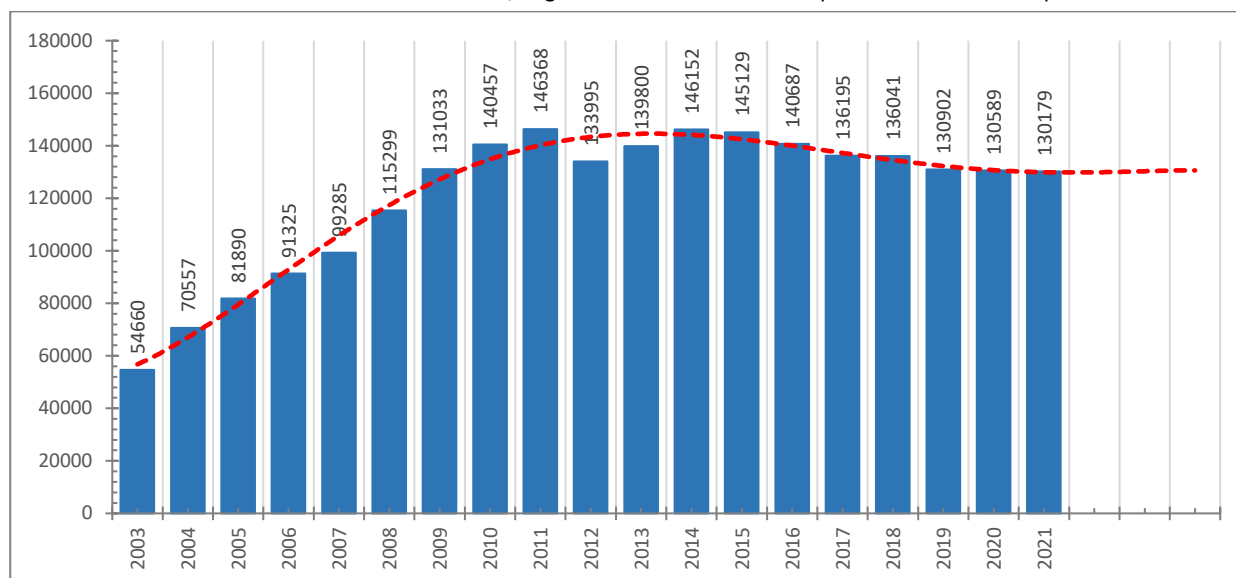
Classe di età	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	% Δ Ultimi 5 anni	Stima al 2026
Popolazione 0-4	64494	62129	59760	57380	54922	52733	50730	-18,35%	<b>41422</b>
Popolazione 5-14	138365	138034	137381	136213	134723	132917	131041	-5,07%	<b>124402</b>
Popolazione 15-24	142142	141188	140822	140831	140789	140797	140967	-0,16%	<b>140746</b>
Popolazione 25-34	165233	162031	159519	157280	154830	151815	150070	-7,38%	<b>138992</b>
Popolazione 35-44	223721	217401	210892	204664	197772	190304	183506	-15,59%	<b>154896</b>
Popolazione 45-54	239696	240661	241444	241324	239990	237901	235237	-2,25%	<b>229935</b>
Popolazione 55-64	199181	201762	205089	209003	213949	217895	220580	9,33%	<b>241153</b>
Popolazione 65-74	167940	169431	171710	173625	175925	178559	179855	6,15%	<b>190920</b>
Popolazione 75+	201386	202816	202780	203009	203598	202535	202030	-0,39%	<b>201247</b>
<b>Popolazione Marche</b>	<b>1542158</b>	<b>1535453</b>	<b>1529397</b>	<b>1523329</b>	<b>1516498</b>	<b>1505456</b>	<b>1494016</b>	<b>-2,70%</b>	<b>1463714</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

## Popolazione Straniera

I residenti stranieri nella Regione Marche al 31/12/2021 risultano essere n. 130.179 e rappresentano complessivamente l'8,71% sulla popolazione regionale. L'andamento epidemiologico negli ultimi anni, con tendenza dal 2014, risulta essere in flessione nella comparazione anno su anno del numero complessivo di stranieri residenti (del 2014 una flessione complessiva di n. -15.973 residenti il -10,9% negli ultimi 7 anni monitorati).

Grafico 1.3 Andamento numero stranieri residenti, Regione Marche e andamento previsionale con stima prossimi 3 anni



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Il numero dei permessi di soggiorno rilasciati nella Regione Marche risultano essere nel 2021 complessivamente n.72.640, una flessione dal 2020 di -6.664 permessi (-8,4%). Le richieste risultano essere nella classe di età 18-54 anni tutte in flessione nella comparazione con il periodo precedente, inversamente le classi di età 55-59 anni e  $\geq 60$  anni risultano essere in incremento (+1,2% permessi classe 55-59 anni e +23,2%  $\geq 60$  anni).

Tabella 1.4 Numero permessi di soggiorno con distribuzione per classe di età Regione Marche, anni 2010-2021

Anni	Permessi soggiorno 18-24	Permessi soggiorno 25-29	Permessi soggiorno 30-34	Permessi soggiorno 35-39	Permessi soggiorno 40-44	Permessi soggiorno 45-49	Permessi soggiorno 50-54	Permessi soggiorno 55-59	Permessi soggiorno 60+
Anno 2010	13543	13419	14604	13706	11122	8006	5024	3208	4880
Anno 2011	12106	13084	15063	14988	12881	9428	6178	3759	5701
Anno 2012	13198	12909	14450	14471	12196	9084	5978	3845	6157
Anno 2013	12689	12453	14242	14500	12487	9416	6372	4116	6659
Anno 2014	12927	12440	14012	14656	12412	9619	6722	4388	7208
Anno 2015	11939	12087	13469	13933	12158	9594	6977	4544	7752
Anno 2016	11754	11516	12849	13168	11903	9497	6899	4799	8351
Anno 2017	11452	10676	12235	12228	11232	9122	6910	4919	8809
Anno 2018	11048	10560	11944	12113	11121	9109	7002	5130	9577
Anno 2019	10554	9983	11526	11548	10832	8731	6792	5200	9895
Anno 2020	9214	9025	10656	10601	9937	8230	6477	5171	9993
Anno 2021	7623	7832	9403	9640	9095	7753	6152	4856	10286
% Δ Ultimi 5 anni	-35,1%	-32,0%	-26,8%	-26,8%	-23,6%	-18,4%	-10,8%	1,2%	23,2%
Media 2021-19	9130,3	8946,7	10528,3	10596,3	9954,7	8238,0	6473,7	5075,7	10058,0

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

### PREVENZIONE – Vaccinazione:

Le vaccinazioni sono riconosciute come uno dei maggiori interventi per la prevenzione primaria delle Malattie Infettive, strumento essenziale per la salute della popolazione, soprattutto in quella infantile, anche se la pandemia da Sars-CoV-2 ne ha dimostrato l'efficacia anche nelle altre classi di età.

Nella regione Marche e in modo simile in Italia, si è registrato un andamento di flessione delle coperture nel periodo 2013-2015 (con il punto più basso di coperture nel 2015: 92% esavalente e 79,9% MPR). Successivamente l'andamento dal 2015 ha registrato progressivamente un incremento delle coperture e nel 2021 si registrano nell'esavalente copertura del 94,2% e MPR del 92,8%.

Tabella 1.5 Percentuale copertura vaccinale e tipologia di vaccinazione, distribuzione per Distretto e Area Vasta, anno 2021

Vaccino	Area Vasta 1			Area Vasta 2				Area Vasta 3			AV4	Area Vasta 5	
	Pesaro	Urbino	Fano	Senigallia	Jesi	Fabriano	Ancona	Civitanova	Macerata	Camerino	Fermo	San Benedetto	Ascoli Piceno
Polio(a)	95,3	96,8	95,9	96,2	93,3	98,8	96,6	91,2	92,9	91,5	89,1	95,1	94,9
Difterite (a)	95,3	96,8	95,9	96,2	93,3	98,8	96,6	90,6	92,9	91,5	88,8	95,1	94,9
Tetano (a)	95,3	96,8	95,9	96,2	93,3	98,8	96,6	90,6	92,9	91,5	88,8	95,1	94,9
Pertosse (a)	95,3	96,8	95,9	96,2	93,3	98,8	96,6	90,6	92,9	91,5	88,8	95,1	94,9
Epatite B(a)	95,3	96,8	95,9	96,2	93,3	98,8	96,4	90,7	92,8	91,5	88,7	95,1	94,9
Haemophilus i. tipo b	95,3	96,8	95,9	96,2	93,3	98,8	96,4	90,4	92,8	91,5	88,9	95,1	94,9
Morbillo(c)	93,0	95,7	96,7	95,1	91,9	98,4	96,1	89,3	90,5	88,1	85,7	93,9	93,9
Parotite (c)	93,0	95,7	96,7	95,1	91,9	98,4	96,1	89,3	90,5	88,1	85,7	93,9	93,9
Rosolia (c)	93,0	95,7	96,7	95,1	91,9	98,4	96,1	89,3	90,5	88,1	85,7	93,9	93,9
Varicella (c)	90,8	95,3	94,8	94,7	90,6	98,0	95,1	85,8	84,7	85,4	84,5	93,9	93,8
Meningococco C c. b	77,1	94,0	88,2	92,5	88,8	92,2	89,0	78,8	72,5	81,2	80,1	87,2	86,7
Pneumococco con. (b)	91,5	96,1	93,8	95,6	90,8	95,9	94,2	85,0	83,4	88,8	86,7	91,1	90,9

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

L'andamento delle coperture ha registrato un incremento anche grazie alla Legge 119 del 2017 che ha contribuito direttamente all'incremento in quelle vaccinazioni che risultavano più scoperte, nella Regione Marche la vaccinazione MPR oggi attorno al 93% nel 2015 era sotto all'80%.

Tabella 1.6 Analisi Coperture Vaccinali e Numero somministrazioni per tipologia di vaccino, Regione Marche anno 2021

Numerosità della coorte 2019 (denominatore):		9758
Vaccino	Numero cicli vaccinali completati (a 24 mesi)	% Copertura Regione Marche
Polio(a)	9195	94,23%
Difterite (a)	9186	94,14%
Tetano (a)	9186	94,14%
Pertosse (a)	9186	94,14%
Epatite B(a)	9182	94,10%
Haemophilus influenzae tipo b(b)	9182	94,10%
Morbillo(c)	9056	92,81%
Parotite (c)	9056	92,81%
Rosolia (c)	9056	92,81%
Varicella (c)	8886	91,06%
Meningococco C coniugato (b)	8241	84,45%
Pneumococco coniugato (b)	8850	90,69%

(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi

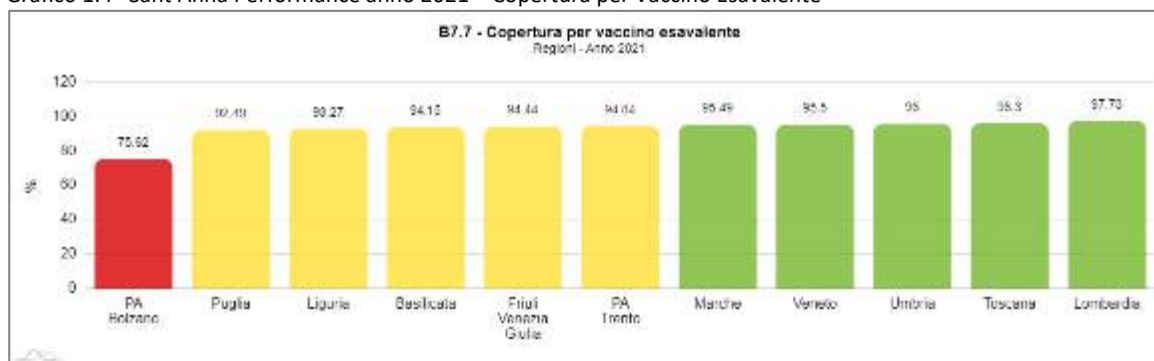
(b) Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età

(c) 1a dose entro 24 mesi

### Comparazione Indicatore B7.7 - Copertura per vaccino esavalente (programma performance Sant'anna):

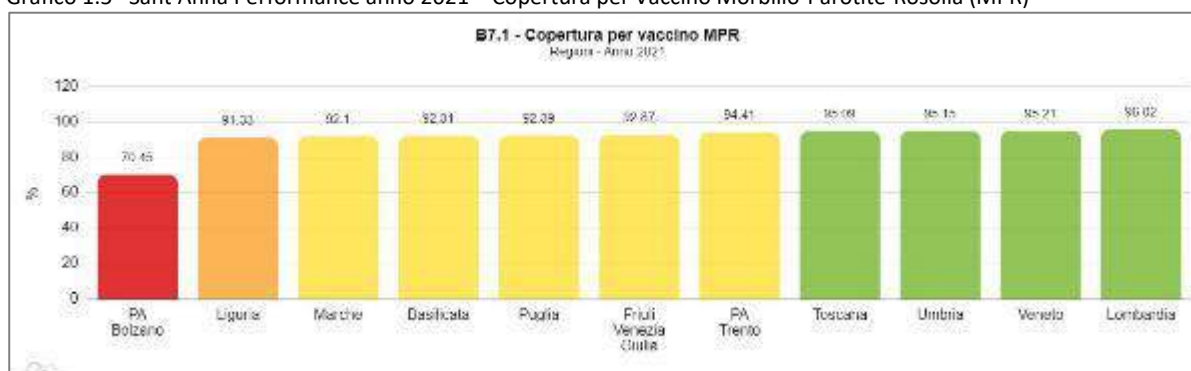
L'andamento registrato a partire dal 2013, con tendenze alla flessione sia nelle vaccinazioni obbligatorie e sia in quelle raccomandate è stato con i primi studi di dettaglio, riconducibile al crescente fenomeno dell'esitazione vaccinale che ha portato a coperture con delta sempre più marcati rispetto alla soglia del 95% (valore obiettivo nazionale).

Grafico 1.4 Sant'Anna Performance anno 2021 – Copertura per Vaccino Esavalente



La comparazione con le regioni aderenti al Monitoraggio “performance Sant’Anna”, in merito alle coperture vaccinazione MPR, inserisce la Regione Marche, flusso dati anno 2020, al 92,62% (-2,4 punti percentuali sotto la soglia del 95%), vicino al Friuli-Venezia Giulia (92,3%) e Puglia (93,3%).

Grafico 1.5 Sant'Anna Performance anno 2021 – Copertura per Vaccino Morbillo-Parotite-Rosolia (MPR)



Fonte: Sant'Anna Performance e Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

### PREVENZIONE – Infortuni sul Lavoro:

Nell’anno 2021 sul territorio della Regione Marche si sono registrate complessivamente n.16.470 denunce per infortunio sul lavoro, un incremento sul 2020 di +450 denunce il +2,8%. La comparazione con con l’anno 2019 (anno pre-covid) registra una flessione di -2.645 denunce il -13,83%. L’analisi del valore medio sui dati ultimi 6 anni rileva una tendenza attorno a circa 18 mila denunce/anno di infortunio sul lavoro.

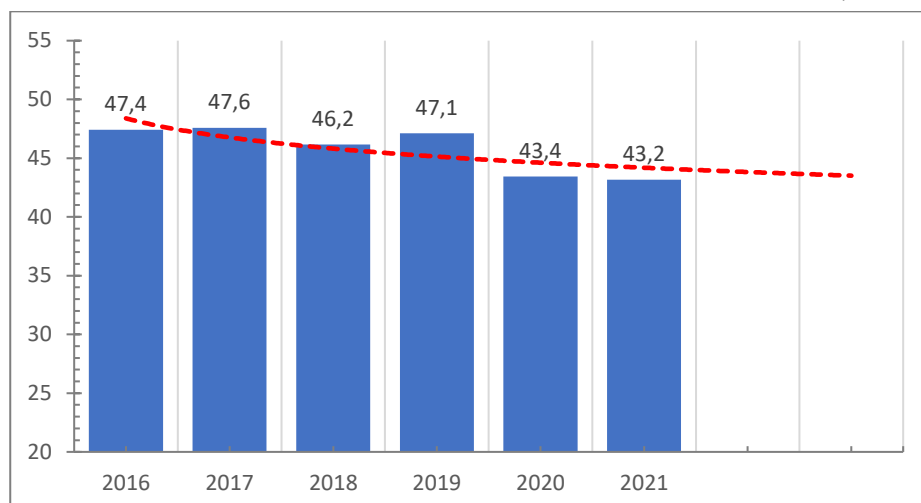
Tabella 1.7 Infortuni sul lavoro - Denunciati - Totale gestioni (Industria e Servizi, Agricoltura, Conto Stato)

Gestione	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Media
Industria e Servizi	14.338	14.762	14.532	14.898	13.756	13.768	14.342
Agricoltura	1.522	1.389	1.340	1.278	1.002	891	1.237
Per conto dello Stato	2.826	2.787	2.868	2.939	1.262	1.811	2.416
<b>Totale</b>	<b>18.686</b>	<b>18.938</b>	<b>18.740</b>	<b>19.115</b>	<b>16.020</b>	<b>16.470</b>	<b>17.995</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

L’andamento del Tasso infortuni sul lavoro (denunciati) ogni 1000 addetti, rileva un andamento stabile di leggero incremento fino al 2019, con un valore medio attorno a 47 infortuni sul lavoro ogni 1000 addetti. Dal 2020 con l’incidenza della pandemia da Sars-CoV-2 si è registrata una flessione del Tasso infortuni sul lavoro ogni 1000 addetti, flessione correlata alla riduzione delle ore lavorative.

Grafico 1.6 Infortuni sul lavoro - Denunciati – Tasso Infortuni sul totale dei lavoratori, andamento 2016-2021 e stima previsionale



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

L'andamento degli infortuni sul lavoro Mortali dal 2016 al 2019 ha registrato un andamento tendenziale di leggera flessione nell'evento decesso, una riduzione di -5 decessi equivalente al -12,5%. Nel 2020 anche in funzione di eventi Sars-CoV-2 correlati, si è registrato un incremento sul 2019 di +18 infortuni mortali equivalente ad un incremento del +51%.

Tabella 1.8 Infortuni sul lavoro Mortali - Denunciati - Totale gestioni (Industria e Servizi, Agricoltura, Conto Stato), Regione Marche

Gestione	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Media
Industria e Servizi	30	30	21	29	48	31	32
Agricoltura	8	7	3	6	3	3	5
Per conto dello Stato	2	0	0	0	2	1	1
<b>Totale</b>	<b>40</b>	<b>37</b>	<b>24</b>	<b>35</b>	<b>53</b>	<b>35</b>	<b>37</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

L'andamento delle Malattie Professionali denunciate ha registrato un costante incremento negli ultimi anni, dal 2017 al 2021 (escluso il 2020) si è registrato un incremento di +710 denunce Malattie Professionali equivalente al +13,3%.

Tabella 1.9 Malattie Professionali - Denunciati - Totale gestioni (Industria e Servizi, Agricoltura, Conto Stato), Regione Marche

Gestione	2017	2018	2019	2020	2021	Media
Industria e Servizi	4.304	5.067	5.117	4.295	5.386	4.834
Agricoltura	1.002	906	894	558	626	797
Per conto dello Stato	44	40	44	30	48	41
<b>Totale</b>	<b>5.350</b>	<b>6.013</b>	<b>6.055</b>	<b>4.883</b>	<b>6.060</b>	<b>6.060</b>

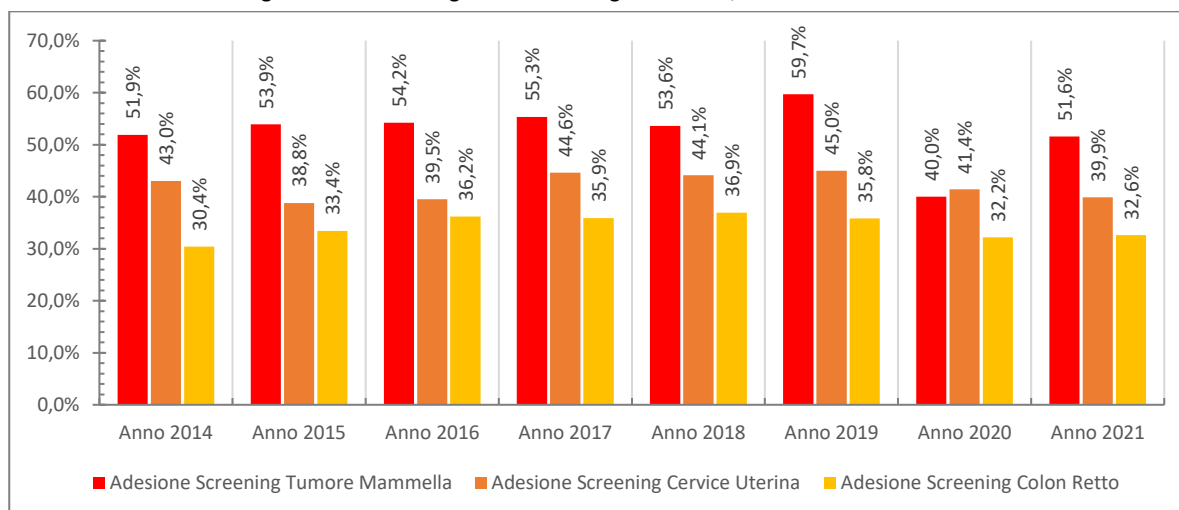
Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

### PREVENZIONE – Programmi di Screening:

Il Test di Screening è un esame che permette l'individuazione, in persone asintomatiche, in fase iniziale della malattia, di rilevare la presenza di uno specifico Tumore. L'adesione può avvenire o attraverso l'individuazione da parte del Medico o attraverso la partecipazione ai programmi di screening di popolazione (Screening Mammella, Cervic-Uterina e Colon Retto).



Grafico 1.7 Adesione Programmi di Screening attivi: screening Mammella, Cervice Uterina e Colon Retto 2014-2021



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Si rilevano le seguenti adesioni ai programmi di screening: Tumore Mammella Area Vasta 5 adesione al 70%, Area Vasta 4 al 59,5%, Area Vasta 1 al 52,1% e Area Vasta 3 adesione al 36,4%; Adesione Screening Tumore Cervice-Uterina: Area Vasta 5 adesione al 76,3%, Area Vasta 2 al 45,5%, inversamente Area Vasta 3 adesione al 30,3% e Area Vasta 1 al 32%. Adesione Screening Tumore Colon-Retto: Area Vasta 4 adesione al 63,5% e inversamente Area Vasta 3 adesione al 20,2%.

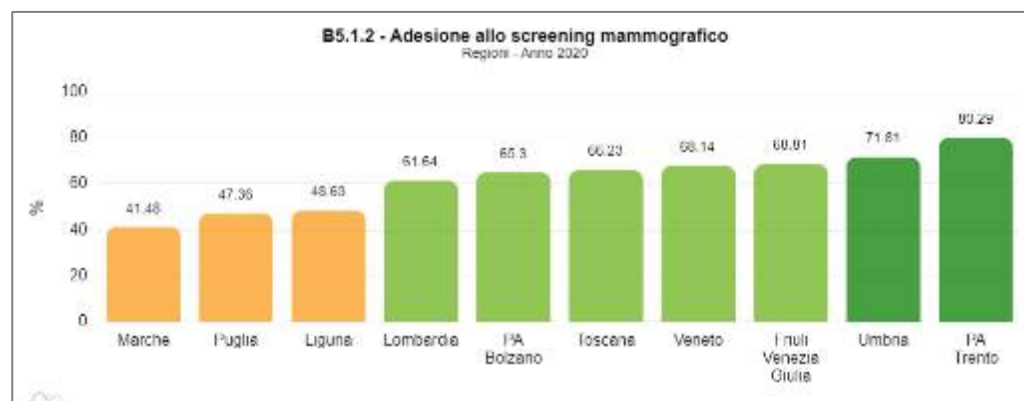
Tabella 1.10 Adesione Programmi di Screening attivi per Area Vasta: screening Mammella, Cervice Uterina e Colon Retto, anno 2021

Area Vasta	Adesione Screening Tumore Mammella	Adesione Screening Cervice Uterina	Adesione Screening Colon Retto
Area Vasta 1	52,1%	32,0%	38,1%
Area Vasta 2	55,1%	45,5%	34,1%
Area Vasta 3	36,4%	30,3%	20,2%
Area Vasta 4	59,5%	44,6%	63,5%
Area Vasta 5	70,0%	76,3%	34,9%
Regione Marche	51,6%	39,9%	32,6%

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Negli ultimi 4 anni i programmi di screening di popolazione hanno raggiunto progressivamente un invito al 100% della popolazione target (per specifica classe di età). Parallelamente l'adesione ai programmi di screening ha registrato un andamento di incremento progressivo fino al 2019, sopra la media nazionale ma ancora con livelli di copertura complessiva ancora non ottimali.

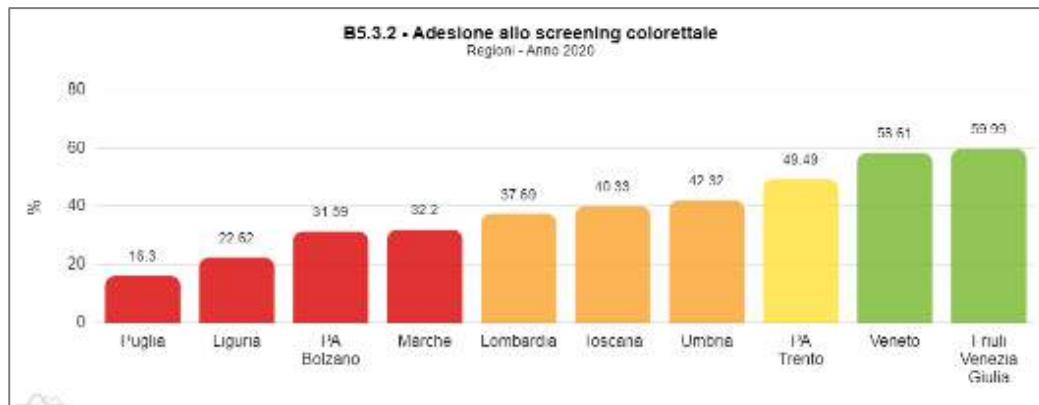
Grafico 1.8 Sant'Anna Performance anno 2020: Indicatore Screening Mammella, comparazione Regionale



Fonte: Sant'Anna Performance e Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

La flessione registrata nel 2020 è stata causata dalla sospensione il 9 marzo 2020 di tutti gli inviti alla partecipazione agli screening oncologici e l'esecuzione degli esami di primo livello. Sono stati mantenuti in essere tutti gli esami di secondo e terzo livello per coloro che, positivi ai test di primo livello, avevano iniziato un percorso diagnostico-terapeutico. Superata la fase acuta della prima ondata della pandemia si è proceduto a riattivare i percorsi temporaneamente sospesi e a recuperare le sedute saltate. I mesi di sospensione e le misure necessarie a garantire la sicurezza delle persone nei confronti del Sars-Cov2, hanno determinato un ulteriore ritardo.

Grafico 1.9 Sant'Anna Performance anno 2020: Indicatore Screening Colon-Retto, comparazione Regionale



### Flusso Dati Dipendenza: sistema Informativo NSIS-LEA

Tabella 1.11 Utenti in Carico nei SerD, descrizione per regione, flusso dati sistema Informativo SIND – piattaforma NSIS-LEA 2021

Regione	Utenti già in Carico	Nuovi Utenti	Totale	% nuovi Utenti
Piemonte	10650	1185	11835	10,0%
Valle D'Aosta	254	30	284	10,6%
Lombardia	14901	3279	18180	18,0%
Prov. Autonoma Bolzano	1068	284	1352	21,0%
Prov. Autonoma Trento	960	94	1054	8,9%
Veneto	9184	1606	10790	14,9%
Friuli Venezia Giulia	1676	151	1827	8,3%
Liguria	3925	224	4149	5,4%
Emilia Romagna	8180	1211	9391	12,9%
Toscana	10500	1365	11865	11,5%
Umbria	1829	295	2124	13,9%
Marche	3724	1015	4739	21,4%
Lazio	9452	1929	11381	16,9%
Abruzzo	3001	358	3359	10,7%
Molise	742	77	819	9,4%
Campania	8698	453	9151	5,0%
Puglia	7845	867	8712	10,0%
Basilicata	1064	62	1126	5,5%
Calabria	1838	310	2148	14,4%
Sicilia	5372	775	6147	12,6%
sardegna	3355	83	3438	2,4%
<b>Totale</b>	<b>108218</b>	<b>15653</b>	<b>123871</b>	<b>12,6%</b>

\*Il dato estratto dalla piattaforma NSIS rappresenta solo i soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti (escluso alcol e gioco d'azzardo)

Grafico 1.12 Rapporto tra il numero di SerT e la popolazione (per 100.000 abitanti), distribuzione per regione, anno 2021

Descrizione Regione	Numero SerT	Numero SerT/pop. (*100.000 abitanti)
PIEMONTE	77	1,8
VALLE D'AOSTA	3	2,42
LOMBARDIA	88	0,83
PROV. AUTON. BOLZANO	4	0,75
PROV. AUTON. TRENTO	3	0,55
VENETO	38	0,78
FRIULI VENEZIA GIULIA	13	1,08
LIGURIA	16	1,05
EMILIA ROMAGNA	47	1,06
TOSCANA	40	1,08
UMBRIA	11	1,27
MARCHE	14	0,94
LAZIO	53	0,92
ABRUZZO	11	0,86
MOLISE	6	2,04
CAMPANIA	43	0,76
PUGLIA	58	1,47
BASILICATA	6	1,1
CALABRIA	15	0,81
SICILIA	50	1,03
SARDEGNA	18	0,57
Totale	614	1

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

### Flusso HOSPICE e monitoraggio attività

Nella Regione Marche nell' anno 2021 si sono ricoverati (nuovi ingressi) complessivamente n. 798 soggetti (il 2,2% del valore nazionale) su un totale complessivo nazionale di n. 36.336 ricoveri. Considerando l'indicatore NSIS-LEA la comparazione con i decessi nel 2021 (n.17497) rileva un rapporto di utenti su decessi del 4,56% su una media nazionale del 5,77%. Il valore regionale sul 2021 in comparazione con il dato nazionale descrive un valore del numeratore (n. di ricoveri nel 2021) eccessivamente basso nella comparazione territoriale.

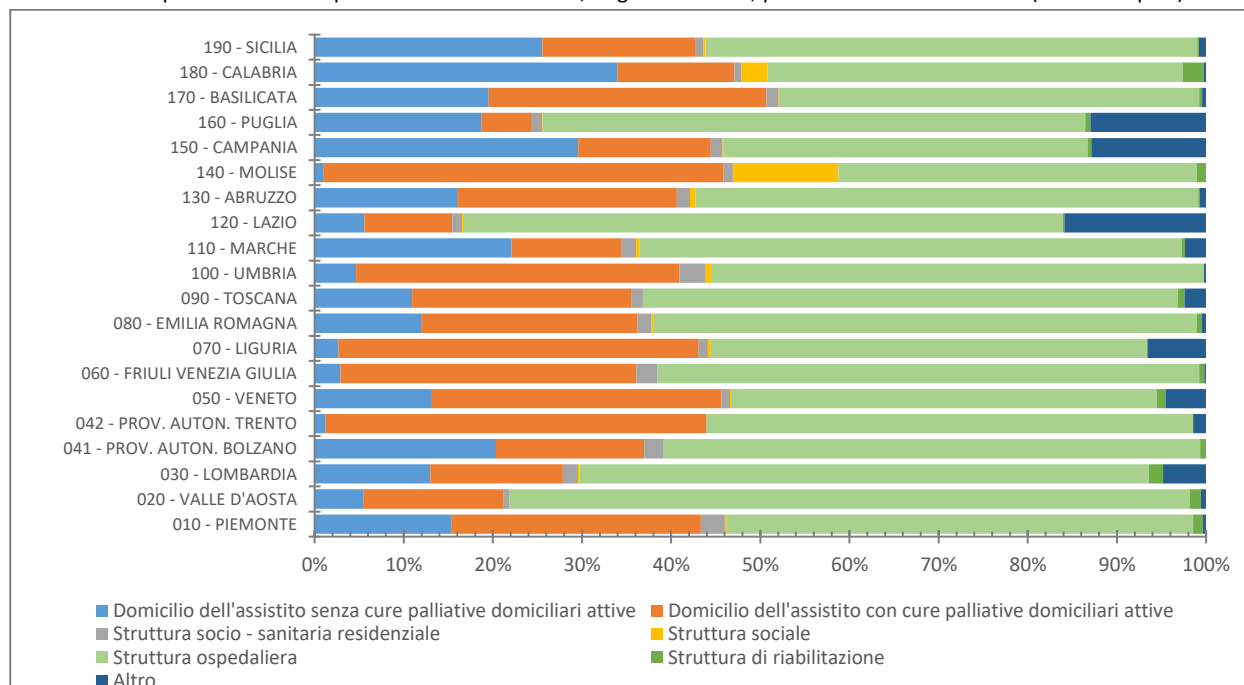
Tabella 1.13 nuovi assistiti ricoverati nel 2021 e comparazione con il numero dei decessi, piattaforma NSIS-LEA 2021 (flusso Hospice)

Regione	Assistiti ricoverati durante il 2021	Deceduti	Indicatore
010 - PIEMONTE	2.509	52.248	4,80%
020 - VALLE D'AOSTA	165	1.424	11,58%
030 - LOMBARDIA	9.397	97.305	9,66%
041 - PROV. AUTON. BOLZANO	457	4.314	10,59%
042 - PROV. AUTON. TRENTO	480	4.980	9,64%
050 - VENETO	3.534	48.625	7,27%
060 - FRIULI VENEZIA GIULIA	515	14.237	3,62%
070 - LIGURIA	1.154	21.674	5,32%
080 - EMILIA ROMAGNA	5.629	49.899	11,28%
090 - TOSCANA	2.218	43.319	5,12%
100 - UMBRIA	452	10.318	4,38%
110 - MARCHE	798	17.497	4,56%
120 - LAZIO	2.044	58.148	3,52%
130 - ABRUZZO	672	14.862	4,52%
140 - MOLISE	194	3.646	5,32%
150 - CAMPANIA	1.143	54.392	2,10%
160 - PUGLIA	2.219	38.803	5,72%
170 - BASILICATA	661	6.247	10,58%
180 - CALABRIA	380	19.917	1,91%
190 - SICILIA	1.715	51.942	3,30%
200 - SARDEGNA		16.366	0,00%
<b>NAZIONALE</b>	<b>36.336</b>	<b>630.162</b>	<b>5,77%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Nel tipo di struttura di provenienza dell'assistito (prima del ricovero presso la struttura Hospice), sui dati dei nuovi assistiti anno 2021, rileva nella regione Marche una provenienza principale n. 485 assistiti (il 60,77%) da una "Struttura ospedaliera", n. 176 assistiti (il 22,1%) da "Domicilio dell'assistito senza cure palliative domiciliari attive" e n.99 assistiti (il 12,4%) da "Domicilio dell'assistito con cure palliative domiciliari attive".

Grafico 1.10 Tipo di Struttura di provenienza dell'assistito, Regione Marche, piattaforma NSIS-LEA 2021 (flusso Hospice)



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

La distribuzione della durata del ricovero, sui nuovi accessi del 2021, rileva nella Regione Marche una permanenza principale nella classe 8-29 giorni (il 43,23%), successivamente la classe 1-7 giorni nel 41,6%. Il 13,53% (108 ricoveri nel 2021) hanno registrato una permanenza dai 30 ai 90 giorni.

Tabella 1.14 Stratificazione della durata dei ricoveri presso gli Hospice, comparazione regioni, piattaforma NSIS-LEA 2021

Regione / Provincia autonoma	da 1 a 7 giorni		da 8 a 29 giorni		da 30 a 90 giorni		oltre 90 giorni		oltre 365 giorni	
010 - PIEMONTE	975	38,86%	1.086	43,28%	391	15,58%	56	2,23%	1	0,04%
020 - VALLE D'AOSTA	67	40,61%	85	51,52%	13	7,88%	-	-	-	-
030 - LOMBARDIA	4.063	43,24%	3.838	40,84%	1.329	14,14%	166	1,77%	1	0,01%
041 - PROV. AUTON. BOLZANO	201	43,98%	185	40,48%	65	14,22%	6	1,31%	-	-
042 - PROV. AUTON. TRENTO	179	37,29%	215	44,79%	83	17,29%	3	0,63%	-	-
050 - VENETO	1.615	45,70%	1.374	38,88%	481	13,61%	63	1,78%	1	0,03%
060 - FRIULI VENEZIA GIULIA	232	45,05%	243	47,18%	38	7,38%	2	0,39%	-	-
070 - LIGURIA	549	47,57%	447	38,73%	138	11,96%	18	1,56%	2	0,17%
080 - EMILIA ROMAGNA	1.997	35,48%	2.737	48,62%	858	15,24%	37	0,66%	-	-
090 - TOSCANA	1.151	51,89%	855	38,55%	186	8,39%	25	1,13%	1	0,05%
100 - UMBRIA	161	35,62%	231	51,11%	60	13,27%	-	-	-	-
110 - MARCHE	332	41,60%	345	43,23%	108	13,53%	13	1,63%	-	-
120 - LAZIO	778	38,06%	875	42,81%	305	14,92%	76	3,72%	10	0,49%
130 - ABRUZZO	284	42,26%	310	46,13%	70	10,42%	8	1,19%	-	-
140 - MOLISE	95	48,97%	62	31,96%	32	16,49%	5	2,58%	-	-
150 - CAMPANIA	471	41,21%	450	39,37%	180	15,75%	40	3,50%	2	0,17%
160 - PUGLIA	751	33,84%	945	42,59%	412	18,57%	107	4,82%	4	0,18%
170 - BASILICATA	315	47,66%	233	35,25%	97	14,67%	16	2,42%	-	-
180 - CALABRIA	119	31,32%	157	41,32%	86	22,63%	17	4,47%	1	0,26%
190 - SICILIA	721	42,04%	722	42,10%	229	13,35%	41	2,39%	2	0,12%
<b>ITALIA</b>	<b>15.056</b>	<b>41,44%</b>	<b>15.395</b>	<b>42,37%</b>	<b>5.161</b>	<b>14,20%</b>	<b>699</b>	<b>1,92%</b>	<b>25</b>	<b>0,07%</b>

### Cause di Morte e Mortalità:

Nella Regione Marche nel periodo 2015-2019 sono decedute di media all'anno n.17.863 residenti, in rapporto alla popolazione una mortalità dell'1,19% all'anno, con oscillazioni di carattere mensile: la mortalità più elevata si rileva nel mese di gennaio, con andamento sovrapponibile su base provinciale. Nel 2020 si è registrata, analogamente al dato italiano, una variazione incrementale della mortalità, nello specifico: il Tasso di Mortalità è passato da 12,1 su 100.000 nel 2017, 11,5 su 100.000 nel 2019 a 13,4 su 100.000 nel 2020. In Italia l'incremento registrato è passato da 10,8 su 100.000 nel 2017 a 12,6 su 100.000 nel 2020. Nella comparazione con le regioni del "Centro Italia", la Regione Marche ha registrato una situazione peggiore in relazione alla variazione percentuale di incremento, tendenza in linea con le regioni del Nord (incrementi che superano il 30-40%). I Tassi Standardizzati (diretti) di Mortalità nella Regione Marche rilevano: ai primi posti, come negli ultimi anni, le 'malattie del sistema circolatorio' (malattie ischemiche del cuore, malattie cerebrovascolari e altre malattie del cuore) seguite da 'Tumori Maligni'.

Tabella 1.15 Mortalità per Causa Iniziale di Morte, Quoziente di Mortalità e Tasso Standardizzato – Fonte ISTAT anno 2018

Causa Iniziale di Morte (European Short List)	Numero Decessi	Quoziente di Mortalità (10.000 abitanti)	Tasso Standardizzato di Mortalità (10.000 abitanti)
<b>Malattie del Sistema Circolatorio</b>	5960	38,99	25,24
1) Malattie Ischemiche del Cuore	1969	12,88	8,5
2) Altre Malattie del Cuore	1406	9,2	5,85
3) Malattie Cerebrovascolari	1415	9,26	5,97
4) Altre Malattie del Sistema Circolatorio	1170	7,65	4,92
<b>Tumori Maligni</b>	4349	28,45	21,47

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Il Tasso Standardizzato di Mortalità per Tumori, nella comparazione effettuata dal Sant'Anna di Pisa (Report Performance) rileva nella Regione Marche nel 2020, un Tasso Standardizzato di 234,36 su 100.000 con un valore medio nella comparazione con le altre regioni dello studio.

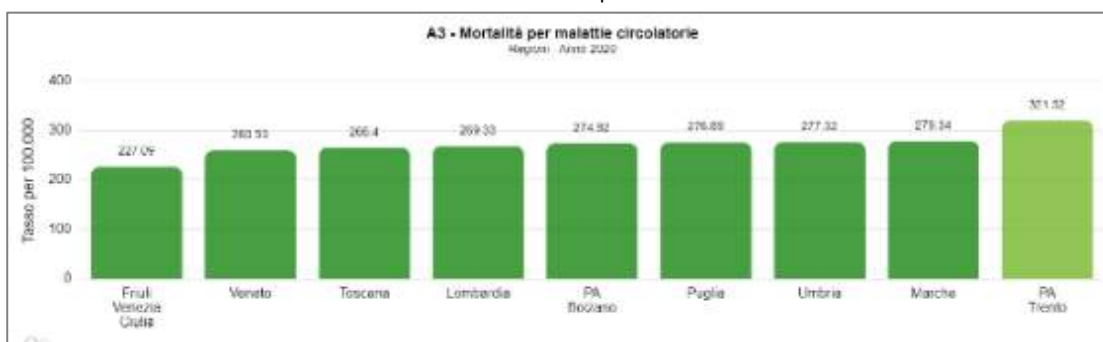
Grafico 1.11 Sant'Anna Performance anno 2020 – Mortalità per Tumori



Fonte: Sant'Anna Performance e Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

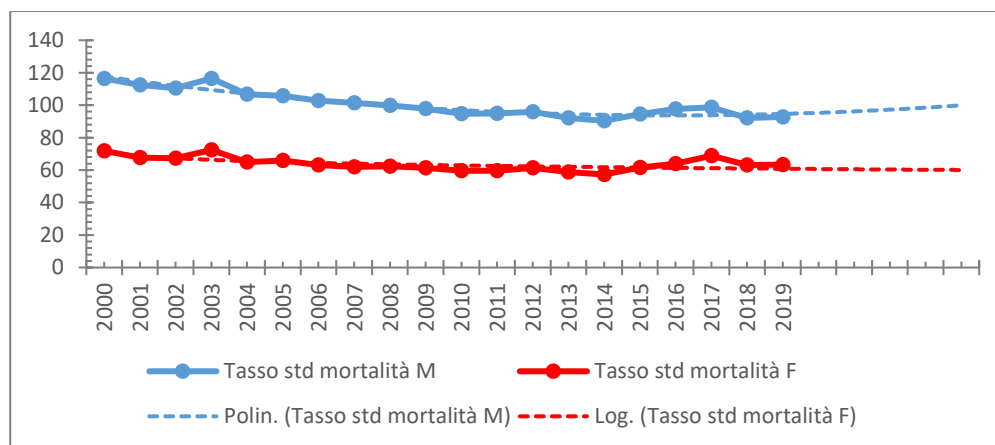
Il Tasso STD Mortalità per Malattie Circolatorie, nello studio comparativo effettuato dal Sant'Anna (Report Performance, anno 2020) rileva nella Regione Marche, un Tasso Standardizzato di 279,34 su 100.000, un valore in soglia nella comparazione con le altre regioni oggetto dell'approfondimento epidemiologico.

Grafico 1.12 Sant'Anna Performance anno 2020 – Mortalità per Malattie Circolatorie



Il Tasso Standardizzato di Mortalità Generale, con distribuzione di genere, nella Regione Marche, ha registrato un andamento di flessione generale fino al 2014, con tendenza uniforme nel sesso maschile e femminile. Dal 2014 si registra un andamento, più accentuato nel sesso maschile, di leggero incremento del Tasso STD mortalità generale, un andamento che fa tendere la previsione verso un incremento della mortalità nei prossimi anni.

Grafico 1.13 Andamento Tasso STD Mortalità su 100.000, distribuzione di genere, anni 2000-2019 e andamento Tendenziale



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

**La Mortalità evitabile**, il Rapporto MEV(i), con la misurazione dei giorni di vita perduti std pro-capite per mortalità evitabile, indicatore costruito per considerare sia la frequenza dei decessi per le cause selezionate e l'età del deceduto. Complessivamente viene attribuito un peso, calcolato sulla differenza dell'età di morte vs la speranza di vita alla nascita. Il risultato permette di quantificare il peso pro-capite delle vite perse per cause di morte evitabile. La Mortalità evitabile viene standardizzata secondo la seguente distribuzione: Mortalità Evitabile Totale (TD), di cui trattabile (AD) e prevenibile (PD).

Tabella 1.16 Mortalità evitabile per provincia, Decessi 0-74 anni, giorni perduti std pro capite, anni 2016-2018

Provincia	Mortalità Evitabile Totale (TD)	di cui Trattabile (AD)	di cui Prevenibile (PD)	Posizione Trattabile (AD)	Posizione Prevenibile (PD)
Pesaro-Urbino	14,9	5,5	9,4	7	10
Fermo	15,1	6,1	9	35	5
Macerata	15,3	6	9,3	32	9
Ancona	15,9	6,2	9,7	40	17
Ascoli Piceno	16,4	6	10,4	31	32

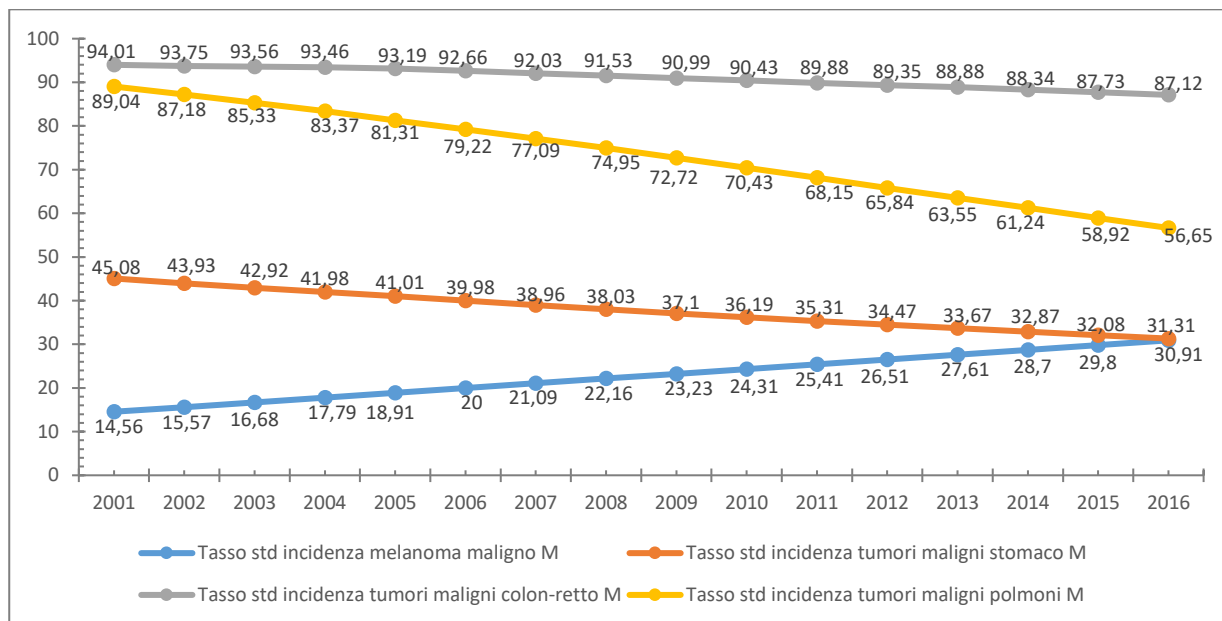
Fonte: Sant'Anna Performance e Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

### Nuovi casi di Tumore (fabbisogno Incidenza e Prevalenza principali Tumori)

Il Tasso Standardizzato Incidenza Tumori nel sesso Maschile rileva i seguenti andamenti di incidenza nel periodo 2001 su 2017:

- 1) Si registra una tendenza all'incremento nell'incidenza (nuovi tumori) del Melanoma Maligno, da un Tasso di 14,56 su 100.000 nel 2001 a 30,91 nel 2016 (da n.110 nuove diagnosi all'anno nel 2001 a 288 nuove dignosi nel 2017);
- 2) Si registra una tendenza di flessione nel Tasso incidenza Tumore dello Stomaco, nel 2001 un tasso di 45 su 100.000 e nel 2016 un tasso di 31,3 su 100.000 (da n.366 nuovi tumori allo stomaco nel 2001 a n.314 nuovi tumori nel 2017);
- 3) Nel sesso maschile si registra una forte contrazione del Tumore del polmone, nel 2001 si registravano 89,04 nuovi tumori del polmone ogni 100.000 abitanti e nel 2016 si registra una incidenza di 56,6 (una flessione da n.716 nuovi tumori anno nel 2001 a n.559 nel 2017);
- 4) Nel sesso Maschile il Tumore del Colon-Retto ha registrato un andamento di stabilità nei nuovi casi rilevati, nel 2001 si registravano 94 tumori ogni 100.000 abitanti e nel 2016 si registrano 87 su 100.000.

Grafico 1.14 Tasso STD Incidenza Tumori sesso Maschile, classe di età 0-99 anni, Regione Marche



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Nei prossimi anni si stimano dei fabbisogni in area Oncologica nel sesso Maschile di:

- 1) **Incidenza Melanoma Maligno sesso maschile:** si stimano nei prossimi 5 anni una media di 311/anno Melanomi Maligni;
- 2) **Incidenza Tumore Stomaco:** si stimano nei prossimi 5 anni una media di 304/anno Tumori Stomaco;
- 3) **Incidenza Tumore Colon-Retto:** si stimano nei prossimi 5 anni una media di 922/anno Tumori Colon-Retto;
- 4) **Incidenza Tumore Prostate:** si stimano nei prossimi 5 anni una media di 1263/anno Tumori Prostate;
- 5) **Incidenza Tumore Polmone:** si stimano nei prossimi 5 anni una media di 534/anno Tumori Polmone;

Tabella 1.17 Tasso STD Incidenza Tumori sesso Maschile, classe di età 0-99 anni, Regione Marche

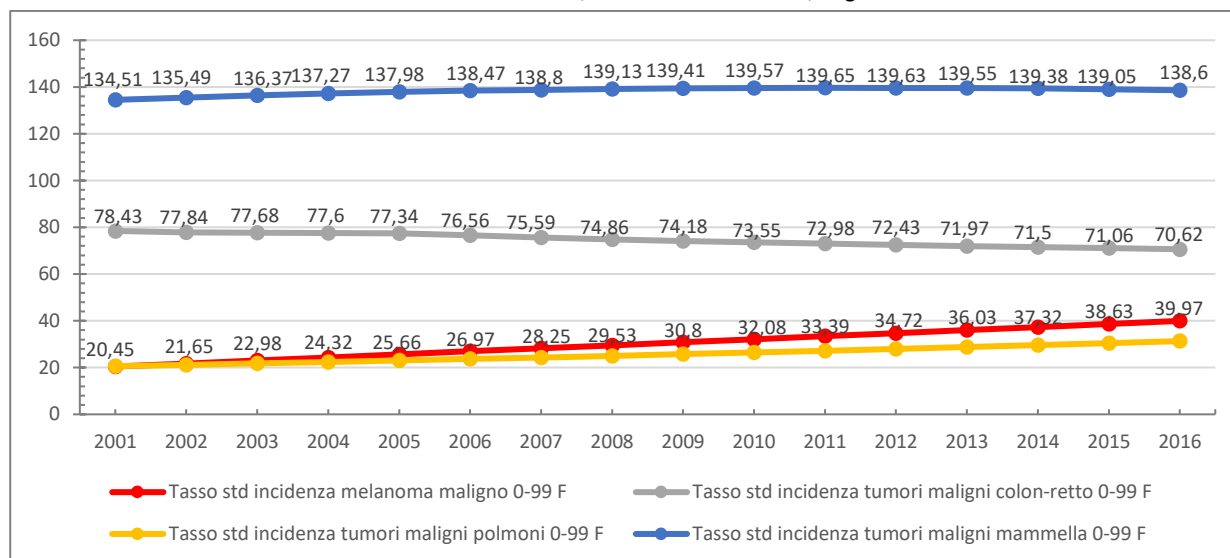
Anni	Incidenza melanoma maligno 0-99 M	Incidenza tumori maligni stomaco 0-99 M	Incidenza tumori maligni colon-retto 0-99 M	Incidenza tumori maligni prostata 0-99 M	Incidenza tumori maligni polmoni 0-99 M
2001	110	366	766	921	716
2002	119	361	773	965	707
2003	128	356	779	1003	698
2004	138	353	790	1041	693
2005	149	350	801	1066	687
2006	160	348	813	1089	681
2007	171	345	823	1106	673
2008	182	343	834	1119	665
2009	193	340	845	1130	656
2010	205	337	855	1141	646
2011	216	334	864	1151	634
2012	229	332	876	1167	624
2013	243	330	889	1184	614
2014	256	327	897	1198	601
2015	269	324	905	1214	587
2016	282	320	911	1230	573
2017	288	314	911	1242	559
Media Ultimi 5 anni	267,6	323	902,6	1213,6	586,8
Mediana Ultimi 5 anni	269	324	905	1214	587

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Il Tasso Standardizzato Incidenza Tumori nel sesso Femminile, rileva i seguenti andamenti di incidenza nel periodo 2001 su 2017: **Tumore della Mammella** da 134,5 su 100.000 a 138,6 su 100.000, un Tasso stabile

con leggera flessione dell'incidenza nell'ultimo periodo. Si rileva una crescita del Tasso di Incidenza nel sesso femminile sia nel **Tumore del Polmone** (da 20 su 100.000 nel 2001 a 31,3 su 100.000 nel 2016) e sia nel **Melanoma Maligno** (da 20,45 su 100.000 nel 2001 a 39,97 nel 2016). Nel Tumore del Colon-Retto nel sesso femminile si registra una lieve flessione dell'incidenza

Grafico 1.15 Tasso STD Incidenza Tumori sesso Femminile, classe di età 0-99 anni, Regione Marche



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Nei prossimi anni si stimano dei fabbisogni in area Oncologica nel sesso Femmine di:

- 1) **Incidenza Melanoma Maligno sesso Femminile:** si stimano nei prossimi 5 anni una media di 361 casi/anno Melanoma Maligno;
- 2) **Incidenza Tumore Stomaco:** si stimano nei prossimi 5 anni una media di 207 casi/anno Tumori Stomaco;
- 3) **Incidenza Tumore Colon-Retto:** si stimano nei prossimi 5 anni una media di 753 casi/anno Tumori Colon-Retto;
- 4) **Incidenza Tumore Mammella:** si stimano nei prossimi 5 anni una media di 1323 casi/anno Tumori Mammella;
- 5) **Incidenza Tumore Polmone:** si stimano nei prossimi 5 anni una media di 332 casi/anno Tumori Polmone;

Tabella 1.18 Tasso STD Incidenza Tumori sesso Femmine, classe di età 0-99 anni, Regione Marche

Anni	Incidenza melanoma maligno 0-99 F	Incidenza tumori maligni stomaco 0-99 F	Incidenza tumori maligni colon-retto 0-99 F	Incidenza tumori maligni polmoni 0-99 F	Incidenza tumori maligni mammella 0-99 F
2001	159	254	658	170	1069
2002	168	249	662	176	1082
2003	179	245	667	183	1094
2004	191	241	672	191	1114
2005	204	238	678	199	1133
2006	216	235	685	207	1151
2007	228	232	691	216	1168
2008	241	230	698	225	1186
2009	255	228	705	234	1205
2010	268	226	711	244	1222
2011	281	224	718	254	1238
2012	297	222	727	265	1259
2013	312	221	735	277	1280
2014	326	219	739	288	1293
2015	340	218	743	299	1305
2016	354	216	746	310	1315
2017	353	214	744	319	1311
Media Ultimi 5 anni	337	324	741,4	298,6	1300,8
Mediana Ultimi 5 anni	340	219	743	299	1305



La distribuzione della patologia Oncologia stratificata per sesso nella rilevazione della Prevalenza, cioè il numero di casi presenti nel momento della rilevazione, indica nel Tumore della Mammella il principale per numero di prevalenza (nella Regione Marche n.19.648 casi presenti), seguito dal tumore del colon-retto maschi con n. 7.030 casi presenti e sesso femminile con n. 6.228, segue il Melanoma Maligno nel sesso femminile con n.4.441 tumori presenti.

Tabella 1.19 Numero Nuovi Casi nell'ultimo anno e numero casi presenti nel territorio Regione Marche (Incidenza e Prevalenza)

Incidenza e Prevalenza principali Tumori	Nuovi Casi Tumore all'anno (Incidenza)	Tumori presenti all'anno (Prevalenza)
Melanoma maligno - Maschi	288	2623
Melanoma maligno - Femmine	352	4441
Tumori maligni stomaco - Maschi	314	1774
Tumori maligni stomaco - Femmine	746	1256
Tumori maligni colon-retto - Maschi	911	7030
Tumori maligni colon-retto - Femmine	744	6228
Tumori maligni polmoni - Maschi	559	1490
Tumori maligni polmoni - Femmine	319	836
Tumori maligni mammella - Femmine	1311	19648
Tumori maligni prostata - Maschi	1242	10412

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

### Farmaceutica: distribuzione convenzionata, distribuzione per conto DPC e distribuzione diretta

La Farmaceutica Convenzionata nei 2 anni 2020 e 2021 ha la seguente distribuzione territoriale, Area Vasta n.1 una spesa di circa 45 milioni e 400 mila euro nel 2021 con oscillazioni ultimi 2 anni di crescita dello +0,46% (circa 200 mila euro di incremento), Area Vasta n.2 una spesa di 66 milioni nel 2021 con una riduzione sul 2020 del -1,89%, Area Vasta n.3 una spesa di circa 41 milioni con una riduzione sul 2020 del -1,34%, Area vasta n.4 una spesa nel 2021 di circa 23 milioni e 500 mila con una riduzione del -0,66% e Area Vasta n.5 una spesa nel 2021 di 26 milioni e 300 mila euro con una riduzione di -0,61%.

Tabella 1.20 Farmaceutica **Convenzionata** anni 2020 e 2021 distribuzione per Distretto e delta di variazione N e %

ENTE	ANNO 2020	ANNO 2021	Δ 2021/2020	Δ% 2021/2020
Distretto Pesaro	€ 16.032.900	€ 16.100.167	€ 67.267	0,42%
Distretto Urbino	€ 11.528.667	€ 11.466.294	-€ 62.373	-0,54%
Distretto Fano	€ 17.706.346	€ 17.908.986	€ 202.640	1,14%
<b>Area Vasta 1</b>	<b>€ 45.267.913</b>	<b>€ 45.475.447</b>	<b>€ 207.534</b>	<b>0,46%</b>
Distretto Senigallia	€ 10.679.926	€ 10.797.639	€ 117.713	1,10%
Distretto Jesi	€ 14.037.144	€ 13.811.471	-€ 225.673	-1,61%
Distretto Fabriano	€ 6.574.762	€ 6.399.035	-€ 175.727	-2,67%
Distretto Ancona	€ 35.981.512	€ 34.996.134	-€ 985.378	-2,74%
<b>Area Vasta 2</b>	<b>€ 67.273.344</b>	<b>€ 66.004.279</b>	<b>-€ 1.269.064</b>	<b>-1,89%</b>
Distretto Civitanova Marche	€ 16.129.871	€ 16.107.811	-€ 22.060	-0,14%
Distretto Macerata	€ 18.653.120	€ 18.281.060	-€ 372.060	-1,99%
Distretto Camerino	€ 6.781.589	€ 6.617.942	-€ 163.647	-2,41%
<b>Area Vasta 3</b>	<b>€ 41.564.580</b>	<b>€ 41.006.813</b>	<b>-€ 557.767</b>	<b>-1,34%</b>
Distretto Fermo	€ 23.731.406	€ 23.575.373	-€ 156.033	-0,66%
<b>Area Vasta 4</b>	<b>€ 23.731.406</b>	<b>€ 23.575.373</b>	<b>-€ 156.033</b>	<b>-0,66%</b>
Distretto San Benedetto	€ 12.358.168	€ 12.557.313	€ 199.144	1,61%
Distretto Ascoli Piceno	€ 14.156.908	€ 13.795.626	-€ 361.281	-2,55%
<b>Area Vasta 5</b>	<b>€ 26.515.076</b>	<b>€ 26.352.939</b>	<b>-€ 162.137</b>	<b>-0,61%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>€ 204.352.320</b>	<b>€ 202.414.851</b>	<b>-€ 1.937.468</b>	<b>-0,95%</b>

La Distribuzione per Conto DPC, nei 2 anni indicati, ha registrato a livello regionale un incremento della spesa del +7,81%, un incremento di € 4.621.639 (nel 2020 spesa di € 59.163.496 e nel 2021 di € 63.785.135).

Tabella 1.21 Farmaceutica **Distribuzione per Conto DPC** anni 2020 e 2021 distribuzione per Distretto e delta di variazione N e %

ENTE	ANNO 2020	ANNO 2021	Δ 2021/2020	Δ% 2021/2020
Distretto Pesaro	€ 4.587.999	€ 4.929.536	€ 341.537	7,44%
Distretto Urbino	€ 2.912.096	€ 3.176.972	€ 264.876	9,10%
Distretto Fano	€ 5.024.679	€ 5.401.880	€ 377.201	7,51%
<b>Area Vasta 1</b>	<b>€ 12.524.774</b>	<b>€ 13.508.388</b>	<b>€ 983.614</b>	<b>7,85%</b>
Distretto Senigallia	€ 3.107.483	€ 3.299.322	€ 191.839	6,17%
Distretto Jesi	€ 4.460.315	€ 4.858.326	€ 398.010	8,92%
Distretto Fabriano	€ 1.928.822	€ 2.088.724	€ 159.902	8,29%
Distretto Ancona	€ 10.870.394	€ 11.715.481	€ 845.087	7,77%
<b>Area Vasta 2</b>	<b>€ 20.367.014</b>	<b>€ 21.961.853</b>	<b>€ 1.594.839</b>	<b>7,83%</b>
Distretto Civitanova Marche	€ 4.628.507	€ 4.980.205	€ 351.698	7,60%
Distretto Macerata	€ 5.637.528	€ 5.824.189	€ 186.661	3,31%
Distretto Camerino	€ 2.363.073	€ 2.408.903	€ 45.830	1,94%
<b>Area Vasta 3</b>	<b>€ 12.629.108</b>	<b>€ 13.213.296</b>	<b>€ 584.188</b>	<b>4,63%</b>
Distretto Fermo	€ 6.193.298	€ 6.871.859	€ 678.561	10,96%
<b>Area Vasta 4</b>	<b>€ 6.193.298</b>	<b>€ 6.871.859</b>	<b>€ 678.561</b>	<b>10,96%</b>
Distretto San Benedetto	€ 3.778.707	€ 4.236.347	€ 457.640	12,11%
Distretto Ascoli Piceno	€ 3.670.595	€ 3.993.392	€ 322.797	8,79%
<b>Area Vasta 5</b>	<b>€ 7.449.301</b>	<b>€ 8.229.739</b>	<b>€ 780.437</b>	<b>10,48%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>€ 59.163.496</b>	<b>€ 63.785.135</b>	<b>€ 4.621.639</b>	<b>7,81%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

La Distribuzione Diretta (al netto di vaccini e GAS medicali) rileva un aumento della Regione Marche complessivo dell'1% (incremento di € +1.866.777), con % di incremento maggiori si registrano: INRCA incremento del +34,54% e ASUR Marche incremento di +2,35%.

Tabella 1.22 Farmaceutica **Distribuzione diretta** anni 2020 e 2021 distribuzione per Distretto e delta di variazione N e %

ENTE	ANNO 2020	ANNO 2021	Δ 2021/2020	Δ% 2021/2020
Distretto Pesaro	€ 7.350.466	€ 7.257.513	-€ 92.953	-1,26%
Distretto Urbino	€ 10.416.160	€ 11.301.215	€ 885.054	8,50%
Distretto Fano	€ 5.977.527	€ 6.165.225	€ 187.698	3,14%
<b>Area Vasta 1</b>	<b>€ 23.744.153</b>	<b>€ 24.723.953</b>	<b>€ 979.800</b>	<b>4,13%</b>
Distretto Senigallia	€ 10.727.359	€ 10.763.169	€ 35.810	0,33%
Distretto Jesi	€ 11.329.718	€ 12.388.793	€ 1.059.075	9,35%
Distretto Fabriano	€ 5.492.905	€ 6.353.245	€ 860.340	15,66%
Distretto Ancona	€ 23.714.128	€ 23.129.748	-€ 584.379	-2,46%
<b>Area Vasta 2</b>	<b>€ 51.264.110</b>	<b>€ 52.634.955</b>	<b>€ 1.370.845</b>	<b>2,67%</b>
Distretto Civitanova Marche	€ 10.854.223	€ 11.462.103	€ 607.880	5,60%
Distretto Macerata	€ 18.460.943	€ 19.031.763	€ 570.820	3,09%
Distretto Camerino	€ 4.567.734	€ 4.449.155	-€ 118.579	-2,60%
<b>Area Vasta 3</b>	<b>€ 33.882.901</b>	<b>€ 34.943.022</b>	<b>€ 1.060.121</b>	<b>3,13%</b>
Distretto Fermo	€ 21.181.765	€ 20.719.298	-€ 462.466	-2,18%
<b>Area Vasta 4</b>	<b>€ 21.181.765</b>	<b>€ 20.719.298</b>	<b>-€ 462.466</b>	<b>-2,18%</b>
Distretto San Benedetto	€ 7.594.122	€ 7.584.200	-€ 9.922	-0,13%
Distretto Ascoli Piceno	€ 16.303.698	€ 16.982.399	€ 678.701	4,16%
<b>Area Vasta 5</b>	<b>€ 23.897.820</b>	<b>€ 24.566.599</b>	<b>€ 668.779</b>	<b>2,80%</b>
<b>ASUR</b>	<b>€ 153.970.748</b>	<b>€ 157.587.827</b>	<b>€ 3.617.079</b>	<b>2,35%</b>
<b>AOU OR AN</b>	<b>€ 15.956.445</b>	<b>€ 14.682.913</b>	<b>-€ 1.273.531</b>	<b>-7,98%</b>
<b>AO OR MN</b>	<b>€ 16.714.684</b>	<b>€ 16.182.947</b>	<b>-€ 531.737</b>	<b>-3,18%</b>
<b>INRCA</b>	<b>€ 159.154</b>	<b>€ 214.119</b>	<b>€ 54.965</b>	<b>34,54%</b>
<b>REGIONE</b>	<b>€ 186.801.031</b>	<b>€ 188.667.807</b>	<b>€ 1.866.777</b>	<b>1,00%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

La distribuzione Farmaceutica per totale acquisti diretti (DPC + DD + OSPEDALIERA) dal 2020 al 2021 ha registrato un incremento trasversale a tutti gli ambiti territoriali del 3,82% (da € 364.317.018 nel 2020 a € 378.232.153 nel 2021 un incremento di € +13.915.135). La Farmaceutica sui vaccini ha registrato un incremento del +10,85% da € 12.465.320 nel 2020 a € 13.818.314 nel 2021 una crescita di € +1.352.994.

Tabella 1.23 Farmaceutica distribuzione: DPC + DD + OSPEDALIERA (Totale per acquisti diretti), GAS Medici e Vaccini, 2020-21

DPC + DD + OSPEDALIERA (Totale per acquisti diretti)				
ENTE	ANNO 2020	ANNO 2021	Δ 2021/2020	Δ% 2021/2020
ASUR	€ 274.830.324	€ 286.276.580	€ 11.446.256	4,16%
AOU OR AN	€ 51.589.264	€ 52.376.245	€ 786.980	1,53%
AO OR MN	€ 36.235.195	€ 37.474.055	€ 1.238.860	3,42%
INRCA	€ 1.662.234	€ 2.105.273	€ 443.039	26,65%
<b>REGIONE</b>	<b>€ 364.317.018</b>	<b>€ 378.232.153</b>	<b>€ 13.915.135</b>	<b>3,82%</b>

GAS MEDICALI				
ENTE	ANNO 2020	ANNO 2021	Δ 2021/2020	Δ% 2021/2020
ASUR	€ 5.822.812	€ 5.811.814	-€ 10.998	-0,19%
AOU OR AN	€ 616.690	€ 745.102	€ 128.412	20,82%
AO OR MN	€ 418.613	€ 441.124	€ 22.511	5,38%
INRCA	€ 52.989	€ 108.042	€ 55.053	103,89%
<b>REGIONE</b>	<b>€ 6.911.103</b>	<b>€ 7.106.081</b>	<b>€ 194.978</b>	<b>2,82%</b>

VACCINI				
ENTE	ANNO 2020	ANNO 2021	Δ 2021/2020	Δ% 2021/2020
ASUR	€ 12.442.532	€ 13.780.537	€ 1.338.005	10,75%
AOU OR AN	€ 14.780	€ 27.579	€ 12.799	86,60%
AO OR MN	€ 8.008	€ 10.198	€ 2.190	27,35%
<b>REGIONE</b>	<b>€ 12.465.320</b>	<b>€ 13.818.314</b>	<b>€ 1.352.994</b>	<b>10,85%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

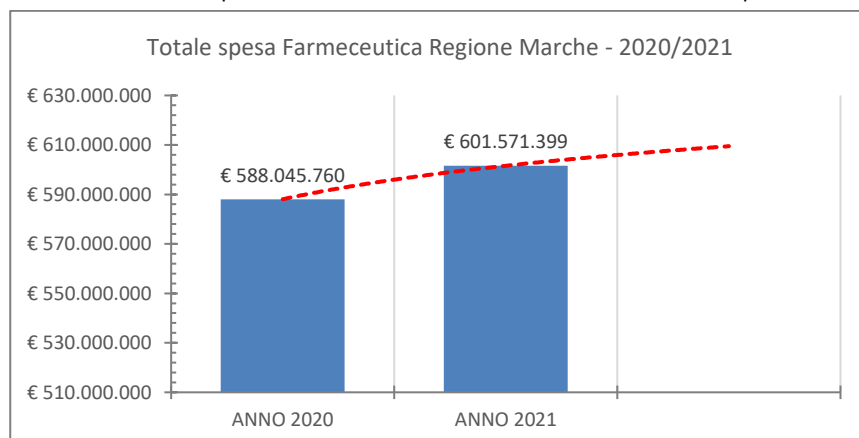
Nei 2 anni di Monitoraggio dal 2020 al 2021 si registra un incremento complessivo della spesa Farmaceutica Totale (Convenzionata + Acquisti Diretti + Ossigeno + Vaccini) di +2,30%, da un totale € 588.045.760 nel 2020 a € 601.571.399 nel 2021.

Tabella 1.24 Totale spesa Farmaceutica: farmaceutica convenzionata + acquisti diretti + ossigeno + Vaccini, per Ente, 2020 e 2021

ENTE	ANNO 2020	ANNO 2021	Δ 2021/2020	Δ% 2021/2020
ASUR	€ 497.447.988	€ 508.283.783	€ 10.835.795	2,18%
AOU OR AN	€ 52.220.734	€ 53.148.925	€ 928.191	1,78%
AO OR MN	€ 36.661.816	€ 37.925.377	€ 1.263.561	3,45%
INRCA	€ 1.715.223	€ 2.213.314	€ 498.092	29,04%
<b>REGIONE</b>	<b>€ 588.045.760</b>	<b>€ 601.571.399</b>	<b>€ 13.525.639</b>	<b>2,30%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Grafico 1.16 Totale spesa Farmaceutica: farmaceutica convenzionata + acquisti diretti + ossigeno + Vaccini, per Ente, 2020 e 2021



Il Monitoraggio AIFA sul consumo relativo al flusso della farmaceutica convenzionata e degli acquisti diretti nel 2020 rileva la seguente distribuzione per numero confezioni come indicato nella tabella "Tabella Database AIFA".

Tabella 1.25 Database AIFA, Numero Confezioni Convenzionata, Descrizione ATC-2, selezionati i primi 30 consumi, anno 2020

Descrizione ATC-2 (selezionati i primi 30)	Numero confezioni
Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	3.691.685
Sostanze modificatrici dei lipidi	2.401.672
Farmaci per disturbi correlati all'acidita'	2.289.564
Betabloccanti	1.852.484
Antibatterici per uso sistemico	1.733.068
Antitrombotici	1.500.547
Calcio-antagonisti	1.128.968
Diuretici	1.119.721
Psicoanalettici	1.108.332
Urologici	1.043.082
Farmaci usati nel diabete	1.026.626
Antiepilettici	730.124
Oftalmologici	623.944
Vitamine	622.538
Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie	603.516
Terapia tiroidea	573.603
Corticosteroidi sistemici	533.063
Terapia cardiaca	464.867
Antigottosi	464.571
Analgesici	459.015
Antidiarroici	450.753
Farmaci antiinfiammatori ed antireumatici	426.985
Antiipertensivi	273.867
Antiparkinsoniani	253.730
Farmaci antianemici	210.715
Farmaci per il trattamento delle malattie delle ossa	180.015
Antistaminici per uso sistemico	163.397
Sucedanei del sangue e soluzioni perfusionali	158.241
Terapia biliare ed epatica	155.636
Integratori minerali	132.884
Psicolettici	106.201
<b>Numero Confezioni Convenzionata</b>	<b>27.165.134</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

### Sistema informativo di Assistenza Territoriale (SIAD):

L'andamento negli ultimi 3 anni delle Prese in carico (PIC) rileva un incremento (dal 2019 al 2021) del +14,4% (+2.295 PIC), un forte incremento si è registrato nel Distretto di Civitanova Marche (da 451 nel 2019 a 2.008 nel 2021, +345%) e inversamente nel Distretto di Fabriano si è registrata una forte riduzione da 345 nel 2019 a 226 nel 2021 (una flessione di -34,5%).

Tabella 1.27 Presa in carico per anno (PIC) con distribuzione per Distretto e Area Vasta, anni 2019-2021

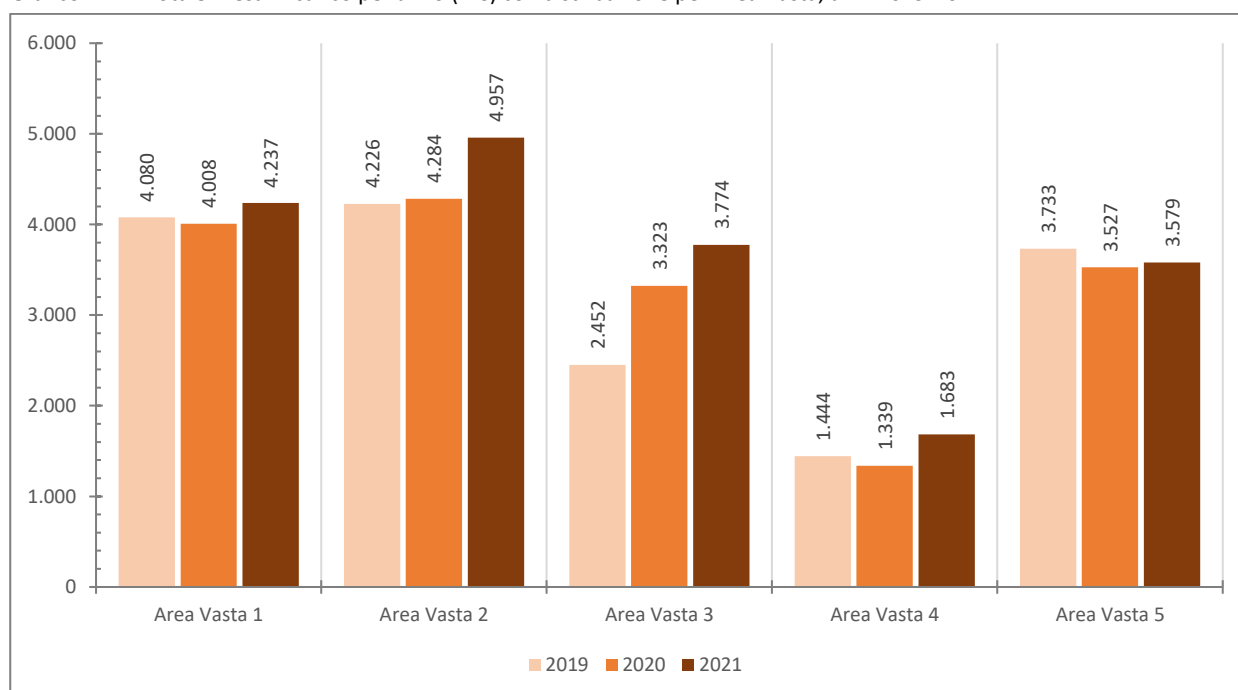
Ente	2019	2020	2021	Media
Distretto Pesaro	1.572	1.598	1.642	1.604
Distretto Urbino	1.123	1.029	944	1.032
Distretto Fano	1.385	1.381	1.651	1.472
<b>Area Vasta 1</b>	<b>4.080</b>	<b>4.008</b>	<b>4.237</b>	<b>4.108</b>
Distretto Senigallia	1.111	1.200	1.266	1.192
Distretto Jesi	740	767	811	773
Distretto Fabriano	345	292	226	288
Distretto Ancona	2.030	2.025	2.654	2.236
<b>Area Vasta 2</b>	<b>4.226</b>	<b>4.284</b>	<b>4.957</b>	<b>4.489</b>
Distretto Civitanova Ma	451	1.656	2.008	1.372
Distretto Macerata	1.587	1.285	1.287	1.386

Distretto Camerino	414	382	479	425
<b>Area Vasta 3</b>	<b>2.452</b>	<b>3.323</b>	<b>3.774</b>	<b>3.183</b>
Distretto Fermo	1.444	1.339	1.683	1.489
<b>Area Vasta 4</b>	<b>1.444</b>	<b>1.339</b>	<b>1.683</b>	<b>1.489</b>
Distretto San Benedett	1.920	1.842	1.771	1.844
Distretto Ascoli Piceno	1.813	1.685	1.808	1.769
<b>Area Vasta 5</b>	<b>3.733</b>	<b>3.527</b>	<b>3.579</b>	<b>3.613</b>
<b>Regione Marche</b>	<b>15.935</b>	<b>16.481</b>	<b>18.230</b>	<b>16.882</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

La distribuzione per Area Vasta con andamento dal 2019 al 2021 rileva un incremento nell' Area Vasta n.3 di +1.322 PIC dal 2019 al 2021 +53,9%, nell'Area Vasta n.2 (+731 il +17,3%), nell'Area Vasta n.4 (+239 il +16,5%) e incremento si registra nell'Area Vasta n.1 (+157 PIC il 3,84%).

Grafico 1.17 Totale Presa in carico per anno (PIC) con distribuzione per Area Vasta, anni 2019-2021



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Tabella 1.28 Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura (Numero e Tasso su 1000), anno rilevazione 2021

Ente	00 - Gdc 0		01 - CIA BASE		02 - CIA 1		03 - CIA 2		04 - CIA 3		05 - CIA 4	
	PIC Erogate	Tasso	PIC Erogate	Tasso	PIC Erogate	Tasso	PIC Erogate	Tasso	PIC Erogate	Tasso	PIC Erogate	Tasso
Distretto Pesaro	82	0,59	122	0,88	1.003	7,20	483	3,47	59	0,42	87	0,62
Distretto Urbino	44	0,53	72	0,87	523	6,32	396	4,79	33	0,40	251	3,03
Distretto Fano	33	0,24	23	0,17	783	5,75	698	5,13	51	0,37	110	0,81
<b>Area Vasta 1</b>	<b>159</b>	<b>0,44</b>	<b>217</b>	<b>0,61</b>	<b>2.309</b>	<b>6,45</b>	<b>1.577</b>	<b>4,40</b>	<b>143</b>	<b>0,40</b>	<b>448</b>	<b>1,25</b>
Distretto Senigallia	23	0,30	35	0,45	499	6,40	485	6,22	90	1,15	306	3,93
Distretto Jesi	19	0,18	35	0,33	372	3,51	266	2,51	31	0,29	194	1,83
Distretto Fabriano	27	0,59	148	3,23	188	4,11	77	1,68	10	0,22	13	0,28
Distretto Ancona	90	0,36	246	0,98	1.051	4,17	721	2,86	59	0,23	280	1,11
<b>Area Vasta 2</b>	<b>159</b>	<b>0,33</b>	<b>464</b>	<b>0,96</b>	<b>2.110</b>	<b>4,38</b>	<b>1.549</b>	<b>3,22</b>	<b>190</b>	<b>0,39</b>	<b>793</b>	<b>1,65</b>
Distretto Civitanova M	7	0,06	113	0,92	293	2,38	162	1,32	26	0,21	88	0,72

Distretto Macerata	80	0,61	801	6,07	819	6,21	388	2,94	35	0,27	312	2,37
Distretto Camerino	9	0,20	51	1,12	220	4,82	219	4,80	26	0,57	71	1,56
<b>Area Vasta 3</b>	<b>96</b>	<b>0,32</b>	<b>965</b>	<b>3,21</b>	<b>1.332</b>	<b>4,43</b>	<b>769</b>	<b>2,56</b>	<b>87</b>	<b>0,29</b>	<b>471</b>	<b>1,57</b>
Distretto Fermo	27	0,16	285	1,65	788	4,56	660	3,82	53	0,31	183	1,06
<b>Area Vasta 4</b>	<b>27</b>	<b>0,16</b>	<b>285</b>	<b>1,65</b>	<b>788</b>	<b>4,56</b>	<b>660</b>	<b>3,82</b>	<b>53</b>	<b>0,31</b>	<b>183</b>	<b>1,06</b>
Distretto San Benedett	88	0,86	121	1,19	647	6,36	731	7,18	79	0,78	236	2,32
Distretto Ascoli Piceno	40	0,38	165	1,56	692	6,56	565	5,35	86	0,81	232	2,20
<b>Area Vasta 5</b>	<b>128</b>	<b>0,62</b>	<b>286</b>	<b>1,38</b>	<b>1.339</b>	<b>6,46</b>	<b>1.296</b>	<b>6,25</b>	<b>165</b>	<b>0,80</b>	<b>468</b>	<b>2,26</b>
<b>Regione Marche</b>	<b>569</b>	<b>0,37</b>	<b>2.217</b>	<b>1,46</b>	<b>7.878</b>	<b>5,18</b>	<b>5.851</b>	<b>3,85</b>	<b>638</b>	<b>0,42</b>	<b>2.363</b>	<b>1,55</b>

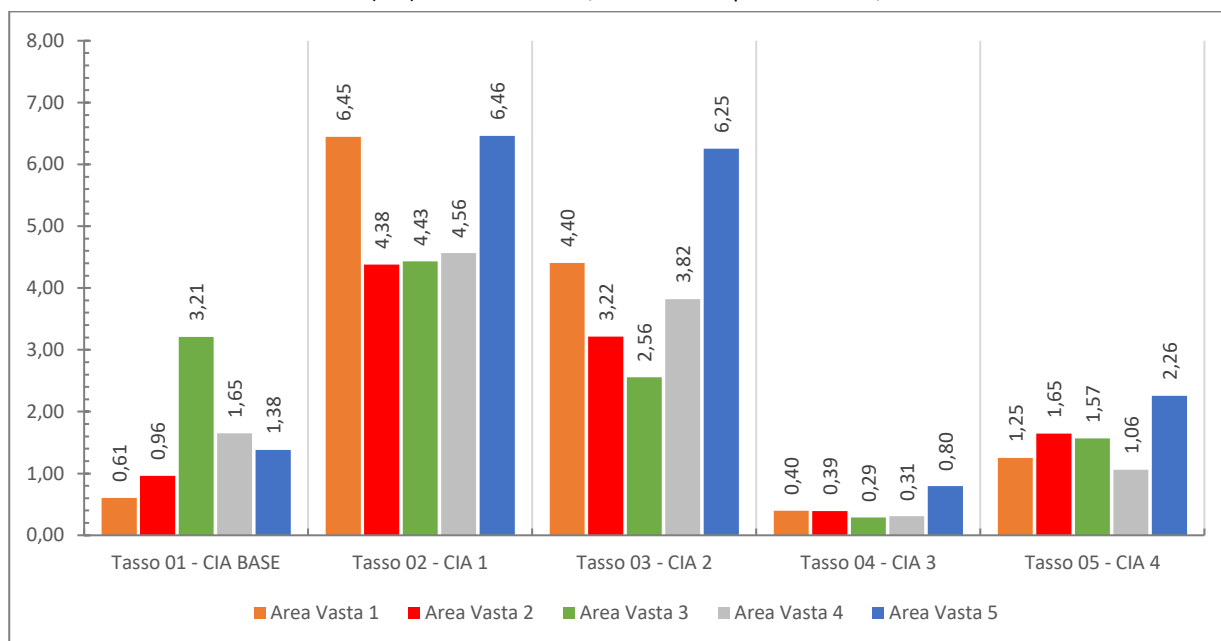
**Definizioni**

CIA - livello di intensità assistenziale

GdCO - Giornate di cura pari a zero

La distribuzione del tasso di Intensità di Cura (CIA) in regime domiciliare, rileva in Area Vasta n.5 su intensità CIA-1-2-3-4 un Tasso di assistenza su 1000 residenti maggiore in comparazione con i territori regionale, nello specifico: un tasso di CIA 1 di 6,46 su 1000, CIA 2 di 6,25 su 1000, CIA 3 di 0,8 su 1000 e CIA 4 di 2,26 su 1000. Anche L' Area Vasta n.1 risulta avere un Tasso in CIA-1 e CIA-2 di maggiore assistenza in comparazione regionale, nello specifico: CIA-1 di 6,45 su 1000 e CIA-2 di 4,40 su 1000.

Gráfico 1.18 Tasso Intensità di Cura (CIA) su 1000 residenti, distribuzione per Area Vasta, anno 2021



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

La distribuzione delle Prese in Carico in funzione della tipologia di operatore rileva nella Regione Marche su un Totale di n. 470.724 la seguente ripartizione: Infermiere n. 378.166 PIC equivalente all'80,3% sul totale, Fisioterapista n. 64.677 PIC equivalente al 13,7%, Medico esperto in Cure Palliative n. 9.403 equivalente al 2% e operatore OSS in n. 4.731 PIC equivalente all' 1%.

Tabella 1.29 Totale Presa in carico per anno (PIC) con distribuzione per Area Vasta e totale Regionale

Ente	10-OSS	11-dietista	1-MMG	2-PLS	3-Infermiere	4-Medico specialista	5-medico esperto in cure palliative	7-Psicologo	8-Fisioterapista	99-Altro	9-Logopedista	Totale
Distretto Pesaro					18622		3489	34	8289	72	360	30866
Distretto Urbino					22986		108		2002			25096
Distretto Fano	1260				28436		1182	539	10143	34		41594
<b>Area Vasta 1</b>	<b>1260</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>70044</b>	<b>0</b>	<b>4779</b>	<b>573</b>	<b>20434</b>	<b>106</b>	<b>360</b>	<b>97556</b>
Distretto Senigallia		146			43972			1007	1881	610	7	47623
Distretto Jesi	12				18921		663			1		19597
Distretto Fabriano					6423	67		21		61	10	6582
Distretto Ancona	3416				56737		527	411	10401	122		71614
<b>Area Vasta 2</b>	<b>3428</b>	<b>146</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>126053</b>	<b>67</b>	<b>1190</b>	<b>1439</b>	<b>12282</b>	<b>794</b>	<b>17</b>	<b>145416</b>
Distretto Civitanova Ma					23676		3338		105	255		27374
Distretto Macerata			57		29518	9	13			19		29616
Distretto Camerino			3158		21318		17			3		24496
<b>Area Vasta 3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3215</b>	<b>0</b>	<b>74512</b>	<b>9</b>	<b>3368</b>	<b>0</b>	<b>105</b>	<b>277</b>	<b>0</b>	<b>81486</b>
Distretto Fermo					45595		42		12793	13		58443
<b>Area Vasta 4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>45595</b>	<b>0</b>	<b>42</b>	<b>0</b>	<b>12793</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>58443</b>
Distretto San Benedett			2744	27	29714	548	8		10641	202		43884
Distretto Ascoli Piceno	43		583		32248	1805	16		8422	822		43939
<b>Area Vasta 5</b>	<b>43</b>	<b>0</b>	<b>3327</b>	<b>27</b>	<b>61962</b>	<b>2353</b>	<b>24</b>	<b>0</b>	<b>19063</b>	<b>1024</b>	<b>0</b>	<b>87823</b>
<b>Regione Marche</b>	<b>4.731</b>	<b>146</b>	<b>6.542</b>	<b>27</b>	<b>378.166</b>	<b>2.429</b>	<b>9.403</b>	<b>2.012</b>	<b>64.677</b>	<b>2.214</b>	<b>377</b>	<b>470.724</b>
<b>% Tipologia Assistenza</b>	<b>1,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>1,4%</b>	<b>0,0%</b>	<b>80,3%</b>	<b>0,5%</b>	<b>2,0%</b>	<b>0,4%</b>	<b>13,7%</b>	<b>0,5%</b>	<b>0,1%</b>	<b>100,0%</b>

### Flusso Emur Pronto Soccorso e 118

L'Analisi del flusso dati Emur-PS con distribuzione per stabilimento Ospedaliero rileva un andamento di riduzione degli accessi al Pronto Soccorso del -25,7%, una riduzione dal 2019 al 2021 di n. -135.085 accessi.

Tabella 1.30 Flusso EMUR-PS Numero Accessi Pronto Soccorso per Ospedale e Anno accesso, Media e delta di variazione 2019-2021

Struttura Ospedaliera	2019	2020	2021	Media	Δ 2019 su 2021	% Δ 2019 su 2021
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV1 - STABILIMENTO DI URBINO	23.475	15.820	18.247	19180,7	-5228	-22,27%
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV1 - STABILIMENTO DI PERGOLA	6.061	3.864	4.437	4787,3	-1624	-26,79%
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2 - STABILIMENTO DI SENIGALLIA	30.731	20.314	22.640	24561,7	-8091	-26,33%
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2 - STABILIMENTO DI JESI	33.022	23.275	24.160	26819,0	-8862	-26,84%
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2 - STABILIMENTO DI FABRIANO	29.043	21.186	24.611	24946,7	-4432	-15,26%
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3 - STABILIMENTO DI CIVITANOVA	27.489	16.517	20.071	21359,0	-7418	-26,99%
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3 - STABILIMENTO DI MACERATA	40.427	27.583	27.611	31873,7	-12816	-31,70%
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3 - STABILIMENTO DI CAMERINO	10.340	5.874	6.018	7410,7	-4322	-41,80%
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3 - STABILIMENTO DI S. SEVERINO M.	10.378	7.436	8.804	8872,7	-1574	-15,17%
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4 - STABILIMENTO DI FERMO	40.710	27.000	27.997	31902,3	-12713	-31,23%
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4 - STABILIMENTO DI AMANDOLA	4.163	3.176	3.383	3574,0	-780	-18,74%
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5 - STABILIMENTO DI S. BENEDETTO	38.715	22.092	28.518	29775,0	-10197	-26,34%
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5 - STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO	30.442	23.456	24.674	26190,7	-5768	-18,95%
A.O. OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD - STABILIMENTO DI PESARO	46.605	26.693	29.084	34127,3	-17521	-37,59%
A.O. OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD - STABILIMENTO DI FANO	45.016	32.448	36.400	37954,7	-8616	-19,14%
AOU OSPEDALI RIUNITI - ANCONA - STAB. UMBERTO I° - G.M. LANCISI	58.893	40.997	46.279	48723,0	-12614	-21,42%
AOU OSPEDALI RIUNITI - ANCONA - STAB. G. SALES	31723	20.098	21776	24532,3	-9947	-31,36%
OSPEDALI INRCA MARCHE - STABILIMENTO INRCA DI OSIMO	17574	12.591	15012	15059,0	-2562	-14,58%
<b>Totale Strutture</b>	<b>524807</b>	<b>350420</b>	<b>389722</b>	<b>421649,7</b>	<b>-135085</b>	<b>-25,74%</b>

La distribuzione degli accessi al Pronto Soccorso per codice di Triage (1-Rosso: Emergenza, 2-Arancione: Urgenza, 3-Azzurro: Differibile, 4-Verde: Urgenza Minore, 5-Bianco: Non urgente) sul totale degli accessi nel 2021 complessivamente n. 389.574 rileva la seguente ripartizione: n. 196.070 accessi il 50,3% risultano essere codice verde (urgenza minore), nel 27,8% codice azzurro (urgenza differibile) n. 108.247 accessi, nel 13,8%

codice Arancione (urgenza) con n. 53.678 accessi, nel 4,7% codice bianco (non urgenza) n. 18.333 accessi e nel 3,4% degli accessi è codice rosso (emergenza) con n. 13.185.

Tabella 1.31 Flusso EMUR-PS Distribuzione del numero di accessi al PS in funzione del codice Triage di Accesso, anno 2021

Struttura Erogante	1-Rosso EMERGENZA	2-Arancione URGENZA	3-Azzurro URGENZA DIFFERIBILE	4-Verde URGENZA MINORE	5-Bianco NON URGENZA	N-Nero Deceduto	X-non eseguito	Totale
STABILIMENTO DI URBINO	790	4358	5398	7557	139			18242
STABILIMENTO DI PERGOLA	9	160	549	3650	64		5	4437
STABILIMENTO DI SENIGALLIA	390	2710	6581	12203	750	2		22636
STABILIMENTO DI JESI	729	1680	6670	14454	611	2		24146
STABILIMENTO DI FABRIANO	166	3817	6921	13224	479	1		24608
STABILIMENTO DI CIVITANOVA	516	1934	7428	9905	275			20058
STABILIMENTO DI MACERATA	2424	4140	10868	9940	219	1		27592
STABILIMENTO DI CAMERINO	93	673	2039	3024	183	3		6015
STABILIMENTO DI S. SEVERINO M.	27	362	1850	6240	324			8803
STABILIMENTO DI FERMO	811	2917	8038	14882	1295	3	30	27976
STABILIMENTO DI AMANDOLA	7	70	293	2857	147		9	3383
STABILIMENTO DI S. BENEDETTO	894	3803	9437	13908	461	3		28506
STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO	682	3845	9484	10201	451			24663
STABILIMENTO DI PESARO	1623	7372	4320	13163	2601			29079
STABILIMENTO DI FANO	1899	6907	6378	19357	1837			36378
STAB. UMBERTO I° - G.M. LANCISI	1955	6396	13585	18758	5574	1		46269
STABILIMENTO G. SALES	67	2130	5688	12557	1332			21774
STABILIMENTO INRCA DI OSIMO	103	404	2720	10190	1591	1		15009
<b>Totale</b>	<b>13185</b>	<b>53678</b>	<b>108247</b>	<b>196070</b>	<b>18333</b>	<b>17</b>	<b>44</b>	<b>389574</b>
<b>% sul Totale</b>	<b>3,4%</b>	<b>13,8%</b>	<b>27,8%</b>	<b>50,3%</b>	<b>4,7%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

L'indicatore misura la percentuale degli accessi in pronto soccorso a cui è stato assegnato il codice priorità n. 2 al triage (arancione) e la visita è stata erogata entro 30 minuti. Nella Regione Marche nel 2021, la visita con triage codice n. 2 è stata erogata entro 30 minuti nel 64,86%. Gli stabilimenti Ospedalieri di Macerata, Urbino, Jesi, Senigallia, Ascoli Piceno e Civitanova risultano avere performance di visita entro 30 minuti sotto il 46% degli accessi con codice Arancione.

Tabella 1.32 Flusso EMUR-PS, % accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 (ARANCIONE) visitati entro 30 minuti, 2021

Struttura Erogante	Numeratore	Denominatore	%
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV1 - STABILIMENTO DI URBINO	1.750	4.358	40,2%
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV1 - STABILIMENTO DI PERGOLA	148	160	92,5%
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2 - STABILIMENTO DI SENIGALLIA	1.211	2.700	44,9%
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2 - STABILIMENTO DI JESI	679	1.674	40,6%
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2 - STABILIMENTO DI FABRIANO	2.890	3.814	75,8%
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3 - STABILIMENTO DI CIVITANOVA	871	1.918	45,4%
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3 - STABILIMENTO DI MACERATA	1.122	4.084	27,5%
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3 - STABILIMENTO DI CAMERINO	567	672	84,4%
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3 - STABILIMENTO DI S. SEVERINO M.	323	360	89,7%
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4 - STABILIMENTO DI FERMO	2.674	2.895	92,4%
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4 - STABILIMENTO DI AMANDOLA	70	70	100,0%
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5 - STABILIMENTO DI S. BENEDETTO	2.217	3.790	58,5%
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5 - STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO	1.718	3.817	45,0%
A.O. OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD - STABILIMENTO DI PESARO	4.999	7.326	68,2%
A.O. OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD - STABILIMENTO DI FANO	5.885	6.825	86,2%
A.O.U. OSPEDALI RIUNITI - ANCONA - STABILIMENTO UMBERTO I° - G.M. LANCISI	5.170	6.373	81,1%
A.O.U. OSPEDALI RIUNITI - ANCONA - STABILIMENTO G. SALES	1.932	2.127	90,8%
OSPEDALI INRCA MARCHE - STABILIMENTO INRCA DI OSIMO	388	404	96,0%
<b>Totale Strutture</b>	<b>34.614</b>	<b>53.367</b>	<b>64,86%</b>



Nella comparazione con il 2019 i tempi di visita in codice 2 entro 30 minuti hanno un andamento di miglioramento uniforme al territorio regionale (ad esclusione dello stabilimento di Urbino e AOU Riuniti Stabilimento Umberto 1°), si rileva un miglioramento del 34% dal 2019 al 2021 (da 48,26% a 64,86%).

Tabella 1.33 Flusso EMUR-PS, % accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 (ARANCIONE) visitati entro 30 minuti 2019-2021

Struttura Erogante	2019	2020	2021
STABILIMENTO DI URBINO	43,5%	43,8%	40,2%
STABILIMENTO DI PERGOLA	90,6%	92,4%	92,5%
STABILIMENTO DI SENIGALLIA	33,8%	39,2%	44,9%
STABILIMENTO DI JESI	43,3%	40,3%	40,6%
STABILIMENTO DI FABRIANO	82,8%	74,8%	75,8%
STABILIMENTO DI CIVITANOVA	28,8%	34,0%	45,4%
STABILIMENTO DI MACERATA	26,7%	30,1%	27,5%
STABILIMENTO DI CAMERINO	79,1%	77,7%	84,4%
STABILIMENTO DI S. SEVERINO M.	79,1%	85,5%	89,7%
STABILIMENTO DI FERMO	29,0%	72,1%	92,4%
STABILIMENTO DI AMANDOLA	92,3%	96,0%	100,0%
STABILIMENTO DI S. BENEDETTO	48,3%	46,8%	58,5%
STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO	40,8%	37,5%	45,0%
AO MARCHE NORD - STABILIMENTO DI PESARO	45,7%	74,5%	68,2%
AO MARCHE NORD - STABILIMENTO DI FANO	38,7%	84,1%	86,2%
AOU OSPEDALI RIUNITI - STAB. UMBERTO I° - G.M. LANCISI	86,1%	84,3%	81,1%
AOU OSPEDALI RIUNITI - STAB. G. SALES	89,0%	89,9%	90,8%
OSPEDALI INRCA MARCHE - STABILIMENTO INRCA DI OSIMO	85,2%	85,9%	96,0%
<b>Totale Strutture</b>	<b>48,26%</b>	<b>57,84%</b>	<b>64,86%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

### Flusso Emur 118:

Il flusso informativo di Emur-118 rappresenta l'evento "chiamata" alla Centrale Operativa presente nel territorio regionale e la successiva missione sul luogo dell'evento. La distribuzione per mese di segnalazione "inizio chiamata telefonica" con distribuzione per centrale Operativa rileva:

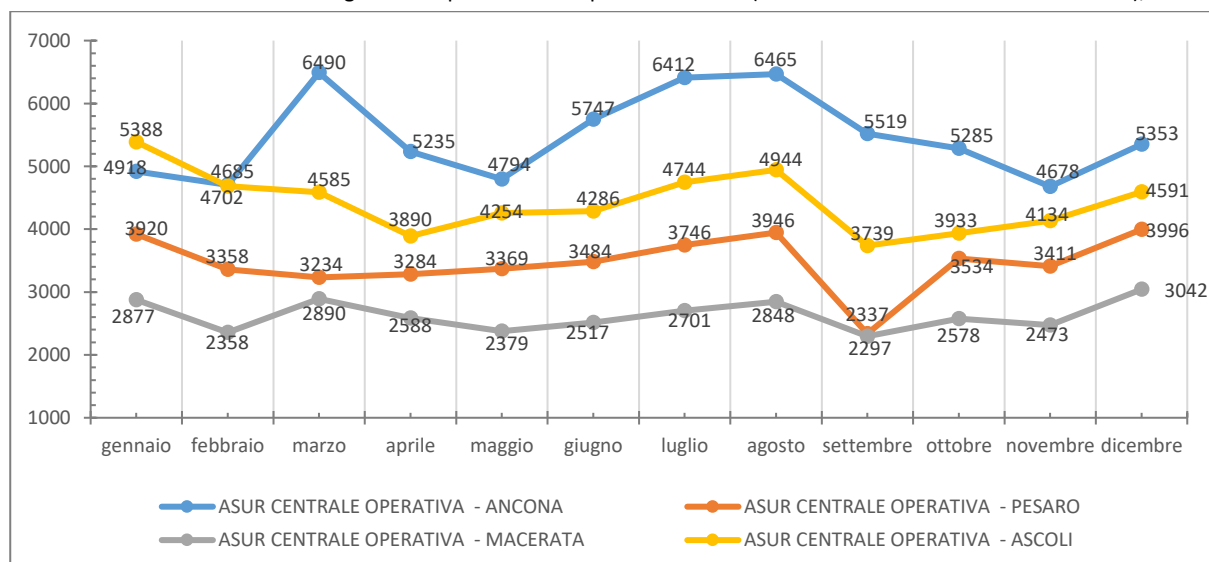
Centrale Operativa Ancona: media 5466 chiamate/mese, fase di espansione chiamata Marzo e giugno-agosto

Centrale Operativa di Pesaro: media di 3468 chiamate/mese, espansione dicembre/gennaio e Luglio/Agosto

Centrale Operativa Macerata: media di 2629 chiamate/mese, espansione dicembre/gennaio e luglio/Agosto

Centrale Operativa di Ascoli: media di 4431 chiamate/mese, espansione Dicembre/Marzo e Giugno/Agosto.

Grafico 1.19 Flusso EMUR-118 Segnalazioni per Centrale Operativa e mese (data di inizio della chiamata telefonica), anno 2021



La tipologia di Missione con distribuzione per Mezzo di soccorso rileva la seguente frequenza di utilizzo: nel 41% degli interventi (57.132 missioni) il mezzo di soccorso di base, nel 20,2% (28.116 missioni) mezzo di soccorso avanzato (medico e infermiere) e nel 9% degli interventi (12.507 missioni) mezzo di soccorso avanzato (infermiere).

Tabella 1.34 Flusso EMUR-118 Nr. Missioni per Mezzo di soccorso e Centrale Operativa, anno 2021

Mezzo di soccorso	CENTRALE OPERATIVA ANCONA	CENTRALE OPERATIVA PESARO	CENTRALE OPERATIVA MACERATA	CENTRALE OPERATIVA ASCOLI	Totale	% Mezzo Soccorso
10-idroambulanza – Soccorritore		3			3	0,0%
14-elicottero	290	170	69	86	615	0,4%
15-altro	31733	1887	124	144	33888	24,3%
1-mezzo di soccorso di base - Soccorritore	13158	4358	14860	24756	57132	41,0%
2-mezzo di soccorso avanzato – Infermiere	773	8734	1676	1324	12507	9,0%
3-mezzo di soccorso avanzato – Medico	92	17	26	860	995	0,7%
4-mezzo di soccorso avanzato – Medico e Infermiere	2100	15615	5639	4762	28116	20,2%
5-auto - Infermiere	2	4	1	135	142	0,1%
6-auto - Medico	790	1	35	212	1038	0,7%
7-auto – Medico e Infermiere	1539	1	2024	1251	4815	3,5%
<b>Totale</b>	<b>50477</b>	<b>30790</b>	<b>24454</b>	<b>33530</b>	<b>139251</b>	<b>100,0%</b>
<b>% sul totale</b>	<b>36,2%</b>	<b>22,1%</b>	<b>17,6%</b>	<b>24,1%</b>	<b>100,0%</b>	

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

## Ospedalizzazione:

### Tasso di ospedalizzazione (2018 – 2020)

La Regione Marche presenta un tasso di ospedalizzazione superiore al valore nazionale. La tendenza è in riduzione passando da 147 nel 2018 a 116,9 nel 2020.

Tabella 1.35 Tasso Ospedalizzazione, distribuzione per “Acuti”, “Post-Acuti”, anni 2018-2020 Regione Marche

Tasso di ospedalizzazione	2018	2019	2020						Totale		
	TOT	TOT	Acuti			Post - Acuti			TOT	TOT DO	TOT DH
			ACUTI TOT	ACUTI DO	ACUTI DH	POST ACUTI TOT	POST ACUTI DO	POST ACUTI DH			
VALLE D'AOSTA	164,0	163,5	118,7	95,4	23,3	6,8	6,7	0,1	125,5	102,1	23,4
LIGURIA	161,7	164,7	117,2	88,6	28,7	8,2	7,8	0,3	125,4	96,4	29,0
PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	150,0	147,9	113,3	92,7	20,6	8,4	8,2	0,3	121,7	100,9	20,9
EMILIA-ROMAGNA	146,1	145,2	112,0	93,4	18,6	8,0	7,7	0,3	120,0	101,1	18,9
FRIULI-VENEZIA GIULIA	140,0	141,2	114,7	93,1	21,6	3,2	3,0	0,1	117,9	96,2	21,7
UMBRIA	148,5	147,9	112,4	91,2	21,3	5,4	5,0	0,3	117,8	96,2	21,6
ABRUZZO	150,2	145,0	111,7	88,4	23,4	6,0	5,9	0,1	117,7	94,3	23,5
SARDEGNA	152,0	149,1	113,9	81,5	32,4	3,1	2,8	0,2	116,9	84,3	32,6
<b>MARCHE</b>	<b>147,0</b>	<b>146,9</b>	<b>111,9</b>	<b>85,9</b>	<b>26,0</b>	<b>5,0</b>	<b>4,9</b>	<b>0,1</b>	<b>116,9</b>	<b>90,8</b>	<b>26,1</b>
PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	142,8	141,6	108,1	79,6	28,5	7,5	6,8	0,7	115,6	86,4	29,2
LAZIO	137,4	132,6	107,4	77,5	29,9	5,3	4,7	0,6	112,7	82,2	30,5
TOSCANA	134,0	135,8	108,2	84,2	24,0	2,7	2,5	0,2	110,8	86,7	24,1
MOLISE	146,1	144,5	106,8	82,3	24,5	3,6	3,5	0,1	110,4	85,8	24,6
VENETO	127,3	128,5	102,6	84,9	17,7	5,5	5,0	0,5	108,1	89,9	18,2
PIEMONTE	134,4	136,5	100,1	79,9	20,2	8,0	7,6	0,4	108,1	87,4	20,6
<b>ITALIA</b>	<b>134,7</b>	<b>133,9</b>	<b>100,8</b>	<b>80,3</b>	<b>20,5</b>	<b>5,4</b>	<b>5,0</b>	<b>0,3</b>	<b>106,1</b>	<b>85,3</b>	<b>20,8</b>
CAMPANIA	147,5	141,6	101,3	72,8	28,5	3,1	2,7	0,4	104,4	75,5	28,9
BASILICATA	136,4	134,6	94,1	74,7	19,4	4,1	4,0	0,1	98,2	78,7	19,5
LOMBARDIA	123,7	123,3	90,0	75,7	14,2	6,5	6,4	0,1	96,5	82,1	14,4
SICILIA	117,4	119,3	89,5	73,7	15,8	4,3	3,9	0,5	93,9	77,6	16,3
PUGLIA	124,7	122,6	88,4	80,8	7,6	3,9	3,8	0,1	92,3	84,6	7,7
CALABRIA	127,9	131,7	86,8	68,4	18,4	4,6	4,3	0,4	91,4	72,7	18,8

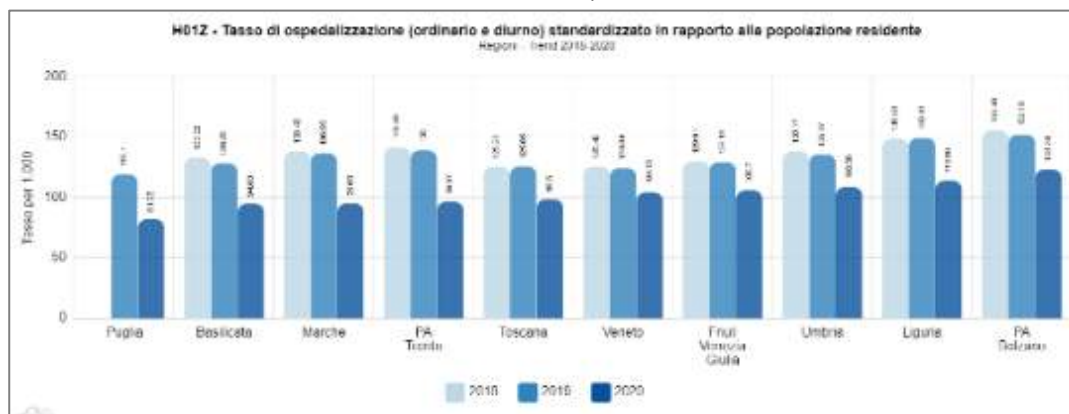
Fonte: Flussi informativi Sanitari e Monitoraggio SSR – Elaborazione Agenas

La Regione Marche presenta un tasso di ospedalizzazione superiore al valore nazionale per tutte le fasce di età, tranne che per la fascia 0-14 anni il cui tasso risulta essere inferiore.

### Indicatore Performance Sant'Anna

La riduzione del -33% riscontrata dal 2019 al 2020 è conforme alla riduzione riscontrata nelle altre regioni monitorate dal progetto "Sant'Anna Performance".

Gráfico 1.20 Sant'Anna Performance anno 2020 – Tasso Ospedalizzazione Ordinario e diurno



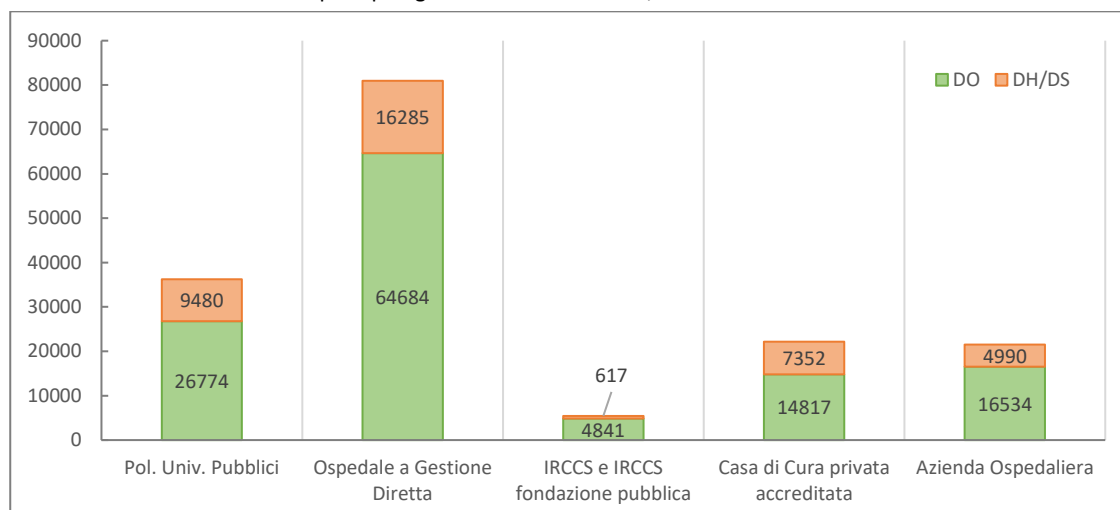
La Regione Marche presenta un tasso di ospedalizzazione superiore al valore nazionale per tutte le fasce di età, tranne che per la fascia 0-14 anni il cui tasso risulta essere inferiore.

Tabella 1.36 Tasso Ospedalizzazione con distribuzione per fasce di età, comparazione regionale anno 2020

Tasso di ospedalizzazione per fascia d'età	DA 0 A 14 ANNI	DA 15 A 44 ANNI	DA 45 A 64 ANNI	DA 65 A 74 ANNI	DA 75 OLTRE
PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	75,28	78,86	95,18	195,82	357,21
VALLE D'AOSTA	57,08	71,18	93,18	214,40	331,12
EMILIA-ROMAGNA	56,59	70,44	90,47	180,10	325,14
PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	51,74	70,68	95,84	195,71	301,90
FRIULI-VENEZIA GIULIA	62,48	70,88	86,90	173,90	285,75
VENETO	52,80	66,79	84,47	173,31	280,21
SARDEGNA	59,54	72,63	96,81	180,88	277,10
UMBRIA	65,74	70,24	93,01	178,51	273,34
<b>MARCHE</b>	<b>60,24</b>	<b>71,38</b>	<b>94,52</b>	<b>183,77</b>	<b>270,02</b>
TOSCANA	63,46	66,06	83,23	166,05	269,55
ABRUZZO	84,10	72,43	95,79	179,92	265,69
LIGURIA	82,40	77,34	93,51	176,16	264,31
LAZIO	88,89	72,39	90,20	178,38	259,35
ITALIA	62,97	67,04	85,34	169,16	256,80
LOMBARDIA	50,70	62,83	74,03	156,37	244,99
PIEMONTE	64,84	66,19	84,92	167,93	240,9
CAMPANIA	65,51	69,49	97,32	190,08	237,11
BASILICATA	60,73	58,82	81,62	158,13	233,15
MOLISE	66,28	67,88	94,32	180,90	228,59
PUGLIA	65,65	58,63	75,08	147,56	218,77
SICILIA	56,37	64,84	81,37	154,08	211,89
CALABRIA	67,21	61,07	78,32	147,49	197,19

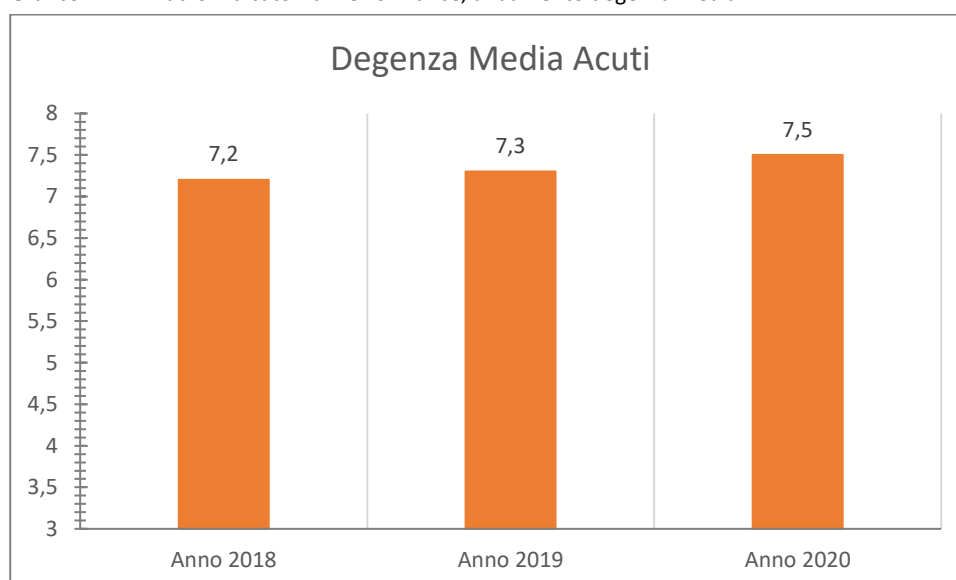
Fonte: Flussi informativi Sanitari e Monitoraggio SSR – Elaborazione Agenas

Grafico 1.21 Analisi Dimissioni per tipologia di struttura "Acuzia", anno 2020



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

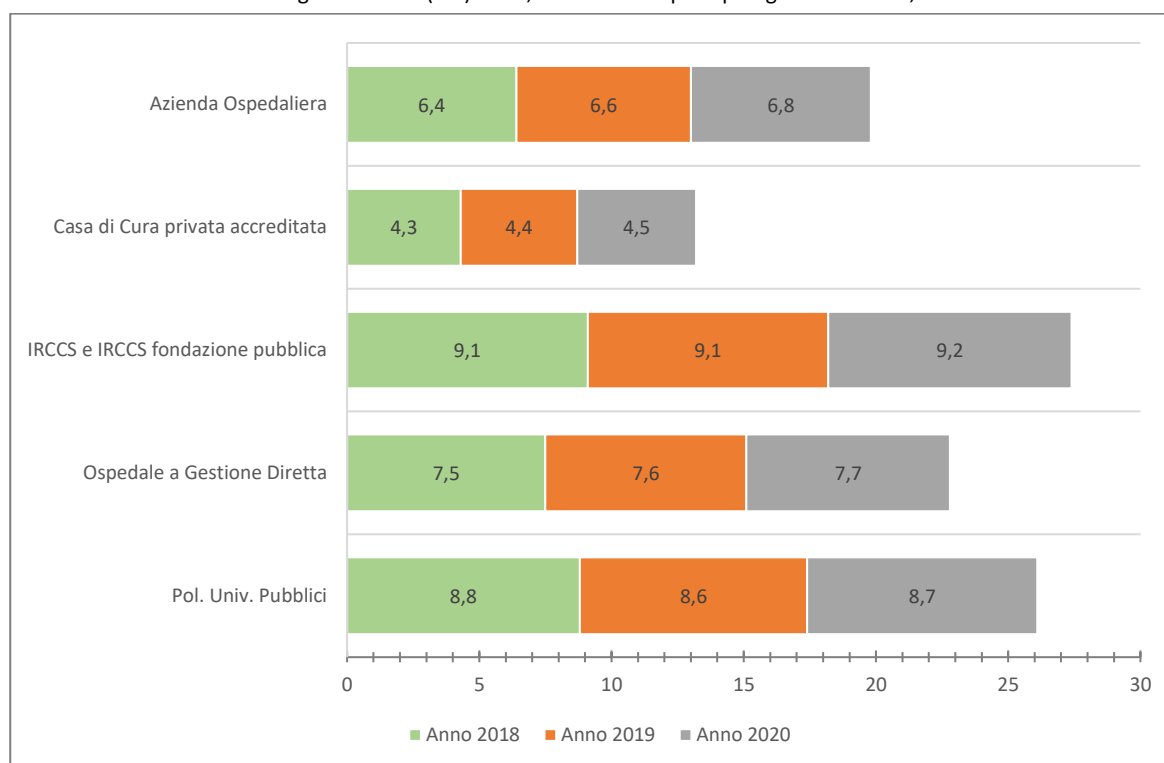
Grafico 1.22 Macro indicatori di Performance, andamento degenza media



Fonte: Flussi informativi Sanitari e Monitoraggio SSR – Elaborazione Agenas

Dall'analisi della degenza media (DO -acuti) per tipologia di struttura si evidenzia un incremento delle giornate di degenza, tra il 2018 e il 2020, per tutte le tipologie di strutture tranne che per i Policlinici universitari pubblici che diminuiscono, anche se di poco, la degenza media (-0,1 giorni).

Grafico 1.23 Analisi trend degenza media (DO) Acuti, distribuzione per tipologia di struttura, anni 2018-2020



Fonte: Flussi informativi Sanitari e Monitoraggio SSR – Elaborazione Agenas

Nel triennio 2018-2020, un incremento nelle seguenti aree: salute mentale (+2,1), area critica (+0,9 giorni), area medica (+0,4). Si riscontra un lieve decremento nell'area chirurgica (-0,1), nell'area materno infantile (-0,1) e nell'area di medicina diagnostica e servizi (-0,2)

Rabella 1.37 Distribuzione Stabilimenti per tipologia di ricovero, posti letto e Tasso Ospedalizzazione, Regione Marche 2021

Area Vasta / Azienda	Descrizione	Ricoveri Totali	Ricoveri ORD.	DH	Posti Letto Totali	Posti Letto ORD.	Posti Letto DH	Tasso OSP. ORD.
Area Vasta 1 Pesaro	STABILIMENTO DI URBINO	7.116	6.195	921	252	228	24	0,50
	STABILIMENTO DI PERGOLA	844	806	38	68	59	9	0,47
	CASA DI CURA VILLA MONTEFELTRO	1.056	140	916	52	40	12	0,02
	CENTRO SANTO STEFANO - CAGLI	301	301	0	30	30	0	0,82
	<b>TOTALE</b>	<b>9.317</b>	<b>7.442</b>	<b>1.875</b>	<b>402</b>	<b>357</b>	<b>45</b>	<b>0,47</b>
Area Vasta 2 Ancona	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	8.338	6.330	2.008	345	316	29	0,41
	STABILIMENTO DI JESI	11.022	9.666	1.356	363	332	31	0,53
	STABILIMENTO DI FABRIANO	6.931	5.636	1.295	170	143	27	0,60
	STABILIMENTO DI CINGOLI	278	278	0	30	30	0	0,67
	CASA DI CURA VILLA SILVIA	554	554	0	32	32	0	1,23
	CASA DI CURA VILLA JOLANDA	133	133	0	15	15	0	0,83
	CASA DI CURA VILLA IGEA	5.520	3.985	1.535	82	62	20	0,49
	LABOR SPA CASA DI CURA "VILLA SERENA"	908	908	0	74	74	0	0,72
IST. DI RIAB. S. STEFANO - VILLA ADRIA	314	314	0	45	45	0	0,68	
<b>TOTALE</b>	<b>33.998</b>	<b>27.804</b>	<b>6.194</b>	<b>1.156</b>	<b>1.049</b>	<b>107</b>	<b>0,55</b>	
Area Vasta 3 Macerata	STABILIMENTO DI CIVITANOVA	8.548	6.497	2.051	273	249	24	0,54
	STABILIMENTO DI MACERATA	15.077	11.815	3.262	439	387	52	0,67
	STABILIMENTO DI CAMERINO	1.273	1.031	242	101	93	8	0,32
	STABILIMENTO DI S. SEVERINO M.	2.519	954	1.565	78	58	20	0,47
	CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION	6.692	4.742	1.950	119	103	16	0,71

	CASA DI CURA DOTT. MARCHETTI SRL	179	179	0	24	24	0	0,72
	CENTRO SANTO STEFANO - PORTO POTENZA	557	557	0	99	99	0	1,01
	<b>TOTALE</b>	<b>34.845</b>	<b>25.775</b>	<b>9.070</b>	<b>1.133</b>	<b>1.013</b>	<b>120</b>	<b>0,63</b>
Area Vasta 4 Fermo	STABILIMENTO DI FERMO	9.477	7.514	1.963	379	339	40	0,51
	STABILIMENTO DI AMANDOLA	381	381	0	21	18	3	0,88
	RITA SRL CASA DI CURA PRIVATA VILLVERDE	2.364	1.835	529	66	66	0	0,41
	<b>TOTALE</b>	<b>12.222</b>	<b>9.730</b>	<b>2.492</b>	<b>466</b>	<b>423</b>	<b>43</b>	<b>0,51</b>
Area Vasta 5 Ascoli	STABILIMENTO DI S. BENEDETTO	8.426	6.957	1.469	313	285	28	0,50
	STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO	10.130	7.752	2.378	293	266	27	0,63
	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'	321	321	0	35	35	0	0,94
	CASA DI CURA VILLA SAN MARCO	2.368	1.470	898	56	56	0	0,42
	CASA DI CURA VILLA ANNA SRL	3.796	3.081	715	96	86	10	0,67
	CASA DI CURA SAN BENEDETTO SPA	3.424	1.371	2.053	66	66	0	0,37
	CENTRO SANTO STEFANO - ASCOLI PICENO	309	309	0	34	34	0	0,89
<b>TOTALE</b>	<b>28.774</b>	<b>21.261</b>	<b>7.513</b>	<b>893</b>	<b>828</b>	<b>65</b>	<b>0,58</b>	
Az. Osp. Marche Nord	STABILIMENTO DI PESARO	12.000	9.723	2.277	348	292	56	0,64
	STABILIMENTO DI FANO	12.143	8.861	3.282	276	222	54	0,67
	<b>TOTALE</b>	<b>24.143</b>	<b>18.584</b>	<b>5.559</b>	<b>624</b>	<b>514</b>	<b>110</b>	<b>0,65</b>
Az. Osp. Ospedali Riuniti Ancona	STABILIMENTO UMBERTO I° - G.M. LANCISI	29.848	22.292	7.556	962	895	67	0,62
	STABILIMENTO G. SALESII	9.446	7.473	1.973	214	196	18	0,64
	<b>TOTALE</b>	<b>39.294</b>	<b>29.765</b>	<b>9.529</b>	<b>1.176</b>	<b>1.091</b>	<b>85</b>	<b>0,63</b>
INRCA	STABILIMENTO INRCA DI ANCONA	3.694	3.383	311	263	252	11	0,41
	STABILIMENTO INRCA DI FERMO	503	503	0	94	94	0	0,34
	STABILIMENTO INRCA DI OSIMO	1.902	1.605	297	83	72	11	0,51
	<b>TOTALE</b>	<b>6.099</b>	<b>5.491</b>	<b>608</b>	<b>440</b>	<b>418</b>	<b>22</b>	<b>0,41</b>
<b>Totale Anno</b>		<b>188.692</b>	<b>145.852</b>	<b>42.840</b>	<b>6.290</b>	<b>5.693</b>	<b>597</b>	<b>0,57</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

L'Ospedalizzazione della popolazione residente è risultata essere complessivamente nel 2021 di n.188.692 ricoveri, di cui Ricoveri Ordinari (RO) n.145.852 e Ricoveri Day-Hospital/Day-Surgery (DH/DS) di n.42.850. I posti letto risultano essere complessivamente al 31/12/2021 (per stabilimenti indicati) n. 6.290 di cui PL Ricoveri Ordinari n. 5.693 e PL Day-Hospital n. 597, con un Tasso di Ospedalizzazione Ordinaria di 0,57 su 1000.

Rabella 1.38 Distribuzione Stabilimenti per tipologia di ricovero, posti letto e Tasso Ospedalizzazione, Regione Marche 2021

Area Vasta / Azienda	Descrizione	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
Area Vasta 1 Pesaro	STABILIMENTO DI URBINO	9468	9653	7665	7116
	STABILIMENTO DI PERGOLA	1645	1231	833	844
	CASA DI CURA VILLA MONTEFELTRO	444	559	580	1056
	CENTRO SANTO STEFANO - CAGLI	303	343	264	301
	<b>Totale</b>	<b>11860</b>	<b>11786</b>	<b>9342</b>	<b>9317</b>
Area Vasta 2 Ancona	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	9897	10413	7646	8338
	STABILIMENTO DI JESI	12886	12779	10469	11022
	STABILIMENTO DI FABRIANO	7747	6833	5869	6931
	STABILIMENTO DI CINGOLI	278	235	200	278
	CASA DI CURA VILLA SILVIA	620	657	93	554
	CASA DI CURA VILLA JOLANDA	203	203	541	133
	CASA DI CURA VILLA IGEEA	5596	5577	128	5520
	LABOR SPA CASA DI CURA "VILLA SERENA"	859	818	5784	908
	IST. DI RIAB. S. STEFANO - VILLA ADRIA	367	330	1212	314
<b>Totale</b>	<b>38453</b>	<b>37845</b>	<b>31942</b>	<b>33998</b>	
Area Vasta 3 Macerata	STABILIMENTO DI CIVITANOVA	8981	8927	6409	8548
	STABILIMENTO DI MACERATA	16316	16186	15854	15077
	STABILIMENTO DI CAMERINO	2847	2942	1852	1273
	STABILIMENTO DI S. SEVERINO M.	2953	2987	2451	2519
	CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION	7922	7208	6322	6692

	CASA DI CURA DOTT. MARCHETTI SRL	242	231	173	179
	CENTRO SANTO STEFANO - PORTO POTENZA	641	677	591	557
	<b>Totale</b>	<b>39902</b>	<b>39158</b>	<b>33652</b>	<b>34845</b>
Area Vasta 4 Fermo	STABILIMENTO DI FERMO	13204	13014	10254	9477
	STABILIMENTO DI AMANDOLA	443	452	431	381
	RITA SRL CASA DI CURA PRIVATA VILLAVERDE	2702	2581	2347	2364
	<b>Totale</b>	<b>16349</b>	<b>16047</b>	<b>13032</b>	<b>12222</b>
Area Vasta 5 Ascoli	STABILIMENTO DI S. BENEDETTO	10579	10452	6706	8426
	STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO	12418	12042	10896	10130
	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'	425	413	332	321
	CASA DI CURA VILLA SAN MARCO	2477	2485	2280	2368
	CASA DI CURA VILLA ANNA SRL	4164	3979	3532	3796
	CASA DI CURA SAN BENEDETTO SPA	3271	3471	2873	3424
	CENTRO SANTO STEFANO - ASCOLI PICENO	341	366	313	309
	<b>Totale</b>	<b>33675</b>	<b>33208</b>	<b>26932</b>	<b>28774</b>
Az. Osp. Marche Nord	STABILIMENTO DI PESARO	17286	16725	11261	12000
	STABILIMENTO DI FANO	14581	14246	11480	12143
	<b>Totale</b>	<b>31867</b>	<b>30971</b>	<b>22741</b>	<b>24143</b>
Az. Osp. Ospedali Riuniti Ancona	STABILIMENTO UMBERTO I° - G.M. LANCISI	35023	35294	28798	29848
	STABILIMENTO G. SALESI	13003	12243	9053	9446
	<b>Totale</b>	<b>48026</b>	<b>47537</b>	<b>37851</b>	<b>39294</b>
INRCA	STABILIMENTO INRCA DI ANCONA	5405	5534	3862	3694
	STABILIMENTO INRCA DI FERMO	816	885	439	503
	STABILIMENTO INRCA DI OSIMO	2517	2434	1832	1902
	<b>Totale</b>	<b>8738</b>	<b>8853</b>	<b>6133</b>	<b>6099</b>
<b>Totale Anno</b>		<b>228870</b>	<b>225405</b>	<b>181625</b>	<b>188692</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

**Sintesi Distribuzione Malattie Croniche non Trasmissibili:** Nella Regione Marche il 41,5% ha dichiarato di soffrire di almeno n.1 Malattia Cronica non Trasmissibile (MCNT), nella comparazione con la media italiana +0,6 punti percentuali (Italia: 40,9%), la prevalenza risulta essere maggiore all'aumentare dell'età e raggiunge il 60,4% negli over 64enni (60,9% in Italia).

Una distribuzione per punti caratterizzanti le Malattie Croniche non Trasmissibili:

- Il sesso femminile ha una prevalenza maggiore, le donne residenti con una malattia cronica o più sono il 43,6% rispetto al 38,1% dei residenti di sesso Maschile;
- tra la popolazione complessiva le MCNT di più frequente riscontro sono: il diabete 5,8%; l'ipertensione 18,3%; bronchite cronica/asma bronchiale 6,7%; artrosi/artrite 16,7%; osteoporosi 8,2%; malattie del cuore 4,8%; disturbi nervosi 4,8%;
- Le Neoplasie Maligne nel quadriennio 2016-2019 (fonte: PASSI) rilevano una prevalenza nella classe di età 18-64 anni del 3,9% (valore in linea con la media italiana);
- Le Neoplasie Maligne nella classe di età >=65 anni (Fonte: PASSI d'Argento) rilevano una prevalenza del 13,2% (la media italiana del 12,8%);
- Nel 2018 tra le persone che vivono in casa e che soffrono di almeno n.3 Patologie Croniche: il 17% dichiara di "avere limitazioni a svolgere le normali attività della vita quotidiana";
- La condizione di cronicità non si distribuisce equamente tra la popolazione (così come avviene in Italia), ma è più frequente nella popolazione che ha una condizione socio-economica di svantaggio;

## Analisi Personale estrazione Flusso dati Regione Marche

L'analisi sul personale afferente agli Enti/Aziende del Servizio Sanitario Regionale, con la distribuzione per tipologia di figura professionale rilevata e con rilevazione al 31/12/2021, individua nella Regione Marche complessivamente n. 23.323 professionisti dipendenti SSR, di cui il 67,3% personale dipendente ASUR

(afferre alle AAVV) n. 14.354, il 18% AOU Riuniti Ancona (n. 3.835), il 10% AO Riuniti Marche Nord (n. 2.131) e il 4,7% INRCA (n. 1.003).

Tabella 1.39 Personale in servizio al 31/12/2021 per Ente/Azienda, comparazione per Numero di Dipendenti e %, Regione Marche

Descrizione_Azienda	Indicatore	ASUR	AZ.OSP. MARCHE NORD	AZ.OSP. OSPEDALI RIUNITI	INRCA MARCHE	TOTALE
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	N	1930	380	675	143	3128
	%	61,7%	12,1%	21,6%	4,6%	100,0%
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI CON INCARICO STRUTTURA COMPLESSA	N	193	22	27	20	262
	%	73,7%	8,4%	10,3%	7,6%	100,0%
ALTRI DIRIGENTI RUOLO SANITARIO	N	333	42	71	35	481
	%	69,2%	8,7%	14,8%	7,3%	100,0%
ALTRI DIRIGENTI RUOLO SANITARIO CON INCARICO STRUTTURA COMPLESSA	N	12	2	2	0	16
	%	75,0%	12,5%	12,5%	0,0%	100,0%
DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE, TECNICO E AMMINISTRATIVO	N	88	9	6	11	114
	%	77,2%	7,9%	5,3%	9,6%	100,0%
DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE, TECNICO E AMMINISTRATIVO CON INCARICO STRUT. COMPLESSA	N	36	7	10	6	59
	%	61,0%	11,9%	16,9%	10,2%	100,0%
CAT - A	N	242	86	273	1	602
	%	40,2%	14,3%	45,3%	0,2%	100,0%
CAT - B	N	793	67	163	55	1078
	%	73,6%	6,2%	15,1%	5,1%	100,0%
CAT - BS	N	2029	181	246	123	2579
	%	78,7%	7,0%	9,5%	4,8%	100,0%
CAT - C	N	702	77	125	29	933
	%	75,2%	8,3%	13,4%	3,1%	100,0%
CAT - D	N	7756	1239	2208	565	11768
	%	65,9%	10,5%	18,8%	4,8%	100,0%
CAT - DS	N	231	19	29	15	294
	%	78,6%	6,5%	9,9%	5,1%	100,0%
ALTRO PERSONALE	N	9			0	9
	%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
TOTALE	N	14354	2131	3835	1003	21323
	%	67,3%	10,0%	18,0%	4,7%	100,0%
DI CUI PERSONALE INFERMIERISTICO	N	6093	1032	1772	399	9296
	%	65,5%	11,1%	19,1%	4,3%	100,0%

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

L'analisi effettuata sul personale Medico a tempo indeterminato presente nella regione Marche con distribuzione per "Descrizione Disciplina" rileva complessivamente un pensionamento dal 2022 al 2025 del 10,2% equivalente a n.313 medici a Tempo Indeterminato.

Tabella 1.40 Personale in servizio al 31/12/2021 Ente ASUR, Profilo Dirigenti Medici Tempo Indeterminato, previsione uscita al 2025

Azienda/Ente	Descrizione Disciplina	Personale in servizio al 31 12 2021	Previsione USCITA 2022-2025	
			Numero Uscite	% sul totale
ASUR	NON SPECIFICATA	3	0	0,0%
ASUR	ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA	6	1	16,7%
ASUR	ANATOMIA PATOLOGICA	16	1	6,3%
ASUR	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	160	13	8,1%
ASUR	CARDIOLOGIA	94	13	13,8%
ASUR	CHIRURGIA GENERALE	99	7	7,1%
ASUR	CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	1	0	0,0%
ASUR	CHIRURGIA VASCOLARE	1	0	0,0%
ASUR	DERMATOLOGIA E VENEROLOGIA	13	1	7,7%
ASUR	DIREZ. MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	22	5	22,7%
ASUR	EMATOLOGIA	13	2	15,4%
ASUR	ENDOCRINOLOGIA	3	1	33,3%
ASUR	EPIDEMIOLOGIA	1	0	0,0%
ASUR	FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA	10	4	40,0%



ASUR	GASTROENTEROLOGIA	28	0	0,0%
ASUR	GERIATRIA	12	0	0,0%
ASUR	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	96	11	11,5%
ASUR	IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	9	3	33,3%
ASUR	IGIENE EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA	57	9	15,8%
ASUR	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	19	2	10,5%
ASUR	MALATTIE INFETTIVE	14	1	7,1%
ASUR	MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA	21	2	9,5%
ASUR	MEDICINA DELLO SPORT	3	2	66,7%
ASUR	MEDICINA E CHIR.D'ACCETTAZIONE E URGENZA	160	31	19,4%
ASUR	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	42	7	16,7%
ASUR	MEDICINA INTERNA	136	11	8,1%
ASUR	MEDICINA LAV. SICUREZZA AMBIENTI LAVORO	28	2	7,1%
ASUR	MEDICINA LEGALE	42	8	19,0%
ASUR	MEDICINA NUCLEARE	13	0	0,0%
ASUR	MEDICINA TRASFUSIONALE	29	8	27,6%
ASUR	NEFROLOGIA	53	7	13,2%
ASUR	NEUROLOGIA	36	4	11,1%
ASUR	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	18	4	22,2%
ASUR	ODONTOIATRIA	9	3	33,3%
ASUR	OFTALMOLOGIA	35	1	2,9%
ASUR	ONCOLOGIA	56	3	5,4%
ASUR	ORGANIZZAZ. DEI SERV. SANITARI DI BASE	55	19	34,5%
ASUR	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	67	3	4,5%
ASUR	OTORINOLARINGOIATRIA	39	1	2,6%
ASUR	PATOLOGIA CLINICA (LAB.AN.CHIM.CL.MICR.)	14	3	21,4%
ASUR	PEDIATRIA	61	5	8,2%
ASUR	PSICHIATRIA	142	16	11,3%
ASUR	RADIODIAGNOSTICA	141	10	7,1%
ASUR	RADIOTERAPIA	8	1	12,5%
ASUR	REUMATOLOGIA	2	1	50,0%
ASUR	SANITA' ANIMALE	1	0	0,0%
ASUR	UROLOGIA	34	3	8,8%
<b>Totale Personale al 31/12/2021 e Previsione Uscite</b>		<b>1922</b>	<b>229</b>	<b>11,9%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Tabella 1.41 Personale in servizio al 31/12/21 Azienda AOU Riuniti Ancona, Profilo Dirigenti medici a T. Indeterminato, stima uscita 2025

Azienda/Ente	Descrizione Disciplina	Personale in servizio al 31/12/2021	Previsione USCITA 2022-2025	
			Numero Uscite	% sul totale
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	NON SPECIFICATA	3	1	33,3%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA	7	1	14,3%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	ANATOMIA PATOLOGICA	7	1	14,3%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	106	5	4,7%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	BIOCHIMICA CLINICA	2	0	0,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	CARDIOCHIRURGIA	15	1	6,7%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	CARDIOLOGIA	52	2	3,8%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	CHIRURGIA GENERALE	23	0	0,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	5	1	20,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	CHIRURGIA PEDIATRICA	7	0	0,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	10	1	10,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	CHIRURGIA TORACICA	7	1	14,3%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	CHIRURGIA VASCOLARE	13	1	7,7%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	DERMATOLOGIA E VENEROLOGIA	4	0	0,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	Dietetica	2	0	0,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	EMATOLOGIA	18	2	11,1%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	ENDOCRINOLOGIA	4	0	0,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	GASTROENTEROLOGIA	10	0	0,0%

OSPEDALI RIUNITI ANCONA	GENETICA MEDICA	1	0	0,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	GERIATRIA	1	0	0,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	19	0	0,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA	1	0	0,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	IGIENE EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA	8	2	25,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	3	0	0,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	MALATTIE INFETTIVE	12	3	25,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	MEDICINA E CHIR.D'ACCETTAZIONE E URGENZA	11	1	9,1%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	7	0	0,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	MEDICINA GENERALE	5	1	20,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	MEDICINA INTERNA	26	1	3,8%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	MEDICINA LAV. SICUREZZA AMBIENTI LAVORO	1	0	0,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	MEDICINA LEGALE	2	0	0,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	MEDICINA NUCLEARE	6	1	16,7%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	3	0	0,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	NEFROLOGIA	8	1	12,5%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	NEONATOLOGIA	1	0	0,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	NEUROCHIRURGIA	8	0	0,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	NEUROLOGIA	15	0	0,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	3	0	0,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	NEURORADIOLOGIA	1	0	0,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	1	1	100,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	OFTALMOLOGIA	5	0	0,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	ONCOLOGIA	14	3	21,4%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	22	1	4,5%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	OTORINOLARINGOIATRIA	7	0	0,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	PATOLOGIA CLINICA (LAB.AN.CHIM.CL.MICR.)	3	1	33,3%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	PEDIATRIA	50	4	8,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	PNEUMOLOGIA	1	0	0,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	PSICHIATRIA	9	0	0,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	41	3	7,3%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	Radiologia Diagnostica	4	1	25,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	RADIOTERAPIA	12	0	0,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	REUMATOLOGIA	1	0	0,0%
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	UROLOGIA	6	1	16,7%
<b>Totale Personale al 31/12/2021 e Previsione Uscite</b>		<b>615</b>	<b>44</b>	<b>7,2%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Tabella 1.42 Personale in servizio al 31/12/21 Azienda AO Marche Nord, Profilo Dirigenti medici a T. Indeterminato, stima uscita 2025

Azienda/Ente	Descrizione Disciplina	Personale in servizio al 31/12/2021	Stima USCITA 2022-2025	
			Numero Uscite	% sul totale
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA	2	0	0,0%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	ANATOMIA PATOLOGICA	9	2	22,2%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	37	0	0,0%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	CARDIOLOGIA	30	2	6,7%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	CHIRURGIA GENERALE	17	0	0,0%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	CHIRURGIA TORACICA	1	0	0,0%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	CHIRURGIA VASCOLARE	2	0	0,0%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	DERMATOLOGIA E VENEROLOGIA	3	0	0,0%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	DIABETOLOGIA	1	0	0,0%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	DIREZ. MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	6	1	16,7%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	EMATOLOGIA	13	2	15,4%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	ENDOCRINOLOGIA	3	0	0,0%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	GASTROENTEROLOGIA	10	0	0,0%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	GERIATRIA	9	0	0,0%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	21	4	19,0%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	Immunoematologia e serv. trasfusionale	1	0	0,0%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	8	1	12,5%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	MALATTIE INFETTIVE	7	0	0,0%

AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA	1	0	0,0%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	MEDICINA E CHIR.D'ACCETTAZIONE E URGENZA	29	2	6,9%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	4	0	0,0%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	MEDICINA INTERNA	19	0	0,0%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	MEDICINA LEGALE	2	0	0,0%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	MEDICINA NUCLEARE	5	1	20,0%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	MEDICINA TRASFUSIONALE	8	2	25,0%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	NEFROLOGIA	13	1	7,7%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	NEONATOLOGIA	2	0	0,0%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	NEUROCHIRURGIA	7	0	0,0%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	NEUROLOGIA	13	0	0,0%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2	0	0,0%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	NEURORADIOLOGIA	3	0	0,0%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	ODONTOIATRIA	1	1	100,0%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	OFTALMOLOGIA	7	1	14,3%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	ONCOLOGIA	14	1	7,1%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	16	2	12,5%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	OTORINOLARINGOIATRIA	10	1	10,0%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	PATOLOGIA CLINICA (LAB.AN.CHIM.CL.MICR.)	1	0	0,0%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	PEDIATRIA	5	0	0,0%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	28	2	7,1%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	RADIOTERAPIA	7	0	0,0%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	REUMATOLOGIA	2	0	0,0%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	UROLOGIA	9	0	0,0%
<b>Totale Personale al 31/12/2021 e Previsione Uscite</b>		<b>388</b>	<b>26</b>	<b>6,7%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Tabella 1.43 Personale in servizio al 31/12/21 INRCA, Profilo Dirigenti medici a Tempo Indeterminato, stima uscita 2025

Azienda/Ente	Descrizione Disciplina	Personale in servizio al 31/12/2021	Previsione USCITA 2022-2025	
			Numero Uscite	% sul totale
INRCA	ANESTESIA-RIANIMAZ.	12	2	16,7%
INRCA	CARDIOLOGIA	14	1	7,1%
INRCA	CHIR. TORACICA	1	0	0,0%
INRCA	CHIR. VASCOLARE	2	0	0,0%
INRCA	CHIRURGIA GENERALE	8	3	37,5%
INRCA	DERMATOLOGIA	4	1	25,0%
INRCA	EMATOLOGIA	1	1	100,0%
INRCA	FARMACOLOGIA CLINICA	1	0	0,0%
INRCA	GASTROENTEROLOGIA	7	1	14,3%
INRCA	GERIATRIA	22	0	0,0%
INRCA	MALATT. ENDOCRINE, ECC.	4	0	0,0%
INRCA	MALATTIE INFETTIVE	1	0	0,0%
INRCA	MEDICINA EMERGENZA URGENZA	1	0	0,0%
INRCA	MEDICINA LEGALE	1	0	0,0%
INRCA	MEDICINA NUCLEARE	1	0	0,0%
INRCA	NEFROLOGIA	2	1	50,0%
INRCA	NEUROLOGIA	7	0	0,0%
INRCA	NON SPECIFICATA	25	1	4,0%
INRCA	ONCOLOGIA	1	1	100,0%
INRCA	ORTOPEDIA-TRAUMAT.	2	0	0,0%
INRCA	RADIOLOGIA	14	0	0,0%
INRCA	RECUPERO E RIAB. FUNZ.LE	1	0	0,0%
INRCA	REUMATOLOGIA	2	2	100,0%
INRCA	UROLOGIA	5	0	0,0%
<b>Totale Personale al 31/12/2021 e Previsione Uscite</b>		<b>139</b>	<b>14</b>	<b>10,1%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

## Analisi Prestazioni erogate in specialistica ambulatoriale

L'analisi sul flusso della specialistica "il file C", con selezione delle prime 50 prestazioni inserite nel PNGLA (Piano Nazionale Governo delle Liste di Attesa), erogate nell'anno 2021, con distribuzione per Ente del SSR, indica una distribuzione dei volumi come indicato nella tabella specifica con dettaglio di prestazioni

Tabella 1.44 File C – Prime 50 Prestazioni oggetto di monitoraggio Tempi di Attesa per AV/ente di erogazione,

PRESTAZIONE	AV 1	AV 2	AV 3	AV 4	AV 5	MARCHE NORD	RIUNITI ANCONA	INRCA	TOTALE
89.52 - ELETTROCARDIOGRAMMA	4872	13880	16182	9016	20497	14741	7712	5982	92882
88.76.1 - ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	10327	16475	15834	6092	14902	3439	10654	3232	80955
88.73.1 - ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Bilaterale	17314	16811	9312	3927	7101	3910	9016		67391
87.37.1 - MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)	13006	14844	9300	4146	5780	2894	9150		59120
95.02 - PRIMA VISITA OCULISTICA.	8155	14098	14482	3644	9308	3180	2109	448	55424
89.7A.7 - PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA	5872	9470	9354	1816	2337	2305	4640	4789	40583
89.7B.8 - PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA	6152	7224	9233	2515	3312	4792	5526	111	38865
88.73.5 - ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	6830	8765	6854	1611	6216	1481	2055	2367	36179
87.03 - TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO. TC del cranio [sella turcica, orbite]. TC dell'encefalo	915	4841	7721	3774	8798	815	4881	2108	33853
88.72.3 - ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA	4447	4890	5981	764	3481	3215	8901	1033	32712
89.7A.3 - PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)	4831	7881	5906	1346	6596	1745	2742	1044	32091
88.71.4 - DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi	4867	6496	5696	1706	5152	1566	3138	2175	30796
89.7 - Visita ortopedica	567	4893	8230	5205	5682	2682	367	970	28596
88.01.6 - TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	1242	4853	4720	1335	5027	3416	5014	1665	27272
89.7B.7 - PRIMA VISITA ORTOPEDICA	5654	6046	4346	1378	3356	3259	2648	122	26809
89.13 - PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	4465	4123	4893	1500	4701	1851	3985	898	26416
88.78 - ECOGRAFIA OSTETRICA	1111	5669	4684	1650	2865	3954	5587		25520
88.77.4 - ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	2527	1489	6607	1237	6388	1572	1282	1489	22591
87.41.1 - TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA TORACE, SENZA/CON CONTRASTO	728	4046	4181	1138	3147	2573	4877	1290	21980
87.41 - TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE. TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	1972	3197	3828	1624	5939	2373	1409	1151	21493
45.23 - COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE.	1700	3022	2701	1748	3881	2838	1204	1169	18263
89.26 - VISITA GINECOLOGICA	1108	6387	3242	1019	868	165	4839		17628
95.41.1 - ESAME AUDIOMETRICO TONALE	2675	2678	3791	1322	1711	2259	2386		16822
89.7B.2 - PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	3322	6153	2021	2402	1696	78	298	516	16486
89.7C.2 - PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA	1884	3035	3647	939	1282	2629	965	412	14793
89.26.1 - PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale e preconcezionale	2322	4056	3269	856	2727	771	285		14286
89.7 - Visita endocrinologica	1719	925	2216	1669	2052	2651	1245	855	13332
89.37.2 - SPIROMETRIA GLOBALE	238	1676	3531	385	546	1374	4041	1488	13279
89.50 - ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO. Dispositivi analogici (Holter)	2661	2301	1935	446	1793	1472	2070	598	13276
45.13 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	1499	2070	2412	1056	3456	788	899	928	13108
88.74.1 - ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	1342	3284	1689	1352	1972	725	1756	900	13020
89.7 - Visita cardiologia	2639	999	2242	938	4447	24	384	787	12460
89.7 - Visita otorinolaringoiatrica	1109	928	2900	1654	1543	830	329	83	9376
89.7B.9 - PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	1151	1733	1123		1033	656	1086	1850	8632
88.91.1 - RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	700	1284	919	257	3357	344	384	423	7668
89.37.1 - SPIROMETRIA SEMPLICE	282	1759	1241	154	1470	254	1002	733	6895
93.08.A - ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE	1562	864	1649	1511	463	199	521	16	6785
89.7 - Visita dermatologica	872	1731	2161	237	252	137	371	980	6741
88.91.2 - RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	767	865	1236	444	1348	827	758	454	6699
89.7 - Visita urologica	405	495	2399	968	1412	245	100	477	6501
89.7A.8 - PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale ed eventuale applicazione di microinfusore sottocute	348	491	637	604	453	962	2234	112	5841
87.03.1 - TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO. TC del cranio [sella turcica, orbite]. TC dell'encefalo	260	697	1128	468	1099	813	500	203	5168
88.01.5 - TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO. Non associabile ai codici 87. 71, 88. 01. 1 e 88. 01. 3	295	729	1255	320	1283	442	460	184	4968
89.7A.9 - PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	688	292	459	866	494	928	726	475	4928
88.95.5 - RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO	169	1204	407	295	805	793	790	364	4827
93.08.B - ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE	862	601	1651	543	450	129	539	2	4777
89.7B.6 - PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento	212	660	742	562	504	1066	970	43	4759

Dall'analisi delle **1° visite Specialistiche** (le più frequenti e inserite nel monitoraggio PNGLA) si rileva una mobilità eccessiva secondo la seguente distribuzione:

- 1) Area Vasta n.3 risulta essere presente una mobilità eccessiva (intra-regionale) verso prestazioni erogate in altra Area Vasta per un totale del 25,1% (su 59.376 1° visite sono andate fuori area vasta di residenza n. 14.895).;
- 2) Area Vasta n.4 risulta avere un'eccessiva mobilità intra-regionale nelle 1° visite, su un totale di n. 18.203 sono andati fuori Area Vasta di residenza il 20,4% complessivamente n. 3.706;
- 3) Area Vasta n.2 risulta avere un'eccessiva mobilità intra-regionale nelle 1° visite erogate, su un totale di 103.649 prestazioni erogate il 15,6% sono state erogate fuori dall' Area Vasta di residenza (16.170)

Tabella 1.45 File C – Prestazioni di **PRIMA VISITA** presenti nel PNGLA, erogati in Area Vasta di residenza e fuori, Marche 2021

PRESTAZIONI - Prima Visita presente in PNGLA, Monitoraggio Mobilità Intra-Regionale		AREA VASTA 1		AREA VASTA 2		AREA VASTA 3		AREA VASTA 4		AREA VASTA 5		Regione Marche	
		Erogate in AV di residenza	Fuori AV	Erogate in AV di residenza	Fuori AV	Erogate in AV di residenza	Fuori AV	Erogate in AV di residenza	Fuori AV	Erogate in AV di residenza	Fuori AV	Erogate in AV di residenza	Fuori AV
89.13 - PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	N	5747	423	6619	2158	3674	1118	1174	303	4052	297	25565	4299
	%	93,1%	6,9%	75,4%	24,6%	76,7%	23,3%	79,5%	20,5%	93,2%	6,8%	85,6%	14,4%
89.26.1 - PRIMA VISITA GINECOLOGICA	N	2884	157	3989	266	2646	570	729	119	2264	106	13730	1218
	%	94,8%	5,2%	93,7%	6,3%	82,3%	17,7%	86,0%	14,0%	95,5%	4,5%	91,9%	8,1%
89.7A.3 - PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)	N	6021	454	9869	1650	4604	1234	990	343	5280	1125	31570	4806
	%	93,0%	7,0%	85,7%	14,3%	78,9%	21,1%	74,3%	25,7%	82,4%	17,6%	86,8%	13,2%
89.7A.6 - PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	N	583	63	670	384	19	20	63	12			1814	479
	%	90,2%	9,8%	63,6%	36,4%	48,7%	51,3%	84,0%	16,0%			79,1%	20,9%
89.7A.7 - PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA	N	7665	405	15196	3480	7083	2163	1189	618	2109	143	40051	6809
	%	95,0%	5,0%	81,4%	18,6%	76,6%	23,4%	65,8%	34,2%	93,7%	6,3%	85,5%	14,5%
89.7A.8 - PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA	N	1165	133	1978	820	440	193	378	221	380	62	5770	1429
	%	89,8%	10,2%	70,7%	29,3%	69,5%	30,5%	63,1%	36,9%	86,0%	14,0%	80,2%	19,8%
89.7A.9 - PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	N	1223	369	1145	325	338	115	472	389	373	109	4858	1307
	%	76,8%	23,2%	77,9%	22,1%	74,6%	25,4%	54,8%	45,2%	77,4%	22,6%	78,8%	21,2%
89.7B.2 - PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	N	3337	24	6279	613	1704	304	2027	356	1635	34	16313	1331
	%	99,3%	0,7%	91,1%	8,9%	84,9%	15,1%	85,1%	14,9%	98,0%	2,0%	92,5%	7,5%
89.7B.6 - PRIMA VISITA ONCOLOGICA	N	1155	72	1316	313	521	213	463	95	457	25	4630	718
	%	94,1%	5,9%	80,8%	19,2%	71,0%	29,0%	83,0%	17,0%	94,8%	5,2%	86,6%	13,4%
89.7B.7 - PRIMA VISITA ORTOPEDICA	N	7998	754	7694	1004	2977	1317	1047	176	3117	184	26268	3435
	%	91,4%	8,6%	88,5%	11,5%	69,3%	30,7%	85,6%	14,4%	94,4%	5,6%	88,4%	11,6%
89.7B.8 - PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA	N	10262	545	11467	1238	6602	2547	2146	355	3141	114	38417	4799
	%	95,0%	5,0%	90,3%	9,7%	72,2%	27,8%	85,8%	14,2%	96,5%	3,5%	88,9%	11,1%
89.7B.9 - PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	N	1699	83	3295	1319	777	340			932	78	8523	1820
	%	95,3%	4,7%	71,4%	28,6%	69,6%	30,4%			92,3%	7,7%	82,4%	17,6%
89.7C.2 - PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA	N	3961	493	3706	624	2390	1223	761	175	1161	88	14582	2603
	%	88,9%	11,1%	85,6%	14,4%	66,2%	33,8%	81,3%	18,7%	93,0%	7,0%	84,9%	15,1%
95.02 - PRIMA VISITA OCULISTICA	N	10658	392	14256	1976	10706	3538	3058	544	7329	609	53066	7059
	%	96,5%	3,5%	87,8%	12,2%	75,2%	24,8%	84,9%	15,1%	92,3%	7,7%	88,3%	11,7%

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Dall'analisi delle prestazioni di **Ecografia** (le più frequenti e inserite nel monitoraggio PNGLA) si rileva una mobilità eccessiva secondo la seguente distribuzione:

- 1) Area Vasta n.3 risulta essere presente una mobilità eccessiva (intra-regionale) verso prestazioni erogate in altra Area Vasta il 22,5% erogato fuori dall' Area Vasta di residenza (12.848), le prestazioni che risultano avere una mobilità oltre il 30% risultano essere: 88.73.1 - ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale; 88.73.2 - ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Mono; 88.77.5 - ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO; 88.78.2 - ECOGRAFIA GINECOLOGICA
- 2) Area Vasta n.2 risulta avere una eccessiva mobilità intra-regionale su prestazioni di Ecografia, nello specifico su n. 117.426 prestazioni erogate il 16,78% è effettuato in Area Vasta di non residenza. Le prestazioni sopra il 20% di Mobilità risultano essere: DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO; ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA; 88.75.1 - ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE; 88.77.5 - ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO; 88.78 - ECOGRAFIA OSTETRICA

Tabella 1.46 File C – Prestazioni di **ECOGRAFIA/ECOCOLORDOPPLER** presenti nel PNGLA, erogati in AAVV di residenza e fuori,2021

PRESTAZIONE: ECOGRAFIA/ECOCOLORDOPPLER - presenti nel PNGLA		AREA VASTA 1		AREA VASTA 2		AREA VASTA 3		AREA VASTA 4		AREA VASTA 5		Regione Marche	
		Erogate in AV di residenza	Fuori AV	Erogate in AV di residenza	Fuori AV	Erogate in AV di residenza	Fuori AV	Erogate in AV di residenza	Fuori AV	Erogate in AV di residenza	Fuori AV	Erogate in AV di residenza	Fuori AV
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	N	6140	193	9127	2507	4446	1174	1425	267	4217	340	29836	4481
	%	97,0%	3,0%	78,5%	21,5%	79,1%	20,9%	84,2%	15,8%	92,5%	7,5%	86,9%	13,1%
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA	N	6971	577	10667	3027	4544	1388	627	125	2457	673	31056	5790
	%	92,4%	7,6%	77,9%	22,1%	76,6%	23,4%	83,4%	16,6%	78,5%	21,5%	84,3%	15,7%
88.73.1 - ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilat	N	19865	929	23227	2200	6379	2860	3588	316	5975	207	65546	6512
	%	95,5%	4,5%	91,3%	8,7%	69,0%	31,0%	91,9%	8,1%	96,7%	3,3%	91,0%	9,0%
88.73.2 - ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Mono.	N	492	92	197	41	65	28	20	1	61	4	1001	166
	%	84,2%	15,8%	82,8%	17,2%	69,9%	30,1%	95,2%	4,8%	93,8%	6,2%	85,8%	14,2%
88.73.5 - ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	N	7601	633	11506	1549	5180	1640	1456	143	4673	685	35066	4650
	%	92,3%	7,7%	88,1%	11,9%	76,0%	24,0%	91,1%	8,9%	87,2%	12,8%	88,3%	11,7%
88.74.1 - ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	N	1929	83	4680	1118	1249	403	1092	221	1518	151	12444	1976
	%	95,9%	4,1%	80,7%	19,3%	75,6%	24,4%	83,2%	16,8%	91,0%	9,0%	86,3%	13,7%
88.75.1 - ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE	N	503	28	1473	368	653	163	409	45	788	49	4479	653
	%	94,7%	5,3%	80,0%	20,0%	80,0%	20,0%	90,1%	9,9%	94,1%	5,9%	87,3%	12,7%
88.76.1 - ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	N	13156	351	24295	5169	13169	2295	5120	767	11460	1111	76893	9693
	%	97,4%	2,6%	82,5%	17,5%	85,2%	14,8%	87,0%	13,0%	91,2%	8,8%	88,8%	11,2%
88.77.4 - ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO	N	3593	454	3368	844	5053	1531	942	294	5167	975	22221	4098
	%	88,8%	11,2%	80,0%	20,0%	76,7%	23,3%	76,2%	23,8%	84,1%	15,9%	84,4%	15,6%
88.77.5 - ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO	N	83	3	95	81	131	79			6		478	163
	%	96,5%	3,5%	54,0%	46,0%	62,4%	37,6%			100,0%	0,0%	74,6%	25,4%
88.78 - ECOGRAFIA OSTETRICA	N	4688	199	8459	2214	3270	1237	1450	130	2233	267	24147	4047
	%	95,9%	4,1%	79,3%	20,7%	72,6%	27,4%			89,3%	10,7%	85,6%	14,4%
88.78.2 - ECOGRAFIA GINECOLOGICA	N	455	10	628	583	79	50	20	3	63		1891	646
	%	97,8%	2,2%	51,9%	48,1%	61,2%	38,8%	87,0%	13,0%	100,0%	0,0%	74,5%	25,5%

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Le principali prestazioni erogate di Tomografia, Mammografia e Risonanza Magnetica inserite nel PNGLA, rilevano una Mobilità eccessiva per erogare la prestazione in Area Vasta n.3 equivalente al 24,01% (9.727 prestazioni fuori Area Vasta su 40.504), in Area Vasta n.4 con una mobilità del 19,79% (3.308 prestazioni fuori Area Vasta di Residenza su 16.713) e Area Vasta n.5 con una mobilità del 17,55% (6.705 prestazioni erogate fuori Area Vasta su 38.198).

Tabella 1.47 File C – Prestazioni di **TAC, RM e MAMMOGRAFIA** presenti nel PNGLA, erogati in AAVV di residenza e fuori,2021

PRESTAZIONE: TOMOGRAFIA, MAMMOGRAFIA, RISONANZA MAGNETICA - presenti nel PNGLA		AREA VASTA 1		AREA VASTA 2		AREA VASTA 3		AREA VASTA 4		AREA VASTA 5	
		Erogate in AV di residenza	Fuori AV	Erogate in AV di residenza	Fuori AV	Erogate in AV di residenza	Fuori AV	Erogate in AV di residenza	Fuori AV	Erogate in AV di residenza	Fuori AV
87.37.1 - MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)	N	14832	775	21509	2144	6481	2761	3845	279	5059	225
	%	95,0%	5,0%	90,9%	9,1%	70,1%	29,9%	93,2%	6,8%	95,7%	4,3%
87.03 - TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO	N	1542	159	10123	1224	6725	748	3093	523	7150	741
	%	90,7%	9,3%	89,2%	10,8%	90,0%	10,0%	85,5%	14,5%	90,6%	9,4%
88.01.6 - TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO	N	4167	381	8892	2252	3352	1289	1042	270	3673	661
	%	91,6%	8,4%	79,8%	20,2%	72,2%	27,8%	79,4%	20,6%	84,7%	15,3%
87.41.1 - TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	N	2987	238	7974	1891	3015	1113	895	228	2281	431
	%	92,6%	7,4%	80,8%	19,2%	73,0%	27,0%	79,7%	20,3%	84,1%	15,9%
87.41 - TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE	N	4056	211	4653	978	3131	636	1177	425	4013	1123
	%	95,1%	4,9%	82,6%	17,4%	83,1%	16,9%	73,5%	26,5%	78,1%	21,9%
45.23 - COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	N	3892	578	4484	788	1902	780	1063	607	2013	790
	%	87,1%	12,9%	85,1%	14,9%	70,9%	29,1%	63,7%	36,3%	71,8%	28,2%
45.13 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	N	1993	253	2975	787	1751	624	697	325	1763	448
	%	88,7%	11,3%	79,1%	20,9%	73,7%	26,3%	68,2%	31,8%	79,7%	20,3%
88.91.1 - RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO	N	902	108	1459	582	650	248	169	85	1986	1102
	%	89,3%	10,7%	71,5%	28,5%	72,4%	27,6%	66,5%	33,5%	64,3%	35,7%
88.91.2 - RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO TRONCO ENCEFALICO	N	1351	205	1472	536	860	359	326	113	899	284
	%	86,8%	13,2%	73,3%	26,7%	70,5%	29,5%	74,3%	25,7%	76,0%	24,0%
87.03.1 - TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO	N	940	107	1104	242	729	380	353	105	803	128
	%	89,8%	10,2%	82,0%	18,0%	65,7%	34,3%			86,3%	13,7%
88.01.5 - TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO	N	670	49	1178	144	995	218	244	69	853	220
	%	93,2%	6,8%	89,1%	10,9%	82,0%	18,0%			79,5%	20,5%
88.95.5 - RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	N	819	109	1700	537	223	177	197	94	453	256
	%	88,3%	11,7%	76,0%	24,0%	55,8%	44,3%	67,7%	32,3%	63,9%	36,1%
45.42 - POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO	N	1012	153	464	85	710	216	282	178	215	90
	%	86,9%	13,1%	84,5%	15,5%	76,7%	23,3%			70,5%	29,5%
88.38.C - TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO C	N	148	18	825	85	253	178	22	7	332	206
	%	89,2%	10,8%	90,7%	9,3%	58,7%	41,3%	75,9%	24,1%	61,7%	38,3%

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

## STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE – REGIONE MARCHE

Si riportano la prima analisi di stratificazione della popolazione, costruite nell'ambito del progetto dell'azione congiunta JADECARE, dove la Regione Marche sta sperimentando l'applicazione di un algoritmo basato sul modello computazionale GMA (Gruppi di Morbidità Aggiustati). L'algoritmo utilizza i codici diagnosi aggiornati, l'anagrafica centralizzata dei cittadini residenti e i principali flussi afferenti al Settore "Flussi informativi sanitari e monitoraggio SSR": cure primarie, eventi ospedalieri, farmacia, salute mentale, servizi socio-sanitari, terapie respiratorie, dialisi, riabilitazione ambulatoriale e trasporti e prestazioni ambulatoriali. Lo strumento tiene conto della multimorbidità e complessità (31 gruppi in totale), produce un punteggio sintetico per la costruzione della piramide di rischio (Morbidity Burden Index score), restituisce un profilo sanitario descrittivo e ha evidenziato un alto livello di performance. Di seguito la sperimentazione e i primi risultati pilota basati sui flussi amministrativi sanitari correnti della Regione Marche nel periodo 2015-2022. La stratificazione della popolazione si riferisce all'anno 2021 e alla popolazione residente nella regione Marche. La reportistica è basata su dati aggregati, con alcune distribuzioni per provincia di residenza, genere e una prima stima di valutazione della complessità sanitaria.

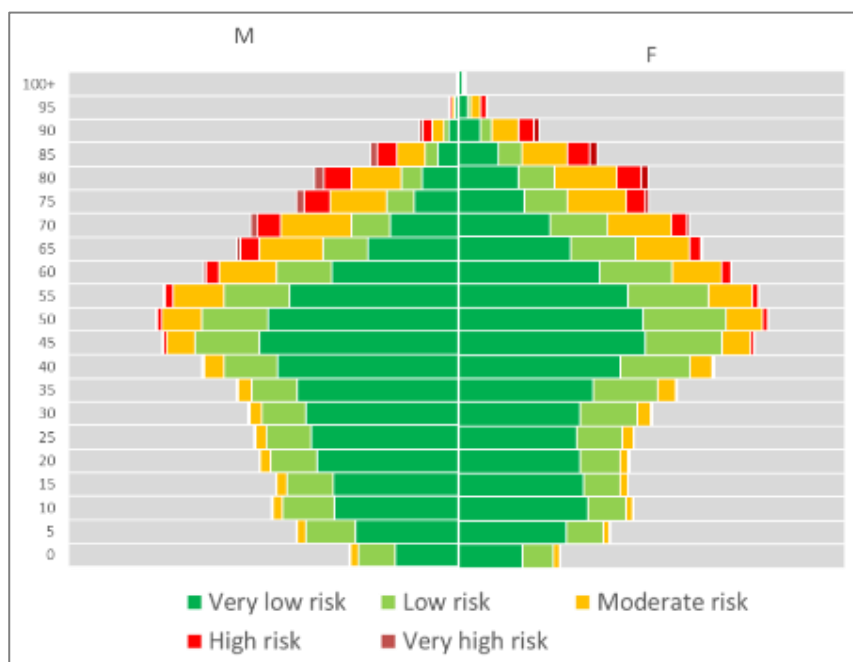
Tabella 1.48 Distribuzione della popolazione afferente alla Regione Marche per la costruzione dell'algoritmo di stratificazione

Provincia	N	Età			Sesso	
		Mediana	Media	Deviazione standard	M (%)	F (%)
AN	489.943	49	47,28	23,77	48,60%	51,40%
AP	211.832	50	47,86	23,66	48,60%	51,40%
FM	177.875	49	47,43	23,76	49,00%	51,00%
MC	332.295	48	46,86	23,76	49,20%	50,80%
PU	366.275	49	46,88	23,65	48,90%	51,10%
Totale	1.578.220	49	47,19	23,73	48,80%	51,20%

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

La piramide del rischio, indicata nel grafico successivo, costruita con l'algoritmo di stratificazione, permette lo sviluppo di una classificazione in 5 strati di complessità crescente (modello scala di likert).

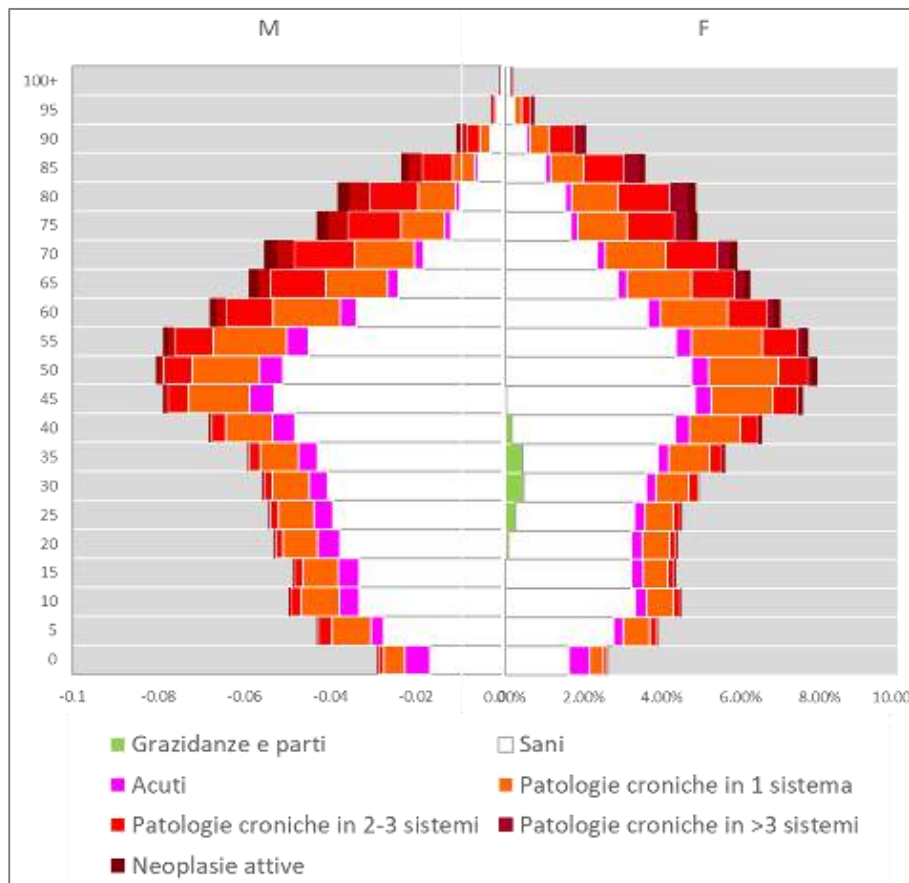
Grafico 1.25 Piramide del Rischio, popolazione Regione Marche, elaborazione su anno 2021



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

La distribuzione della popolazione con complessità alta (soglia di rischio 4/5) risulta essere correlata alla classe di età anziana ( $\geq 65$  anni) e con una relazione diretta crescente nei soggetti  $\geq 45$  anni. La stratificazione a 7 gruppi di comorbidità, indicata nel grafico successivo, è una possibilità di valutazione operativa dell'algoritmo di stratificazione.

Grafico 1.26 Piramide del Rischio (valutazione a 7 record), popolazione Regione Marche, elaborazione su anno 2021



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Tabella 1.49 Distribuzione Stratificazione per sesso e provincia di residenza, Regione Marche, anno 2020

Tipologia	AN			AP			FM			MC			PU		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
Sani	54.7	53.6	54.2	57.9	55.7	56.8	60.6	58.0	59.2	59.7	57.1	58.4	57.9	55.9	56.8
Acuti	7.4	5.8	6.6	6.3	4.7	5.5	6.0	4.7	5.3	7.3	5.5	6.4	7.3	5.6	6.4
Gravidanze e parti	0.0	1.6	0.8	0.0	1.4	0.7	0.0	1.3	0.7	0.0	1.5	0.8	0.0	1.4	0.7
Patologie croniche in 1 sistema	20.5	21.3	20.9	19.4	20.9	20.2	18.4	20.7	19.6	18.3	20.5	19.4	19.2	21.0	20.1
Patologie croniche in 2-3 sistemi	12.1	12.8	12.4	11.9	12.8	12.4	10.5	11.3	11.0	10.6	11.5	11.1	11.4	12.1	11.7
Patologie croniche in >3 sistemi	3.3	3.2	3.2	2.8	2.8	2.8	2.6	2.4	2.5	2.3	2.3	2.3	2.6	2.6	2.6
Neoplasie*	1.9	1.7	1.8	1.8	1.6	1.7	1.8	1.6	1.7	1.8	1.6	1.7	1.7	1.6	1.6

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Il 35% circa della popolazione è affetta da almeno una patologia cronica, con percentuale maggiore nelle femmine rispetto ai maschi. L'ipertensione ha una media nella regione Marche attorno al 9,8% della popolazione residente, il diabete attorno al 4,7% della popolazione residente e la cardiopatia ischemica cronica una media nella regione Marche del 3,1%. L'algoritmo fornisce, per ogni soggetto, la presenza o



meno di 15 patologie croniche ritenute rilevanti. L' algoritmo fornisce anche livelli di correlazione, esempio la distribuzione delle patologie rilevanti per soglie di rischio (con 2 indicatori di raggruppamento: gruppi di morbilità aggiustati e condizioni croniche), dove si individua la correlazione tra soglie di rischio e patologia rilevata.

Tabella 1.50 Distribuzione della Stratificazione per provincia e per patologie ritenute rilevanti Regione Marche, anno 2021

Patologie classificate rilevanti	AN	AP	FM	MC	PU	Totale
Ipertensione	10,7%	11,5%	8,4%	8,8%	9,6%	9.9%
Diabete	4,8%	4,9%	4,3%	4,4%	4,9%	4.7%
Cardiopatía ischemica cronica	2,8%	3,2%	3,4%	2,9%	3,3%	3.1%
Ictus	2,9%	2,9%	2,8%	2,5%	3,1%	2.9%
Artrosi	3,0%	2,7%	2,5%	2,5%	2,7%	2.7%
Scompenso cardiaco	2,0%	1,8%	1,7%	1,8%	2,0%	1.9%
Insufficienza renale cronica	1,6%	1,4%	1,2%	1,1%	1,4%	1.4%
BPCO	1,2%	1,1%	1,0%	1,2%	1,0%	1.1%
Artrite	1,1%	1,0%	0,7%	1,0%	0,8%	0.9%
Demenza	0,9%	0,8%	0,7%	0,6%	0,7%	0.8%
Depressione	0,8%	0,7%	0,9%	0,6%	0,7%	0.7%
Dolore cronico	0,3%	0,2%	0,2%	1,2%	0,1%	0.4%
Osteoporosi	0,4%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0.2%
Cirrosi	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0.2%
HIV	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0.1%

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

## Stili di Vita: sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento

PASSI e PASSI d'Argento sono sistemi di sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali e degli stili di vita della popolazione (18-69 anni e over 64) a rilevanza nazionale (DPCM del 3 marzo 2017- GU Serie Generale n.109 del 12 maggio 2017) e inseriti tra i Nuovi LEA (DPCM del 12 gennaio 2017) all'interno dell'area Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica. Promossi dal Ministero della Salute e dalle Regioni, con il supporto tecnico-scientifico del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità.

Consistono nella raccolta continua e sistematica su un campione rappresentativo della popolazione residente, di dati riguardanti gli stili di vita e i fattori di rischio per la salute. I temi indagati riguardano principalmente: consumo di alcol, abitudine al fumo, attività fisica, alimentazione, presenza di patologie croniche (diabete, rischio cardiovascolare), sintomi depressivi, salute percepita, sicurezza domestica e stradale, adesione ai programmi di screening (cervicale, mammografico, colo-retto) e alle campagne vaccinali. I temi indagati sono analizzati per le diverse fasce di età e considerando le componenti sociali ed economiche, che sono le principali cause delle disuguaglianze in salute (in primis il genere, il livello di istruzione e la condizione economica).

Tabella 1.48 Sintesi dei risultati delle Sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento – valutazioni %, Regione Marche periodo 2016-2019

Temi indagati	Dati PASSI e PASSI d'ARGENTO		Stima Numero sulla popolazione	
	18-69 anni	65 anni e più		
Abitudine al fumo di tabacco	%	%	N	N
1) Fumatori	24,60%	8,10%	236337	30991
Consumo di bevande alcoliche	%	%	N	N
1) assunzione abituale	65,90%	45,60%	633114	174469
Attività fisica:	%	%	N	N
1) Sedentari	32,10%	34,20%	308391	130852
Stato nutrizionale:	%	%	N	N
1) in eccesso ponderale (sovrappeso-obesi)	41,80%	55,90%	401581	213877
Consumo di frutta e verdura:	%	%	N	N
1) meno di 5 porzioni die (five day)	86,20%	81,80%	828140	312973
2) meno di 1 o 2 porzioni die	57,70%	68,50%	554335	262086
Consumo di sale:	%	%	N	N
1) scarsa attenzione al consumo di sale	41%	NR	393895	
Depressione:	%	%	N	N
presenza di sintomi depressivi	6,40%	12,20%	61486	45913
Percezione dello stato di salute:	%	%	N	N
percezione negativa	30,40%	13,40%	326644	51269
Patologie croniche:	%	%	N	N
presenza di 2 o più	3,50%	23,70%	33625	90678
Diagnosi Diabete	8,24%	NR	79163	
Presenza di almeno 3 fattori di rischio cardiovascolare	24,60%	NR	236337	
Sicurezza Domestica:	%	%	N	N
bassa consapevolezza del rischio di infortunio	91,80%	68,80%	881940	263234
Sicurezza Domestica:	%	%	N	N
non usa le cinture di sicurezza nei sedili anteriori	18,10%	NR	173890	
non usa il casco	6,50%	NR	62447	
Problemi nell'utilizzo dei dispositivi di sicurezza per i bambini	25,60%	NR	245944	
Guida sotto l'effetto dell'alcol	7,60%	NR	73015	
Screening: mancata adesione	%	%	N	N
Cervicale (Pap-Test)	17,40%	NR	167165	
Mammografico	16,90%	NR	162362	
Colon-Retto	38,30%	NR	371798	
Vaccinazioni: mancato ricorso	%	%	N	N
Antinfluenzale	92,30%	NR	883861	
Antirosolia	50,50%	NR	528395	

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Considerando il periodo 2016-2019, il campione PASSI è costituito da 3408 persone intervistate (49,5% uomini e 50,5% donne), di cui il 4% ha la cittadinanza straniera, il 73% ha un livello di istruzione alto (media superiore e laurea), il 75% lavora regolarmente e il 41% riferisce di avere difficoltà economiche (qualcuna o molte). Mentre il campione PASSI d'Argento, nello stesso periodo è costituito da 1581 persone intervistate (43,3% uomini e 56,7% donne) di cui l'1,7% ha la cittadinanza straniera, il 45% ha un livello di istruzione alto (media superiore e laurea), il 49% dichiara di avere difficoltà economiche, soprattutto tra le donne. Il 14% degli ultra65enni vive da solo. L'età media degli intervistati è di 76,5 anni (uomini 75,6 anni, donne 77,2 anni). Rispetto ad alcuni dei principali indicatori, vediamo che la prevalenza di fumatori è pari al 25% della popolazione adulta e all' 8% degli anziani, consuma abitualmente alcol il 66% degli adulti e il 46% degli anziani, fa regolarmente attività fisica il 32% degli adulti e il 34% degli anziani. Il 42% degli adulti è in eccesso ponderale (sovrappeso o obeso), contro il 56% degli anziani e il 58% degli adulti e il 68% degli anziani consuma meno di 1 / 2 porzioni di frutta e verdura al giorno. La frequenza di sintomi depressivi aumenta con l'età ed interessa il 6% della popolazione adulta e il doppio di quella anziana (12%); il 40% di questi dichiara di non chiedere nessun tipo di aiuto. La percezione del proprio stato di salute è peggiore tra gli adulti rispetto agli

anziani, infatti il 30% dei primi e il 13% dei secondi riferisce una percezione negativa. Rilevante è il basso livello di consapevolezza del rischio di infortunio domestico tra gli anziani: 69%, contro il 92% degli adulti.

**Il Fumo** di sigaretta nel periodo di analisi 2016-2019, indagine PASSI, rilevava un 60% degli adulti ed anziani non fumatore, 1 adulto su 4 fumatore (il 25%) e 1 adulto su 5 risultava essere un ex-fumatore (circa il 20%). La differenza nella quota dei fumatori vs ex-fumatori aumentava in rapporto al crescere dell'età, nella popolazione anziana  $\geq 65$  anni i fumatori risultavano essere l'8% e gli ex-fumatori il 30%.

Gráfico 1.24 Sant'Anna Performance anno 2020 – Percentuali di fumatori – anno 2021



Fonte: Sant'Anna Performance e Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

**La sedentarietà** aumenta al crescere dell'età ed è più diffusa tra le donne, tra coloro che riferiscono sintomi di depressione e tra chi si trova in condizione di svantaggio socio-economico. Tra gli anziani la prevalenza di sedentari aumenta in maniera rilevante tra chi vive solo o si trova in condizione di isolamento sociale.

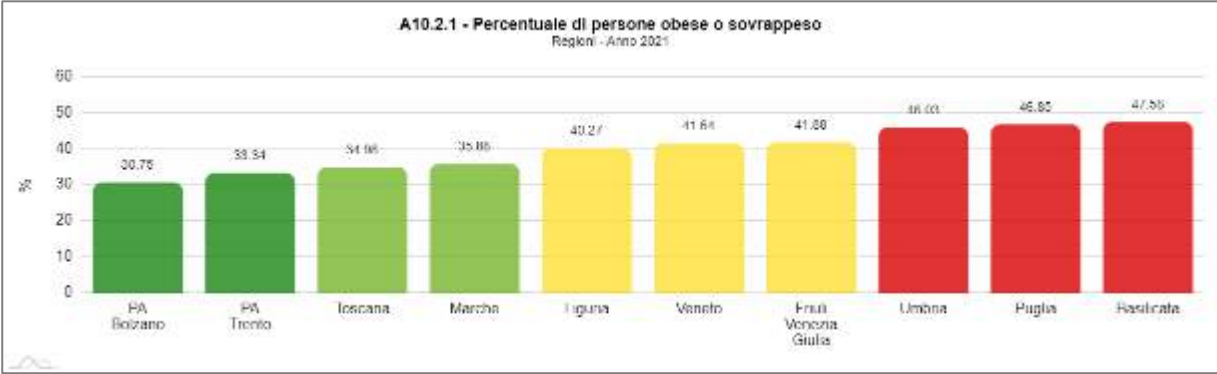
Gráfico Sant'Anna Performance anno 2020 – Percentuali di Sedentari – anno 2021



Fonte: Sant'Anna Performance e Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

**Alimentazione**, L'8% dei bambini mangia frutta e il 15% verdura meno di una volta a settimana o mai e complessivamente, solo un bambino su 4 assume frutta e/o verdura quotidianamente. Tra gli adolescenti di 11, 13 e 15 anni, il 16% è in sovrappeso e 3% obeso e solo 1 su 3 circa dichiara di mangiare frutta e/o verdura almeno una volta al giorno.

Grafico 1.25 Sant’Anna Performance anno 2020 – Percentuale di persone obese o in sovrappeso – anno 2021



Fonte: Sant’Anna Performance e Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Nel periodo 2016-2019, il 42% degli adulti e il 56% degli anziani si trova in eccesso ponderale (è obeso il 9% degli adulti e il 12% degli anziani) e solo il 14% degli adulti e il 18% degli anziani consuma le 5 porzioni di frutta e verdura raccomandata dalle linee guida per una corretta alimentazione (five a day), ma più della metà della popolazione adulta ed anziana consuma almeno 3 porzioni al giorno.

**LA PERFORMANCE DELLA REGIONE MARCHE**

L’analisi di seguito riportata è il risultato della collaborazione tra l’Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) dell’ARS con La Scuola di Specializzazione Sant’Anna di Pisa scuola di Management.

Grafico 1.27 Sant’Anna Performance anno 2021 – Bersaglio complessivo Regione Marche, dati anno 2021



Fonte: Sant’Anna Performance e Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Non solo arginare la pandemia, ma **affrontare la sfida sindemica**, garantendo l'erogazione di adeguati livelli di prestazioni sanitarie, di elevata qualità: questa è stata la sfida del 2020, che ha chiamato il Servizio Sanitario Nazionale e i Sistemi Sanitari Regionali a dare prova di capacità di resistenza e di resilienza. Alla luce di questo, il sistema sanitario marchigiano ha registrato nel complesso una buona performance, sia per quanto riguarda la valutazione dell'attività "non-COVID", sia per quanto concerne più nello specifico la capacità di resilienza di fronte allo shock pandemico.

**Metodologi**, Un sistema di valutazione, infatti, per poter rispecchiare al meglio la realtà che si prefigge di valutare, deve essere dinamico e sapersi adattare ai cambiamenti di ciò che misura. La pandemia di COVID-19 ha richiesto l'introduzione di nuovi indicatori che sapessero misurare la capacità di resistenza e di resilienza dei sistemi sanitari regionali. Per questo gruppo di indicatori, le Marche presentano un andamento nel complesso positivo.

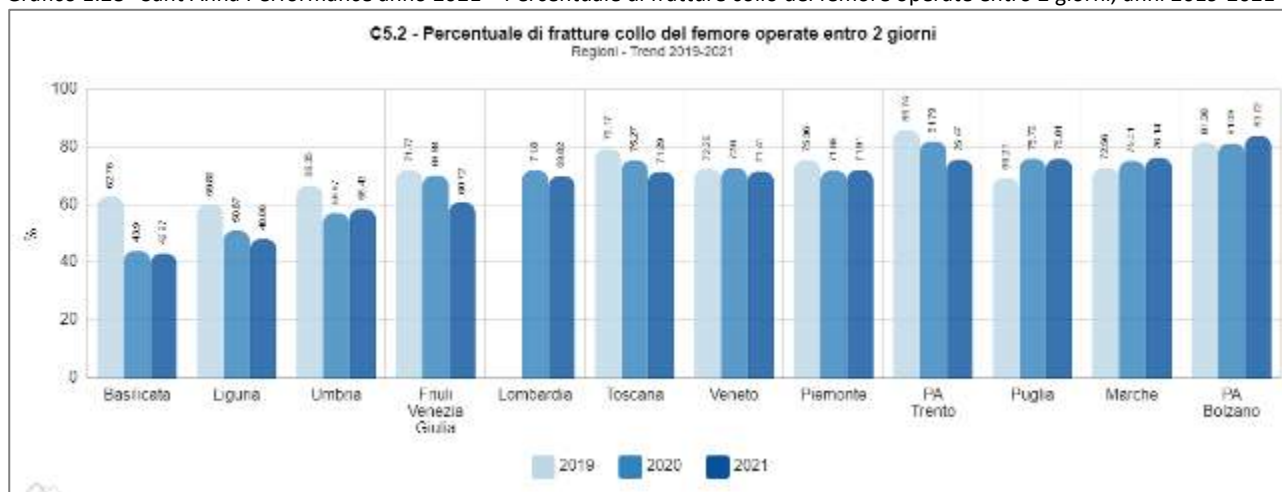
**I volumi di interventi** chirurgici oncologici (classe di priorità A) registrano una contrazione contenuta, con casi di mantenimento (tumore al retto) o anzi di incremento dei volumi erogati, rispetto al 2019 (mammella e utero, ad esempio). Si registra inoltre un'ottima performance sull'andamento dei tempi mediani di permanenza per accessi al Pronto Soccorso; nella media la tenuta dei volumi per ricoveri nell'ambito cardio circolatorio.

**L'indagine alla popolazione italiana**, effettuata dal Laboratorio MeS a cavallo tra il 2020 e il 2021, restituisce la complessiva soddisfazione da parte dei cittadini marchigiani (valori in media con il dato nazionale) nei confronti dei servizi offerti dal proprio sistema sanitario regionale durante la parentesi pandemica. Nell'ambito della prevenzione, il sistema regionale ha mantenuto complessivamente stabili le proprie performance rispetto agli anni precedenti.

**In riferimento all'attività vaccinale** non-COVID, permangono le criticità sul vaccino per HPV e vaccino antimeningococcico, mentre la copertura per varicella si mantiene stabile su livelli molto buoni.

**La risorsa ospedaliera** è stata senz'altro messa sotto grande stress durante il 2020. Gli ospedali marchigiani hanno complessivamente retto bene: la proporzione di fratture del collo del femore operate entro due giorni addirittura aumenta (dal 73% al 76%), mentre la tempestività delle colecistomie laparoscopiche resta un ambito di miglioramento.

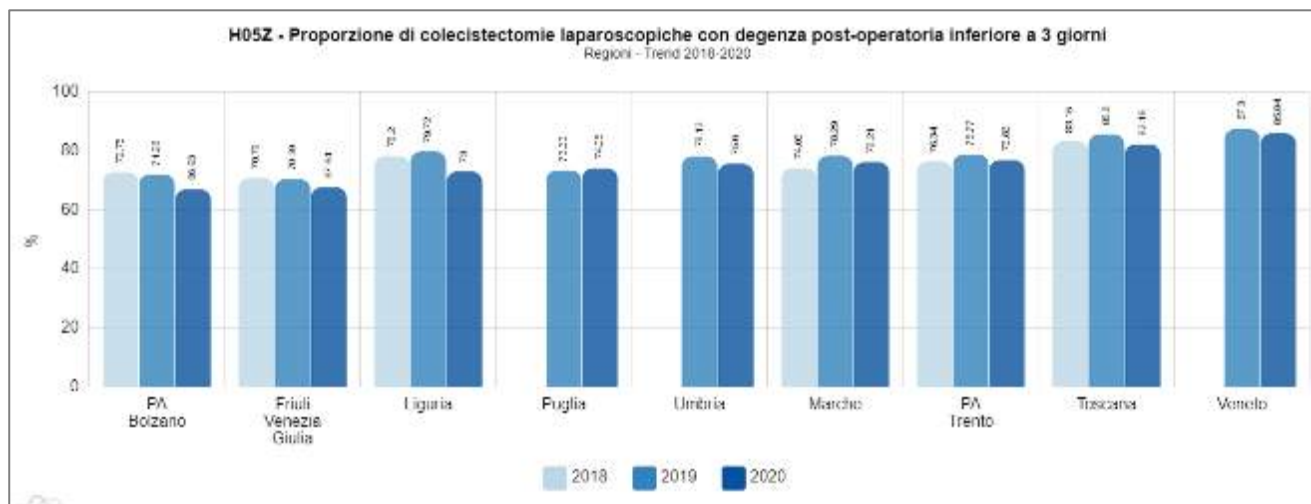
Grafico 1.28 Sant'Anna Performance anno 2021 – Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni, anni 2019-2021



Fonte: Sant'Anna Performance e Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

La percentuale di ricoveri da pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione aumenta significativamente (dal 68 all'83%), si registra un calo nella proporzione di accessi al pronto soccorso inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore, a riprova della pressione subita a causa del COVID-19. Continua l'andamento speculare e opposto della degenza per DRG medici e per DRG chirurgici: mentre il primo registra un peggioramento della performance rispetto al 2019, il secondo si conferma nell'area di buona performance, anche se in leggera flessione.

Grafico 1.29 Sant'Anna Perf.anno 2020 – Proporzioe colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore 3 giorni



Fonte: Sant'Anna Performance e Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Per garantire un servizio di alto livello è importante **lavorare sui processi di comunicazione**, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del personale: la percentuale di dimissioni volontarie, indicatore che indirettamente permette di monitorare la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera, migliora rispetto all'anno precedente. In questo ambito rientra anche la valutazione sulla presenza e chiarezza delle informazioni sulla vaccinazione anti COVID-19 sul sito della Regione, che mostra alcuni elementi di criticità (soprattutto in riferimento alla leggibilità delle informazioni, misurata attraverso l'indice di Gulpease).

**Il livello di appropriatezza farmaceutica** è complessivamente medio, per quanto alcune aree potrebbero essere oggetto di maggiore attenzione (l'incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio, ad esempio, è la più alta del Network). Per quanto riguarda l'efficienza nella prescrizione di farmaci, monitorata tramite la prescrizione di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza, il sistema marchigiano registra una performance buona anche nel 2020.

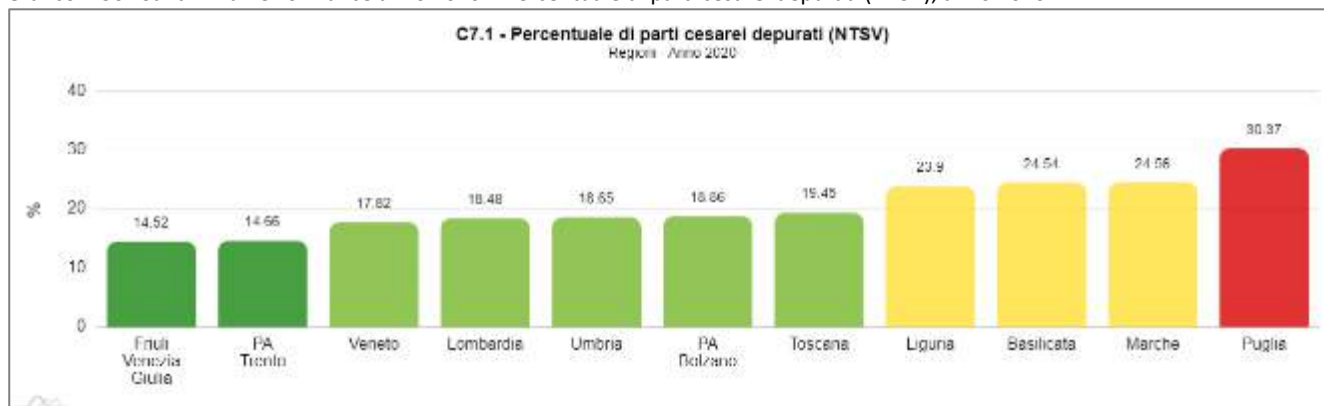
In riferimento ai **percorsi assistenziali**, la presa in carico oncologica ha risentito dell'impatto della pandemia, ma il risultato complessivo è di tenuta del sistema.

**In riferimento all'attività di screening**, aumenta ulteriormente l'estensione rispetto all'esame mammografico, mentre il calo della relativa adesione può in parte essere imputato alla ridotta propensione da parte delle donne invitate. Complessivamente nella media i **tempi di attesa** per gli interventi chirurgici oncologici: va prestata attenzione alla proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone (passa dall'80 al 66%).

Permane qualche criticità sulla **presa in carico del fine vita**: la bassa percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete cure palliative resta un ambito su cui investire. In riferimento al percorso materno-infantile, come nell'anno precedente permangono alcune criticità nella gestione del primo anno di vita, soprattutto in riferimento alla copertura vaccinale antimeningococcica.

Nella media la **frequenza del ricorso al parto cesareo**, all'episiotomia e ai parti operativi. L'ambito pediatrico registra un marcato miglioramento, segnatamente in riferimento all'appropriatezza nel consumo di antibiotici. Anche il percorso cronicità registra valori stabili rispetto al 2019 e complessivamente buoni. In particolare, i nuovi indicatori di resilienza confermano una tenuta del sistema, sia per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica (anti-diabetici e sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina), sia per quanto riguarda l'offerta ambulatoriale (visite di controllo cardiologiche e pneumologiche)

Grafico 1.30 Sant'Anna Performance anno 2020 – Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV), anno 2020



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Nel percorso emergenza-urgenza, le Marche registrano il valore migliore del Network rispetto agli accessi ripetuti al Pronto Soccorso entro 72 ore. Si conferma una certa criticità nei **tempi di attesa in Pronto Soccorso**, rispetto alla gestione delle casistiche meno gravi, per quanto l'evento pandemico abbia comportato una tendenziale contrazione dei tempi di attesa.

### 1.3. LA GESTIONE DELLE EMERGENZE PANDEMICHE (COVID-19)

La Regione Marche attraverso la DGR n. 55/2022 ha modificato la DGR n. 1257/2020 e ha approvato la “Rimodulazione dell’attività di ricovero in corso di pandemia a seguito del potenziamento della dotazione regionale di posti letto ai sensi dell’articolo 2 del D.L. 34”.

L’attuale evoluzione della pandemia da Covid-19 e le conseguenti difficoltà nelle attività di ricovero che stanno investendo la rete ospedaliera pubblica, soprattutto in ambiente intensivo, nel tentativo di non limitare le restanti attività sanitarie, ha richiesto alla Giunta Regionale e agli Enti del SSR di rivedere le modalità organizzative per la risposta alla pandemia da parte delle strutture ospedaliere, anche a seguito della modifica della disponibilità di posti letto disposta dall’articolo 2 del d.l. 34/2020 (DGR 751/2020 e 1267/2020).

L’articolo 2 del d.l. 34/2020 ha riconosciuto la necessità di potenziamento della rete ospedaliera mediante la realizzazione di posti letto (p.l.) aggiuntivi di terapia intensiva fino ad arrivare ad un numero pari a 0.14/1000 abitanti, comportando, per la Regione Marche, un incremento complessivo di n. 105 pl. Lo stesso decreto dispone inoltre la realizzazione di p.l., non aggiuntivi, di terapia semi-intensiva, di cui il 50% prontamente trasformabili per l’assistenza di livello intensivo (n. 107 p.l. per la Regione Marche). Si tratta di p.l. di area medica, non isolati (es. malattie infettive ad alta intensità di cure) da ristrutturare, prevedendo una dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione.

Con DGR n. 751/2020 e n. 1267/2020, il Servizio Sanità, in sede di Coordinamento degli Enti, ha concordato con gli stessi, sulla base di valutazioni organizzative e strutturali, tenuto conto dei criteri previsti dal D.L. n. 34, in coerenza con la DGR n. 523/2020, la distribuzione dei suddetti p.l. per il potenziamento delle attività di ricovero ed ha conferito agli Enti il mandato per la loro realizzazione.

Al 06/01/2022, come comunicato al Ministero della Salute, lo stato di avanzamento dell’attuazione del Piano di riorganizzazione ospedaliera, adottato dalla Regione Marche ai sensi dell’articolo 2 del decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34, viene dettagliato per la terapia intensiva nella seguente tabella:

Posti letto dettaglio terapia Intensiva:

Stabilimenti MARCHE	P.L. ANTE D.L. 34	P.L. PROGRAMMATI	P.L. REALIZZATI
AO Marche Nord Fano	6	0	
AO Marche Nord Pesaro	7	41	41
AOU OORR - Salesi	6	2	2
AOU OORR - Umberto I-Lancisi	44	36	32
AV 1 Urbino	4		
AV 2 Fabriano	4		
AV 2 Jesi	6	7	
AV 2 Senigallia	5		
AV 3 Camerino	4		
AV 3 Civitanova	5		
AV 3 Macerata	8		
AV 4 Fermo	5	14	4
AV 5 Ascoli Piceno	8		
AV 5 San Benedetto del Tronto	6	5	5
<b>Totale complessivo</b>	<b>118</b>	<b>105</b>	<b>84</b>



Di seguito lo stato di attuazione di quanto disposto dal citato D.L. per i p.l. semiintensivi:

Stabilimenti MARCHE	P. L. ANTE D.L. 34 (dato HSP 2020)				P.L. PROGRAMMATI	P.L. REALIZZATI
	MED.GEN	PNEUM.	M. INF.	TOT		
AO Marche Nord Fano	74	17		91		
AO Marche Nord Pesaro	39		19	58	27	21
AOU OORR - Salesi				0	4	2
AOU OORR - Umb I-Lan	63	20	30	113	36	0
AV 1 Urbino	34			34		
AV1 Pergola	20			20		
AV 2 Fabriano	27			27		
AV 2 Jesi	43	20		63	10	0
AV 2 Senigallia	45			45	5	0
AV 3 Camerino	26			26		
AV 3 Civitanova	46			46		
AV 3 Macerata	57	28		85		
AV 3 S. Severino	30			30		
AV 4 Fermo	45		14	59	10	0
AV4 Amandola	18					
AV 5 Ascoli Piceno	51	21		72		
AV 5 S. Benedetto Tr.	32			32	5	5
INRCA - Ancona	21			21	10	0
INRCA - Osimo	25	14		39		
<b>Totale complessivo</b>	<b>696</b>	<b>120</b>	<b>63</b>	<b>879</b>	<b>107</b>	<b>28</b>

Nel corso del 2020, la Regione Marche, con specifiche deliberazioni (n. 415/2020, n. 561/2020, n. 1280/2020), al fine di far fronte all'improvvisa e massiva richiesta di ricovero per pazienti Covid-19 positivi ad alta intensità assistenziale e favorire il riavvio di tutte le attività sanitarie presso le strutture del SSR, ha individuato i locali della Fiera di Civitanova Marche (MC) quale sito da destinare alla realizzazione di una struttura ospedaliera temporanea per la gestione dell'emergenza da COVID – 19 (Covid Hospital) ed affidato all'ASUR, con specifici finanziamenti, l'inizio delle attività di ricovero. Le caratteristiche logistiche della struttura, distribuita su un unico piano, dotata di 6 moduli di 14 p.l. (totale 84 p.l.), di cui 3 di terapia intensiva e 3 di semi-intensiva, consentono l'aggregazione in parallelo dei pazienti, limitando, pertanto, il numero di operatori sanitari da impiegare per l'assistenza e facilitando le necessarie attività di monitoraggio clinico.

### **Analisi epidemiologica**

Come risulta dall'analisi dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale effettuata in data 14/1/2022, l'andamento dell'incidenza di Sars-CoV-2 risulta in crescita lineare da metà ottobre 2021. Nelle ultime 3 settimane, in modo simile alle regioni del centro, del Nord e alla media italiana, si è registrato un andamento di crescita esponenziale che ha portato in alcuni territori ad un tasso di incidenza vicino a 1000 casi positivi su 100.000 residenti. Nella Regione Marche, nella prima settimana di gennaio, si è registrato complessivamente un tasso di incidenza di 850,7 su 100.000 abitanti. L'analisi previsionale sull'andamento nella nostra Regione, rileva una stima sul raggiungimento del picco epidemico nell'ultima settimana di gennaio, con una successiva fase di *plateau* epidemico. L'incidenza stimata in fase di *plateau* (calcolata secondo quanto previsto dalla nuova circolare regionale: caso positivo riconosciuto con percorso molecolare o antigenico) è pari a 25 mila casi/settimana, con una media di circa 4000 casi positivi/giorno. In questa 4° fase di osservazione pandemica, si prevede, nel momento di massima espansione, la necessità di garantire la disponibilità di ulteriori posti letto sia per le aree intensive che per quelle semi-intensive e non intensive, come riportato nell'Allegato A alla presente deliberazione:

- Terapia Intensiva: n.83 p.l. (incremento di +24 p.l. rispetto all'occupazione attuale);
- Semi-Intensiva: n. 95 p.l. (incremento di +30 p.l. rispetto all'occupazione attuale);
- NON-Intensiva: n. 253 p.l. (incremento di +52 posti letto rispetto all'occupazione attuale);
- Ostetricia Covid-19: + 3 p.l. rispetto all'occupazione attuale.

Al fine di decongestionare le strutture ospedaliere, è stato inoltre analizzato il bisogno di p.l. residenziali/territoriali, utili per la prosecuzione delle cure in ambito extra-ospedaliero: n. 307 posti letto complessivi, un aumento rispetto all'esistente di +123 posti letto.

### ***Il Piano organizzativo regionale***

In sede di Coordinamento degli Enti, nella riunione del 17/1/2022, si è proceduto all'analisi dei dati relativi alla possibile espansione della pandemia e all'attuale distribuzione dei pazienti Covid ricoverati nei diversi setting assistenziali presso la rete ospedaliera marchigiana. In considerazione della mission dei singoli Enti ed il mutato assetto organizzativo, conseguente all'attuazione di quanto previsto dal Piano di riorganizzazione ospedaliera, adottato ai sensi dell'articolo 2 del decreto legge 19 maggio 2020 n. 34, si è concordato di ripartire, tra le strutture ospedaliere del SSR, una quota parte della dotazione dei p.l. da destinare al ricovero di pazienti in fase pandemica.

### ***Piano di distribuzione posti letto per intensità di fase pandemica***

Partendo dall'analisi epidemiologica della recrudescenza della trasmissione del Sars-Cov-2 e dalle modifiche apportate dall'articolo 2 del d.l. 34/2020 alla rete ospedaliera regionale, in tema di p.l. ad alta intensità di cura, si rende necessario rivedere la pianificazione delle attivazioni dei p.l. per la gestione del massiccio afflusso di pazienti in Pronto Soccorso, conseguente all'evento pandemico, rispetto a quanto disposto dal precedente Piano Pandemico Regionale. Diventa fondamentale garantire tutte le attività sanitarie, non solo quelle rivolte a pazienti con bisogni assistenziali correlati alla pandemia. A supporto delle scelte organizzative, si è tenuto conto anche della necessità di mantenere attive le reti tempo dipendenti, di garantire le attività chirurgiche in ambito oncologico e della necessità di preservare alcuni posti letto (p.l.) con caratteristiche di isolamento per patologie altamente diffusive per via aerea (es. TBC).

La disponibilità di p.l. che gli Enti del SSR dovranno garantire ai fini assistenziali viene distribuita su 3 livelli, in base all'evoluzione della pandemia:

- 1) **1° Fase:** verranno prioritariamente occupati i p.l. di malattie infettive e quelli previsti ai sensi del d.l. 34/2020;
- 2) **2° Fase:** si prevede il graduale coinvolgimento dei restanti stabilimenti ospedalieri, cercando di preservare, per quanto possibile, le specialità e l'attività chirurgica dei percorsi puliti, per il rispetto dei tempi di attesa.
- 3) **3° Fase:** si determinerà necessariamente la contrazione delle attività programmate, garantendo in ogni caso le attività non procrastinabili sia ambulatoriali che di ricovero e tutte quelle programmate in ambito oncologico e quelle volte alla tutela della salute materno-infantile.
- 4) **4° Fase:** in caso di ulteriore incremento delle necessità assistenziali, si valuterà l'opportunità di rendere disponibili i p.l. del "Covid Hospital", struttura ospedaliera temporanea di interesse regionale, realizzata presso i locali della Fiera di Civitanova Marche (MC), articolata in 6 moduli di 14 p.l. (totale 84 p.l.), di cui 3 moduli di terapia intensiva e 3 di semi-intensiva; l'attivazione di tale struttura sarà in capo agli Enti del SSR mediante la gestione diretta di singoli moduli di ricovero.

Analogamente a quanto attuato in precedenza, sarà opportuno integrare le attività di ricovero delle strutture pubbliche con la messa a disposizione di p. l. di area medica del privato convenzionato, già dalla Fase 2, al fine di facilitare il trasferimento/dimissione dei pazienti verso setting assistenziali appropriati. Le suddette strutture si renderanno o disponibili, se necessario, alla riduzione dell'attività programmata per garantire il ricovero di pazienti provenienti dalla rete ospedaliera pubblica.

In fase pandemica, si rende necessario attivare l'attività di pre-triage per individuare tempestivamente i pazienti sospetti/positivi (strutturazione di percorsi separati) e tutte le misure igienico-sanitarie volte a ridurre al minimo il rischio di contaminazione, privilegiando, se appropriato e possibile, attività di televisita/teleconsulto e modalità di somministrazione di terapie ricorrenti in setting alternativi a quello ospedaliero.

Tale modello organizzativo, utilizzato per fronteggiare l'emergenza da Covid-19, è utilizzabile in tutte le situazioni pandemiche.

La Regione Marche prevede l'istituzione di un'unità di crisi al fine di attuare azioni correttive in base all'andamento dell'epidemia.

## APPENDICE 2: IL FABBISOGNO SANITARIO

L'analisi del consumo di prestazioni sanitarie, utilizzando le informazioni contenute nei flussi informativi riguardanti il flusso delle schede di dimissione ospedaliera, il flusso degli accessi in pronto soccorso e il flusso delle prestazioni ambulatoriali relativi ai residenti nella regione Marche, consente di descrivere la distribuzione spaziale della domanda e di identificare eventuali aree geografiche nelle quali l'offerta sia carente.

Da questi flussi sono state estratte tutte le prestazioni relative ai soggetti residenti nella regione Marche per il periodo 2018-2021. Mentre il flusso delle ospedalizzazioni e quello degli accessi in pronto soccorso sono stati analizzati integralmente, l'analisi delle prestazioni ambulatoriali ha escluso le prestazioni avvenute in regime di pronto soccorso e quelle della branca 11 (laboratorio analisi, microbiologia, virologia, anatomia patologica, genetica, immunoematologia e servizi trasfusionali), perché non di interesse al fine della valutazione dei consumi in ottica di PNRR. Per ciascun outcome di interesse, ossia ospedalizzazione, accesso in pronto soccorso e prestazione ambulatoriale, è stato analizzato il volume delle prestazioni erogate ai soggetti residenti in ciascuna provincia per il biennio 2018-2019 e per il successivo biennio 2020-2021, per valutare quale sia stato l'impatto pandemico sui consumi. Nel dettaglio, è stato calcolato sia il numero annuale di prestazioni che la media annuale delle stesse, nonché il tasso grezzo medio annuale per 1000 residenti, utilizzando i dati ISTAT relativi alla popolazione residente al 1° gennaio di ciascuno degli anni coinvolti nell'analisi.

Per gli accessi in pronto soccorso e le prestazioni ambulatoriali è stato calcolato il tempo di attesa per ciascuna prestazione ed è stato successivamente sintetizzato come media, deviazione standard, mediana e primo e terzo quartile della distribuzione. Oltre ad analizzare i volumi di prestazioni, è stata valutata anche la mobilità intraregionale tra le diverse province ed extraregionale: per ciascun outcome di interesse è stata calcolata la proporzione di prestazioni erogate entro la provincia di residenza del paziente, entro tutte le altre province della regione e complessivamente fuori regione, eccezion fatta per il flusso di pronto soccorso, per il quale non sono presenti le prestazioni erogate fuori regione. Per tutte le prestazioni erogate nel territorio regionale è stato calcolato il tempo di percorrenza tra il comune di residenza del fruitore ed il comune in cui è ubicata la struttura erogatrice, sulla base della matrice delle distanze ISTAT, disponibile online presso <https://www.istat.it/it/archivio/157423>. Analogamente a quanto descritto per il tempo d'attesa, anche il tempo di percorrenza è stato sintetizzato come media, deviazione standard, mediana e primo e terzo quartile della distribuzione. Anche in questo caso, l'analisi è stata condotta anche a livello comunale, al fine di produrre mappe esplicative della distribuzione geografica delle prestazioni.

Sono segnalate (\*) le strutture per le quali i dati sopra indicati sono condizionati dalle misure adottate per fronteggiare l'emergenza pandemica Covid ovvero dalla riduzione dei posti letto e/o di attività/servizi erogati a causa dello svolgimento dei lavori di ripristino per danni da sisma ovvero di manutenzione straordinaria in corso da tempo.

L'analisi consente di identificare il consumo del biennio 2018-2019 come base analitica utile alla futura programmazione: nel breve termine, infatti, è plausibile che il consumo si riasseti su livelli pre-pandemici.

### 2.1. ANALISI DELLE OSPEDALIZZAZIONI

La media annuale del numero di ospedalizzazioni nel corso del biennio 2018-2019 è stata pari a 228.005, corrispondente ad un tasso di 150,5 [Intervallo di Confidenza (IC) 95%: 149,8 - 151,1] ammissioni per 1000 residenti (Tabella 2.2.1). Nel biennio successivo si è registrato un forte decremento, dovuto all'impatto della pandemia: il numero medio annuo di ammissioni è stato 169.715, mentre il tasso è sceso a 113,0 (IC 95%: 112,8 - 113,8) per 1000 (Tabella 2.2.2). La provincia per la quale si registra il maggior numero ed anche il tasso grezzo massimo di ammissioni è quella di Ancona, per entrambi i bienni, mentre il tasso minimo di accesso è nella provincia di Macerata ed il numero minimo di accessi in quella di Fermo. I residenti nella provincia di

Fermo sono quelli maggiormente interessati dal fenomeno della mobilità, seguiti da quelli della provincia di Ascoli Piceno: nel biennio 2018-2019 rispettivamente solo il 50,5% ed il 58,6% delle ospedalizzazioni dei residenti in queste province sono avvenute in strutture ubicate entro le province stesse (Tabella 2.2.3). All'estremo opposto, la provincia di Ancona ha erogato entro il territorio provinciale l'84,6% delle ospedalizzazioni che interessano i propri residenti. Ancona è stata anche provincia di destinazione per una buona percentuale dei ricoveri dei residenti nelle altre province (10,7% dei ricoveri che interessano residenti di Ascoli Piceno, 16,0% di quelli di Fermo, 20,1% di quelli di Macerata, 8,9% di quelli di Pesaro e Urbino). Il tempo medio di percorrenza tra il comune di residenza e quelli di ospedalizzazione variava tra 37,8 minuti [Deviazione Standard (DS): 47,2] per la provincia di Ancona e 48,1 (DS: 60,3) per quella di Ascoli Piceno. Durante il biennio successivo non si evidenziano variazioni degne di nota (Tabella 2.2.4).

L'analisi a livello comunale evidenzia un numero di accessi maggiore nella provincia di Ancona, Pesaro e Urbino e nell'area nord-est della provincia di Macerata, mentre il tasso grezzo d'accesso risulta maggiore per i comuni della provincia di Ancona (Figura 2.2.1 e 2.2.2). Si evidenzia, inoltre, un'area interessata da una maggiore mobilità nell'entroterra della provincia di Fermo ed aree caratterizzate da tempi medi di percorrenza per il ricovero superiori ai 70 minuti sia nella zona nordovest di Pesaro e Urbino, sia in quella sud-ovest di Macerata.

L'analisi stratificata per sesso non ha evidenziato differenze provinciali e riflette sostanzialmente la distribuzione per sesso della popolazione, con il 52% delle prestazioni assorbite dal sesso femminile ed il restante 48% da quello maschile. Nemmeno l'analisi di mobilità evidenzia scostamenti rispetto all'analisi generale.

L'analisi stratificata per età nel biennio 2019-2019 evidenzia un elevato tasso di ammissione per la fascia pediatrica in tutte le province, con un minimo di 102,5 accessi annui (IC 95%: 99,7 - 105,2) per 1000 residenti nella provincia di Pesaro e Urbino ed un massimo di 130,5 accessi (IC 95%: 126,3 - 134,7) in quella di Ascoli Piceno. Si evidenzia, inoltre un tasso di ospedalizzazione crescente al crescere dell'età. Il tasso medio annuo si attesta intorno alle 140 ammissioni per 1000 residenti nella fascia d'età 55-64 anni, con l'eccezione della provincia di Macerata nella quale è leggermente inferiore (129,8 per 1000, IC 95%: 126,4 - 133,2). Esso cresce gradualmente fino a raggiungere un massimo di 419,5 ammissioni (IC 95%: 410,7 - 428,3) nella fascia d'età 85+ nella provincia di Ancona. Questa provincia si caratterizza anche per un tasso di ospedalizzazione più elevato nelle fasce d'età 65-74 anni (237,3 accessi, IC 95%: 233,2 - 241,4) e 75-84 (334,4 accessi, IC 95%: 328,9 - 339,9), mentre i tassi minimi si registrano nella provincia di Macerata (rispettivamente 206,6, IC 95%: 201,9 - 211,3 e 274,8, IC 95%: 268,7 - 280,8) ammissioni per 1000 residenti). Esistono, dunque, eterogeneità territoriali che non sono dettate unicamente da una differente distribuzione per età della popolazione residente.

L'analisi del biennio 2020-2021 evidenzia un forte calo del tasso di ospedalizzazione, specialmente nella fascia d'età pediatrica.

In tutte le province si evidenzia una maggior mobilità intra- ed extra-regionale per le fasce d'età giovani, con tempi medi di percorrenza leggermente inferiori per le classi d'età anziane (over 65).

L'analisi stratificata per diagnosi principale riportata nella scheda di dimissione ospedaliera per il biennio 2018-2019 ha identificato le patologie dell'apparato circolatorio e quelle tumorali come le più frequenti, con tassi che si attestano intorno alle 20 ospedalizzazioni per 1000 residenti per le prime e che variano tra 15,0 nella provincia di Macerata (IC 95%: 14,6 - 15,4) e 18,6 per mille in quella di Ancona (IC 95%: 18,2 - 19,0) per le seconde (Tabella 2.2.5). Anche le patologie dell'apparato digerente e genitourinario sono frequentemente segnalate come causa principale di ricovero. L'analisi della mobilità evidenzia nuovamente Ancona come la provincia in grado di assorbire larga parte delle ospedalizzazioni dei propri residenti: il 91,9% delle ospedalizzazioni per malattie del sistema cardiovascolare e l'84,8% di quelle per tumori vengono erogate entro la provincia, e con tempi medi di percorrenza di 32,4 minuti (DS: 41,3) per la prima categoria e di 39,1 minuti (DS: 52,2) per la seconda (Tabella 2.2.6). Per le rimanenti province, si conferma il trend già osservato nell'analisi complessiva, con la provincia di Fermo caratterizzata da una più elevata mobilità. Digni di nota sono i tempi di percorrenza per ricoveri con patologie tumorali, che sono superiori ai 50 minuti per le province di Ascoli Piceno, Fermo e Macerata.

Le analisi comunali evidenziano aree caratterizzate da un maggior tempo di percorrenza sia nella zona ovest

di Pesaro e Urbino che nella zona sud-ovest di Macerata e della provincia di Fermo e tempi medi di percorrenza diffusamente lunghi per ricoveri con diagnosi tumorale (Figure 2.2.3 – 2.2.4).

Il biennio 2020-2021 evidenzia una situazione simile, con un incremento dei ricoveri per patologie respiratorie in alcune delle province analizzate.

La stratificazione per MDC evidenzia la classe delle malattie e dei disturbi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo come categoria di interesse da aggiungere alle patologie già descritte in precedenza, con un tasso di ammissione che variava da 19,6 per 1000 residenti (IC 95%: 19,1 - 20,1) nella provincia di Macerata a 23,2 (IC 95%: 22,5 - 23,9) in quella di Ascoli Piceno, relativamente al biennio 2018-2019. I tempi di percorrenza associati eccedono spesso l'ora.

L'analisi dei DRG per il biennio 2018-2019 ha identificato una sostanziale omogeneità nei codici più frequentemente registrati nelle cinque province. In particolare, il codice 410 "Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta" è risultato il più frequente in tutte le province, esclusa quella di Pesaro e Urbino. Il tasso di ospedalizzazioni con tale DRG variava da 5.1 per 1000 (IC 95%: 4,8 - 5,3) per la provincia di Pesaro e Urbino a 8,7 (IC 95%: 8,3 - 9,2) per quella di Fermo (tabella 2.2.7). Altri DRG frequenti, che assorbono più del 2% del consumo medio annuo, escludendo quelli connessi al parto, sono stati il 127 "Insufficienza cardiaca e shock", il 359 "Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza complicanze", il 544 "Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori" e lo 087 "Edema polmonare e insufficienza respiratoria".

L'analisi della mobilità evidenzia nuovamente una minore necessità di spostamento per i residenti della provincia di Ancona. Per alcuni DRG quali "Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione", "Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori" ed "Altre diagnosi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo" si evidenzia una forte mobilità extraregionale in tutte le province. I tempi di percorrenza medi sono generalmente compresi tra 20 e 40 minuti, ma crescono per i DRG caratterizzati da forte mobilità elencati in precedenza (Tabella 2.2.8).

Tabella 2.2.1 – Stratificazione del consumo di ospedalizzazioni dei residenti della regione Marche per provincia, biennio 2018-2019

Provincia	N ospedalizzazioni 2018 (%)	N ospedalizzazioni 2019 (%)	N medio annuale ospedalizzazioni	Tasso (IC 95%) (*1000 residenti)
Ancona	75.696 (32,61%)	72.833 (32,53%)	74.264,5	158,3 (157,2 - 159,5)
Ascoli Piceno	32.203 (13,87%)	31.275 (13,97%)	31.739	153,1 (151,4 - 154,8)
Fermo	26.010 (11,21%)	25.409 (11,35%)	25.709,5	149,0 (147,2 - 150,8)
Macerata	44.378 (19,12%)	42.793 (19,11%)	43.585,5	139,3 (138,0 - 140,6)
Pesaro e Urbino	53.810 (23,18%)	51.603 (23,05%)	52.706,5	149,0 (147,8 - 150,3)
<b>Totale</b>	<b>232.097</b>	<b>223.913</b>	<b>228.005</b>	<b>150,5 (149,8 - 151,1)</b>

Tabella 2.2.2 – Stratificazione del consumo di ospedalizzazioni dei residenti della regione Marche per provincia, biennio 2020-2021

Provincia	N ospedalizzazioni 2020 (%)	N ospedalizzazioni 2021 (%)	N medio annuale ospedalizzazioni	Tasso (IC 95%) (*1000 residenti)
Ancona	58.421 (32,75%)	55.592 (34,52%)	57.006,5	123,0 (121,7 - 123,7)
Ascoli Piceno	25.332 (14,2%)	22.889 (14,21%)	24.110,5	118,0 (116,6 - 119,5)
Fermo	20.009 (11,22%)	17.851 (11,09%)	18.930	111,0 (109,7 - 112,9)
Macerata	34.997 (19,62%)	32.124 (19,95%)	33.560,5	109,0 (107,8 - 110,1)
Pesaro e Urbino	39.636 (22,22%)	32.578 (20,23%)	36.107	103,0 (101,8 - 103,9)
<b>Totale</b>	<b>178.395 (100%)</b>	<b>161.034 (100%)</b>	<b>169.714,5</b>	<b>113,0 (112,8 - 113,8)</b>

Tabella 2.2.3 – Analisi della mobilità relativamente alle ospedalizzazioni dei residenti della regione Marche per provincia, biennio 2018-2019

Provincia di residenza	Provincia della struttura erogatrice						Tempo di percorrenza (minuti)	
	Ancona	Ascoli Piceno	Fermo	Macerata	Pesaro e Urbino	Fuori regione	Media (DS)	Mediana (Q1 - Q3)
Ancona	125.693 (84,63%)	274 (0,18%)	767 (0,52%)	5.211 (3,51%)	3.049 (2,05%)	13.535 (9,11%)	37,8 (47,2)	25,8 (11,3 - 52,6)
Ascoli Piceno	6.783 (10,69%)	37.192 (58,59%)	8.739 (13,77%)	1.968 (3,10%)	243 (0,38%)	8.553 (13,47%)	48,1 (60,3)	26,2 (16,7 - 57,6)
Fermo	8.239 (16,02%)	2.023 (3,93%)	25.939 (50,45%)	8.599 (16,72%)	540 (1,05%)	6.079 (11,82%)	45,1 (59,0)	28,1 (14,1 - 52,5)
Macerata	17.538 (20,12%)	386 (0,44%)	1.724 (1,98%)	56.141 (64,40%)	665 (0,76%)	10.717 (12,29%)	44,8 (56,8)	26,4 (17,4 - 44,9)
Pesaro e Urbino	9.399 (8,92%)	38 (0,04%)	736 (0,70%)	955 (0,91%)	74.335 (70,52%)	19.950 (18,93%)	43,6 (45,2)	30,0 (16,4 - 57,5)

Tabella 2.2.4 – Analisi della mobilità relativamente alle ospedalizzazioni dei residenti della regione Marche per provincia, biennio 2020-2021

Provincia di residenza	Provincia della struttura erogatrice						Tempo di percorrenza (minuti)	
	Ancona	Ascoli Piceno	Fermo	Macerata	Pesaro e Urbino	Fuori regione	Media (DS)	Mediana (Q1 - Q3)
Ancona	101.229 (88,79%)	276 (0,24%)	790 (0,69%)	4.748 (4,16%)	2.161 (1,90%)	4.809 (4,22%)	31,9 (35,8)	25,7 (11,3 - 46,8)
Ascoli Piceno	5.686 (11,79%)	28.865 (59,86%)	8.706 (18,05%)	1.935 (4,01%)	174 (0,36%)	2.855 (5,92%)	39,6 (45,0)	25,8 (16,7 - 54,8)
Fermo	5.733 (15,14%)	1.811 (4,78%)	19.747 (52,16%)	8.065 (21,30%)	382 (1,01%)	2.122 (5,60%)	35,0 (43,0)	22,7 (13,5 - 45,3)
Macerata	13.736 (20,46%)	452 (0,67%)	1.721 (2,56%)	47.104 (70,18%)	468 (0,70%)	3.640 (5,42%)	34,7 (40,3)	26,4 (17,0 - 40,8)
Pesaro e Urbino	8.122 (11,25%)	79 (0,11%)	1.092 (1,51%)	1.116 (1,55%)	54.691 (75,73%)	7.114 (9,85%)	39,3 (37,0)	29,3 (16,4 - 53,5)

Tabella 2.2.5 - Stratificazione del consumo di ospedalizzazioni dei residenti nella Regione Marche, per provincia e diagnosi principale riportata nella scheda di dimissione ospedaliera, biennio 2018-2019. Sono state riportate le 5 classi diagnostiche più frequenti per ciascuna provincia, ordinate per frequenza assoluta decrescente.

Provincia e classe diagnosi	N ospedalizzazioni 2018 (%)	N ospedalizzazioni 2019 (%)	N medio annuale ospedalizzazioni	Tasso (IC 95%) (*1000 residenti)
<b>Ancona</b>				
Malattie del sistema circolatorio (390-459)	9.883 (13,06%)	9.352 (12,84%)	9.617,5	20,5 (20,1 - 20,9)
Tumori (140-239)	8.982 (11,87%)	8.490 (11,66%)	8.736,0	18,6 (18,2 - 19,0)
Malattie dell'apparato digerente (520-579)	7.181 (9,49%)	6.817 (9,36%)	6.999,0	14,9 (14,6 - 15,3)
Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)	5.765 (7,62%)	5.808 (7,97%)	5.786,5	12,3 (12,0 - 12,7)
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)	5.693 (7,52%)	5.828 (8%)	5.760,5	12,3 (12,0 - 12,6)
<b>Ascoli Piceno</b>				
Malattie del sistema circolatorio (390-459)	4.473 (13,89%)	4.272 (13,66%)	4372,5	21,1 (20,5 - 21,7)
Tumori (140-239)	3.479 (10,8%)	3.192 (10,21%)	3335,5	16,1 (15,6 - 16,6)



Provincia e classe diagnosi	N ospedalizzazioni 2018 (%)	N ospedalizzazioni 2019 (%)	N medio annuale ospedalizzazioni	Tasso (IC 95%) (*1000 residenti)
Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)	2.656 (8,25%)	2.933 (9,38%)	2794,5	13,5 (13,0 - 14,0)
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)	2.752 (8,55%)	2.608 (8,34%)	2680	12,9 (12,4 - 13,4)
Traumatismi e avvelenamenti (800-999)	2.736 (8,5%)	2.537 (8,11%)	2636,5	12,7 (12,2 - 13,2)
<b>Fermo</b>				
Malattie del sistema circolatorio (390-459)	3.930 (15,11%)	3.897 (15,34%)	3913,5	22,7 (22,0 - 23,4)
Tumori (140-239)	2.727 (10,48%)	2.600 (10,23%)	2663,5	15,4 (14,9 - 16,0)
Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)	2.188 (8,41%)	2.172 (8,55%)	2180	12,6 (12,1 - 13,2)
Malattie dell'apparato digerente (520-579)	2.197 (8,45%)	1.986 (7,82%)	2091,5	12,1 (11,6 - 12,7)
Traumatismi e avvelenamenti (800-999)	1.993 (7,66%)	2.005 (7,89%)	1999	11,6 (11,1 - 12,1)
<b>Macerata</b>				
Malattie del sistema circolatorio (390-459)	6.259 (14,1%)	6.071 (14,19%)	6165	19,7 (19,2 - 20,2)
Tumori (140-239)	4.830 (10,88%)	4.543 (10,62%)	4686,5	15,0 (14,6 - 15,4)
Malattie dell'apparato digerente (520-579)	4.141 (9,33%)	3.961 (9,26%)	4051	12,9 (12,6 - 13,4)
Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	3.540 (7,98%)	3.369 (7,87%)	3454,5	11,0 (10,7 - 11,4)
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)	3.455 (7,79%)	3.324 (7,77%)	3389,5	10,8 (10,5 - 11,2)
<b>Pesaro e Urbino</b>				
Malattie del sistema circolatorio (390-459)	8.207 (15,25%)	8.062 (15,62%)	8134,5	23,0 (22,5 - 23,5)
Tumori (140-239)	6.096 (11,33%)	5.862 (11,36%)	5979	16,9 (16,5 - 17,3)
Malattie dell'apparato digerente (520-579)	5.024 (9,34%)	4.708 (9,12%)	4866	13,8 (13,4 - 14,2)
Traumatismi e avvelenamenti (800-999)	4.519 (8,4%)	4.410 (8,55%)	4464,5	12,6 (12,3 - 13,0)
Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	4.320 (8,03%)	4.441 (8,61%)	4380,5	12,4 (12,0 - 12,8)

Tabella 2.2.6 - Analisi della mobilità relativa alle ospedalizzazioni dei residenti nella Regione Marche, per provincia e diagnosi principale riportata nella scheda di dimissione ospedaliera, biennio 2018-2019. Sono state riportate le 5 classi diagnostiche più frequenti per ciascuna provincia, ordinate per frequenza assoluta decrescente.

Classe diagnosi	Provincia della struttura erogatrice						Tempo di percorrenza (minuti)	
	Ancona	Ascoli Piceno	Fermo	Macerata	Pesaro e Urbino	Fuori regione	Media (DS)	Mediana (Q1 - Q3)
<b>Ancona</b>								
Malattie del sistema circolatorio (390-459)	17.680 (91,92%)	7 (0,04%)	31 (0,16%)	241 (1,25%)	374 (1,94%)	902 (4,69%)	32,4 (41,3)	25,0 (0,0 - 44,2)
Tumori (140-239)	14.820 (84,82%)	23 (0,13%)	115 (0,66%)	469 (2,68%)	539 (3,08%)	1.506 (8,62%)	39,1 (52,2)	25,7 (11,3 - 47,6)
Malattie dell'apparato digerente (520-579)	12.781 (91,31%)	13 (0,09%)	63 (0,45%)	272 (1,94%)	129 (0,92%)	740 (5,29%)	32,7 (39,5)	25,0 (11,3 - 45,6)
Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)	9.943 (85,92%)	15 (0,13%)	147 (1,27%)	316 (2,73%)	291 (2,51%)	861 (7,44%)	37,8 (50,2)	25,7 (11,3 - 49,6)
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)	7.138 (61,96%)	4 (0,03%)	130 (1,13%)	651 (5,65%)	372 (3,23%)	3.226 (28,00%)	51,8 (50,7)	43,9 (18,7 - 68,0)
<b>Ascoli Piceno</b>								
Malattie del sistema circolatorio (390-459)	1.074 (12,28%)	5.866 (67,08%)	725 (8,29%)	92 (1,05%)	27 (0,31%)	961 (10,99%)	42,7 (55,7)	24,4 (15,3 - 52,1)
Tumori (140-239)	1.383 (20,73%)	2.905 (43,55%)	944 (14,15%)	162 (2,43%)	33 (0,49%)	1.244 (18,65%)	64,5 (72,9)	38,4 (24,4 - 78,4)
Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)	476 (8,52%)	3.322 (59,44%)	954 (17,07%)	124 (2,22%)	8 (0,14%)	705 (12,61%)	43,2 (57,5)	25,4 (13,4 - 56,0)
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)	337 (6,29%)	1.195 (22,29%)	2.005 (37,41%)	320 (5,97%)	47 (0,88%)	1.456 (27,16%)	71,1 (65,0)	55,2 (31,0 - 78,4)
Traumatismi e avvelenamenti (800-999)	434 (8,23%)	3.698 (70,13%)	397 (7,53%)	148 (2,81%)	10 (0,19%)	586 (11,11%)	41,5 (55,0)	24,4 (14,1 - 46,5)
<b>Fermo</b>								
Malattie del sistema circolatorio (390-459)	1.684 (21,52%)	800 (10,22%)	3.438 (43,92%)	689 (8,80%)	20 (0,26%)	1.196 (15,28%)	53,1 (60,8)	35,1 (14,1 - 58,5)
Tumori (140-239)	1.089 (20,44%)	136 (2,55%)	1.968 (36,94%)	1.299 (24,39%)	121 (2,27%)	714 (13,40%)	54,8 (67,5)	31,7 (14,9 - 57,3)
Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)	641 (14,70%)	100 (2,29%)	2.726 (62,52%)	549 (12,59%)	15 (0,34%)	329 (7,55%)	36,8 (55,2)	17,4 (11,9 - 43,3)

Classe diagnosi	Provincia della struttura erogatrice						Tempo di percorrenza (minuti)	
	Ancona	Ascoli Piceno	Fermo	Macerata	Pesaro e Urbino	Fuori regione	Media (DS)	Mediana (Q1 - Q3)
	Malattie dell'apparato digerente (520-579)	540 (12,91%)	91 (2,18%)	2.458 (58,76%)	740 (17,69%)	11 (0,26%)	343 (8,20%)	35,9 (50,6)
Traumatismi e avvelenamenti (800-999)	580 (14,51%)	102 (2,55%)	2.583 (64,61%)	340 (8,50%)	20 (0,50%)	373 (9,33%)	36,7 (50,6)	17,4 (11,9 - 45,3)
<b>Macerata</b>								
Malattie del sistema circolatorio (390-459)	2.726 (22,11%)	22 (0,18%)	159 (1,29%)	8.174 (66,29%)	38 (0,31%)	1.211 (9,82%)	41,6 (51,7)	26,4 (17,0 - 44,7)
Tumori (140-239)	2.327 (24,83%)	15 (0,16%)	191 (2,04%)	5.434 (57,98%)	93 (0,99%)	1.313 (14,01%)	53,3 (67,1)	26,8 (19,2 - 50,3)
Malattie dell'apparato digerente (520-579)	1.750 (21,60%)	17 (0,21%)	150 (1,85%)	5.629 (69,48%)	21 (0,26%)	535 (6,60%)	36,2 (46,1)	25,8 (14,6 - 41,3)
Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	818 (11,84%)	25 (0,36%)	93 (1,35%)	5.587 (80,87%)	36 (0,52%)	350 (5,07%)	32,5 (42,7)	23,4 (14,7 - 36,1)
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)	908 (13,39%)	4 (0,06%)	222 (3,27%)	3.213 (47,40%)	134 (1,98%)	2.298 (33,90%)	65,8 (64,0)	41,1 (20,4 - 100,3)
<b>Pesaro e Urbino</b>								
Malattie del sistema circolatorio (390-459)	1.473 (9,05%)	3 (0,02%)	119 (0,73%)	50 (0,31%)	12.744 (78,33%)	1.880 (11,56%)	41,0 (41,5)	30,0 (16,1 - 52,1)
Tumori (140-239)	968 (8,09%)	2 (0,02%)	43 (0,36%)	28 (0,23%)	8.716 (72,89%)	2.201 (18,41%)	44,1 (50,1)	27,2 (11,4 - 54,7)
Malattie dell'apparato digerente (520-579)	1.046 (10,75%)	4 (0,04%)	86 (0,88%)	15 (0,15%)	6.729 (69,14%)	1.852 (19,03%)	41,3 (40,8)	30,0 (16,1 - 56,7)
Traumatismi e avvelenamenti (800-999)	818 (9,16%)	1 (0,01%)	8 (0,09%)	157 (1,76%)	6.652 (74,50%)	1.293 (14,48%)	41,1 (40,3)	30,0 (16,1 - 56,7)
Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	293 (3,34%)	4 (0,05%)	5 (0,06%)	34 (0,39%)	7.614 (86,91%)	811 (9,26%)	34,3 (33,9)	25,4 (13,5 - 50,1)

Tabella 2.2.7 – Stratificazione per provincia dei 10 DRG più frequentemente assegnati in scheda di dimissione ospedaliera, biennio 2018-2019. Le prestazioni sono ordinate per frequenza assoluta decrescente.

DRG	N ospedalizzazioni 2018 (%)	N ospedalizzazioni 2019 (%)	N medio annuale ospedalizzazio ni	% Cumulativa Prestazioni 2018 - 2019	Tasso (IC 95%) (*1000 residenti)
<b>Ancona</b>					
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	3.089 (4,08%)	3.114 (4,28%)	3.101,5	4,18%	6,6 (6,4 - 6,8)
127-Insufficienza cardiaca e shock	2.277 (3,01%)	2.219 (3,05%)	2.248,0	7,20%	4,8 (4,6 - 5,0)
391-Neonato normale	2.212 (2,92%)	2.084 (2,86%)	2.148,0	10,10%	4,6 (4,4 - 4,8)
373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	1.807 (2,39%)	1.764 (2,42%)	1.785,5	12,50%	3,8 (3,6 - 4,0)
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	1.784 (2,36%)	1.734 (2,38%)	1.759,0	14,87%	3,8 (3,6 - 3,9)
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza complicanze	1.664 (2,2%)	1.549 (2,13%)	1.606,5	17,03%	3,4 (3,3 - 3,6)
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	1.328 (1,75%)	1.591 (2,18%)	1.459,5	19,00%	3,1 (3,0 - 3,3)
162-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza complicanze	1.050 (1,39%)	1.009 (1,39%)	1.029,5	20,38%	2,2 (2,1 - 2,3)
503-Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	1.057 (1,4%)	964 (1,32%)	1.010,5	21,74%	2,1 (2,0 - 2,3)
256-Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	933 (1,23%)	945 (1,3%)	939,0	23,01%	2,0 (1,9 - 2,1)
<b>Ascoli Piceno</b>					
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.164 (3,61%)	1.058 (3,38%)	1.111,0	3,50%	5,4 (5,0 - 5,7)

DRG	N ospedalizzazioni 2018 (%)	N ospedalizzazioni 2019 (%)	N medio annuale ospedalizzazio ni	% Cumulativa Prestazioni 2018 - 2019	Tasso (IC 95%) (*1000 residenti)
391-Neonato normale	929 (2,88%)	902 (2,88%)	915,5	6,38%	4,4 (4,1 - 4,7)
373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	779 (2,42%)	760 (2,43%)	769,5	8,81%	3,7 (3,4 - 4,0)
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	747 (2,32%)	716 (2,29%)	731,5	11,11%	3,5 (3,3 - 3,8)
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza complicanze	659 (2,05%)	797 (2,55%)	728,0	13,41%	3,5 (3,3 - 3,8)
127-Insufficienza cardiaca e shock	671 (2,08%)	652 (2,08%)	661,5	15,49%	3,2 (2,9 - 3,4)
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	614 (1,91%)	639 (2,04%)	626,5	17,47%	3,0 (2,8 - 3,3)
576-Setticemia senza ventilazione meccanica >= 96 ore, età > 17 anni	542 (1,68%)	528 (1,69%)	535,0	19,15%	2,6 (2,4 - 2,8)
503-Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	466 (1,45%)	457 (1,46%)	461,5	20,61%	2,2 (2,0 - 2,4)
162-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza complicanze	445 (1,38%)	472 (1,51%)	458,5	22,05%	2,2 (2,0 - 2,4)
<b>Fermo</b>					
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.501 (5,77%)	1.510 (5,94%)	1.505,5	5,86%	8,7 (8,3 - 9,2)
391-Neonato normale	857 (3,29%)	820 (3,23%)	838,5	9,12%	4,9 (4,5 - 5,2)
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza complicanze	574 (2,21%)	646 (2,54%)	610,0	11,49%	3,5 (3,2 - 3,8)
373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	607 (2,33%)	586 (2,31%)	596,5	13,81%	3,5 (3,2 - 3,7)
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	530 (2,04%)	657 (2,59%)	593,5	16,12%	3,4 (3,2 - 3,7)

DRG	N ospedalizzazioni 2018 (%)	N ospedalizzazioni 2019 (%)	N medio annuale ospedalizzazio ni	% Cumulativa Prestazioni 2018 - 2019	Tasso (IC 95%) (*1000 residenti)
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	549 (2,11%)	595 (2,34%)	572,0	18,34%	3,3 (3,0 - 3,6)
127-Insufficienza cardiaca e shock	570 (2,19%)	498 (1,96%)	534,0	20,42%	3,1 (2,8 - 3,4)
014-Emorragia intracranica o infarto cerebrale	391 (1,5%)	445 (1,75%)	418,0	22,05%	2,4 (2,2 - 2,7)
055-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	357 (1,37%)	399 (1,57%)	378,0	23,52%	2,2 (2,0 - 2,4)
162-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza complicanze	395 (1,52%)	343 (1,35%)	369,0	24,95%	2,1 (1,9 - 2,4)
<b>Macerata</b>					
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.941 (4,37%)	1.984 (4,64%)	1.962,5	4,50%	6,3 (6,0 - 6,5)
391-Neonato normale	1.601 (3,61%)	1.473 (3,44%)	1.537,0	8,03%	4,9 (4,7 - 5,2)
373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	1.269 (2,86%)	1.248 (2,92%)	1.258,5	10,92%	4,0 (3,8 - 4,2)
127-Insufficienza cardiaca e shock	1.177 (2,65%)	1.243 (2,9%)	1.210,0	13,69%	3,9 (3,7 - 4,1)
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza complicanze	1.227 (2,76%)	1.088 (2,54%)	1.157,5	16,35%	3,7 (3,5 - 3,9)
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	983 (2,22%)	981 (2,29%)	982,0	18,60%	3,1 (2,9 - 3,3)
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	792 (1,78%)	821 (1,92%)	806,5	20,45%	2,6 (2,4 - 2,8)
162-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza complicanze	655 (1,48%)	667 (1,56%)	661,0	21,97%	2,1 (1,9 - 2,3)

DRG	N ospedalizzazioni 2018 (%)	N ospedalizzazioni 2019 (%)	N medio annuale ospedalizzazio ni	% Cumulativa Prestazioni 2018 - 2019	Tasso (IC 95%) (*1000 residenti)
014-Emorragia intracranica o infarto cerebrale	613 (1,38%)	647 (1,51%)	630,0	23,41%	2,0 (1,9 - 2,2)
503-Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	607 (1,37%)	578 (1,35%)	592,5	24,77%	1,9 (1,7 - 2,0)
<b>Pesaro e Urbino</b>					
391-Neonato normale	1.851 (3,44%)	1.795 (3,48%)	1.823,0	3,46%	5,2 (4,9 - 5,4)
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.798 (3,34%)	1.794 (3,48%)	1.796,0	6,87%	5,1 (4,8 - 5,3)
373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	1.463 (2,72%)	1.390 (2,69%)	1.426,5	9,57%	4,0 (3,8 - 4,2)
127-Insufficienza cardiaca e shock	1.340 (2,49%)	1.416 (2,74%)	1.378,0	12,19%	3,9 (3,7 - 4,1)
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza complicanze	1.325 (2,46%)	1.171 (2,27%)	1.248,0	14,56%	3,5 (3,3 - 3,7)
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	1.207 (2,24%)	1.140 (2,21%)	1.173,5	16,78%	3,3 (3,1 - 3,5)
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	1.059 (1,97%)	1.191 (2,31%)	1.125,0	18,92%	3,2 (3,0 - 3,4)
576-Setticemia senza ventilazione meccanica >= 96 ore, età > 17 anni	895 (1,66%)	1.005 (1,95%)	950,0	20,72%	2,7 (2,5 - 2,9)
089-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con complicanze	840 (1,56%)	830 (1,61%)	835,0	22,30%	2,4 (2,2 - 2,5)
503-Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	827 (1,54%)	756 (1,47%)	791,5	23,80%	2,2 (2,1 - 2,4)

Tabella 2.2.8 - Analisi della mobilità relativa ai 10 DRG più frequentemente assegnati in scheda di dimissione ospedaliera, per provincia, biennio 2018-2019. Le prestazioni sono ordinate per frequenza assoluta decrescente.

DRG	Provincia della struttura erogatrice						Tempo di percorrenza (minuti)	
	Ancona	Ascoli Piceno	Fermo	Macerata	Pesaro e Urbino	Fuori regione	Media (DS)	Mediana (Q1 - Q3)
<b>Ancona</b>								
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	5.594 (90,18%)	3 (0,05%)	17 (0,27%)	365 (5,88%)	114 (1,84%)	110 (1,77%)	28,3 (34,0)	22,7 (0,0 - 43,9)
127-Insufficienza cardiaca e shock	4.409 (98,06%)	1 (0,02%)		26 (0,58%)	19 (0,42%)	41 (0,91%)	28,5 (26,7)	25,7 (0,0 - 44,2)
391-Neonato normale	4.131 (96,16%)	5 (0,12%)	5 (0,12%)	123 (2,86%)	32 (0,74%)		26,9 (22,3)	21,6 (0,0 - 45,6)
373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	3.225 (90,31%)	5 (0,14%)	4 (0,11%)	108 (3,02%)	22 (0,62%)	207 (5,80%)	32,7 (33,4)	27,8 (11,3 - 50,9)
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	2.421 (68,82%)		9 (0,26%)	135 (3,84%)	22 (0,63%)	931 (26,46%)	44,7 (46,5)	33,8 (11,3 - 61,9)
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza complicanze	2.569 (79,96%)	16 (0,50%)	22 (0,68%)	195 (6,07%)	52 (1,62%)	359 (11,17%)	47,1 (56,5)	35,2 (15,2 - 55,7)
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	2.796 (95,79%)	5 (0,17%)	3 (0,10%)	13 (0,45%)	21 (0,72%)	81 (2,77%)	31,0 (36,3)	21,6 (0,0 - 49,6)
162-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza complicanze	1.932 (93,83%)	1 (0,05%)	2 (0,10%)	58 (2,82%)	22 (1,07%)	44 (2,14%)	32,6 (26,5)	29,9 (12,4 - 49,6)
503-Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	1.137 (56,26%)	1 (0,05%)	48 (2,38%)	86 (4,26%)	11 (0,54%)	738 (36,52%)	52,2 (43,1)	46,0 (18,7 - 79,7)
256-Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	825 (43,93%)			486 (25,88%)	162 (8,63%)	405 (21,57%)	42,7 (48,9)	32,3 (18,7 - 49,5)
<b>Ascoli Piceno</b>								
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	199 (8,96%)	1.685 (75,83%)	114 (5,13%)	92 (4,14%)	5 (0,23%)	127 (5,72%)	36,8 (48,8)	24,4 (12,5 - 38,5)
391-Neonato normale	225 (12,29%)	1.527 (83,40%)	36 (1,97%)	42 (2,29%)	1 (0,05%)		26,3 (23,6)	24,4 (10,1 - 31,0)

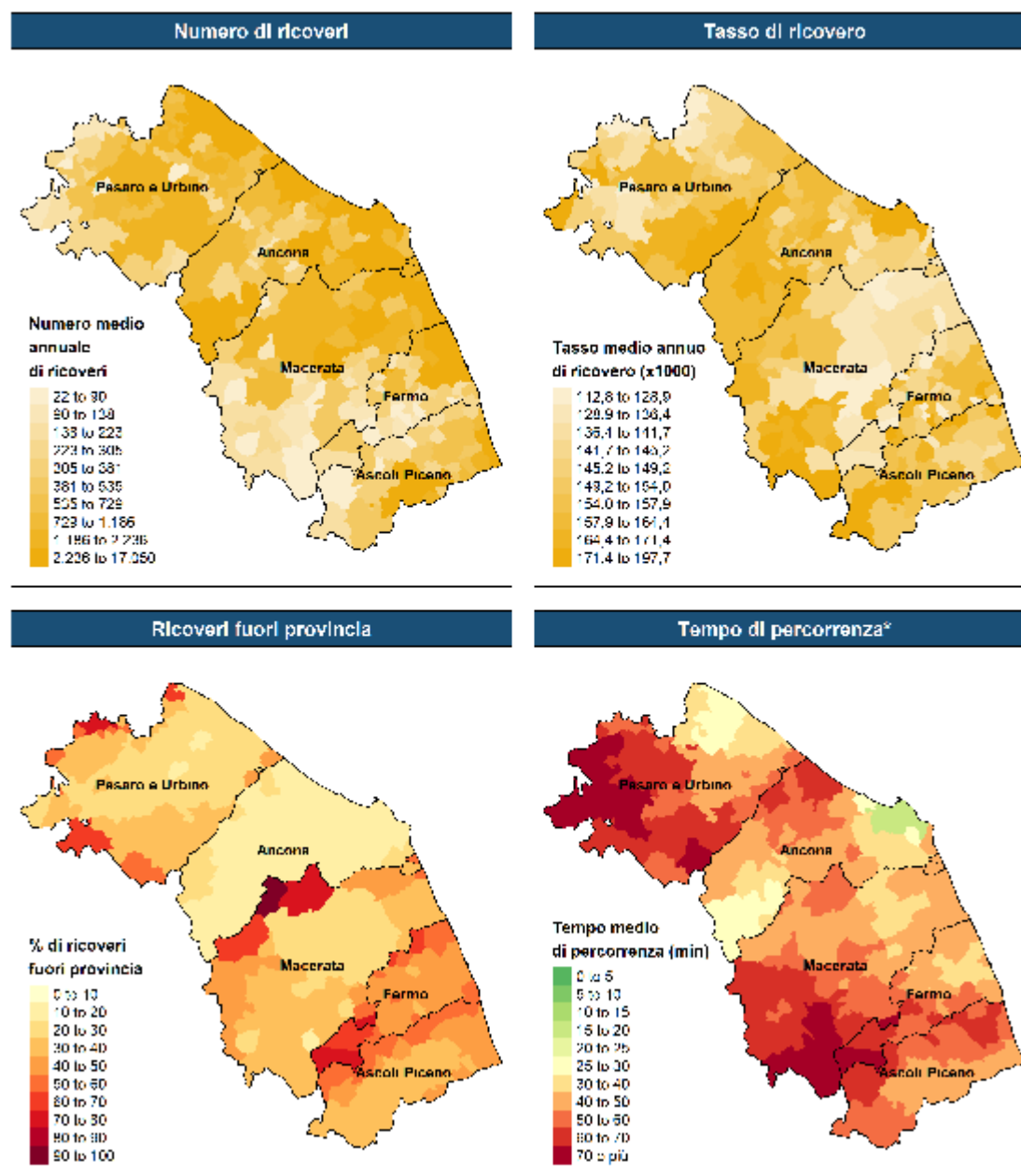


DRG	Provincia della struttura erogatrice						Tempo di percorrenza (minuti)	
	Ancona	Ascoli Piceno	Fermo	Macerata	Pesaro e Urbino	Fuori regione	Media (DS)	Mediana (Q1 - Q3)
373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	122 (7,93%)	1.274 (82,78%)	28 (1,82%)	29 (1,88%)	1 (0,06%)	85 (5,52%)	28,6 (37,6)	24,4 (10,1 - 31,0)
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	15 (1,03%)	1.211 (82,78%)	184 (12,58%)	8 (0,55%)	1 (0,07%)	44 (3,01%)	25,5 (32,3)	24,4 (10,1 - 31,0)
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza complicanze	153 (10,51%)	803 (55,15%)	113 (7,76%)	57 (3,91%)	4 (0,27%)	326 (22,39%)	54,5 (65,2)	26,6 (18,5 - 65,4)
127-Insufficienza cardiaca e shock	31 (2,34%)	1.007 (76,11%)	210 (15,87%)	3 (0,23%)		72 (5,44%)	29,9 (38,0)	24,4 (14,2 - 33,1)
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	34 (2,71%)	345 (27,53%)	405 (32,32%)	58 (4,63%)	1 (0,08%)	410 (32,72%)	66,1 (65,2)	44,0 (25,8 - 76,5)
576-Setticemia senza ventilazione meccanica >= 96 ore, età > 17 anni	12 (1,12%)	963 (90,00%)	64 (5,98%)	3 (0,28%)	1 (0,09%)	27 (2,52%)	25,0 (27,2)	24,4 (14,2 - 31,0)
503-Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	7 (0,76%)	83 (8,99%)	488 (52,87%)	53 (5,74%)	1 (0,11%)	291 (31,53%)	79,1 (62,9)	57,6 (38,5 - 102,1)
162-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza complicanze	14 (1,53%)	467 (50,93%)	376 (41,00%)	15 (1,64%)	2 (0,22%)	43 (4,69%)	37,0 (34,9)	31,0 (24,4 - 46,5)
<b>Fermo</b>								
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	264 (8,77%)	51 (1,69%)	1.902 (63,17%)	700 (23,25%)	6 (0,20%)	88 (2,92%)	27,7 (39,0)	17,4 (6,9 - 33,5)
391-Neonato normale	168 (10,02%)	53 (3,16%)	1.100 (65,59%)	354 (21,11%)	2 (0,12%)		21,9 (17,6)	15,9 (11,9 - 31,4)
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza complicanze	159 (13,03%)	68 (5,57%)	604 (49,51%)	226 (18,52%)	4 (0,33%)	159 (13,03%)	47,9 (62,7)	29,1 (14,1 - 52,5)
373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	120 (10,06%)	53 (4,44%)	706 (59,18%)	266 (22,30%)	2 (0,17%)	46 (3,86%)	30,3 (42,6)	19,6 (11,9 - 35,1)
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	116 (9,77%)	21 (1,77%)	939 (79,11%)	81 (6,82%)	2 (0,17%)	28 (2,36%)	24,2 (37,8)	14,9 (6,9 - 29,1)
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	34 (2,97%)	13 (1,14%)	483 (42,22%)	279 (24,39%)	1 (0,09%)	334 (29,20%)	58,4 (71,2)	23,9 (12,6 - 115,9)

DRG	Provincia della struttura erogatrice						Tempo di percorrenza (minuti)	
	Ancona	Ascoli Piceno	Fermo	Macerata	Pesaro e Urbino	Fuori regione	Media (DS)	Mediana (Q1 - Q3)
127-Insufficienza cardiaca e shock	223 (20,88%)	26 (2,43%)	703 (65,82%)	88 (8,24%)	3 (0,28%)	25 (2,34%)	27,3 (32,7)	17,4 (7,6 - 41,5)
014-Emorragia intracranica o infarto cerebrale	182 (21,77%)	11 (1,32%)	592 (70,81%)	40 (4,78%)		11 (1,32%)	25,8 (28,6)	15,8 (6,9 - 40,7)
055-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	9 (1,19%)	14 (1,85%)	421 (55,69%)	270 (35,71%)	4 (0,53%)	38 (5,03%)	32,7 (45,9)	25,8 (12,7 - 35,1)
162-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza complicanze	17 (2,30%)	9 (1,22%)	519 (70,33%)	182 (24,66%)		11 (1,49%)	22,5 (30,8)	15,6 (7,6 - 29,1)
<b>Macerata</b>								
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	612 (15,59%)	11 (0,28%)	102 (2,60%)	3.065 (78,09%)	17 (0,43%)	118 (3,01%)	29,0 (30,9)	22,1 (17,0 - 35,2)
391-Neonato normale	501 (16,30%)	4 (0,13%)	61 (1,98%)	2.504 (81,46%)	4 (0,13%)		22,4 (14,0)	20,8 (14,7 - 26,8)
373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	393 (15,61%)	6 (0,24%)	32 (1,27%)	1.939 (77,04%)	5 (0,20%)	142 (5,64%)	28,6 (36,2)	22,1 (15,2 - 28,7)
127-Insufficienza cardiaca e shock	347 (14,34%)		20 (0,83%)	2.000 (82,64%)	3 (0,12%)	50 (2,07%)	26,4 (30,0)	20,8 (14,6 - 35,2)
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza complicanze	408 (17,62%)	9 (0,39%)	51 (2,20%)	1.575 (68,03%)	5 (0,22%)	267 (11,53%)	45,8 (61,3)	26,4 (18,1 - 43,6)
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	145 (7,38%)	3 (0,15%)	20 (1,02%)	1.151 (58,60%)	7 (0,36%)	638 (32,48%)	54,7 (59,7)	27,8 (17,0 - 77,1)
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	144 (8,93%)	4 (0,25%)	28 (1,74%)	1.361 (84,38%)		76 (4,71%)	30,2 (42,3)	22,1 (14,6 - 33,8)
162-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza complicanze	124 (9,38%)	3 (0,23%)	19 (1,44%)	1.148 (86,84%)	1 (0,08%)	27 (2,04%)	25,1 (27,9)	20,8 (14,6 - 27,8)
014-Emorragia intracranica o infarto cerebrale	117 (9,29%)	2 (0,16%)	12 (0,95%)	1.100 (87,30%)		29 (2,30%)	24,4 (30,9)	20,2 (13,5 - 26,8)
503-Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	92 (7,76%)		55 (4,64%)	533 (44,98%)	2 (0,17%)	503 (42,45%)	64,0 (56,4)	43,6 (20,8 - 99,2)
<b>Pesaro e Urbino</b>								

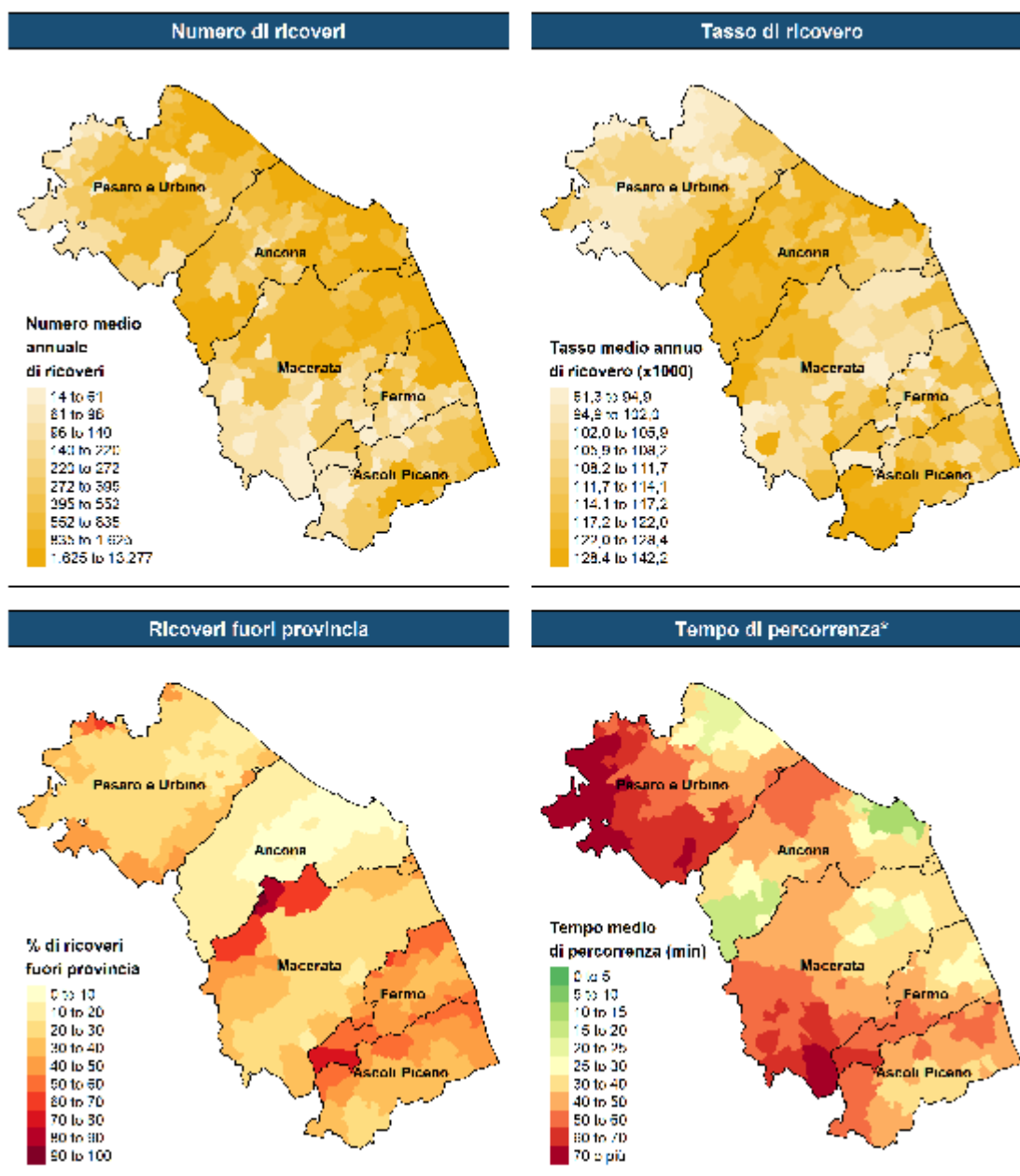
DRG	Provincia della struttura erogatrice						Tempo di percorrenza (minuti)	
	Ancona	Ascoli Piceno	Fermo	Macerata	Pesaro e Urbino	Fuori regione	Media (DS)	Mediana (Q1 - Q3)
391-Neonato normale	216 (5,92%)				3.430 (94,08%)		28,0 (20,9)	18,2 (7,8 - 43,0)
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	194 (5,40%)	1 (0,03%)	1 (0,03%)	11 (0,31%)	3.247 (90,40%)	138 (3,84%)	32,9 (33,3)	19,8 (8,0 - 45,9)
373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	169 (5,92%)		1 (0,04%)		2.355 (82,54%)	328 (11,50%)	32,3 (33,1)	23,9 (11,4 - 45,9)
127-Insufficienza cardiaca e shock	47 (1,71%)			6 (0,22%)	2.571 (93,29%)	132 (4,79%)	29,6 (28,3)	18,2 (7,8 - 43,0)
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza complicanze	134 (5,37%)	1 (0,04%)		2 (0,08%)	1.731 (69,35%)	628 (25,16%)	44,3 (49,7)	28,8 (17,8 - 52,1)
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	158 (6,73%)		4 (0,17%)	4 (0,17%)	983 (41,88%)	1.198 (51,04%)	50,2 (38,9)	44,0 (18,2 - 70,9)
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	58 (2,58%)		1 (0,04%)	4 (0,18%)	2.053 (91,24%)	134 (5,96%)	32,7 (27,6)	27,2 (15,1 - 50,1)
576-Setticemia senza ventilazione meccanica >= 96 ore, età > 17 anni	29 (1,53%)	1 (0,05%)			1.798 (94,63%)	72 (3,79%)	32,8 (25,2)	27,4 (16,1 - 50,1)
089-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con complicanze	18 (1,08%)	1 (0,06%)		2 (0,12%)	1.594 (95,45%)	55 (3,29%)	27,7 (22,9)	18,2 (11,4 - 38,1)
503-Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	136 (8,59%)		50 (3,16%)	15 (0,95%)	276 (17,44%)	1.106 (69,87%)	60,7 (37,1)	60,5 (37,0 - 77,4)

**Figura 2.2.1 - Biennio 2018-2019. Sintesi del consumo di ospedalizzazioni e della mobilità per comune di residenza**



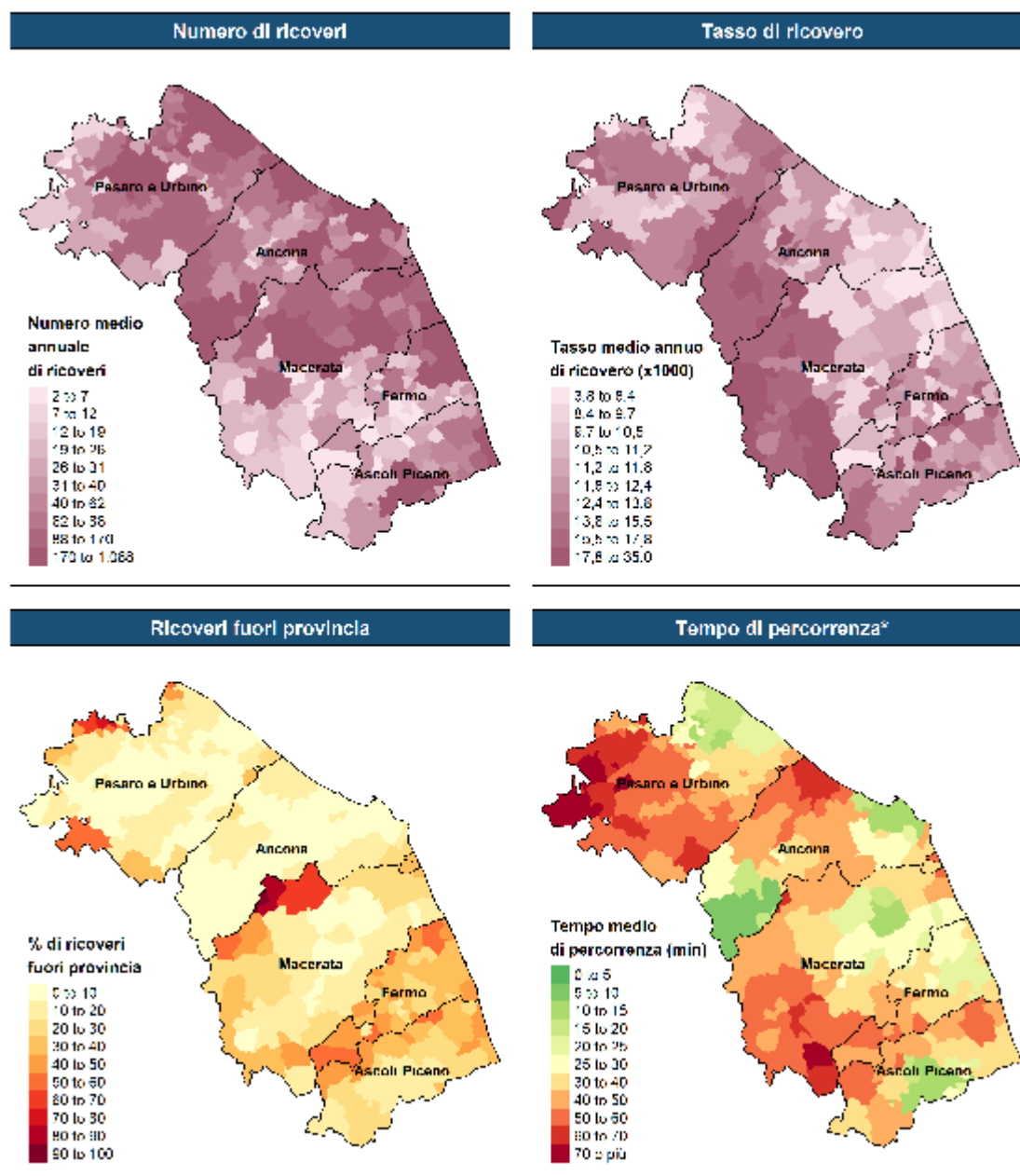
\*esclusi ricoveri fuori regione

Figura 2.2.2 - Biennio 2020-2021. Sintesi del consumo di ospedalizzazioni e della mobilità per comune di residenza



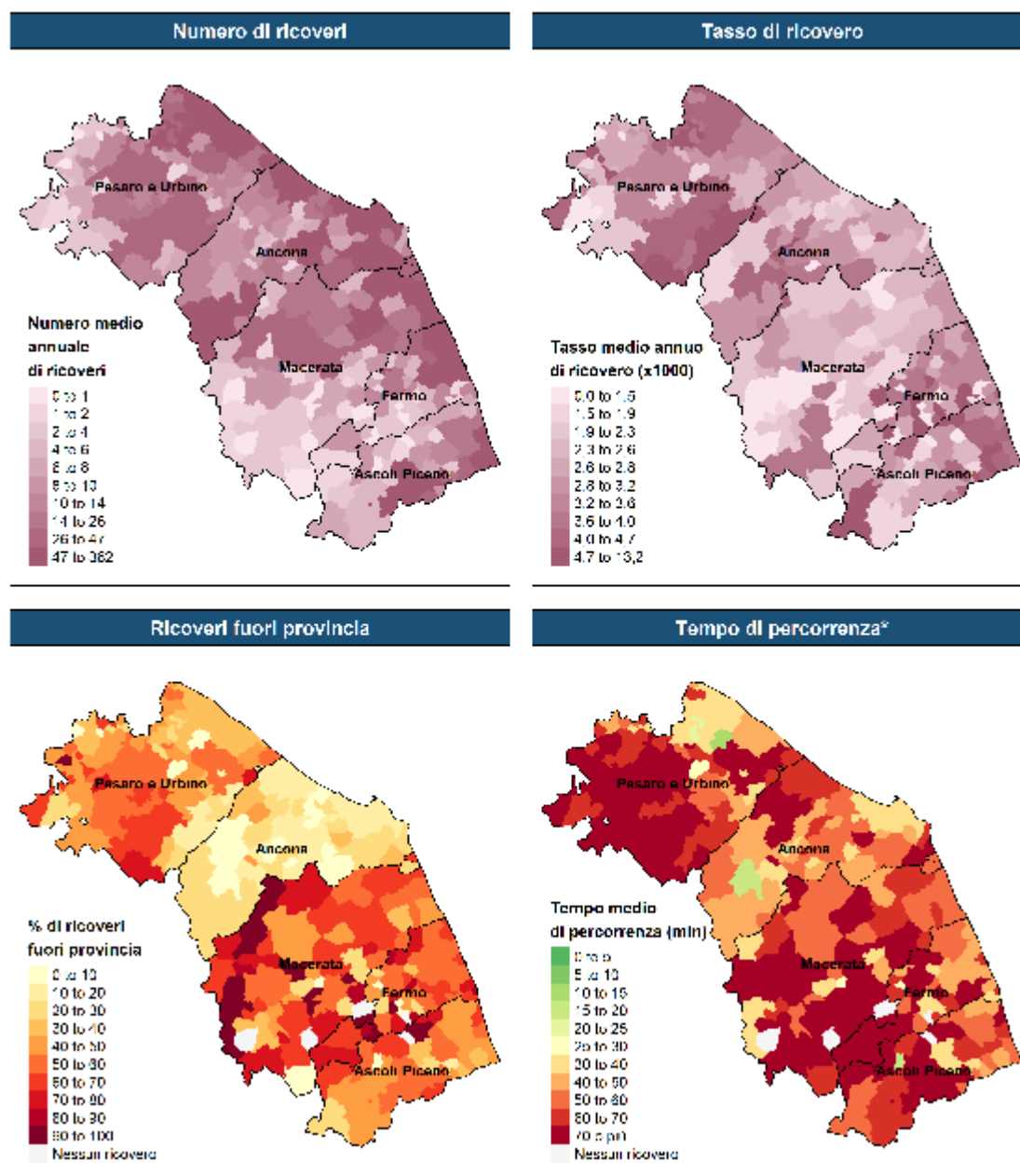
\*esclusi ricoveri fuori regione

**Figura 2.2.3 - Biennio 2018-2019, diagnosi principale "Malattie del sistema circolatorio (ICD-9 CM 390-459)". Sintesi del consumo di ricoveri e della mobilità per comune di residenza.**



\*esclusi ricoveri fuori regione

**Figura 2.2.4 - Biennio 2018-2019, diagnosi principale "Tumori (ICD-9 CM 140-239)"; Sintesi del consumo di ricoveri e della mobilità per comune di residenza.**



\*esclusi ricoveri fuori regione

## 2.2. ANALISI DEGLI ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO

Nel biennio precedente la pandemia, in media sono stati osservati 477.093 accessi al pronto soccorso tra i residenti della regione Marche, ciò equivale ad un tasso medio annuo di 314,8 (IC 95%: 313,9 - 315,7) accessi per 1000 residenti (Tabella 2.2.9). Come per le ospedalizzazioni, nel biennio successivo è stato osservato un forte decremento, con un numero medio annuo di accessi pari a 343.330 ed un tasso di 229,0 (IC 95%: 228,4 - 230,0) per 1000 (Tabella 2.2.10).

Nel corso del biennio 2018-2019 sono emerse sostanziali differenze territoriali sia nel numero che nel tasso di accessi, con la provincia di Ancona che ha assorbito il maggior numero di accessi (in media 173.117 all'anno) e che ha presentato anche il maggior tasso di accesso (369,1 accessi per 1000 residenti, IC 95%: 367,4 - 370,9), e la provincia di Fermo all'estremo opposto (47.906 accessi/anno, 277,6 accessi per 1000 residenti, IC 95%: 275,1 - 280,1). Il tempo medio di attesa tra il triage e la presa in carico effettiva variava da 78 minuti [Deviazione Standard (DS): 94] nella provincia di Pesaro e Urbino e 91 minuti (DS: 125) in quella di Ascoli Piceno. Le medesime differenze territoriali si sono espresse nel corso del biennio 2020-2021, ma con una forte riduzione degli accessi.

Anche la mobilità ha presentato sostanziali differenze geografiche: mentre la provincia di Ancona nel corso del biennio 2018-2019 ha coperto il 97,6% degli accessi dei propri residenti, quella di Fermo ne ha coperti solo il 77,7%, mentre i tempi medi di percorrenza variavano tra 10 minuti per la provincia di Ascoli Piceno e 15 minuti per quelle di Fermo e Macerata (Tabella 2.2.11). Il biennio 2020-2021 ha mostrato una situazione simile (Tabella 2.2.12).

L'analisi a livello comunale evidenzia un tasso grezzo d'accesso maggiore per i comuni dell'entroterra di Ancona e Macerata, specialmente nel corso del biennio 2020-2021, con rari casi nei quali il tempo di percorrenza medio superava i 30 minuti (Figure 2.2.5 e 2.2.6).

Come per l'analisi delle ospedalizzazioni, anche nel caso degli accessi in pronto soccorso non si evidenziano differenze degne di nota tra i due sessi (Allegato B, tabelle B1.1 – B1.4 e figure B1.1 – B1.4).

L'analisi stratificata per età nel biennio 2019-2019 evidenzia anche nel caso degli accessi in pronto soccorso, un picco nella fascia d'età 0-16 per tutte le province, particolarmente marcato per la provincia di Ancona, nella quale si registra un tasso medio annuo età-specifico di accesso pari a 217,2 per 1000 residenti (IC 95% 214,7 - 219,7) per 1000 residenti. Il tasso d'accesso decresce nelle fasce d'età 17-24 e 25-34 anni e raggiunge il minimo nelle fasce d'età comprese tra i 35 ed i 64 anni, per poi crescere nuovamente e raggiungere il massimo nella fascia d'età 85+, nella quale si osservano tassi variabili tra 317,6 per 1000 (IC 95%: 311,1 - 324,2) nella provincia di Macerata e 425,5 per 1000 (IC 95%: 419,2 - 431,8) in quella di Ancona (Allegato B, tabella B2.1). Queste differenze territoriali evidenziano un'eterogeneità del fenomeno di accesso al pronto soccorso che non è meramente legata alla distribuzione per età della popolazione delle province, con accessi più frequenti nei comuni dell'entroterra di Ancona e Macerata.

Come per le ospedalizzazioni, anche gli accessi in pronto soccorso risultano fortemente ridotti nel corso del biennio 2020-2021, con una forte riduzione degli accessi in età pediatrica (Allegato B, tabella B2.2).

I risultati dell'analisi di mobilità sono simili a quelli già osservati per la popolazione generale.

A valle della suddivisione degli accessi per codice triage assegnato all'accesso, nel corso del biennio 2018-2019 si è osservata una preponderanza delle urgenze minori, che hanno assorbito il 60% circa delle prestazioni in tutte le province (Tabella 2.2.13). Inoltre, la provincia di Ancona mostrava tassi di non urgenza o in urgenza minore più elevati rispetto alle altre province (rispettivamente 15,4 per 1000 residenti, IC 95%: 15,1 - 15,6 e 121,5, IC 95%: 120,8 - 122,2), a fronte di un tasso di accesso in urgenza e urgenza differibile confrontabile (44,1, IC 95%: 43,6 - 44,5) ed un tasso di accesso in urgenza inferiore (3,6, IC 95%: 3,5 - 3,7). I tempi di attesa erano correlati all'entità dell'urgenza in tutte le province. Per le urgenze ed urgenze differibili essi variavano tra una media di 49 minuti (DS 79) nella provincia di Ancona ad una di 104 minuti (DS 103) in quella di Fermo, mentre per le emergenze variavano tra una media di 7 minuti (DS 14) ad Ascoli Piceno ed una di 15 (DS 36) a Macerata.

Nel medesimo biennio, la mobilità territoriale rifletteva la situazione complessiva già descritta in precedenza (Tabella 2.2.14), e le aree regionali con tempi di percorrenza più elevati erano nuovamente quelle ad ovest della provincia di Pesaro e Urbino e quelle sud e sud-ovest delle province di Macerata e Fermo. In queste aree i tempi



di percorrenza per urgenze ed urgenze differibili e per emergenze risultavano maggiori di 30 minuti (Figure 2.2.7 e 2.2.8).

A seguito della pandemia, si è registrato un crollo dei tassi di accesso classificati come “non urgenza” o “urgenza minore” e si è ridotta la mobilità tra province, mentre le aree “critiche” a livello regionale sono rimaste le medesime.

Focalizzando l’attenzione sulla diagnosi principale associata all’accesso, in entrambi i bienni analizzati le classi diagnostiche più frequenti sono state “Traumatismi e avvelenamenti (codici ICD9 CM 800-999) e “Sintomi, segni, e stati morbosi maldefiniti” (codici ICD-9 CM 780-799), che hanno assorbito circa il 50% degli accessi totali in tutte le province, con tempi medi di attesa che nel biennio 2018-2019 superavano gli 80 minuti (Tabella 2.1.15).

L’analisi spaziale ha confermato le aree critiche già descritte in precedenza, sia per la classe diagnostica più frequente (Figura 2.2.9), che per le altre classi.

Tabella 2.2.9 – Stratificazione del consumo di accessi in pronto soccorso dei residenti della regione Marche per provincia biennio 2018-2019

Provincia	N accessi 2018 (%)	N accessi 2019 (%)	N medio annuale accessi	Tasso (IC 95%) (*1000 residenti)	Tempo di attesa (minuti)	
					Media (SD)	Mediana (Q1-Q3)
Ancona	171.916 (35,69%)	174.317 (36,9%)	173.116,5	369,1 (367,4 - 370,9)	81 (1201)	36 (11 - 102)
Ascoli Piceno	58.554 (12,15%)	58.017 (12,28%)	58.285,5	281,2 (278,9 - 283,4)	91 (125)	49 (17 - 123)
Fermo	51.288 (10,65%)	44.524 (9,42%)	47.906,0	277,6 (275,1 - 280,1)	96 (577)	51 (11 - 141)
Macerata	94.579 (19,63%)	85.781 (18,16%)	90.180,0	288,2 (286,3 - 290,1)	92 (1607)	32 (8 - 98)
Pesaro e Urbino	105.403 (21,88%)	109.806 (23,24%)	107.604,5	304,3 (302,4 - 306,1)	78 (94)	46 (15 - 112)
<b>Totale</b>	<b>481.740 (100%)</b>	<b>472.445 (100%)</b>	<b>477.092,5</b>	<b>314,8 (313,9 - 315,7)</b>	<b>85 (1024)</b>	<b>40 (12 - 110)</b>

Tabella 2.2.10 – Stratificazione del consumo di accessi in pronto soccorso dei residenti della regione Marche per provincia biennio 2020-2021

Provincia	N accessi 2020 (%)	N accessi 2021 (%)	N medio annuale accessi	Tasso (IC 95%) (*1000 residenti)	Tempo di attesa(giorni)	
					Media (SD)	Mediana (Q1-Q3)
Ancona	120.378 (36,73%)	132.108 (36,81%)	126.243,0	272,0 (270,2 - 273,2)	65 (95)	26 (9 - 80)
Ascoli Piceno	39.496 (12,05%)	44.500 (12,4%)	41.998,0	206,0 (203,7 - 207,6)	90 (114)	45 (15 - 120)
Fermo	29.659 (9,05%)	31.192 (8,69%)	30.425,5	179,0 (176,9 - 180,9)	51 (85)	14 (6 - 57)
Macerata	64.694 (19,74%)	70.988 (19,78%)	67.841,0	220,0 (218,6 - 221,9)	70 (106)	23 (6 - 86)
Pesaro e Urbino	73.522 (22,43%)	80.122 (22,32%)	76.822,0	219,0 (217,3 - 220,4)	52 (80)	18 (6 - 64)
<b>Totale</b>	<b>327.749 (100%)</b>	<b>358.910 (100%)</b>	<b>343.329,5</b>	<b>229,0 (228,4 - 230,0)</b>	<b>65 (96)</b>	<b>24 (8 - 80)</b>

Tabella 2.2.11 – Analisi della mobilità relativa agli accessi in pronto soccorso dei residenti della regione Marche per provincia, biennio 2018-2019.

Provincia di residenza	Provincia della struttura erogatrice						Tempo di percorrenza (minuti)	
	Ancona	Ascoli Piceno	Fermo	Macerata	Pesaro e Urbino	Fuori regione	Media (DS)	Mediana (Q1 - Q3)
Ancona	337.733 (97,55%)	379 (0,11%)	396 (0,11%)	3.322 (0,96%)	4.389 (1,27%)	14 (0,00%)	10,1 (12,6)	0,0 (0,0 - 17,7)
Ascoli Piceno	2.452 (2,10%)	109.554 (93,98%)	3.651 (3,13%)	669 (0,57%)	217 (0,19%)	28 (0,02%)	9,9 (15,2)	6,5 (0,0 - 14,1)
Fermo	3.952 (4,12%)	2.118 (2,21%)	74.474 (77,73%)	10.745 (11,21%)	201 (0,21%)	4.322 (4,51%)	15,1 (14,8)	14,1 (6,3 - 18,9)
Macerata	21.693 (12,03%)	453 (0,25%)	2.995 (1,66%)	154.614 (85,73%)	457 (0,25%)	148 (0,08%)	15,1 (15,0)	14,6 (0,0 - 20,8)
Pesaro e Urbino	9.025 (4,19%)	106 (0,05%)	100 (0,05%)	230 (0,11%)	205.741 (95,60%)	7 (0,00%)	13,3 (14,0)	7,8 (7,8 - 19,1)

Tabella 2.2.12 – Analisi della mobilità relativa agli accessi in pronto soccorso dei residenti della regione Marche per provincia, biennio 2020-2021.

Provincia di residenza	Provincia di residenza					Tempo di percorrenza (minuti)		
	Provincia di residenza	Ascoli Piceno	Fermo	Macerata	Pesaro e Urbino	Fuori regione	Media (DS)	Mediana (Q1 - Q3)
Ancona	246.303 (97,55%)	280 (0,11%)	319 (0,13%)	2.725 (1,08%)	2.859 (1,13%)	NA	10,3 (12,9)	7,5 (0,0 - 18,7)
Ascoli Piceno	2.134 (2,54%)	78.550 (93,52%)	2.719 (3,24%)	486 (0,58%)	107 (0,13%)	NA	10,8 (15,8)	6,5 (0,0 - 16,7)
Fermo	3.111 (5,11%)	1.558 (2,56%)	49.125 (80,73%)	6.910 (11,36%)	147 (0,24%)	NA	15,8 (15,5)	14,1 (6,3 - 20,5)
Macerata	16.834 (12,41%)	343 (0,25%)	2.301 (1,70%)	115.939 (85,45%)	265 (0,20%)	NA	15,1 (15,2)	14,6 (0,0 - 21,3)
Pesaro e Urbino	7.097 (4,62%)	112 (0,07%)	75 (0,05%)	198 (0,13%)	146.162 (95,13%)	NA	14,8 (15,1)	11,4 (7,8 - 19,8)

Tabella 2.2.13 – Stratificazione del consumo di accessi in pronto soccorso dei residenti della regione Marche per provincia e codice triage, biennio 2018-2019

Provincia e codice triage	N accessi 2018 (%)	N accessi 2019 (%)	N medio annuale accessi	Tasso (IC 95%) (*1000 residenti)	Tempo di attesa (minuti) Media (SD)	Mediana (Q1 -Q3)
<b>Ancona</b>						
Non Urgenza (Codice Bianco, oppure 5)	14.407 (8,38%)	14.410 (8,27%)	14.408,5	15,4 (15,1 - 15,6)	75 (1436)	33 (11 - 83)
Urgenza Minore (Codice Verde, oppure 4)	110.928 (64,52%)	116.993 (67,12%)	113.960,5	121,5 (120,8 - 122,2)	95 (1388)	50 (15 - 123)
Urgenza e Urgenza Differibile (Codice Giallo, oppure 2 o 3)	42.949 (24,98%)	39.719 (22,79%)	41.334,0	44,1 (43,6 - 44,5)	49 (79)	19 (8 - 54)
Emergenza (Codice Rosso, oppure 1)	3.567 (2,07%)	3.149 (1,81%)	3.358,0	3,6 (3,5 - 3,7)	11 (39)	5 (3 - 9)
Deceduto	18 (0,01%)	6 (0%)	12,0	0,0 (0,0 - 0,0)	9 (9)	7 (3 - 13)
Missing	47 (0,03%)	40 (0,02%)	43,5			
<b>Ascoli Piceno</b>						
Non Urgenza (Codice Bianco, oppure 5)	1.569 (2,68%)	1.653 (2,85%)	1.611,0	3,9 (3,7 - 4,1)	90 (285)	46 (23 - 95)
Urgenza Minore (Codice Verde, oppure 4)	34.569 (59,04%)	34.792 (59,97%)	34.680,5	83,7 (82,8 - 84,5)	113 (133)	70 (24 - 159)
Urgenza e Urgenza Differibile (Codice Giallo, oppure 2 o 3)	20.634 (35,24%)	19.754 (34,05%)	20.194,0	48,7 (48,0 - 49,4)	62 (75)	33 (14 - 79)
Emergenza (Codice Rosso, oppure 1)	1.710 (2,92%)	1.792 (3,09%)	1.751,0	4,2 (4,0 - 4,4)	7 (14)	5 (3 - 8)
Deceduto	9 (0,02%)	4 (0,01%)	6,5	0,0 (0,0 - 0,0)	8 (8)	5 (2 - 6)
Missing	63 (0,11%)	22 (0,04%)	42,5			
<b>Fermo</b>						
Non Urgenza (Codice Bianco, oppure 5)	2.034 (3,97%)	2.113 (4,75%)	2.073,5	6,0 (5,8 - 6,3)	72 (88)	46 (17 - 94)
Urgenza Minore (Codice Verde, oppure 4)	30.457 (59,38%)	25.368 (56,98%)	27.912,5	80,9 (79,9 - 81,8)	101 (751)	53 (10 - 144)
Urgenza e Urgenza Differibile (Codice Giallo, oppure 2 o 3)	15.770 (30,75%)	15.249 (34,25%)	15.509,5	44,9 (44,2 - 45,7)	104 (103)	69 (20 - 162)
Emergenza (Codice Rosso, oppure 1)	1.683 (3,28%)	1.634 (3,67%)	1.658,5	4,8 (4,6 - 5,0)	9 (17)	5 (3 - 10)
Deceduto	NaN (NaN%)	3 (0,01%)	1,5	0,0 (0,0 - 0,0)	7 (3)	6 (4 - 10)
Missing	1.344 (2,62%)	157 (0,35%)	750,5			
<b>Macerata</b>						
Non Urgenza (Codice Bianco, oppure 5)	2.747 (2,9%)	2.499 (2,91%)	2.623,0	4,2 (4,0 - 4,4)	234 (3860)	36 (13 - 80)
Urgenza Minore (Codice Verde, oppure 4)	58.468 (61,82%)	50.898 (59,33%)	54.683,0	87,4 (86,7 - 88,1)	93 (1881)	29 (8 - 86)
Urgenza e Urgenza Differibile (Codice Giallo, oppure 2 o 3)	29.589 (31,28%)	28.710 (33,47%)	29.149,5	46,6 (46,0 - 47,1)	89 (101)	48 (13 - 136)
Emergenza (Codice Rosso, oppure 1)	3.692 (3,9%)	3.658 (4,26%)	3.675,0	5,9 (5,7 - 6,1)	15 (36)	6 (3 - 13)
Deceduto	3 (0%)	2 (0%)	2,5	0,0 (0,0 - 0,0)	28 (49)	6 (3 - 14)
Missing	80 (0,08%)	14 (0,02%)	47,0			
<b>Pesaro e Urbino</b>						
Non Urgenza	6.444	7.139	6.791,5	9,6	96	66

Provincia e codice triage	N accessi 2018 (%)	N accessi 2019 (%)	N medio annuale accessi	Tasso (IC 95%) (*1000 residenti)	Tempo di attesa (minuti)	
					Media (SD)	Mediana (Q1 - Q3)
<i>(Codice Bianco, oppure 5)</i>	(6,11%)	(6,5%)		(9,4 - 9,8)	(96)	(27 - 134)
Urgenza Minore <i>(Codice Verde, oppure 4)</i>	68.440 (64,93%)	70.964 (64,63%)	69.702,0	98,5 (97,8 - 99,3)	89 (101)	57 (20 - 129)
Urgenza e Urgenza Differibile <i>(Codice Giallo, oppure 2 o 3)</i>	24.042 (22,81%)	24.830 (22,61%)	24.436,0	34,5 (34,1 - 35,0)	60 (63)	36 (14 - 85)
Emergenza <i>(Codice Rosso, oppure 1)</i>	3.976 (3,77%)	4.233 (3,85%)	4.104,5	5,8 (5,6 - 6,0)	9 (17)	5 (3 - 9)
Deceduto	4 (0%)	6 (0,01%)	5,0	0,0 (0,0 - 0,0)	17 (26)	8 (5 - 17)
Missing	2.497 (2,37%)	2.634 (2,4%)	2.565,5			

Tabella 2.2.14 – Analisi della mobilità relativa agli accessi in pronto soccorso dei residenti della regione Marche per provincia e codice triage, biennio 2018-2019.

Provincia di residenza e codice triage	Provincia della struttura erogatrice						Tempo di percorrenza (minuti)	
	Ancona	Ascoli Piceno	Fermo	Macerata	Pesaro e Urbino	Fuori regione	Media (DS)	Mediana (Q1 - Q3)
<b>Ancona</b>								
Non Urgenza <i>(Codice Bianco, oppure 5)</i>	28.526 (98,99%)	12 (0,04%)	18 (0,06%)	115 (0,40%)	146 (0,51%)		9,6 (12,0)	0,0 (0,0 - 18,7)
Urgenza Minore <i>(Codice Verde, oppure 4)</i>	221.823 (97,32%)	239 (0,10%)	252 (0,11%)	2.131 (0,93%)	3.463 (1,52%)	13 (0,01%)	10,0 (12,6)	0,0 (0,0 - 17,7)
Urgenza e Urgenza Differibile <i>(Codice Giallo, oppure 2 o 3)</i>	80.854 (97,81%)	116 (0,14%)	98 (0,12%)	976 (1,18%)	624 (0,75%)		10,3 (12,8)	7,5 (0,0 - 17,7)
Emergenza <i>(Codice Rosso, oppure 1)</i>	6.506 (96,87%)	12 (0,18%)	18 (0,27%)	100 (1,49%)	80 (1,19%)		12,8 (14,5)	12,1 (0,0 - 19,7)
Deceduto	24 (100,00%)						12,7 (12,2)	11,7 (0,0 - 17,4)
<b>Ascoli Piceno</b>								
Non Urgenza <i>(Codice Bianco, oppure 5)</i>	126 (3,91%)	2.935 (91,09%)	124 (3,85%)	22 (0,68%)	15 (0,47%)		11,6 (19,1)	5,4 (0,0 - 14,2)
Urgenza Minore <i>(Codice Verde, oppure 4)</i>	1.228 (1,77%)	64.852 (93,50%)	2.717 (3,92%)	399 (0,58%)	143 (0,21%)	22 (0,03%)	9,7 (14,9)	6,5 (0,0 - 14,1)
Urgenza e Urgenza Differibile <i>(Codice Giallo, oppure 2 o 3)</i>	834 (2,06%)	38.610 (95,60%)	673 (1,67%)	224 (0,55%)	47 (0,12%)		9,8 (14,7)	5,4 (0,0 - 14,2)
Emergenza	264	3.144	62	24	8		14,1	6,5

Provincia di residenza e codice triage	Provincia della struttura erogatrice						Tempo di percorrenza (minuti)	
	Ancona	Ascoli Piceno	Fermo	Macerata	Pesaro e Urbino	Fuori regione	Media (DS)	Mediana (Q1 - Q3)
<i>(Codice Rosso, oppure 1)</i>	(7,54%)	(89,78%)	(1,77%)	(0,69%)	(0,23%)		(21,2)	(0,0 - 20,7)
Deceduto		13 (100,00%)					4,6 (7,3)	0,0 (0,0 - 8,7)
<b>Fermo</b>								
Non Urgenza <i>(Codice Bianco, oppure 5)</i>	291 (7,02%)	82 (1,98%)	3.534 (85,22%)	163 (3,93%)	14 (0,34%)	63 (1,52%)	14,8 (16,0)	14,1 (0,0 - 17,6)
Urgenza Minore <i>(Codice Verde, oppure 4)</i>	2.357 (4,22%)	1.194 (2,14%)	41.645 (74,60%)	6.769 (12,13%)	130 (0,23%)	3.730 (6,68%)	14,9 (15,1)	14,1 (0,0 - 17,8)
Urgenza e Urgenza Differibile <i>(Codice Giallo, oppure 2 o 3)</i>	1.004 (3,24%)	757 (2,44%)	25.515 (82,26%)	3.497 (11,27%)	39 (0,13%)	207 (0,67%)	15,1 (13,9)	14,1 (6,9 - 19,3)
Emergenza <i>(Codice Rosso, oppure 1)</i>	300 (9,04%)	84 (2,53%)	2.604 (78,50%)	316 (9,53%)	9 (0,27%)	4 (0,12%)	19,0 (17,0)	14,9 (6,9 - 27,6)
Deceduto		1 (33,33%)	2 (66,67%)				20,8 (11,5)	14,1 (14,1 - 34,1)
<b>Macerata</b>								
Non Urgenza <i>(Codice Bianco, oppure 5)</i>	1.450 (27,64%)	19 (0,36%)	80 (1,52%)	3.671 (69,98%)	23 (0,44%)	3 (0,06%)	19,0 (16,8)	17,9 (0,0 - 26,4)
Urgenza Minore <i>(Codice Verde, oppure 4)</i>	14.001 (12,80%)	278 (0,25%)	1.986 (1,82%)	92.682 (84,74%)	295 (0,27%)	124 (0,11%)	14,8 (15,1)	14,6 (0,0 - 20,6)
Urgenza e Urgenza Differibile <i>(Codice Giallo, oppure 2 o 3)</i>	5.379 (9,23%)	139 (0,24%)	805 (1,38%)	51.854 (88,94%)	115 (0,20%)	7 (0,01%)	14,9 (14,4)	14,6 (0,0 - 20,4)
Emergenza <i>(Codice Rosso, oppure 1)</i>	863 (11,74%)	17 (0,23%)	56 (0,76%)	6.402 (87,10%)	12 (0,16%)		18,3 (16,6)	17,3 (0,0 - 25,8)
Deceduto				5 (100,00%)			10,7 (10,1)	13,8 (0,0 - 19,5)
<b>Pesaro e Urbino</b>								
Non Urgenza <i>(Codice Bianco, oppure 5)</i>	457 (3,36%)	5 (0,04%)	5 (0,04%)	4 (0,03%)	13.112 (96,53%)		11,0 (12,0)	7,8 (7,8 - 12,0)
Urgenza Minore <i>(Codice Verde, oppure 4)</i>	5.852 (4,20%)	56 (0,04%)	72 (0,05%)	142 (0,10%)	133.275 (95,60%)	7 (0,01%)	12,8 (13,5)	7,8 (0,0 - 18,8)

Provincia di residenza e codice triage	Provincia della struttura erogatrice						Tempo di percorrenza (minuti)	
	Ancona	Ascoli Piceno	Fermo	Macerata	Pesaro e Urbino	Fuori regione	Media (DS)	Mediana (Q1 - Q3)
Urgenza e Urgenza Differibile <i>(Codice Giallo, oppure 2 o 3)</i>	2.258 (4,62%)	43 (0,09%)	17 (0,03%)	75 (0,15%)	46.479 (95,10%)		15,1 (15,1)	11,4 (7,8 - 20,1)
Emergenza <i>(Codice Rosso, oppure 1)</i>	458 (5,58%)	2 (0,02%)	3 (0,04%)	9 (0,11%)	7.737 (94,25%)		16,3 (18,5)	7,8 (7,8 - 19,8)
Deceduto					10 (100,00%)		9,7 (9,3)	7,8 (0,0 - 18,5)

Tabella 2.2.15 – Stratificazione del consumo di accessi in pronto soccorso dei residenti nella regione Marche per provincia e diagnosi principale associata all'accesso, biennio 2018-2019. Sono state selezionate le 5 classi diagnostiche più frequenti, ordinate per frequenza assoluta decrescente.

Descrizione diagnosi principale	N accessi 2018 (%)	N accessi 2019 (%)	N medio annuale accessi	Tasso (IC 95%) (*1000 residenti)	Tempo di attesa (minuti) Media (SD)	Mediana (Q1-Q3)
<b>Ancona</b>						
Traumatismi e avvelenamenti (800-999)	44.983 (26,17%)	44.126 (25,31%)	44.554,5	47,5 (47,1 - 47,9)	85 (1467)	41 (12 - 110)
Sintomi, segni, e stati morbosi maldefiniti (780-799)	34.978 (20,35%)	33.857 (19,42%)	34.417,5	36,7 (36,3 - 37,1)	86 (163)	43 (13 - 122)
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)	15.264 (8,88%)	15.698 (9,01%)	15.481,0	16,5 (16,2 - 16,8)	63 (317)	29 (8 - 76)
Altro	13.271 (7,72%)	11.313 (6,49%)	12.292,0	13,1 (12,9 - 13,3)	66 (2701)	23 (8 - 60)
Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	10.034 (5,84%)	11.133 (6,39%)	10.583,5	11,3 (11,1 - 11,5)	53 (80)	21 (7 - 66)
<b>Ascoli Piceno</b>						
Traumatismi e avvelenamenti (800-999)	16.113 (27,52%)	15.977 (27,54%)	16.045,0	38,7 (38,1 - 39,3)	100 (114)	61 (19 - 141)
Sintomi, segni, e stati morbosi maldefiniti (780-799)	12.406 (21,19%)	11.405 (19,66%)	11.905,5	28,7 (28,2 - 29,2)	89 (111)	46 (16 - 120)
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)	5.178 (8,84%)	5.266 (9,08%)	5.222,0	12,6 (12,3 - 12,9)	75 (200)	42 (19 - 87)
Malattie del sistema circolatorio (390-459)	4.824 (8,24%)	4.909 (8,46%)	4.866,5	11,7 (11,4 - 12,1)	78 (108)	33 (12 - 101)
Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	3.143 (5,37%)	3.015 (5,2%)	3.079,0	7,4 (7,2 - 7,7)	73 (114)	31 (10 - 90)
<b>Fermo</b>						
Traumatismi e avvelenamenti (800-999)	18.139 (35,37%)	13.069 (29,35%)	15.604,0	45,2 (44,5 - 45,9)	80 (100)	36 (6 - 121)
Sintomi, segni, e stati morbosi maldefiniti (780-799)	11.481 (22,39%)	10.443 (23,45%)	10.962,0	31,8 (31,2 - 32,4)	113 (402)	73 (18 - 173)
Malattie del sistema circolatorio (390-459)	3.969 (7,74%)	3.913 (8,79%)	3.941,0	11,4 (11,1 - 11,8)	92 (105)	45 (11 - 145)
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)	3.421 (6,67%)	3.285 (7,38%)	3.353,0	9,7 (9,4 - 10,1)	78 (108)	48 (18 - 104)
Malattie dell'apparato digerente (520-579)	2.322 (4,53%)	2.384 (5,35%)	2.353,0	6,8 (6,5 - 7,1)	111 (108)	78 (24 - 167)
<b>Macerata</b>						
Traumatismi e avvelenamenti (800-999)	27.381 (28,95%)	21.726 (25,33%)	24.553,5	39,2 (38,8 - 39,7)	70 (1721)	27 (7 - 83)
Sintomi, segni, e stati morbosi maldefiniti (780-799)	18.518 (19,58%)	17.341 (20,22%)	17.929,5	28,6 (28,2 - 29,1)	81 (464)	30 (8 - 110)
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)	11.873 (12,55%)	11.298 (13,17%)	11.585,5	18,5 (18,2 - 18,9)	82 (399)	43 (13 - 102)
Malattie del sistema circolatorio (390-459)	6.970 (7,37%)	6.453 (7,52%)	6.711,5	10,7 (10,5 - 11,0)	76 (98)	29 (8 - 112)
Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	5.017 (5,3%)	4.913 (5,73%)	4.965,0	7,9 (7,7 - 8,2)	66 (91)	25 (7 - 88)
<b>Pesaro e Urbino</b>						
Traumatismi e avvelenamenti (800-999)	31.155 (29,56%)	31.588 (28,77%)	31.371,5	44,4 (43,9 - 44,8)	83 (104)	55 (17 - 120)
Sintomi, segni, e stati morbosi maldefiniti (780-799)	23.128 (21,94%)	23.469 (21,37%)	23.298,5	32,9 (32,5 - 33,4)	82 (90)	49 (16 - 120)

Descrizione diagnosi principale	N accessi 2018 (%)	N accessi 2019 (%)	N medio annuale accessi	Tasso (IC 95%) (*1000 residenti)	Tempo di attesa (minuti)	
					Media (SD)	Mediana (Q1-Q3)
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)	7.585 (7,2%)	8.572 (7,81%)	8.078,5	11,4 (11,2 - 11,7)	69 (73)	45 (19 - 95)
Malattie del sistema circolatorio (390-459)	7.557 (7,17%)	7.755 (7,06%)	7.656,0	10,8 (10,6 - 11,1)	66 (81)	31 (9 - 94)
Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	7.133 (6,77%)	7.607 (6,93%)	7.370,0	10,4 (10,2 - 10,7)	58 (76)	28 (11 - 74)

Tabella 2.2.16 – Analisi della mobilità relativa agli accessi in pronto soccorso dei residenti nella regione Marche per provincia e diagnosi principale associata all'accesso, biennio 2018-2019. Sono state selezionate le 5 classi diagnostiche più frequenti, ordinate per frequenza assoluta decrescente.

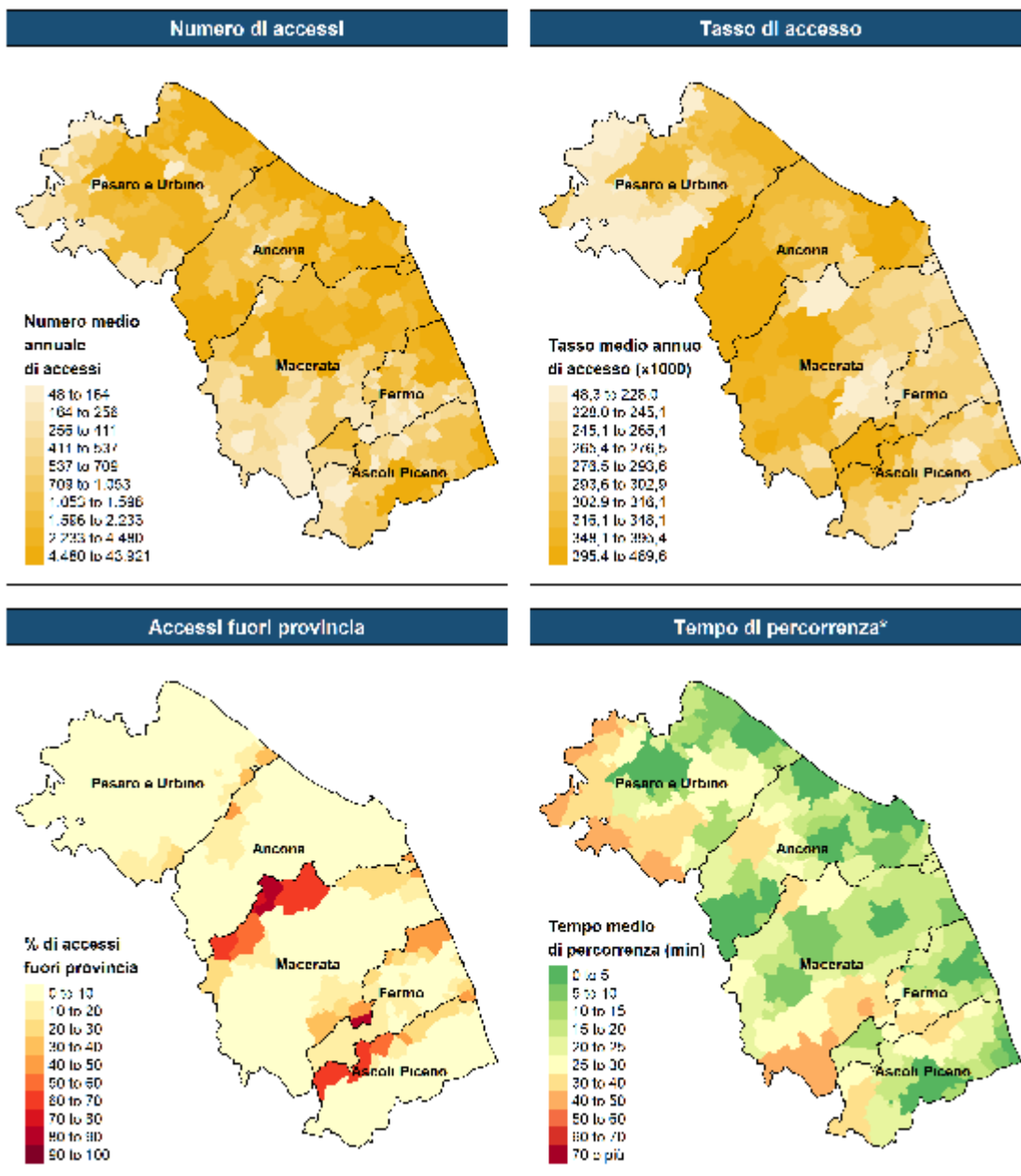
Descrizione diagnosi principale	Provincia della struttura erogatrice						Tempo di percorrenza (minuti)	
	Ancona	Ascoli Piceno	Fermo	Macerata	Pesaro e Urbino	Fuori regione	Media (DS)	Mediana (Q1 - Q3)
<b>Ancona</b>								
Traumatismi e avvelenamenti (800-999)	85.919 (96,42%)	115 (0,13%)	158 (0,18%)	973 (1,09%)	1.936 (2,17%)	8 (0,01%)	10,3 (13,0)	0,0 (0,0 - 17,7)
Sintomi, segni, e stati morbosi maldefiniti (780-799)	67.348 (97,84%)	74 (0,11%)	82 (0,12%)	493 (0,72%)	836 (1,21%)	2 (0,00%)	10,1 (12,6)	7,5 (0,0 - 17,6)
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)	30.052 (97,06%)	20 (0,06%)	21 (0,07%)	590 (1,91%)	278 (0,90%)	1 (0,00%)	10,6 (13,0)	8,0 (0,0 - 18,7)
Altro	30.221 (98,38%)	41 (0,13%)	24 (0,08%)	214 (0,70%)	218 (0,71%)		9,6 (11,9)	8,0 (0,0 - 17,6)
Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	20.849 (98,50%)	24 (0,11%)	14 (0,07%)	122 (0,58%)	158 (0,75%)		10,2 (12,3)	8,6 (0,0 - 18,7)
<b>Ascoli Piceno</b>								
Traumatismi e avvelenamenti (800-999)	522 (1,63%)	29.626 (92,32%)	1.669 (5,20%)	176 (0,55%)	76 (0,24%)	21 (0,07%)	9,7 (15,0)	6,5 (0,0 - 13,5)
Sintomi, segni, e stati morbosi maldefiniti (780-799)	457 (1,92%)	22.381 (93,99%)	804 (3,38%)	114 (0,48%)	52 (0,22%)	3 (0,01%)	10,1 (15,1)	6,5 (0,0 - 14,2)



Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)	127 (1,22%)	9.989 (95,64%)	208 (1,99%)	110 (1,05%)	10 (0,10%)		9,3 (14,3)	5,4 (0,0 - 14,1)
Malattie del sistema circolatorio (390-459)	215 (2,21%)	9.298 (95,53%)	191 (1,96%)	22 (0,23%)	7 (0,07%)		9,8 (14,4)	5,4 (0,0 - 15,3)
Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	150 (2,44%)	5.881 (95,50%)	92 (1,49%)	22 (0,36%)	11 (0,18%)	2 (0,03%)	9,9 (15,1)	5,4 (0,0 - 14,2)
<b>Fermo</b>								
Traumatismi e avvelenamenti (800-999)	828 (2,65%)	528 (1,69%)	23.723 (76,02%)	2.894 (9,27%)	65 (0,21%)	3.170 (10,16%)	13,8 (13,9)	13,5 (0,0 - 17,4)
Sintomi, segni, e stati morbosi maldefiniti (780-799)	832 (3,79%)	407 (1,86%)	18.238 (83,19%)	1.945 (8,87%)	38 (0,17%)	464 (2,12%)	14,7 (14,2)	14,1 (0,0 - 17,6)
Malattie del sistema circolatorio (390-459)	217 (2,75%)	189 (2,40%)	6.639 (84,23%)	714 (9,06%)	10 (0,13%)	113 (1,43%)	14,9 (13,7)	14,1 (6,9 - 20,5)
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)	272 (4,06%)	185 (2,76%)	4.910 (73,22%)	1.192 (17,78%)	7 (0,10%)	140 (2,09%)	16,3 (15,7)	14,1 (0,0 - 22,7)
Malattie dell'apparato digerente (520-579)	179 (3,80%)	100 (2,12%)	3.749 (79,66%)	632 (13,43%)	15 (0,32%)	31 (0,66%)	15,8 (15,6)	14,1 (6,9 - 19,6)
<b>Macerata</b>								
Traumatismi e avvelenamenti (800-999)	4.724 (9,62%)	153 (0,31%)	1.297 (2,64%)	42.680 (86,91%)	134 (0,27%)	119 (0,24%)	14,2 (15,0)	14,2 (0,0 - 20,2)
Sintomi, segni, e stati morbosi maldefiniti (780-799)	4.369 (12,18%)	72 (0,20%)	685 (1,91%)	30.618 (85,38%)	103 (0,29%)	12 (0,03%)	15,3 (15,2)	14,6 (0,0 - 20,8)
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)	1.807 (7,80%)	45 (0,19%)	136 (0,59%)	21.141 (91,24%)	36 (0,16%)	6 (0,03%)	15,0 (13,6)	14,6 (0,0 - 20,8)
Malattie del sistema circolatorio (390-459)	1.305 (9,72%)	23 (0,17%)	172 (1,28%)	11.903 (88,68%)	18 (0,13%)	2 (0,01%)	14,8 (14,3)	14,6 (0,0 - 20,4)
Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	1.737 (17,49%)	14 (0,14%)	92 (0,93%)	8.060 (81,17%)	25 (0,25%)	2 (0,02%)	16,1 (15,0)	15,2 (0,0 - 24,7)

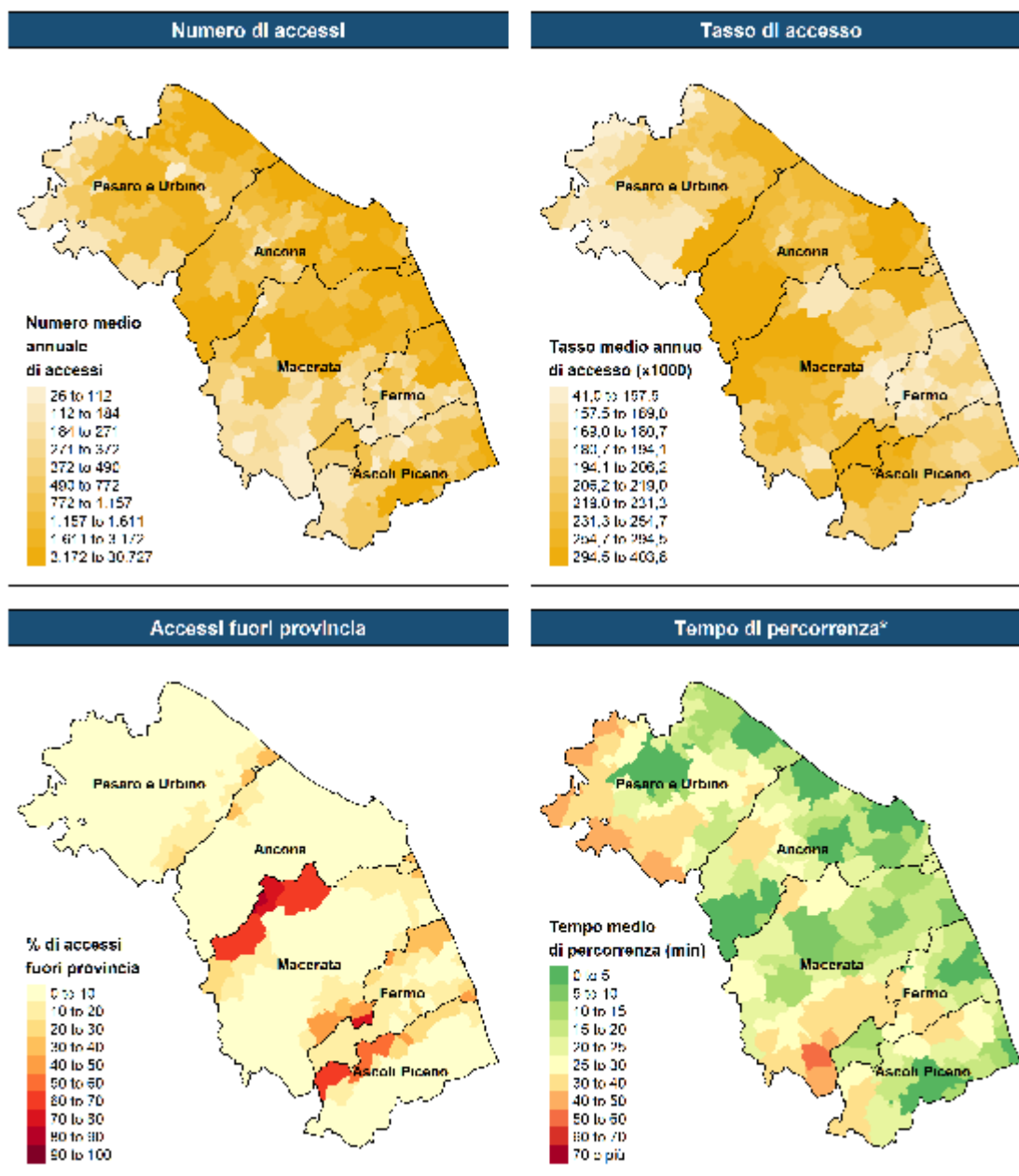
Pesaro e Urbino								
Traumatismi e avvelenamenti (800-999)	3.070 (4,89%)	38 (0,06%)	42 (0,07%)	78 (0,12%)	59.511 (94,85%)	4 (0,01%)	13,1 (13,8)	7,8 (7,8 - 18,8)
Sintomi, segni, e stati morbosi maldefiniti (780-799)	1.802 (3,87%)	16 (0,03%)	17 (0,04%)	36 (0,08%)	44.726 (95,98%)		13,7 (13,6)	8,0 (7,8 - 19,8)
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)	643 (3,98%)	6 (0,04%)	5 (0,03%)	18 (0,11%)	15.485 (95,84%)		13,4 (14,9)	7,8 (0,0 - 18,8)
Malattie del sistema circolatorio (390-459)	485 (3,17%)	2 (0,01%)	4 (0,03%)	10 (0,07%)	14.811 (96,73%)		13,9 (14,4)	7,8 (7,8 - 19,8)
Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	394 (2,67%)	12 (0,08%)	2 (0,01%)	4 (0,03%)	14.328 (97,20%)		12,5 (13,8)	7,8 (0,0 - 18,8)

Figura 2.2.5 - Biennio 2018-2019. Sintesi del consumo di accessi al pronto soccorso e della mobilità per comune di residenza



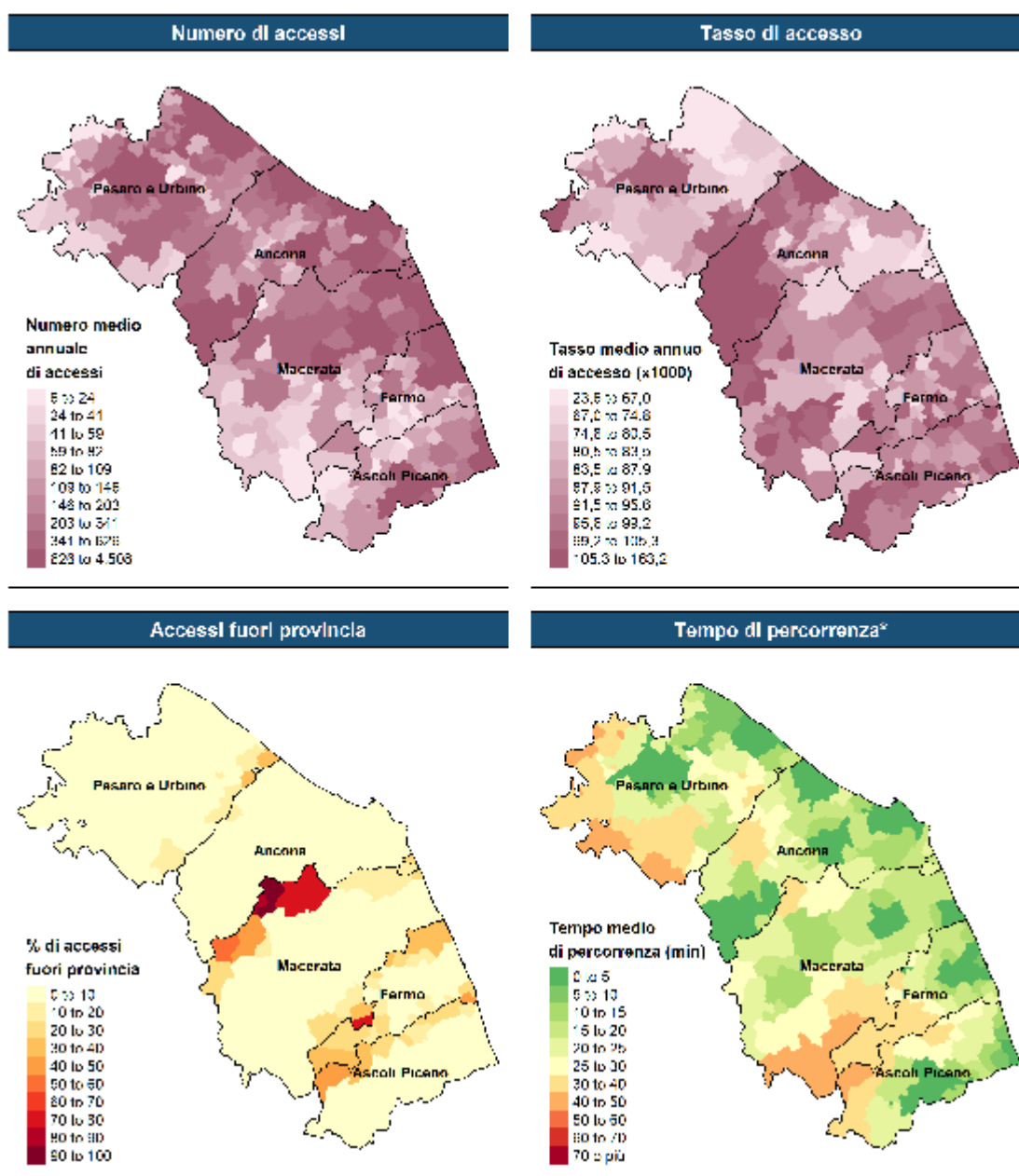
\*esclusi accessi fuori regione

**Figura 2.2.6 - Biennio 2020-2021.** Sintesi del consumo di accessi al pronto soccorso e della mobilità per comune di residenza



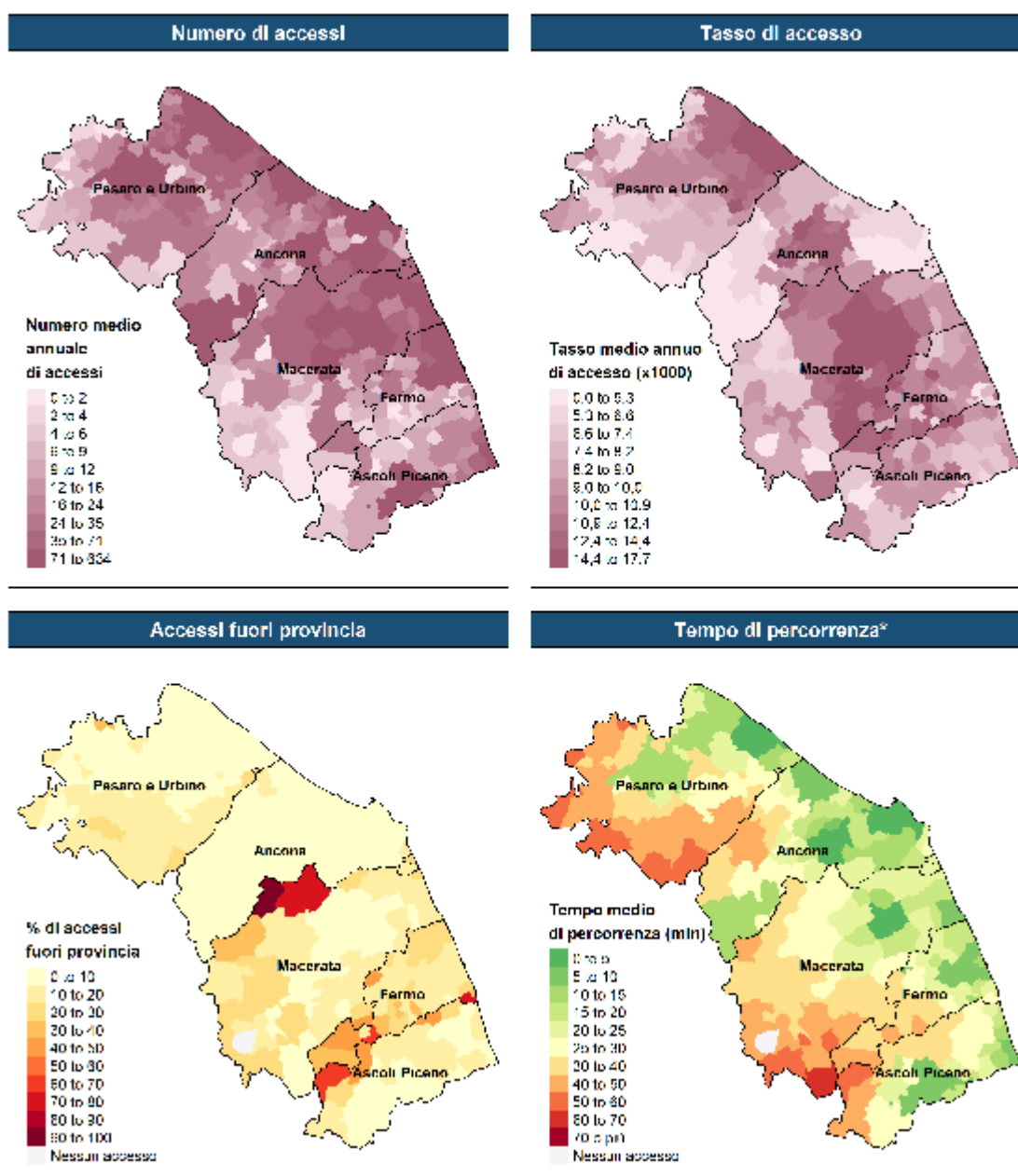
\*esclusi accessi fuori regione

**Figura 2.2.7 - Biennio 2018-2019, codice triage “Urgenza e Urgenza Differibile” (Codice Giallo, oppure 2 o 3). Sintesi del consumo di accessi al pronto soccorso e della mobilità per comune di residenza.**



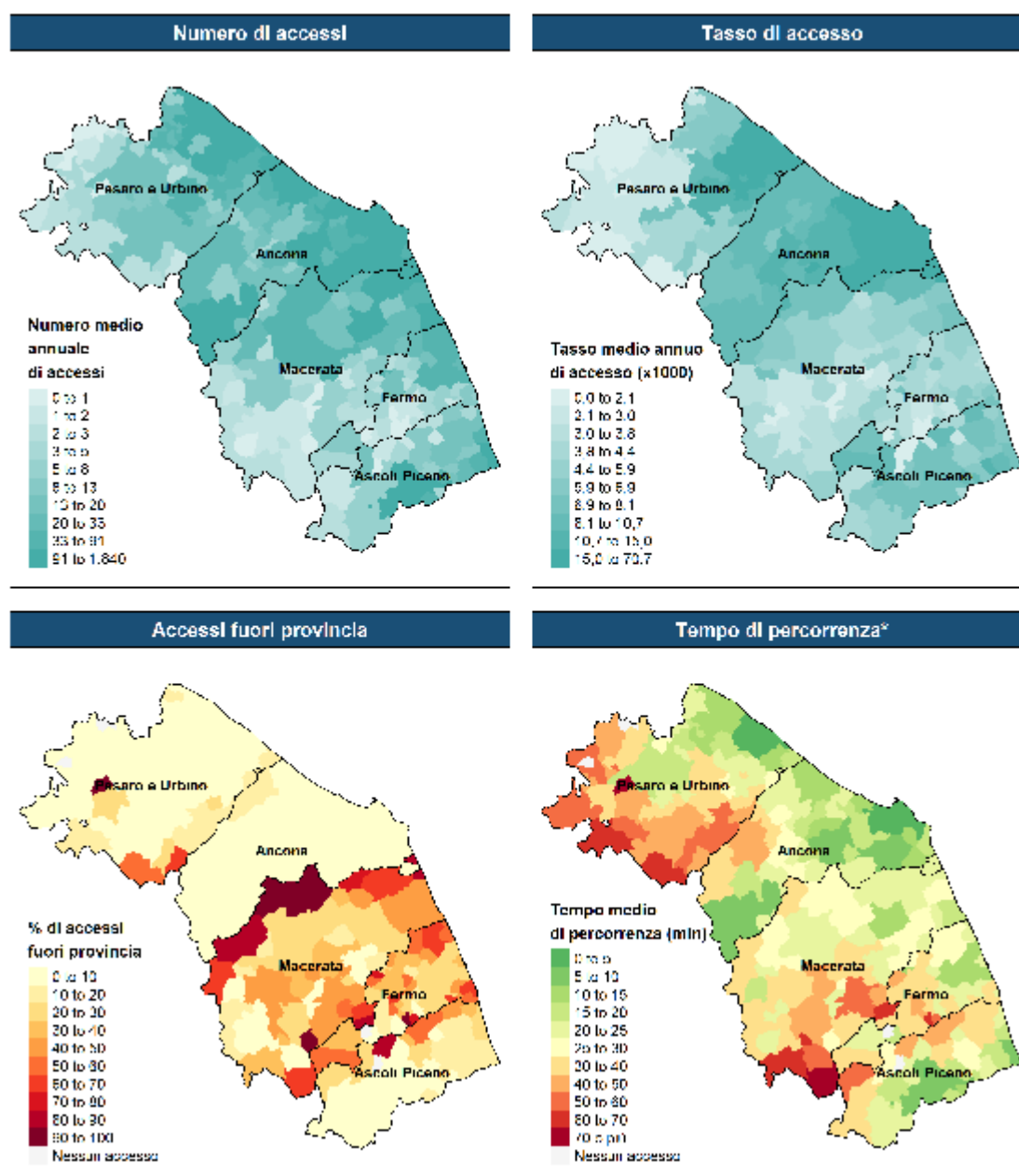
\*esclusi accessi fuori regione

**Figura 2.2.8 - Biennio 2018-2019, codice triage "Emergenza" (Codice Rosso, oppure 1).** Sintesi del consumo di accessi al pronto soccorso e della mobilità per comune di residenza.



\*esclusi accessi fuori regione

**Figura 2.2.9 - Biennio 2018-2019, classe di diagnosi "Traumatismi e avvelenamenti" (ICD-9 CM 800-999). Sintesi del consumo di accessi al pronto soccorso e della mobilità per comune di residenza.**



\*esclusi accessi fuori regione

## 2.3. ANALISI DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Il numero medio annuale di prestazioni ambulatoriali di interesse erogate ai residenti nella regione Marche è stato di 4.694.573 per il biennio 2018-2019 e di 3.834.884 nel biennio successivo, con la consueta riduzione associata all'outbreak pandemico (Tabelle 2.2.17 e 2.2.18). I corrispondenti tassi medi annui sono stati rispettivamente pari a 3.097,9 (IC 95%: 3.095,1 - 3.100,7) e 2.560,0 (IC 95%: 2.557,4 - 2.562,6) per 1000 residenti.

L'etogeneità spaziale osservata per i due precedenti outcome risulta in questo caso attenuata. Nel biennio 2018-2019 le province di Ancona ed Ascoli Piceno hanno registrato tassi di accesso simili e vicini a 3.300 per 1000 residenti e le restanti tre province tassi che variavano tra 2.900 e 3.000 accessi per 1000 residenti (Tabella 2.2.17 e Figura 2.2.10).

Nel corso del biennio successivo, il valore massimo è stato registrato nel territorio di Ascoli Piceno, con un tasso medio annuo di accesso pari a 2.846,0 per 1000 residenti (IC 95%: 2.838,9 - 2.853,6), mentre il minimo è stato osservato nella provincia di Fermo, con 2.348,0 accessi per 1000 residenti (IC 95%: 2.341,0 - 2.355,6) (Tabella 2.2.18 e Figura 2.2.11). Nel corso del primo biennio analizzato, il tempo medio d'attesa per ricevere la prestazione era pari a 38 giorni (DS 133), ma nella provincia di Macerata esso si riduceva a 27 giorni (DS 110), mentre in quella di Ancona raggiungeva i 50 giorni (DS 159). Nel corso del secondo biennio, i tempi di attesa si sono ridotti consistentemente, raggiungendo una media di 26 giorni (DS: 112), nuovamente con differenze provinciali marcate. La provincia caratterizzata dalla maggiore mobilità intra ed extraregionale è risultata quella di Fermo, che ha coperto solo il 73,6% delle prestazioni dei suoi residenti nel biennio 2018-2019 ed il 67,7% nel biennio successivo, mentre all'estremo opposto si è collocata quella di Ancona, con percentuali rispettivamente pari a 90,9% e 89,5%. I tempi medi di percorrenza sono risultati inferiori ai 20 minuti per tutte le province in entrambi i bienni (Tabelle 2.2.19 – 2.2.20).

Ancora una volta, l'analisi comunale ha evidenziato le aree dell'entroterra di Pesaro e Urbino e di Macerata come quelle caratterizzate da un tempo di percorrenza maggiore e superiore ai 30 minuti (Figure 2.2.10 – 2.2.11).

La stratificazione per sesso ha fatto emergere un leggero, ma non significativo, squilibrio delle prestazioni a favore della componente femminile (54% delle prestazioni) per le province di Ancona e Pesaro e Urbino.

La distribuzione per classe d'età delle prestazioni mostra un forte gradiente per età, escludendo la fascia pediatrica, per la quale si registrano tassi di prestazione leggermente maggiori rispetto a quelli delle fasce.

Nel corso del biennio 2018-2019, il tasso minimo di prestazione si è registrato nella fascia d'età 17- 24, con un minimo nella provincia di Fermo (510,6 prestazioni per 1000 residenti, IC 95%: 502,0 - 519,3) ed un massimo nella provincia di Ancona (622,3 prestazioni per 1000 residenti, IC 95%: 616,5 - 628,2). I tassi di prestazione massimi sono stati osservati per la fascia d'età 75-84 anni: essi variavano da 3.385,5 per 1000 residenti (IC 95%: 3.371,0 - 3.400,1) nella provincia di Pesaro e Urbino e 3.919,7 per 1000 residenti (IC 95%: 3.899,9 - 3.939,6) in quella di Ascoli Piceno. Il biennio successivo a visto un decremento delle prestazioni, senza variarne la distribuzione per età. Si evidenzia, inoltre, per entrambi i bienni analizzati, una minore mobilità intra ed extraregionale nelle fasce d'età più anziane, che hanno conseguentemente tempi di percorrenza inferiori rispetto alle classi d'età più giovani.

Nelle tabelle 2.2.21 - 2.2.22 sono riportati i risultati del consumo di prestazioni per le 5 branche più frequenti in ciascuna delle province analizzate ed evidenziano come branca principale "Diagnostica per immagini: radiologia diagnostica", che nel corso del biennio 2018-2019 ha assorbito una percentuale variabile tra il 17,3% del totale nella provincia di Fermo ed il 21,6% in quelle di Ancona e Pesaro e Urbino. Seguivano la branca "Altre prestazioni", quella relativa a "Medicina fisica e riabilitazione-recupero e riabilitazione funzionale motulesi e neurolesi", la cardiologia e la nefrologia. Il tempo medio di attesa per una prestazione di diagnostica per immagini, nel corso del biennio 2018-2019 oscillava tra 54 giorni (DS: 126) nella provincia di Ascoli Piceno e 102 giorni (DS: 237) in quella di Ancona; per una prestazione nella branca della cardiologia variavano tra 42 giorni (DS: 116) per la provincia di Ascoli Piceno e 66 giorni (DS: 140) per quella di Ancona; le prestazioni della branca nefrologica, invece, venivano erogate con tempi d'attesa molto inferiori. L'analisi di mobilità ha evidenziato una maggior tendenza a spostarsi per le prestazioni di diagnostica per immagini rispetto a quelle delle altre branche.

Le aree spazialmente critiche si confermano quelle già descritte in precedenza (Figure 2.2.12 – 2.2.14). La diagnostica per immagini, inoltre, evidenzia forti eterogeneità spaziali, con tassi di prestazione più elevati nelle



aree ad ovest delle province di Macerata e di Pesaro e Urbino.

L'analisi si conclude con la stratificazione del consumo per le 50 prestazioni più frequentemente erogate. Nel documento principale riportiamo la sintesi delle prime 10 prestazioni ed alcune mappe rilevanti (tabelle 2.2.23 – 2.2.24 e figure 2.2.15 – 2.2.1. Nel corso del biennio 2018-2019, la “Visita di controllo (di routine o di follow up)” (codice 89.01) e la “Visita generale. Visita specialistica, prima visita” (codice 89.7) hanno assorbito circa il 30% dei consumi complessivi analizzati in tutte le province, con tempi medi d’attesa che per la visita di controllo variavano tra 23 giorni (DS: 111) per la provincia di Macerata e 44 giorni (DS: 140) in quella di Ancona, mentre per la visita generale tra 23 giorni (DS: 59) nella provincia di Macerata e 44 giorni (DS: 114) in quella di Fermo. Tra le prestazioni frequenti si trova anche l’elettrocardiogramma, che assorbe circa il 3% del totale, con tempi medi d’attesa attestati tra 37 giorni (DS: 122) per la provincia di Ascoli Piceno e 57 giorni (DS: 133) per quella di Ancona (Tabella 2.2.23).

La mobilità regionale stratificata per prestazione riflette quella generale già descritta in precedenza, con la provincia di Fermo caratterizzata da una maggior tendenza a spostarsi.

L’analisi spaziale del consumo di prestazioni ha messo nuovamente in evidenza le medesime aree critiche già descritte, con l’area sud-ovest della provincia di Macerata caratterizzata da tempi medi di percorrenza eccedenti i 30 minuti sia per la visita di controllo, che per quella generale (Figure 2.2.15 – 2.2.16).

Tabella 2.2.17 – Stratificazione del consumo di prestazioni di specialistica ambulatoriale dei residenti della regione Marche per provincia biennio 2018-2019

Provincia	N eventi 2018 (%)	N eventi 2019 (%)	N medio annuale eventi	Tasso (IC 95%) (*1000 residenti)	Tempo di attesa (giorni)	
					Media (SD)	Mediana (Q1-Q3)
Ancona	1.452.572 (31,66%)	1.564.493 (32,58%)	1.508.533	3.216,5 (3.211,4 - 3.221,7)	50 (159)	3 (0 - 31)
Ascoli Piceno	672.078 (14,65%)	715.337 (14,9%)	693.708	3.346,4 (3.338,5 - 3.354,3)	28 (111)	0 (0 - 14)
Fermo	497.136 (10,84%)	514.786 (10,72%)	505.961	2.932,0 (2.923,9 - 2.940,1)	38 (131)	0 (0 - 22)
Macerata	948.382 (20,67%)	949.376 (19,77%)	948.879	3.032,7 (3.026,6 - 3.038,8)	27 (110)	0 (0 - 15)
Pesaro e Urbino	1.017.180 (22,17%)	1.057.805 (22,03%)	1.037.493	2.933,6 (2.928,0 - 2.939,3)	34 (115)	2 (0 - 25)
<b>Totale</b>	<b>4.587.348</b>	<b>4.801.797</b>	<b>4.694.573</b>	<b>3.097,9 (3.095,1 - 3.100,7)</b>	<b>38 (133)</b>	<b>0 (0 - 24)</b>

Tabella 2.2.18 – Stratificazione del consumo di prestazioni di specialistica ambulatoriale dei residenti della regione Marche per provincia biennio 2020-2021

Provincia	N eventi 2020 (%)	N eventi 2021 (%)	N medio annuale eventi	Tasso (IC 95%) (*1000 residenti)	Tempo di attesa (giorni)	
					Media (SD)	Mediana (Q1-Q3)
Ancona	1.135.206 (32,26%)	1.337.415 (32,22%)	1.236.311	2.661,0 (2.656,3 - 2.665,7)	35 (134)	0 (0 - 22)
Ascoli Piceno	553.182 (15,72%)	609.476 (14,68%)	581.329	2.846,0 (2.838,9 - 2.853,6)	18 (91)	0 (0 - 8)
Fermo	364.901 (10,37%)	434.042 (10,46%)	399.472	2.348,0 (2.341,0 - 2.355,6)	24 (93)	0 (0 - 12)
Macerata	725.652 (20,62%)	859.390 (20,7%)	792.521	2.573,0 (2.567,2 - 2.578,5)	20 (105)	0 (0 - 8)
Pesaro e Urbino	739.731 (21,02%)	910.773 (21,94%)	825.252	2.351,0 (2.346,0 - 2.356,1)	25 (95)	0 (0 - 14)
<b>Totale</b>	<b>3.518.672</b>	<b>4.151.096</b>	<b>3.834.884</b>	<b>2.560,0 (2.557,4 - 2.562,6)</b>	<b>26 (112)</b>	<b>0 (0 - 13)</b>

Tabella 2.2.19 – Analisi della mobilità relativa alle prestazioni di specialistica ambulatoriale dei residenti della regione Marche per provincia, biennio 2018-2019

Provincia di residenza	Provincia della struttura erogatrice						Tempo di percorrenza (minuti)	
	Ancona	Ascoli Piceno	Fermo	Macerata	Pesaro e Urbino	Fuori regione	Media (DS)	Mediana (Q1 - Q3)
Ancona	2.742.828 (90,91%)	6.120 (0,20%)	9.064 (0,30%)	81.656 (2,71%)	69.172 (2,29%)	108.225 (3,59%)	13,1 (20,4)	11,3 (0,0 - 20,7)
Ascoli Piceno	46.404 (3,34%)	1.211.912 (87,35%)	39.379 (2,84%)	11.855 (0,85%)	2.264 (0,16%)	75.601 (5,45%)	12,3 (26,3)	6,5 (0,0 - 18,2)
Fermo	62.460 (6,17%)	41.295 (4,08%)	744.369 (73,56%)	124.007 (12,25%)	2.408 (0,24%)	37.383 (3,69%)	17,4 (22,2)	14,6 (6,9 - 23,1)
Macerata	239.681 (12,63%)	8.272 (0,44%)	50.972 (2,69%)	1515257 (79,84%)	5.525 (0,29%)	78.051 (4,11%)	16,6 (23,4)	14,6 (0,0 - 24,7)
Pesaro e Urbino	116.859 (5,63%)	714 (0,03%)	984 (0,05%)	3.796 (0,18%)	1.723.086 (83,04%)	229.546 (11,06%)	18,4 (25,2)	12,8 (7,8 - 25,8)

Tabella 2.2.20 – Analisi della mobilità relativa alle prestazioni di specialistica ambulatoriale dei residenti della regione Marche per provincia, biennio 2020-2021

Provincia di residenza	Provincia della struttura erogatrice						Tempo di percorrenza (minuti)	
	Ancona	Ascoli Piceno	Fermo	Macerata	Pesaro e Urbino	Fuori regione	Media (DS)	Mediana (Q1 - Q3)
Ancona	2.213.548 (89,52%)	9.858 (0,40%)	9.779 (0,40%)	89.647 (3,63%)	69.971 (2,83%)	79.818 (3,23%)	14,5 (22,8)	12,3 (0,0 - 22,4)
Ascoli Piceno	43.072 (3,70%)	1.020.576 (87,78%)	30.610 (2,63%)	10.360 (0,89%)	1.733 (0,15%)	56.307 (4,84%)	12,6 (28,0)	6,5 (0,0 - 18,5)
Fermo	56.682 (7,09%)	51.789 (6,48%)	541.208 (67,74%)	120.081 (15,03%)	1.963 (0,25%)	27.220 (3,41%)	19,2 (23,8)	14,9 (6,9 - 28,2)
Macerata	212.523 (13,41%)	11.410 (0,72%)	43.941 (2,77%)	1.256.516 (79,27%)	4.889 (0,31%)	55.763 (3,52%)	17,1 (25,3)	14,6 (0,0 - 25,0)
Pesaro e Urbino	108.598 (6,58%)	1.022 (0,06%)	914 (0,06%)	3.202 (0,19%)	1.362.917 (82,58%)	173.851 (10,53%)	19,6 (26,9)	16,1 (7,8 - 27,4)

Tabella 2.2.21 – Stratificazione del consumo di prestazioni di specialistica ambulatoriale dei residenti nella regione Marche per provincia e branca, biennio 2018-2019. Sono state selezionate le 5 branche più frequenti, ordinate per frequenza assoluta decrescente.

ID Branca	Descrizione branca	N accessi 2018 (%)	N accessi 2019 (%)	N medio annuale accessi	Tasso (IC 95%) (*1000 residenti)	Tempo di attesa (giorni) Media (SD)	Mediana (Q1-Q3)
<b>Ancona</b>							
008	Diagnostica per immagini: radiologia diagnostica	314.400 (21,64%)	334.757 (21,4%)	324.578,5	346,0 (344,8 - 347,2)	102 (237)	11 (0 - 67)
026	Altre prestazioni	221.861 (15,27%)	257.232 (16,44%)	239.546,5	255,4 (254,4 - 256,4)	13 (97)	0 (0 - 0)
002	Cardiologia	152.567 (10,5%)	153.880 (9,84%)	153.223,5	163,3 (162,5 - 164,2)	66 (140)	9 (0 - 68)
012	Medicina fisica e riabilitazione - recupero e riabilitazione funzionale motulesi e neurolesi	100.599 (6,93%)	103.994 (6,65%)	102.296,5	109,1 (108,4 - 109,7)	38 (97)	14 (0 - 36)
016	Oculistica	80.214 (5,52%)	82.286 (5,26%)	81.250,0	86,6 (86,0 - 87,2)	65 (116)	15 (0 - 98)
<b>Ascoli Piceno</b>							
008	Diagnostica per immagini: radiologia diagnostica	127.215 (18,93%)	136.142 (19,03%)	131.678,5	317,6 (315,9 - 319,3)	54 (126)	10 (0 - 48)
026	Altre prestazioni	115.459 (17,18%)	123.337 (17,24%)	119.398,0	288,0 (286,3 - 289,6)	8 (80)	0 (0 - 0)
012	Medicina fisica e riabilitazione - recupero e riabilitazione funzionale motulesi e neurolesi	83.137 (12,37%)	57.715 (8,07%)	70.426,0	169,9 (168,6 - 171,1)	13 (71)	0 (0 - 11)
002	Cardiologia	69.722 (10,37%)	63.854 (8,93%)	66.788,0	161,1 (159,9 - 162,3)	42 (116)	3 (0 - 31)
019	Ortopedia e traumatologia	38.788 (5,77%)	49.805 (6,96%)	44.296,5	106,8 (105,8 - 107,8)	4 (43)	0 (0 - 0)
<b>Fermo</b>							
008	Diagnostica per immagini: radiologia diagnostica	96.585 (19,43%)	103.288 (20,06%)	99.936,5	289,6 (287,8 - 291,4)	75 (156)	12 (2 - 56)
013	Nefrologia	70.249 (14,13%)	69.067 (13,42%)	69.658,0	201,8 (200,3 - 203,3)	1 (64)	0 (0 - 0)
026	Altre prestazioni	47.428 (9,54%)	66.149 (12,85%)	56.788,5	164,5 (163,2 - 165,9)	36 (175)	0 (0 - 2)
002	Cardiologia	41.212 (8,29%)	39.571 (7,69%)	40.391,5	117,0 (115,9 - 118,2)	58 (127)	8 (0 - 43)
012	Medicina fisica e riabilitazione - recupero e riabilitazione funzionale motulesi e neurolesi	38.966 (7,84%)	41.178 (8%)	40.072,0	116,1 (115,0 - 117,3)	14 (54)	0 (0 - 13)
<b>Macerata</b>							
008	Diagnostica per immagini: radiologia diagnostica	164.182 (17,31%)	164.968 (17,38%)	164.575,0	263,0 (261,7 - 264,3)	66 (163)	10 (1 - 49)
026	Altre prestazioni	160.984 (16,97%)	165.143 (17,39%)	163.063,5	260,6 (259,3 - 261,9)	8 (77)	0 (0 - 0)
013	Nefrologia	108.454 (11,44%)	108.335 (11,41%)	108.394,5	173,2 (172,2 - 174,3)	1 (75)	0 (0 - 0)
002	Cardiologia	96.130 (10,14%)	93.052 (9,8%)	94.591,0	151,2 (150,2 - 152,1)	43 (99)	7 (0 - 35)

ID Branca	Descrizione branca	N accessi 2018 (%)	N accessi 2019 (%)	N medio annuale accessi	Tasso (IC 95%) (*1000 residenti)	Tempo di attesa (giorni)	
						Media (SD)	Mediana (Q1-Q3)
012	Medicina fisica e riabilitazione - recupero e riabilitazione funzionale motulesi e neurolesi	58.221 (6,14%)	58.593 (6,17%)	58.407,0	93,3 (92,6 - 94,1)	21 (53)	14 (0 - 29)
<b>Pesaro e Urbino</b>							
008	Diagnostica per immagine: radiologia diagnostica	213.542 (20,99%)	229.022 (21,65%)	221.282,0	312,9 (311,5 - 314,2)	62 (160)	10 (0 - 49)
026	Altre prestazioni	182.184 (17,91%)	178.743 (16,9%)	180.463,5	255,1 (254,0 - 256,3)	13 (108)	0 (0 - 0)
002	Cardiologia	103.710 (10,2%)	110.594 (10,46%)	107.152,0	151,5 (150,6 - 152,4)	43 (124)	4 (0 - 25)
016	Oculistica	61.433 (6,04%)	61.523 (5,82%)	61.478,0	86,9 (86,2 - 87,6)	53 (89)	13 (0 - 90)
012	Medicina fisica e riabilitazione-recupero e riabilitazione funzionale motulesi e neurolesi	49.486 (4,87%)	51.796 (4,9%)	50.641,0	71,6 (71,0 - 72,2)	16 (67)	0 (0 - 10)

Tabella 2.2.22 – Analisi della mobilità relativa alle prestazioni di specialistica ambulatoriale dei residenti nella regione Marche per provincia e branca, biennio 2018-2019. Sono state selezionate le 5 branche più frequenti, ordinate per frequenza assoluta decrescente.

ID Branca	Descrizione branca	Provincia della struttura erogatrice					Tempo di percorrenza (minuti)		
		Ancona	Ascoli Piceno	Fermo	Macerata	Pesaro e Urbino	Fuori regione	Media (DS)	Mediana (Q1 - Q3)
<b>Ancona</b>									
008	Diagnostica per immagine: radiologia diagnostica	568.368 (87,55%)	2.032 (0,31%)	3.154 (0,49%)	17.461 (2,69%)	26.452 (4,07%)	31.690 (4,88%)	14,3 (20,2)	11,9 (0,0 - 22,3)
026	Altre prestazioni	421.503 (87,98%)	918 (0,19%)	505 (0,11%)	7.893 (1,65%)	4.991 (1,04%)	43.283 (9,03%)	12,3 (28,7)	11,3 (0,0 - 19,9)
002	Cardiologia	285.795 (93,26%)	878 (0,29%)	466 (0,15%)	9.682 (3,16%)	4.563 (1,49%)	5.063 (1,65%)	13,0 (18,0)	11,3 (0,0 - 20,9)
012	Medicina fisica e riabilitazione-recupero e riabilitazione funzionale motulesi e neurolesi	194.922 (95,27%)	182 (0,09%)	357 (0,17%)	6.139 (3,00%)	1.487 (0,73%)	1.506 (0,74%)	10,9 (17,3)	7,7 (0,0 - 17,6)

ID Branca	Descrizione branca	Provincia della struttura erogatrice					Tempo di percorrenza (minuti)		
		Ancona	Ascoli Piceno	Fermo	Macerata	Pesaro e Urbino	Fuori regione	Media (DS)	Mediana (Q1 - Q3)
016	Oculistica	148.203 (91,20%)	362 (0,22%)	915 (0,56%)	8.576 (5,28%)	1.989 (1,22%)	2.455 (1,51%)	12,9 (18,4)	9,8 (0,0 - 20,4)
<b>Ascoli Piceno</b>									
008	Diagnostica per immagine: radiologia diagnostica	7.742 (2,94%)	228.677 (86,83%)	9.328 (3,54%)	1.771 (0,67%)	371 (0,14%)	15.468 (5,87%)	12,0 (20,3)	6,5 (0,0 - 18,2)
026	Altre prestazioni	8.366 (3,50%)	187.740 (78,62%)	4.748 (1,99%)	2.056 (0,86%)	405 (0,17%)	35.481 (14,86%)	12,2 (41,9)	6,5 (0,0 - 16,7)
012	Medicina fisica e riabilitazione-recupero e riabilitazione funzionale motulesi e neurolesi	1.270 (0,90%)	134.328 (95,37%)	3.675 (2,61%)	576 (0,41%)	50 (0,04%)	953 (0,68%)	10,0 (25,0)	8,0 (0,0 - 16,7)
002	Cardiologia	3.729 (2,79%)	124.460 (93,18%)	1.169 (0,88%)	390 (0,29%)	152 (0,11%)	3.676 (2,75%)	11,4 (20,3)	6,5 (0,0 - 18,4)
019	Ortopedia e traumatologia	1.046 (1,18%)	85.289 (96,27%)	1.038 (1,17%)	200 (0,23%)	14 (0,02%)	1.006 (1,14%)	9,7 (30,7)	6,5 (0,0 - 16,7)
<b>Fermo</b>									
008	Diagnostica per immagine: radiologia diagnostica	11.635 (5,82%)	8.793 (4,40%)	150.883 (75,49%)	20.367 (10,19%)	457 (0,23%)	7.738 (3,87%)	17,2 (18,9)	14,1 (6,9 - 23,5)
013	Nefrologia	466 (0,33%)	853 (0,61%)	131.647 (94,50%)	5.529 (3,97%)	13 (0,01%)	808 (0,58%)	13,1 (53,2)	14,6 (6,9 - 17,4)
026	Altre prestazioni	10.370 (9,13%)	4.675 (4,12%)	64.403 (56,70%)	19.058 (16,78%)	324 (0,29%)	14.747 (12,98%)	19,6 (29,5)	14,9 (6,9 - 28,4)

ID Branca	Descrizione branca	Provincia della struttura erogatrice						Tempo di percorrenza (minuti)	
		Ancona	Ascoli Piceno	Fermo	Macerata	Pesaro e Urbino	Fuori regione	Media (DS)	Mediana (Q1 - Q3)
002	Cardiologia	7.974	8.106	52.185	10.052	98	2.368	20,7	15,1
		(9,87%)	(10,03%)	(64,60%)	(12,44%)	(0,12%)	(2,93%)	(20,2)	(6,9 - 30,5)
012	Medicina fisica e riabilitazione-recupero e riabilitazione funzionale motulesi e neurolesi	1.502	1.241	70.197	6.659	76	469	12,3	10,1
		(1,87%)	(1,55%)	(87,59%)	(8,31%)	(0,09%)	(0,59%)	(20,1)	(0,0 - 17,4)
<b>Macerata</b>									
008	Diagnostica per immagine: radiologia diagnostica	53.109	2.482	19.330	231.429	1.312	21.488	18,2	14,7
		(16,14%)	(0,75%)	(5,87%)	(70,31%)	(0,40%)	(6,53%)	(20,8)	(0,0 - 25,8)
026	Altre prestazioni	43.033	696	3.283	248.390	709	30.016	17,2	16,0
		(13,20%)	(0,21%)	(1,01%)	(76,16%)	(0,22%)	(9,20%)	(33,3)	(0,0 - 24,2)
013	Nefrologia	8.101	6	4.127	202.412	4	2.139	12,3	12,8
		(3,74%)	(0,00%)	(1,90%)	(93,37%)	(0,00%)	(0,99%)	(70,6)	(0,0 - 19,2)
002	Cardiologia	22.951	1.245	3.390	157.498	352	3.746	16,5	14,7
		(12,13%)	(0,66%)	(1,79%)	(83,25%)	(0,19%)	(1,98%)	(19,1)	(0,0 - 23,4)
012	Medicina fisica e riabilitazione-recupero e riabilitazione funzionale motulesi e neurolesi	8.135	202	2.098	105.130	80	1.169	11,3	9,5
		(6,96%)	(0,17%)	(1,80%)	(90,00%)	(0,07%)	(1,00%)	(20,1)	(0,0 - 17,5)
<b>Pesaro e Urbino</b>									
008	Diagnostica per immagine: radiologia diagnostica	15.946	188	168	375	349.356	76.531	17,6	11,9
		(3,60%)	(0,04%)	(0,04%)	(0,08%)	(78,94%)	(17,29%)	(21,1)	(7,8 - 23,8)
026	Altre prestazioni	21.122	105	209	673	276.348	62.470	19,7	15,1
		(5,85%)	(0,03%)	(0,06%)	(0,19%)	(76,57%)	(17,31%)	(40,5)	(7,8 - 27,7)

ID Branca	Descrizione branca	Provincia della struttura erogatrice						Tempo di percorrenza (minuti)	
		Ancona	Ascoli Piceno	Fermo	Macerata	Pesaro e Urbino	Fuori regione	Media (DS)	Mediana (Q1 - Q3)
026	Altre prestazioni	21.122 (5,85%)	105 (0,03%)	209 (0,06%)	673 (0,19%)	276.348 (76,57%)	62.470 (17,31%)	19,7 (40,5)	15,1 (7,8 - 27,7)
002	Cardiologia	11.133 (5,19%)	86 (0,04%)	42 (0,02%)	143 (0,07%)	185.506 (86,56%)	17.394 (8,12%)	16,7 (21,4)	11,4 (7,8 - 22,7)
016	Oculistica	7.766 (6,32%)	42 (0,03%)	31 (0,03%)	151 (0,12%)	107.982 (87,82%)	6.984 (5,68%)	16,8 (20,1)	12,0 (7,8 - 22,8)
012	Medicina fisica e riabilitazione-recupero e riabilitazione funzionale motulesi e neurolesi	5.923 (5,85%)	34 (0,03%)	50 (0,05%)	581 (0,57%)	87.022 (85,92%)	7.672 (7,57%)	15,7 (29,2)	7,8 (7,8 - 18,5)

Tabella 2.2.23 – Stratificazione del consumo di prestazioni di specialistica ambulatoriale dei residenti nella regione Marche per provincia e prestazione, biennio 2018-2019. Sono state selezionate le 10 prestazioni più frequenti, ordinate per frequenza assoluta decrescente.

Codice prestazione	Descrizione prestazione	N eventi 2018 (%)	N eventi 2019 (%)	N medio annuale eventi	% Cumulativa Prestazioni 2018 - 2019	Tasso (IC 95%) (*1000 residenti)	Tempo di attesa (giorni)	
							Media (SD)	Mediana (Q1 - Q3)
<b>Ancona</b>								
89.01	Visita di controllo (di routine o di follow up). <i>Escluso: le visite di controllo specificamente codificate, esame neuropsicologico clinico neurocomportamentale per disturbi del linguaggio, per deterioramento intellettivo.</i>	219.461 (15,11%)	236.975 (15,15%)	228.218,0	15,1%	243,3 (242,3 - 244,3)	44 (140)	0 (0 - 31)
89.7	Visita generale. Visita specialistica, prima visita.	210.336 (14,48%)	216.470 (13,84%)	213.403,0	29,3%	227,5 (226,5 - 228,5)	36 (87)	8 (0 - 30)
89.52	Elettrocardiogramma	55.677 (3,83%)	55.942 (3,58%)	55.809,5	33,0%	59,5 (59,0 - 60,0)	57 (133)	8 (0 - 53)
88.73.1	Ecografia della mammella. Bilaterale	30.975 (2,13%)	32.156 (2,06%)	31.565,5	35,1%	33,6 (33,3 - 34,0)	292 (395)	308 (1 - 506)
95.02	Esame complessivo dell'occhio. Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	28.516 (1,96%)	29.426 (1,88%)	28.971,0	37,0%	30,9 (30,5 - 31,2)	69 (104)	26 (5 - 113)

87.37.1	Mammografia bilaterale. (2 proiezioni)	27.078 (1,86%)	28.159 (1,8%)	27.618,5	38,8%	29,4 (29,1 - 29,8)	336 (394)	453 (7 - 524)
96.59	Altra irrigazione di ferita. Pulizia di ferita NAS. <i>Escluso: sbrigliamento (86. 22, 86. 27 - 86. 28)</i>	21.840 (1,5%)	26.425 (1,69%)	24.132,5	40,4%	25,7 (25,4 - 26,1)	3 (25)	0 (0 - 0)
89.03	Anamnesi e valutazione, definite complessive. <i>Escluso: le prime visite specificamente codificate</i>	13.699 (0,94%)	28.354 (1,81%)	21.026,5	41,8%	22,4 (22,1 - 22,7)	1 (22)	0 (0 - 0)
88.76.1	Ecografia addome completo	18.766 (1,29%)	21.436 (1,37%)	20.101,0	43,1%	21,4 (21,1 - 21,7)	56 (101)	10 (1 - 63)
87.44.1	Radiografia del torace di routine, NAS. Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore]. (2 proiezioni)	18.401 (1,27%)	19.726 (1,26%)	19.063,5	44,4%	20,3 (20,0 - 20,6)	14 (55)	1 (0 - 8)
<b>Ascoli Piceno</b>								
89.01	Visita di controllo (di routine o di follow up). <i>Escluso: le visite di controllo specificamente codificate, esame neuropsicologico clinico neurocomportamentale per disturbi del linguaggio, per deterioramento intellettivo.</i>	96.704 (14,39%)	110.497 (15,45%)	103.600,5	14,9%	249,9 (248,4 - 251,4)	34 (154)	0 (0 - 1)
89.7	Visita generale. Visita specialistica, prima visita.	84.023 (12,5%)	83.568 (11,68%)	83.795,5	27,0%	202,1 (200,7 - 203,5)	30 (76)	6 (0 - 28)
93.56.1	Fasciatura semplice	24.600 (3,66%)	35.269 (4,93%)	29.934,5	31,3%	72,2 (71,4 - 73,0)	0 (1)	0 (0 - 0)
89.52	Elettrocardiogramma	23.379 (3,48%)	22.960 (3,21%)	23.169,5	34,7%	55,9 (55,2 - 56,6)	37 (122)	1 (0 - 22)
89.03	Anamnesi e valutazione, definite complessive. <i>Escluso: le prime visite specificamente codificate</i>	19.103 (2,84%)	22.384 (3,13%)	20.743,5	37,7%	50,0 (49,4 - 50,7)	0 (19)	0 (0 - 0)
93.11.4	Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice. <i>Incluso: biofeedback. Per seduta di 30 minuti. (ciclo di dieci sedute)</i>	23.734 (3,53%)	12.634 (1,77%)	18.184,0	40,3%	43,9 (43,2 - 44,5)	3 (35)	0 (0 - 0)
39.95.4	Emodialisi in bicarbonato e membrane molto biocompatibili	14.362 (2,14%)	15.746 (2,2%)	15.054,0	42,5%	36,3 (35,7 - 36,9)	0 (0)	0 (0 - 0)
95.02	Esame complessivo dell'occhio. Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	13.501 (2,01%)	13.518 (1,89%)	13.509,5	44,4%	32,6 (32,0 - 33,1)	74 (118)	23 (5 - 154)
96.59	Altra irrigazione di ferita. Pulizia di ferita NAS. <i>Escluso: sbrigliamento (86. 22, 86. 27 - 86. 28)</i>	11.027 (1,64%)	13.946 (1,95%)	12.486,5	46,2%	30,1 (29,6 - 30,7)	1 (25)	0 (0 - 0)
93.39.8	Magnetoterapia. Per seduta. (ciclo di dieci sedute)	13.611 (2,03%)	7.538 (1,05%)	10.574,5	47,7%	25,5 (25,0 - 26,0)	3 (37)	0 (0 - 0)
<b>Fermo</b>								
89.01	Visita di controllo (di routine o di follow up). <i>Escluso: le visite di controllo specificamente codificate, esame neuropsicologico clinico neurocomportamentale per disturbi del linguaggio, per deterioramento intellettivo.</i>	77.907 (15,67%)	81.337 (15,8%)	79.622,0	15,7%	230,7 (229,1 - 232,3)	37 (143)	0 (0 - 10)
89.7	Visita generale. Visita specialistica, prima visita.	66.235 (13,32%)	67.697 (13,15%)	66.966,0	29,0%	194,0 (192,6 - 195,5)	44 (114)	7 (0 - 29)



89.03	Anamnesi e valutazione, definite complessive. <i>Escluso: le prime visite specificamente codificate</i>	16.583 (3,34%)	16.101 (3,13%)	16.342,0	32,2%	47,4 (46,6 - 48,1)	0 (5)	0 (0 - 0)
89.52	Elettrocardiogramma	13.643 (2,74%)	13.188 (2,56%)	13.415,5	34,9%	38,9 (38,2 - 39,5)	45 (111)	7 (0 - 30)
93.20.3	Prestazioni ambulatoriali individuali (età evolutiva)	13.038 (2,62%)	12.902 (2,51%)	12.970,0	37,4%	37,6 (36,9 - 38,2)	5 (51)	0 (0 - 0)
96.59	Altra irrigazione di ferita. Pulizia di ferita NAS. <i>Escluso: sbrigliamento (86. 22, 86. 27 - 86. 28)</i>	11.244 (2,26%)	12.257 (2,38%)	11.750,5	39,7%	34,0 (33,4 - 34,7)	0 (15)	0 (0 - 0)
39.95.4	Emodialisi in bicarbonato e membrane molto biocompatibili	11.752 (2,36%)	11.305 (2,2%)	11.528,5	42,0%	33,4 (32,8 - 34,0)	0 (0)	0 (0 - 0)
95.02	Esame complessivo dell'occhio. Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	11.679 (2,35%)	10.749 (2,09%)	11.214,0	44,2%	32,5 (31,9 - 33,1)	58 (120)	9 (0 - 30)
93.56.1	Fasciatura semplice	9.362 (1,88%)	8.442 (1,64%)	8.902,0	46,0%	25,8 (25,3 - 26,3)	0 (0)	0 (0 - 0)
87.44.1	Radiografia del torace di routine, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore]. (2 proiezioni)	8.196 (1,65%)	8.091 (1,57%)	8.143,5	47,6%	23,6 (23,1 - 24,1)	19 (58)	2 (0 - 14)
<b>Macerata</b>								
89.01	Visita di controllo (di routine o di follow up). <i>Escluso: le visite di controllo specificamente codificate, esame neuropsicologico clinico neurocomportamentale per disturbi del linguaggio, per deterioramento intellettivo.</i>	158.965 (16,76%)	160.883 (16,95%)	159.924,0	16,9%	255,6 (254,3 - 256,8)	23 (111)	0 (0 - 3)
89.7	Visita generale. Visita specialistica, prima visita.	131.301 (13,84%)	127.262 (13,4%)	129.281,5	30,5%	206,6 (205,5 - 207,7)	23 (59)	5 (0 - 24)
89.52	Elettrocardiogramma	35.308 (3,72%)	34.197 (3,6%)	34.752,5	34,1%	55,5 (55,0 - 56,1)	40 (96)	6 (0 - 35)
89.03	Anamnesi e valutazione, definite complessive. <i>Escluso: le prime visite specificamente codificate</i>	31.924 (3,37%)	32.852 (3,46%)	32.388,0	37,6%	51,8 (51,2 - 52,3)	0 (4)	0 (0 - 0)
96.59	Altra irrigazione di ferita. Pulizia di ferita NAS. <i>Escluso: sbrigliamento (86. 22, 86. 27 - 86. 28)</i>	24.089 (2,54%)	24.280 (2,56%)	24.184,5	40,1%	38,6 (38,2 - 39,1)	1 (15)	0 (0 - 0)
39.95.4	Emodialisi in bicarbonato e membrane molto biocompatibili	20.396 (2,15%)	20.686 (2,18%)	20.541,0	42,3%	32,8 (32,4 - 33,3)	0 (2)	0 (0 - 0)
95.02	Esame complessivo dell'occhio. Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	21.402 (2,26%)	19.485 (2,05%)	20.443,5	44,4%	32,7 (32,2 - 33,1)	54 (101)	10 (1 - 61)
93.56.1	Fasciatura semplice	17.702 (1,87%)	19.102 (2,01%)	18.402,0	46,4%	29,4 (29,0 - 29,8)	0 (0)	0 (0 - 0)
87.44.1	Radiografia del torace di routine, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore]. (2 proiezioni)	14.211 (1,5%)	14.343 (1,51%)	14.277,0	47,9%	22,8 (22,4 - 23,2)	17 (63)	1 (0 - 9)
96.57	Irrigazione di catetere vascolare. Irrigazione [disostruzione] dello shunt arterovenoso	14.049 (1,48%)	13.416 (1,41%)	13.732,5	49,3%	22,0 (21,6 - 22,3)	0 (1)	0 (0 - 0)
<b>Pesaro e Urbino</b>								
89.7	Visita generale. Visita specialistica, prima visita.	163.690	167.167	165.428,5	15,9%	233,9	25	7

		(16,09%)	(15,8%)			(232,8 - 235,0)	(62)	(0 - 26)
89.01	Visita di controllo (di routine o di follow up). <i>Escluso: le visite di controllo specificamente codificate, esame neuropsicologico clinico neurocomportamentale per disturbi del linguaggio, per deterioramento intellettivo.</i>	147.034 (14,46%)	158.194 (14,95%)	152.614,0	30,7%	215,8 (214,7 - 216,9)	42 (122)	0 (0 - 39)
89.52	Elettrocardiogramma	36.276 (3,57%)	38.271 (3,62%)	37.273,5	34,2%	52,7 (52,2 - 53,2)	40 (116)	5 (0 - 24)
93.82.1	Terapia educativa del diabetico e dell'obeso. Per seduta individuale. (ciclo di dieci sedute)	26.644 (2,62%)	23.588 (2,23%)	25.116,0	36,7%	35,5 (35,1 - 36,0)	0 (4)	0 (0 - 0)
95.02	Esame complessivo dell'occhio. Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	23.672 (2,33%)	23.521 (2,22%)	23.596,5	38,9%	33,4 (32,9 - 33,8)	47 (78)	15 (4 - 55)
88.73.1	Ecografia della mammella. Bilaterale	20.799 (2,04%)	22.873 (2,16%)	21.836,0	41,0%	30,9 (30,5 - 31,3)	154 (285)	26 (0 - 324)
88.76.1	Ecografia addome completo	17.904 (1,76%)	18.595 (1,76%)	18.249,5	42,8%	25,8 (25,4 - 26,2)	64 (101)	16 (3 - 84)
96.59	Altra irrigazione di ferita. Pulizia di ferita NAS. <i>Escluso: sbrigliamento (86. 22, 86. 27 - 86. 28)</i>	17.320 (1,7%)	16.820 (1,59%)	17.070,0	44,5%	24,1 (23,8 - 24,5)	5 (29)	0 (0 - 3)
87.44.1	Radiografia del torace di routine, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore]. (2 proiezioni)	16.076 (1,58%)	17.361 (1,64%)	16.718,5	46,1%	23,6 (23,3 - 24,0)	21 (75)	1 (0 - 11)
87.37.1	Mammografia bilaterale. (2 proiezioni)	15.473 (1,52%)	17.342 (1,64%)	16.407,5	47,6%	23,2 (22,8 - 23,6)	171 (300)	34 (0 - 358)

Tabella 2.2.24 – Analisi della mobilità relativa alle prestazioni di specialistica ambulatoriale dei residenti nella regione Marche per provincia e prestazione, biennio 2018-2019. Sono state selezionate le 10 prestazioni più frequenti, ordinate per frequenza assoluta decrescente.

ID Branca	Descrizione branca	Provincia della struttura erogatrice					Tempo di percorrenza (minuti)		
		Ancona	Ascoli Piceno	Fermo	Macerata	Pesaro e Urbino	Fuori regione	Media (DS)	Mediana (Q1 - Q3)
<b>Ancona</b>									
89.01	Visita di controllo (di routine o di follow up). <i>Escluso: le visite di controllo specificamente codificate, esame neuropsicologico clinico neurocomportamentale per disturbi del linguaggio, per deterioramento intellettivo,</i>	429.970 (94,20%)	983 (0,22%)	660 (0,14%)	10.852 (2,38%)	6.379 (1,40%)	7.592 (1,66%)	13,4 (22,4)	11,9 (0,0 - 20,9)
89.7	Visita generale. Visita specialistica, prima visita.	387.378 (90,76%)	623 (0,15%)	1.416 (0,33%)	12.962 (3,04%)	10.727 (2,51%)	13.700 (3,21%)	13,5 (17,8)	11,3 (0,0 - 21,5)
89.52	Elettrocardiogramma	104.424 (93,55%)	297 (0,27%)	151 (0,14%)	3.103 (2,78%)	1.321 (1,18%)	2.323 (2,08%)	11,9 (18,0)	10,7 (0,0 - 20,0)
88.73.1	Ecografia della mammella. Bilaterale	59.253 (93,86%)	38 (0,06%)	45 (0,07%)	1.800 (2,85%)	1.480 (2,34%)	515 (0,82%)	12,3 (19,3)	11,3 (0,0 - 19,4)
95.02	Esame complessivo dell'occhio. Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	53.828 (92,90%)	26 (0,04%)	63 (0,11%)	2.378 (4,10%)	478 (0,82%)	1.169 (2,02%)	10,7 (15,3)	0,0 (0,0 - 18,7)
87.37.1	Mammografia bilaterale. (2 proiezioni)	51.721 (93,63%)	28 (0,05%)	43 (0,08%)	1.773 (3,21%)	1.212 (2,19%)	460 (0,83%)	12,0 (19,4)	11,3 (0,0 - 19,4)
96.59	Altra irrigazione di ferita. Pulizia di ferita NAS. <i>Escluso: sbrigliamento (86. 22, 86. 27 - 86. 28)</i>	46.100 (95,51%)	21 (0,04%)	29 (0,06%)	636 (1,32%)	374 (0,77%)	1.105 (2,29%)	8,6 (20,9)	0,0 (0,0 - 15,7)

ID Branca	Descrizione branca	Provincia della struttura erogatrice						Tempo di percorrenza (minuti)	
		Ancona	Ascoli Piceno	Fermo	Macerata	Pesaro e Urbino	Fuori regione	Media (DS)	Mediana (Q1 - Q3)
89.03	Anamnesi e valutazione, definite complessive. <i>Escluso: le prime visite specificamente codificate</i>	40.511	5	3	942	82	510	10,1	9,8
		(96,33%)	(0,01%)	(0,01%)	(2,24%)	(0,19%)	(1,21%)	(49,5)	(0,0 - 18,7)
88.76.1	Ecografia addome completo	37.063	69	109	869	1.088	1.004	13,6	11,8
		(92,19%)	(0,17%)	(0,27%)	(2,16%)	(2,71%)	(2,50%)	(17,0)	(0,0 - 21,6)
87.44.1	Radiografia del torace di routine, NAS radiografia standard del torace [teleradiografia, telecuore]. (2 proiezioni)	35.854	28	49	504	480	1.212	9,0	0,0
		(94,04%)	(0,07%)	(0,13%)	(1,32%)	(1,26%)	(3,18%)	(16,2)	(0,0 - 16,7)
<b>Ascoli Piceno</b>									
89.01	Visita di controllo (di routine o di follow up). <i>Escluso: le visite di controllo specificamente codificate, esame neuropsicologico clinico neurocomportamentale per disturbi del linguaggio, per deterioramento intellettivo,</i>	10.385	178.572	6.090	2.340	289	9.525	13,3	6,5
		(5,01%)	(86,18%)	(2,94%)	(1,13%)	(0,14%)	(4,60%)	(34,4)	(0,0 - 18,5)
89.01	Visita di controllo (di routine o di follow up). <i>Escluso: le visite di controllo specificamente codificate, esame neuropsicologico clinico neurocomportamentale per disturbi del linguaggio, per deterioramento intellettivo,</i>	10.385	178.572	6.090	2.340	289	9.525	13,3	6,5
		(5,01%)	(86,18%)	(2,94%)	(1,13%)	(0,14%)	(4,60%)	(34,4)	(0,0 - 18,5)
89.7	Visita generale. Visita specialistica, prima visita.	9.535	133.764	7.529	2.136	392	14.235	15,5	8,0
		(5,69%)	(79,82%)	(4,49%)	(1,27%)	(0,23%)	(8,49%)	(24,8)	(0,0 - 22,9)
93.56.1	Fasciatura semplice	5	59.565	204	17		78	8,8	6,5
		(0,01%)	(99,49%)	(0,34%)	(0,03%)		(0,13%)	(121,1)	(0,0 - 16,7)
89.52	Elettrocardiogramma	1.072	43.003	346	107	66	1.745	11,1	6,5

ID Branca	Descrizione branca	Provincia della struttura erogatrice					Tempo di percorrenza (minuti)		
		Ancona	Ascoli Piceno	Fermo	Macerata	Pesaro e Urbino	Fuori regione	Media (DS)	Mediana (Q1 - Q3)
		(2,31%)	(92,80%)	(0,75%)	(0,23%)	(0,14%)	(3,77%)	(20,9)	(0,0 - 18,2)
89.03	Anamnesi e valutazione, definite complessive. Escluso: le prime visite specificamente codificate	470 (1,13%)	40.073 (96,59%)	337 (0,81%)	77 (0,19%)	5 (0,01%)	525 (1,27%)	8,2 (88,9)	5,4 (0,0 - 13,4)
93.11.4	Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice. Incluso: biofeedback. Per seduta di 30 minuti. (ciclo di dieci sedute)	69 (0,19%)	36.038 (99,09%)	180 (0,49%)	10 (0,03%)	1 (0,00%)	70 (0,19%)	9,1 (29,9)	8,0 (0,0 - 16,7)
39.95.4	Emodialisi in bicarbonato e membrane molto biocompatibili	3 (0,01%)	29.853 (99,15%)	2 (0,01%)	16 (0,05%)		234 (0,78%)	7,2 (106,6)	5,4 (0,0 - 13,4)
95.02	Esame complessivo dell'occhio. Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	194 (0,72%)	25.064 (92,76%)	674 (2,49%)	193 (0,71%)	26 (0,10%)	868 (3,21%)	9,4 (16,2)	6,5 (0,0 - 14,0)
96.59	Altra irrigazione di ferita. Pulizia di ferita NAS. Escluso: sbrigliamento (86. 22, 86. 27 - 86. 28)	403 (1,61%)	23.476 (94,01%)	434 (1,74%)	68 (0,27%)	10 (0,04%)	582 (2,33%)	8,1 (33,1)	0,0 (0,0 - 11,3)
93.39.8	Magnetoterapia. Per seduta. (ciclo di dieci sedute)	4 (0,02%)	21.074 (99,65%)	39 (0,18%)	23 (0,11%)		9 (0,04%)	9,9 (32,1)	10,1 (0,0 - 16,7)
<b>Fermo</b>									
89.01	Visita di controllo (di routine o di follow up). <i>Escluso: le visite di controllo specificamente codificate, esame neuropsicologico clinico neurocomportamentale per disturbi del linguaggio, per deterioramento intellettivo</i>	13.495 (8,47%)	4.584 (2,88%)	115.270 (72,39%)	22.209 (13,95%)	297 (0,19%)	3.389 (2,13%)	18,2 (26,9)	14,9 (6,9 - 24,3)
89.7	Visita generale. Visita specialistica, prima visita.	11.363	5.628	91.579	20.627	455	4.280	18,8	14,9

ID Branca	Descrizione branca	Provincia della struttura erogatrice					Tempo di percorrenza (minuti)		
		Ancona	Ascoli Piceno	Fermo	Macerata	Pesaro e Urbino	Fuori regione	Media (DS)	Mediana (Q1 - Q3)
		(8,48%)	(4,20%)	(68,38%)	(15,40%)	(0,34%)	(3,20%)	(19,8)	(6,9 - 27,2)
89.03	Anamnesi e valutazione, definite complessive. <i>Escluso: le prime visite specificamente codificate</i>	604 (1,85%)	345 (1,06%)	29.761 (91,06%)	1.774 (5,43%)	5 (0,02%)	195 (0,60%)	14,4 (68,0)	14,9 (6,9 - 17,4)
89.52	Elettrocardiogramma	2.534 (9,44%)	2.666 (9,94%)	17.818 (66,41%)	2.759 (10,28%)	35 (0,13%)	1.019 (3,80%)	20,1 (20,3)	14,9 (6,9 - 29,1)
93.20.3	Prestazioni ambulatoriali individuali (età evolutiva)	10 (0,04%)	174 (0,67%)	23.777 (91,66%)	1.979 (7,63%)			12,8 (41,2)	13,5 (6,9 - 17,4)
96.59	Altra irrigazione di ferita. Pulizia di ferita NAS. <i>Escluso: sbrigliamento (86. 22, 86. 27 - 86. 28)</i>	552 (2,35%)	462 (1,97%)	20.583 (87,58%)	1.309 (5,57%)	9 (0,04%)	586 (2,49%)	13,1 (31,1)	14,1 (0,0 - 17,4)
39.95.4	Emodialisi in bicarbonato e membrane molto biocompatibili	3 (0,01%)	188 (0,82%)	21.814 (94,61%)	943 (4,09%)		109 (0,47%)	13,0 (102,7)	14,9 (6,9 - 17,4)
95.02	Esame complessivo dell'occhio. Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	322 (1,44%)	856 (3,82%)	18.363 (81,88%)	2.396 (10,68%)	16 (0,07%)	475 (2,12%)	13,3 (15,6)	11,9 (0,0 - 17,6)
93.56.1	Fasciatura semplice		137 (0,77%)	16.796 (94,34%)	826 (4,64%)		45 (0,25%)	13,8 (96,4)	14,6 (6,9 - 17,4)
87.44.1	Radiografia del torace di routine, NAS radiografia standard del torace [teloradiografia, telecuore]. (2 proiezioni)	192 (1,18%)	297 (1,82%)	14.336 (88,02%)	998 (6,13%)	10 (0,06%)	454 (2,79%)	12,0 (14,5)	9,8 (0,0 - 17,4)
<b>Macerata</b>									
89.01	Visita di controllo (di routine o di follow up). <i>Escluso: le visite di controllo specificamente</i>	45.710	724	5.049	260.939	717	6.709	17,6	16,0

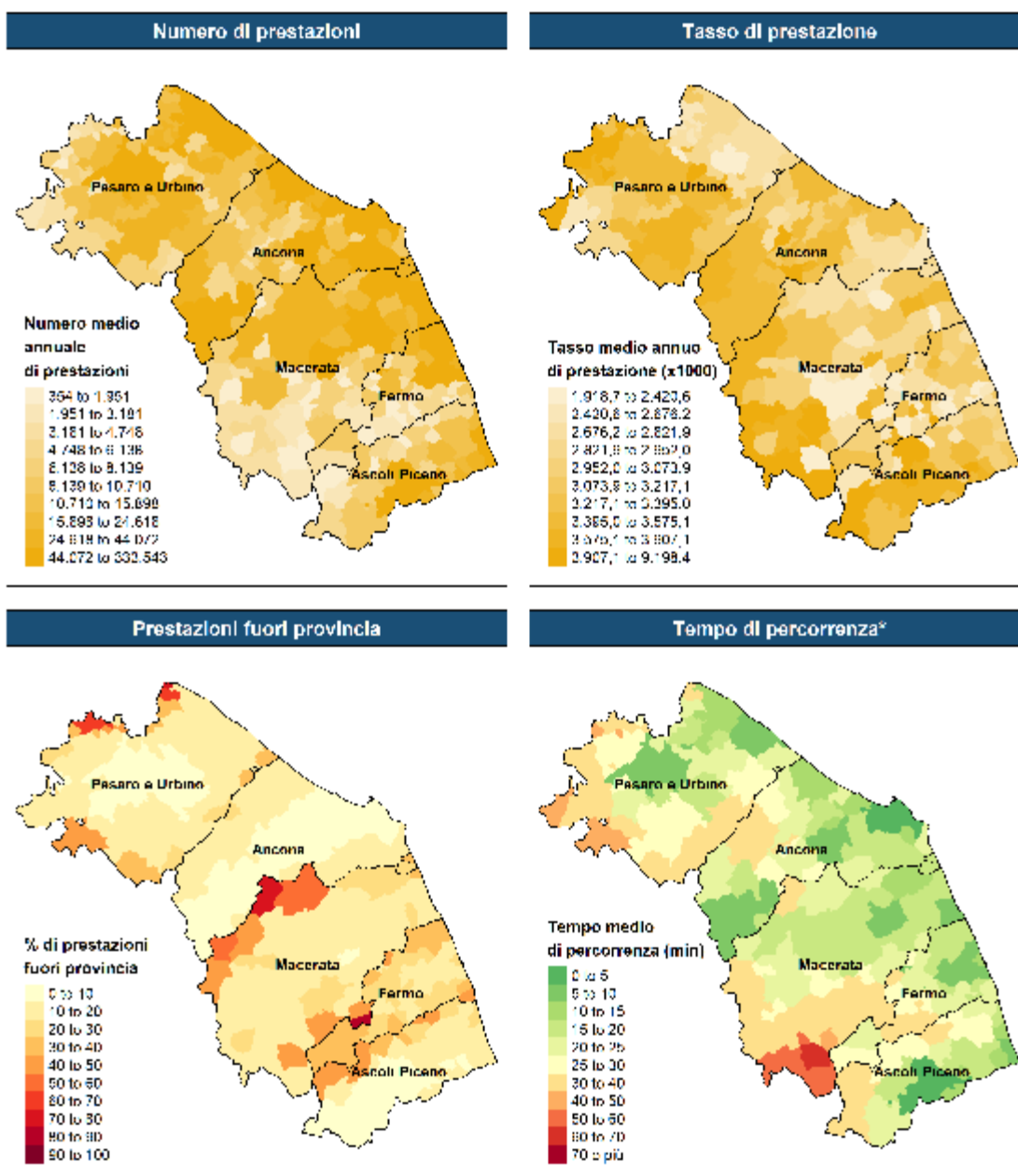
ID Branca	Descrizione branca	Provincia della struttura erogatrice					Tempo di percorrenza (minuti)		
		Ancona	Ascoli Piceno	Fermo	Macerata	Pesaro e Urbino	Fuori regione	Media (DS)	Mediana (Q1 - Q3)
	<i>codificate, esame neuropsicologico clinico neurocomportamentale per disturbi del linguaggio, per deterioramento intellettivo.</i>	(14,29%)	(0,23%)	(1,58%)	(81,58%)	(0,22%)	(2,10%)	(28,4)	(0,0 - 25,1)
89.7	Visita generale. Visita specialistica, prima visita.	38.295 (14,81%)	1.222 (0,47%)	6.303 (2,44%)	202.175 (78,19%)	946 (0,37%)	9.622 (3,72%)	17,8 (20,7)	14,7 (0,0 - 25,8)
89.52	Elettrocardiogramma	7.333 (10,55%)	407 (0,59%)	1.118 (1,61%)	58.848 (84,67%)	120 (0,17%)	1.679 (2,42%)	15,6 (18,9)	14,6 (0,0 - 22,1)
89.03	Anamnesi e valutazione, definite complessive. <i>Escluso: le prime visite specificamente codificate</i>	4.366 (6,74%)	3 (0,00%)	950 (1,47%)	58.571 (90,42%)	4 (0,01%)	882 (1,36%)	12,1 (84,5)	13,3 (0,0 - 18,1)
96.59	Altra irrigazione di ferita. Pulizia di ferita NAS. <i>Escluso: sbrigliamento (86. 22, 86. 27 - 86. 28)</i>	3.225 (6,67%)	46 (0,10%)	605 (1,25%)	43.563 (90,06%)	38 (0,08%)	892 (1,84%)	11,2 (30,3)	11,6 (0,0 - 17,9)
39.95.4	Emodialisi in bicarbonato e membrane molto biocompatibili	2.649 (6,45%)	3 (0,01%)	69 (0,17%)	37.899 (92,25%)	1 (0,00%)	461 (1,12%)	11,4 (133,6)	12,8 (0,0 - 17,9)
95.02	Esame complessivo dell'occhio. Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	2.613 (6,39%)	81 (0,20%)	733 (1,79%)	36.578 (89,46%)	42 (0,10%)	840 (2,05%)	14,2 (16,7)	13,9 (0,0 - 20,6)
93.56.1	Fasciatura semplice	2.465 (6,70%)	4 (0,01%)	554 (1,51%)	33.672 (91,49%)		109 (0,30%)	11,8 (95,6)	13,5 (0,0 - 18,0)
93.56.1	Fasciatura semplice	2.465 (6,70%)	4 (0,01%)	554 (1,51%)	33.672 (91,49%)		109 (0,30%)	11,8 (95,6)	13,5 (0,0 - 18,0)

ID Branca	Descrizione branca	Provincia della struttura erogatrice						Tempo di percorrenza (minuti)	
		Ancona	Ascoli Piceno	Fermo	Macerata	Pesaro e Urbino	Fuori regione	Media (DS)	Mediana (Q1 - Q3)
87.44.1	Radiografia del torace di routine, NAS radiografia standard del torace [teleradiografia, telecuore]. (2 proiezioni)	1.778 (6,23%)	19 (0,07%)	904 (3,17%)	24.882 (87,14%)	47 (0,16%)	924 (3,24%)	10,7 (16,1)	11,1 (0,0 - 17,2)
96.57	Irrigazione di catetere vascolare. Irrigazione [disostruzione] dello shunt arterovenoso	1.282 (4,67%)		400 (1,46%)	25.291 (92,08%)		492 (1,79%)	11,7 (90,8)	13,3 (0,0 - 18,0)
<b>Pesaro e Urbino</b>									
89.7	Visita generale. Visita specialistica, prima visita.	21.951 (6,63%)	108 (0,03%)	167 (0,05%)	397 (0,12%)	282.322 (85,33%)	25.912 (7,83%)	17,6 (21,2)	11,7 (7,8 - 22,9)
89.01	Visita di controllo (di routine o di follow up). <i>Escluso: le visite di controllo specificamente codificate, esame neuropsicologico clinico neurocomportamentale per disturbi del linguaggio, per deterioramento intellettivo.</i>	24.998 (8,19%)	112 (0,04%)	131 (0,04%)	1.123 (0,37%)	271.175 (88,84%)	7.689 (2,52%)	19,0 (28,8)	12,9 (7,8 - 25,9)
89.52	Elettrocardiogramma	3.823 (5,13%)	37 (0,05%)	16 (0,02%)	53 (0,07%)	63.911 (85,73%)	6.707 (9,00%)	16,1 (21,1)	11,4 (7,8 - 21,1)
93.82.1	Terapia educativa del diabetico e dell'obeso. Per seduta individuale. (ciclo di dieci sedute)	1.391 (2,77%)	3 (0,01%)		11 (0,02%)	48.555 (96,66%)	272 (0,54%)	15,1 (55,1)	11,4 (7,8 - 20,1)
95.02	Esame complessivo dell'occhio. Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	2.582 (5,47%)	9 (0,02%)	8 (0,02%)	27 (0,06%)	40.144 (85,06%)	4.423 (9,37%)	15,0 (18,8)	9,6 (7,2 - 19,8)
88.73.1	Ecografia della mammella. Bilaterale	820 (1,88%)	5 (0,01%)	4 (0,01%)	16 (0,04%)	40.849 (93,54%)	1.978 (4,53%)	18,9 (20,4)	18,0 (7,8 - 28,2)
88.76.1	Ecografia addome completo	1.264	11	17	22	29.923	5.262	15,8	9,6

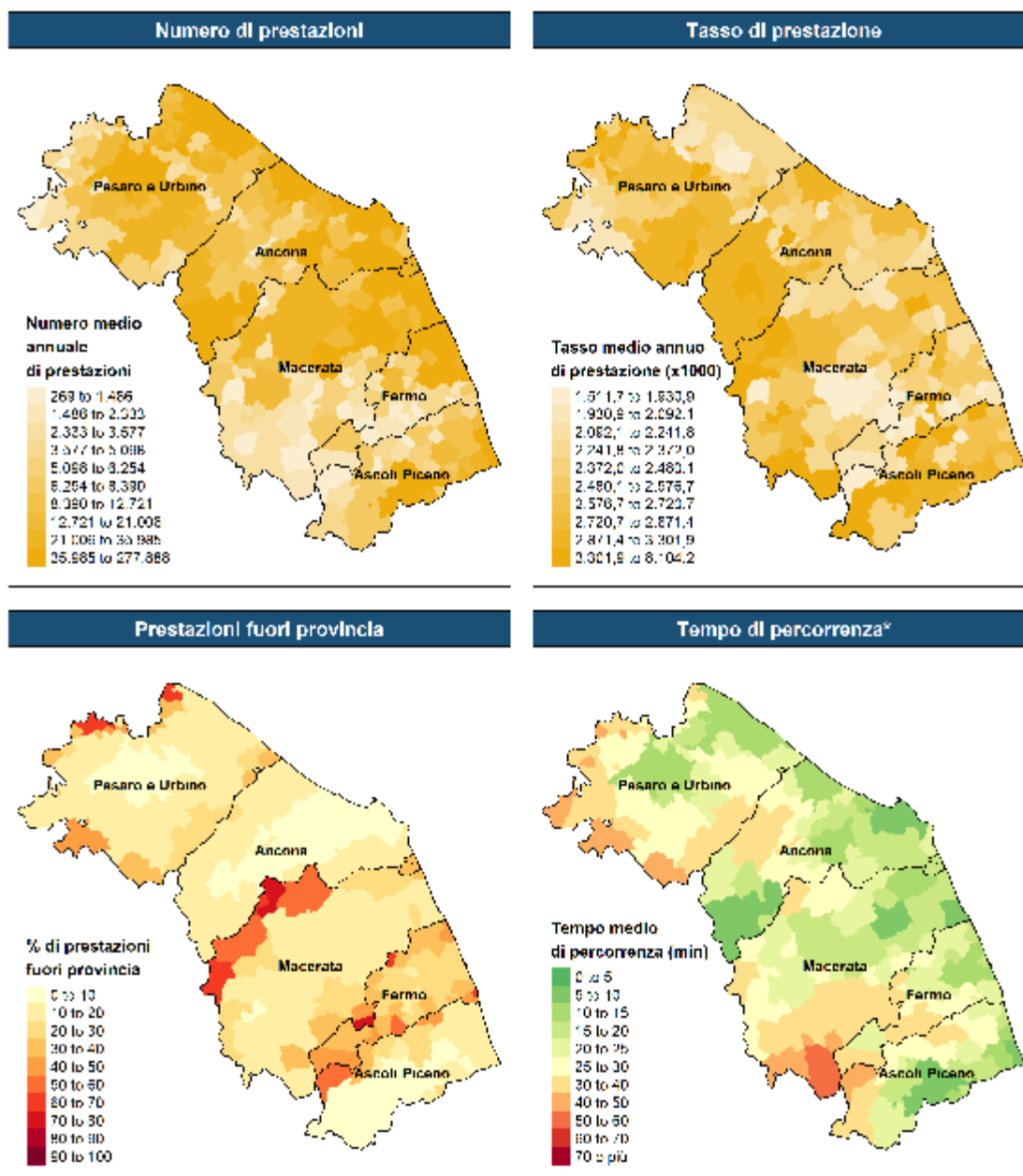


ID Branca	Descrizione branca	Provincia della struttura erogatrice					Tempo di percorrenza (minuti)		
		Ancona	Ascoli Piceno	Fermo	Macerata	Pesaro e Urbino	Fuori regione	Media (DS)	Mediana (Q1 - Q3)
		(3,46%)	(0,03%)	(0,05%)	(0,06%)	(81,98%)	(14,42%)	(18,7)	(0,0 - 22,3)
96.59	Altra irrigazione di ferita. Pulizia di ferita NAS. <i>Escluso: sbrigliamento (86. 22, 86. 27 - 86. 28)</i>	1.149 (3,37%)	11 (0,03%)	13 (0,04%)	25 (0,07%)	30.807 (90,24%)	2.135 (6,25%)	17,3 (37,9)	8,8 (6,9 - 20,8)
87.44.1	Radiografia del torace di routine, NAS radiografia standard del torace [teleradiografia, telecuore]. (2 proiezioni)	589 (1,76%)	4 (0,01%)	5 (0,01%)	14 (0,04%)	28.903 (86,44%)	3.922 (11,73%)	11,7 (16,2)	7,8 (0,0 - 16,9)
87.37.1	Mammografia bilaterale. (2 proiezioni)	783 (2,39%)	2 (0,01%)	2 (0,01%)	12 (0,04%)	29.915 (91,16%)	2.101 (6,40%)	19,0 (21,1)	16,5 (7,8 - 28,2)

Figura 2.2.10 - Biennio 2018-2019. Sintesi del consumo di prestazioni e della mobilità per comune di residenza

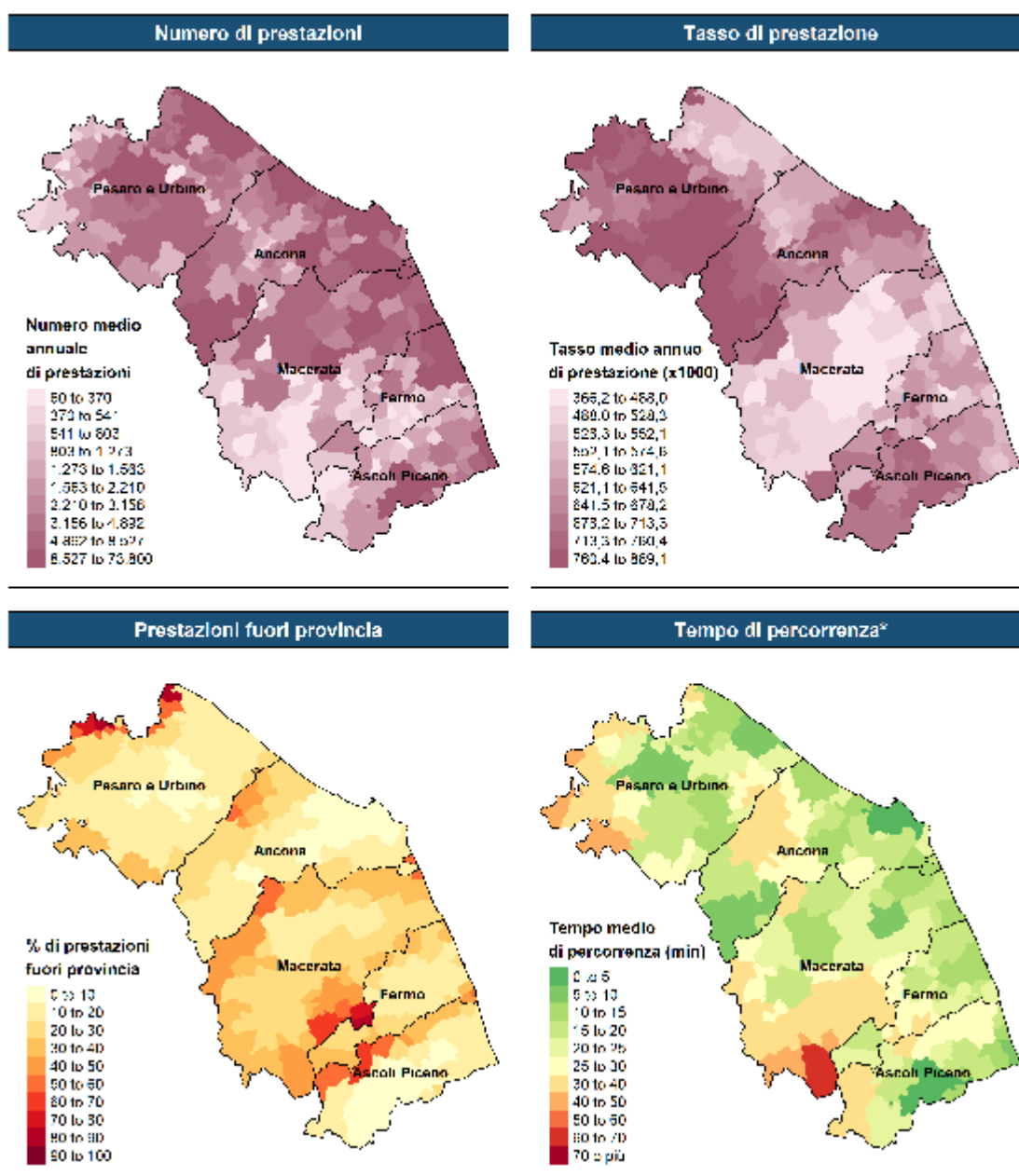


\*escluse prestazioni fuori regione

Figura 2.2.11 - Biennio 2020-2021. Sintesi del consumo di prestazioni e della mobilità per comune di residenza

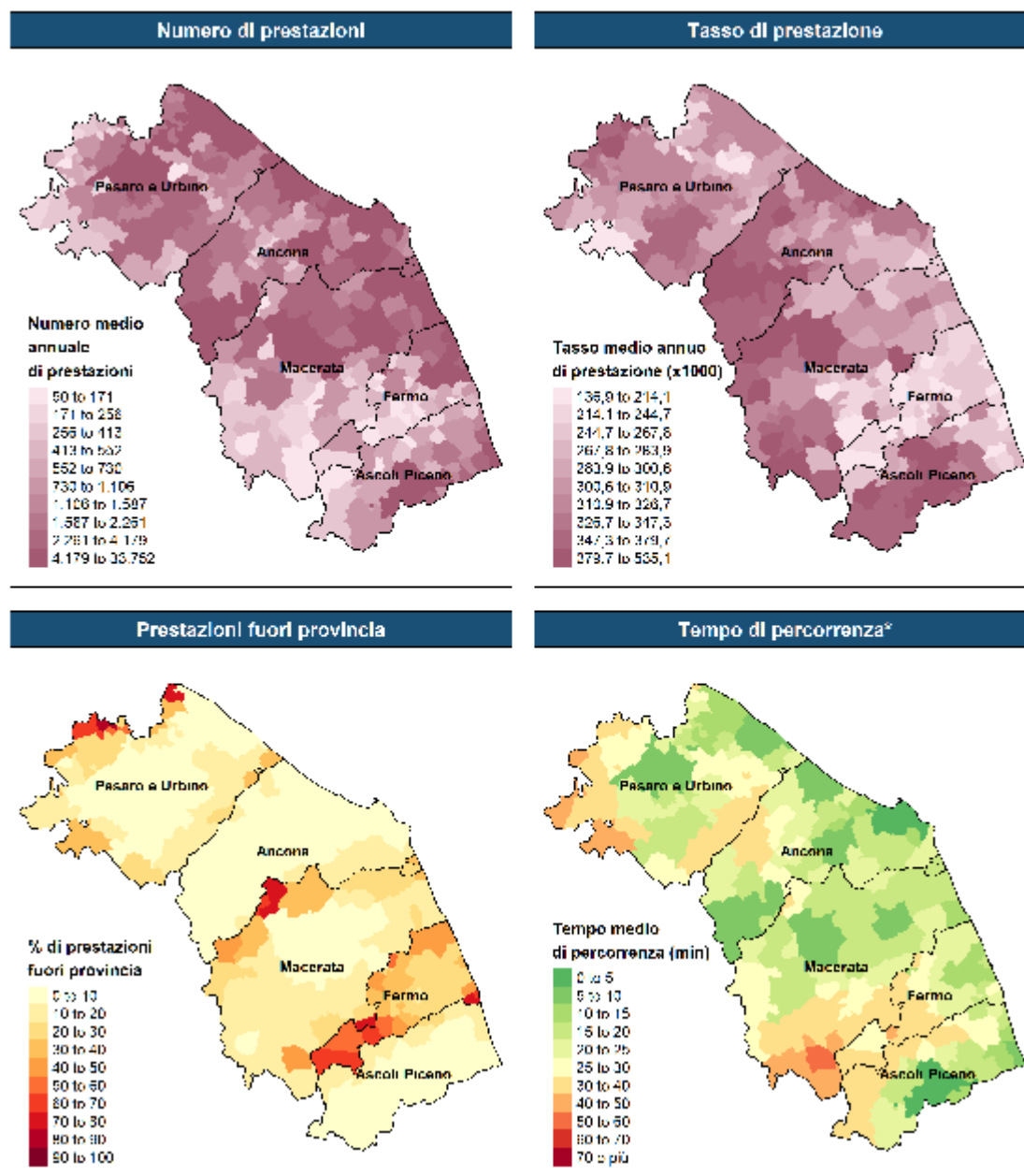
\*escluse prestazioni fuori regione

**Figura 2.2.12** - *Biennio 2018-2019, branca 008 "Diagnostica per immagine: radiologia diagnostica". Sintesi del consumo di prestazioni e della mobilità per comune di residenza.*



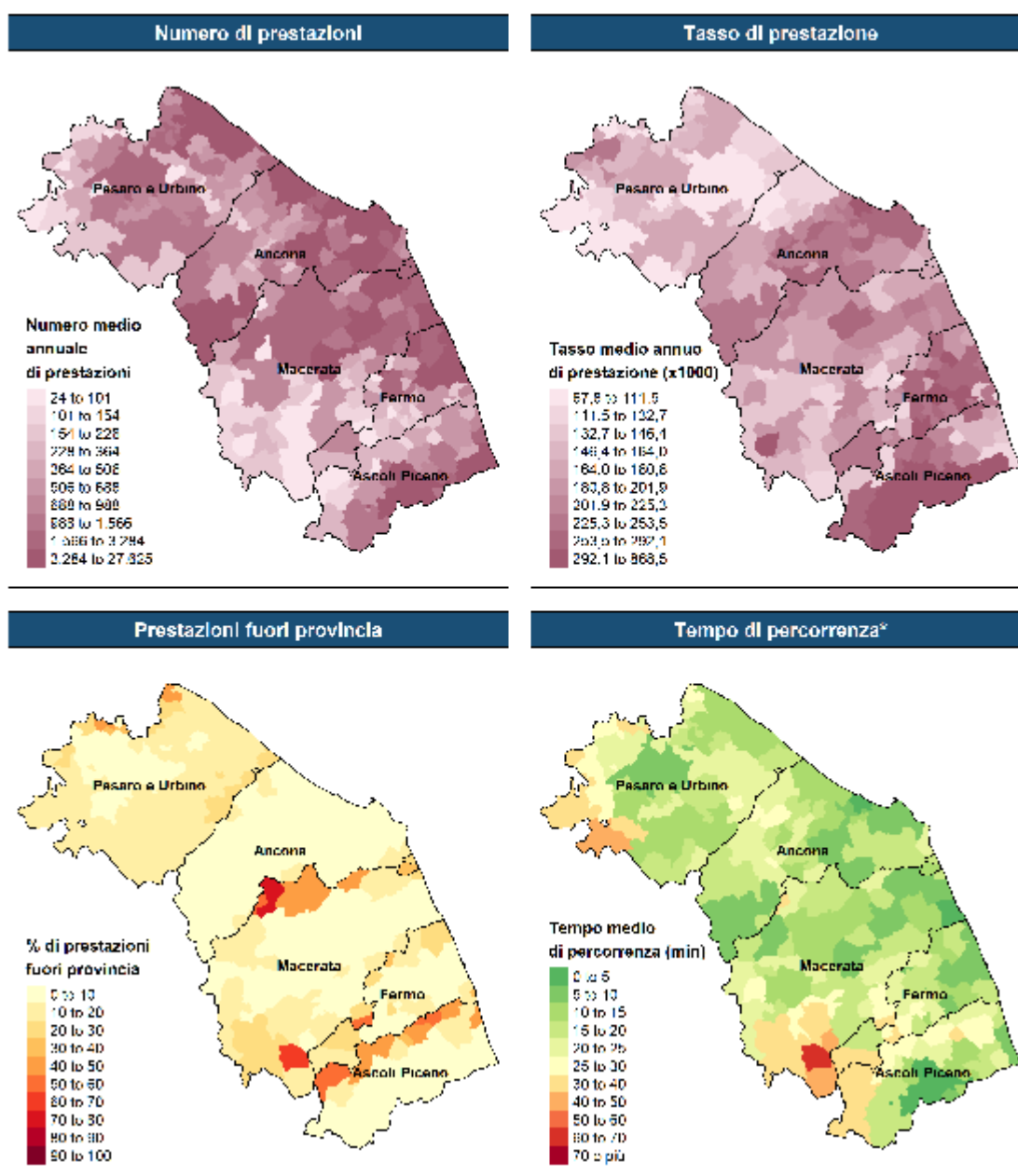
\*escluse prestazioni fuori regione

Figura 2.2.13 - Biennio 2018-2019, branca 002 "Cardiologia". Sintesi del consumo di prestazioni e della mobilità per comune di residenza.



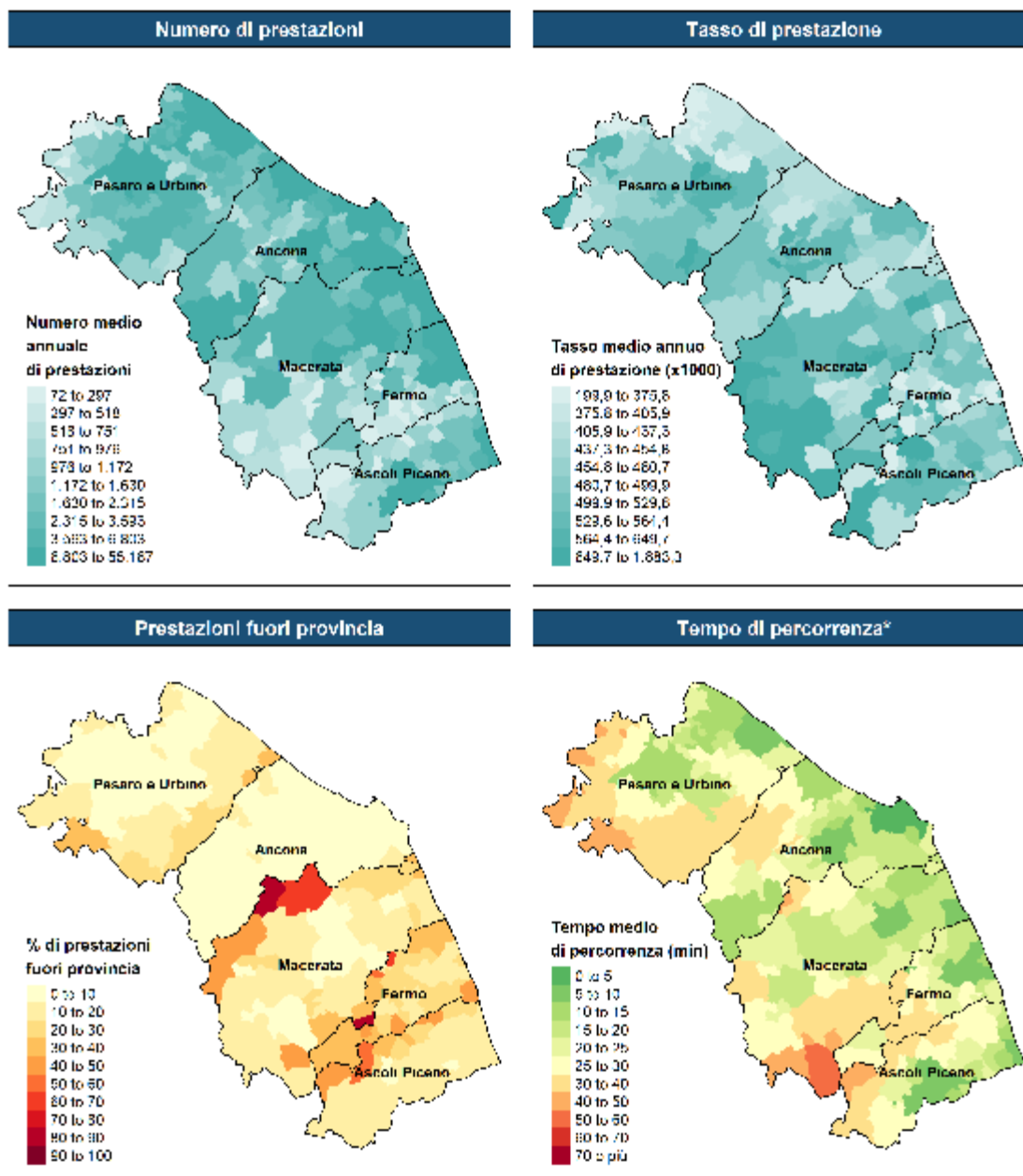
\*escluse prestazioni fuori regione

**Figura 2.2.14 - Biennio 2018-2019, branca 012 "Medicina fisica e riabilitazione-recupero e riabilitazione funzionale motulesi e neurolesi".**  
 Sintesi del consumo di prestazioni e della mobilità per comune di residenza.



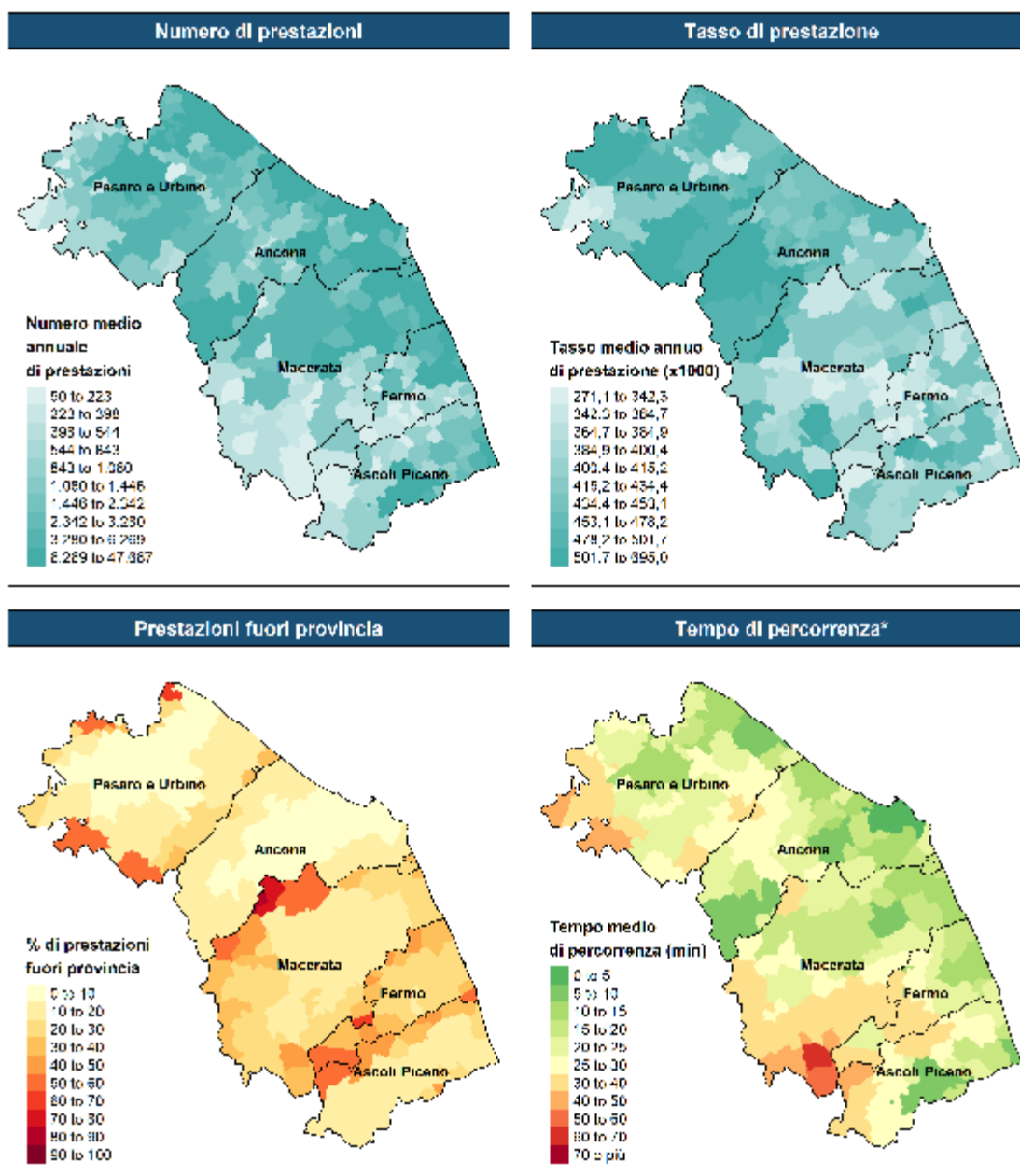
\*escluse prestazioni fuori regione

**Figura 2.2.15 - Biennio 2018-2019, "Visita di controllo (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate, esame neuropsicologico clinico neurocomportamentale per disturbi del linguaggio, per deterioramento intellettivo" (Codice 89.01). Sintesi del consumo di prestazioni e della mobilità per comune di residenza.**



\*escluse prestazioni fuori regione

**Figura 2.2.16 - Biennio 2018-2019, "Visita generale, visita specialistica, prima visita" (Codice 89.7). Sintesi del consumo di prestazioni e della mobilità per comune di residenza.**



\*escluse prestazioni fuori regione



### 2.3.1. Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali

Prestazioni per residenti per tempi di erogazione e per giorni di priorità (dati anno 2022). Prestazioni indicate nel PNGLA

**B = Breve** (entro 10 giorni)

**D = Differita** (entro 30 giorni, visite; entro 60 giorni, diagnostica strumentale)

**P = Programmabile** (entro 120 giorni)

DESC_DM_corto	Residenti in provincia di AN																								
	1) B								2) D								3) P								
	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo	
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: Co	805	39	20	10	2	2	73	8,3	684	66	242	67	62	15	144	12,7	2.740	595	499	272	524	227	751	15,5	
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecogr	1.041	36	22	4	12	1	75	6,7	742	273	709	82	198	1	281	14,0	3.972	707	369	525	1.593	24	1.617	22,5	
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI. A ripo	575	13	16	1	3		33	5,4	737	193	658	58	143	4	205	11,4	7.867	805	482	492	1.685	110	1.795	15,7	
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INF	59	2	2				4	6,3	9	5	16	4	1		5	14,3	1.543	253	112	56	46	19	65	3,2	
ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O	1.019	45	21	8	11		85	7,7	666	131	397	103	89		192	13,9	3.808	531	289	262	367	15	382	7,2	
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo o dopo pr	948	39	22	5	12	1	79	7,7	596	232	538	94	102	9	205	13,0	7.267	2.001	967	1.058	1.920	420	2.340	17,2	
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	2.358	108	76	24	14		222	8,6	1.172	524	1.260	248	166	2	416	12,3	8.305	1.377	934	1.173	2.097	20	2.117	15,2	
ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Ureteri	191	10	8	1			19	9,0	100	27	116	15	15		30	11,0	545	83	54	76	97		97	11,3	
ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato	428	19	26	7	4		56	11,6	242	111	324	57	51		108	13,8	1.884	302	234	301	557	4	561	17,1	
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Bilaterale	581	8	15	3	9	30	65	10,1	321	98	365	35	91	148	274	25,9	6.777	1.659	1.035	966	3.297	10.742	14.039	57,4	
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Monolaterale	33	1	2				3	8,3	6		3				0	0,0	79	19	10	11	57	5	62	34,3	
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	15				1		1	6,3	13	5	11		2		2	6,5	635	78	7	7	11		11	1,5	
ECOGRAFIA OSTETRICA	165	25	22	9	1		57	25,7	124	72	86	64	25		89	24,0	3.653	420	422	1.071	640		640	10,3	
ELETTROCARDIOGRAMMA	598	44	14	2	2		62	9,4	378	334	173	17	13	3	33	3,6	8.325	1.917	1.021	702	813	70	883	6,9	
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO. Dispositivi analogic	619	31	37	17	19		104	14,4	291	82	329	64	118		182	20,6	1.682	233	249	426	515	1	516	16,6	
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4																	18	2						0	0,0
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIOR	85	7	4		1		12	12,4	89	6	39	5	18		23	14,6	580	48	19	11	44		44	6,3	
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analis	1						0	0,0							1	100,0	3							0	0,0
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE	139	10	5	4	4		23	14,2	135	24	53	13	38		51	19,4	904	54	18	24	65		65	6,1	
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitati	36	4	2	1			7	16,3	11	8	15	2	3		5	12,8	522	310	32	42	60		60	6,2	
EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG	5			1			1	16,7	5	1	2	1	2		3	27,3	3	1			3		3	42,9	
ESAME AUDIOMETRICO TONALE	272	25	9	7	4		45	14,2	444	220	152	38	24		62	7,1	3.595	911	396	315	128		128	2,4	
ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO. Visita oculistica.	2.233	136	24	21	37		218	8,9	1.426	1.976	213	263	455	1	719	16,6	4.960	1.665	808	1.851	3.024	21	3.045	24,7	
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN	252	10	5	1	1		17	6,3	338	13	29	11	15		26	6,4	774	109	54	39	52	2	54	5,2	
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biop	76	2					2	2,6	54	4	12	3			3	4,1	256	23	8	9	14	1	15	4,8	
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell'	576	24	29	13	16		82	12,5	500	74	212	80	98	1	179	18,5	1.333	302	212	190	350	4	354	14,8	
MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)	371	5	20	1	7	26	59	13,7	227	75	310	28	76	141	245	28,6	4.833	1.526	921	912	3.065	10.852	13.917	62,9	
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE. (2 proiezioni)	11		1		1		2	15,4	9	2	3	1	1	2	4	22,2	137	26	30	39	178	127	305	56,8	
POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO. P	144	3	1		1		5	3,4	192	3	2		1		1	0,5	686	27	24	7	13	4	17	2,2	
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)	2.007	192	24	22	33		271	11,9	935	1.382	173	148	304	6	631	21,4	6.743	2.356	1.286	1.310	1.427	27	1.454	11,1	
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	200	20	1	3	2		26	11,5	86	108	9	6	18		33	14,5	245	113	35	57	66		66	12,8	
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGologica Incluso:	3.821	322	40	38	76		476	11,1	1.815	2.443	284	381	701	4	1.370	24,3	3.388	1.633	819	976	3.156	51	3.207	32,0	
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	356	37	34	37	1		109	23,4	937	763	351	329	46		726	29,9	2.015	683	670	782	90		90	2,1	
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale s	483	42	4	8	4		58	10,7	391	619	81	62	98	2	243	19,4	720	448	229	170	210	11	221	12,4	
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	658	51	6	3	5		65	9,0	383	408	29	35	52		116	12,8	899	565	259	155	126	1	127	6,3	
PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prel	728	44	21	14	9		88	10,8	639	434	139	109	96		344	24,3	2.957	713	407	592	357	3	360	7,2	

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

DESC_DM_corto	Residenti in provincia di AN																							
	1) B							2) D							3) P									
	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo
PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del pian	301	29	2				31	9,3	146	32	6	5	1		12	6,3	991	142	42	12	11		11	0,9
PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podosc	2.374	338	34	27	53		452	16,0	1.164	1.612	169	173	388		730	20,8	3.195	1.132	217	242	643		643	11,8
PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Incluso, in bas	3.028	293	117	92	23		525	14,8	1.505	2.058	566	534	138		1.238	25,8	3.046	931	907	922	352		352	5,7
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rile	997	106	33	37	20		196	16,4	517	398	251	183	119	2	555	37,8	1.491	415	423	510	255	1	256	8,3
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: espl	838	71	14	17	14		116	12,2	486	504	115	95	85		295	23,0	2.729	795	497	278	295		295	6,4
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E D	356	88	35	8	11		142	28,5	182	93	185	72	85		157	25,4	1.527	516	160	220	567	8	575	19,2
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFE	218	39	17	5	7		68	23,8	176	72	98	18	24		42	10,8	1.273	288	158	150	308	6	314	14,4
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, S	9	2	1		2		5	35,7	2						0	0,0	23	7	5	6	5		5	10,9
RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC. Non asso									1						0	0,0	1						0	0,0
RM DELLA COLONNA IN TOTO. Non associabile a RM DEL	1		1				1	50,0	2	1					0	0,0	24						0	0,0
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscop	52	1	1				2	3,7	37		1	1	1		2	5,0	150	6	7		13		13	7,4
SPIROMETRIA GLOBALE	494	35	20	10	12		77	13,5	370	132	297	75	83	3	161	16,8	3.784	198	268	322	443	27	470	9,3
SPIROMETRIA SEMPLICE	222	13	11	10	4		38	14,6	198	94	150	70	42		112	20,2	1.781	111	141	188	290	9	299	11,9
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE	1	1					1	50,0			1				0	0,0	8				1		0	0,0
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE.	43	6		1	1		8	15,7	19	2	13	1	2		3	8,1	118	19	10	5	4		4	2,6
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRA	239	15	12		2		29	10,8	150	18	119	4	10		14	4,7	529	53	23	12	25		25	3,9
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO S									1						0	0,0	4	2			1		0	0,0
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO.	40	2					2	4,8	18	2	12	1			1	3,0	133	14	18	1	6		6	3,5
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE.	207	4	10	2	4		20	8,8	139	29	176	17	39		56	14,0	926	318	284	109	194	6	200	10,9
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO. TC di:	37	7	2		1		10	21,3	7		4	2			2	15,4	184	16	7	5	3		3	1,4
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E C	213	23	9				32	13,1	47	22	60	6	8		14	9,8	522	147	68	81	92	3	95	10,4
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO. TC del cr	543	30	13	5	10		58	9,7	256	53	126	18	19		37	7,8	1.514	225	66	52	90		90	4,6
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO	23						0	0,0	8		1				0	0,0	104	22	5	2	2		2	1,5
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E	624	79	24	1	1		105	14,4	168	58	136	38	23	1	62	14,6	2.728	698	484	704	1.497	6	1.503	24,6
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE. TC del	471	44	14	7	2		67	12,5	214	77	148	24	30		54	11,0	1.753	286	194	319	526	3	529	17,2
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLE	1.052	114	38	10	9		171	14,0	411	151	247	52	34	1	87	9,7	3.490	922	565	750	1.489	7	1.496	20,7
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERI	38	7	1				8	17,4	11	2	7		2		2	9,1	63	4	3	2	3		3	4,0
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERI	45	13	1				14	23,7	18	5	19	2	2		4	8,7	85	11	10	6	12		12	9,7
VISITA GINECOLOGICA	170	9	2	1	3		15	8,1	51	46	9	7	8		24	19,8	4.016	294	172	93	138	36	174	3,7
VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	1.536	203	57	49	49		358	18,9	812	896	225	200	182		607	26,2	4.132	1.611	836	743	460	2	462	5,9

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

DESC_DM_corto	Residente in provincia di AP																							
	1) B								2) D								3) P							
	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: Co	275	147	24	23	5		199	42,0	160	87	158	95	25		120	22,9	580	270	162	233	169	8	177	12,4
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecogr	375	163	37	13	6		219	36,9	287	210	254	182	77	2	261	25,8	1.137	398	379	461	569	32	601	20,2
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. A ripo	170	39	10	3	5		57	25,1	218	177	166	100	42		142	20,2	2.173	793	782	749	242	4	246	5,2
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INF	24	11		2			13	35,1	4	7	7	3	1		4	18,2	339	110	62	47	15		15	2,6
ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O	315	79	17	8	13		117	27,1	189	144	205	125	57		182	25,3	2.241	596	447	448	165	1	166	4,3
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo o dopo pr	164	28	14	4	2		48	22,6	120	65	125	52	29	2	83	21,1	1.926	329	220	223	231	52	283	9,5
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	842	277	40	13	13		343	28,9	428	241	254	136	81	2	219	19,2	4.121	739	500	574	1.562	34	1.596	21,2
ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Ureteri	120	33	4	3	1		41	25,5	55	30	42	24	16		40	24,0	230	96	41	38	47	3	50	11,0
ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato	202	64	23	5	1		93	31,5	83	70	76	31	11		42	15,5	449	151	115	125	121	3	124	12,9
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Bilaterale	313	61	21	8	22	13	125	28,5	209	110	224	138	146	58	342	38,6	1.464	759	376	482	1.998	823	2.821	47,8
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Monolaterale	26	6	1				7	21,2	3		3		1		1	14,3	40	13	3	3	6	2	8	11,9
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	5						0	0,0	2		4	1			1	14,3	243	12	5	2	2		2	0,8
ECOGRAFIA OSTETRICA	112	27	25	8	3		63	36,0	112	48	40	35	8		43	17,7	1.305	165	202	417	310		310	12,9
ELETTROCARDIOGRAMMA	172	112	33	5	1		151	46,7	99	161	58	14	17		31	8,9	4.729	700	318	126	139	33	172	2,8
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO. Dispositivi analogic	193	81	11	4			96	33,2	71	38	49	43	7		50	24,0	373	240	120	148	61		61	6,5
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4				1			1	100,0			1				0	0,0	1			1			0	0,0
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIOR	52	28	13	9	7		57	52,3	37	33	21	52	20		72	44,2	213	60	27	16	22		22	6,5
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Anals							0	0,0	1	1					0	0,0	10						0	0,0
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE	64	28	9	1	2		40	38,5	38	30	36	49	21		70	40,2	195	51	24	19	17		17	5,6
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitati	15	15	6	2	1		24	61,5	6	12	7	4	4		8	24,2	53	10	4	10	15		15	16,3
EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG							0	0,0	4						0	0,0	3			1			0	0,0
ESAME AUDIOMETRICO TONALE	387	107	65	75	4		251	39,3	258	242	209	101	19		120	14,5	829	183	78	139	30		30	2,4
ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO. Visita oculistica,	2.036	113	29	13	50		205	9,1	1.310	1.251	685	171	288	3	462	12,5	1.774	379	233	319	877	21	898	24,9
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA. IN	27	9	4				13	32,5	21	10	22	6	1		7	11,7	116	56	55	25	10		10	3,8
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biop	3						0	0,0							0	0,0	135	30	18	57	22		22	8,4
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell'	277	145	65	6	2		218	44,0	146	106	250	71	24		95	15,9	374	162	123	143	104		104	11,5
MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)	235	33	21	8	20	14	96	29,0	133	76	270	98	159	58	315	39,7	1.188	602	357	403	1.667	872	2.539	49,9
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE. (2 proiezioni)	10	2		1			3	23,1	5	1	10	6	2		8	33,3	51	11	18	13	73	6	79	45,9
POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO. P	7	4					4	36,4	9	5	2				0	0,0	158	43	24	15	17	1	18	7,0
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)	575	201	34	24	16	2	277	32,5	364	237	181	180	106	4	471	43,9	3.348	1.223	1.070	579	356	12	368	5,6
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	18	8					8	30,8	9	16	3	1			4	13,8	17	13	4				0	0,0
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGologica Incluso:	821	314	91	43	55		503	38,0	515	659	330	137	219		686	36,9	559	234	119	109	270		270	20,9
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	312	25	12	4	1		42	11,9	812	394	144	206	35		385	24,2	830	185	118	224	102		102	7,0
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale s	134	72	3	11	7		93	41,0	131	75	55	40	39	2	136	39,8	102	22	11	22	40		40	20,3
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	229	53	8	2	12		75	24,7	125	140	46	21	34		101	27,6	207	67	39	30	30		30	8,0
PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prel	343	53	7	4	2		66	16,1	434	128	41	17	9		67	10,7	2.045	246	194	86	23		23	0,9

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

DESC_DM_corto	Residente in provincia di AP																							
	1) B								2) D								3) P							
	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo
PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del pian	304	23		1			24	7,3	54	45					0	0,0	243	19	5	4	11		11	3,9
PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podosc	648	336	35	17	10		398	38,0	239	431	171	36		278	29,3	1.796	946	193	129	60		60	1,9	
PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Incluso, in bas	1.283	543	55	48	30		676	34,5	480	987	365	172	113		650	30,7	794	377	152	160	86		86	5,5
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rile	439	171	18	3	9		201	31,4	226	135	75	72	24		171	32,1	461	81	30	40	23		23	3,6
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplo	298	171	60	13	12		256	46,2	136	190	159	85	49		293	47,3	578	196	215	101	62	1	63	5,5
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E D	208	168	24	26	13		231	52,6	111	118	94	113	50		163	33,5	1.489	373	104	211	428	5	433	16,6
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFE	56	34	2	9	7		52	48,1	18	23	14	18	23		41	42,7	171	92	35	61	80		80	18,2
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, S	1						0	0,0							0		10	12	1	10	2		2	5,7
RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC. Non asso							0				1				1	100,0							0	
RM DELLA COLONNA IN TOTO. Non associabile a RM DEL							0		1						0	0,0	33	2					0	0,0
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscop	2						0	0,0	3						0	0,0	26	6		3	4		4	10,3
SPIROMETRIA GLOBALE	71	33	7	2	3		45	38,8	61	23	44	43	21		64	33,3	508	13	15	26	46	1	47	7,7
SPIROMETRIA SEMPLICE	166	46	9		3		58	25,9	119	42	83	39	23		62	20,3	699	31	51	59	101	2	103	10,9
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE	1						0	0,0							0	#DIV/0!			1	1	1		1	33,3
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE.	23	2	2				4	14,8	8	3	5		1		1	5,9	126	19	5	2	2		2	1,3
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRA	74	5	3	1			9	10,8	14	7	17	1	3		4	9,5	256	18	9	6	4		4	1,4
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO S	1	2					2	66,7			1				0	0,0			1		1		1	50,0
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO.	23	2	1				3	11,5	3	2	5		1		1	9,1	69	12	3	3	1		1	1,1
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE.	5	1					1	16,7			2	3	1		4	66,7	104	60	66	68	26	1	27	8,3
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO. TC di:	27	1					1	3,6	2	4	1				0	0,0	78	12	3	1	1		1	1,1
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E C	148	51	18	4	3		76	33,9	23	27	70	28	7		35	22,6	84	60	55	47	106		106	30,1
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO. TC del cr	171	33	14	1			48	21,9	63	38	67	7	1		8	4,5	1.478	191	51	20	11	2	13	0,7
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO	14	1	1				2	12,5	2	1	2				0	0,0	26	7	6				0	0,0
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E	325	103	17	6	2		128	28,3	70	75	141	84	15	1	100	25,9	263	226	163	320	693	4	697	41,8
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE. TC del	451	33	9	5	1		48	9,6	103	74	172	38	18		56	13,8	1.513	212	129	180	259		259	11,3
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLE	672	209	40	12			261	28,0	129	162	250	115	17	1	133	19,7	803	347	254	386	714	4	718	28,6
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERI	18	2	1				3	14,3	5	5	3	2			2	13,3	38	7	3	3	7		7	12,1
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERI	26	7	1				8	23,5	6	8	5	6	2		8	29,6	38	6	2	5	5		5	8,9
VISITA GINECOLOGICA	40	9	1	1			11	21,6	19	9	3				3	9,7	1.042	167	177	65	3		3	0,2
VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	956	347	84	64	37		532	35,8	364	570	186	176	78		440	32,0	1.265	656	542	333	83		83	2,9

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

DESC_DM_corto	Residente in provincia di FM																							
	1) B								2) D								3) P							
	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: Co	365	24	6	4			34	8,5	125	45	137	43	13		56	15,4	387	137	147	232	253	14	267	22,8
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecogr	393	17	5	2	1		25	6,0	304	91	446	38	50	3	91	9,8	986	268	229	259	820	105	925	34,7
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. A ripo	294	8	3				11	3,6	267	90	324	31	37	1	69	9,2	1.320	410	334	235	496	15	511	18,2
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INF	24						0	0,0	8	2	11				0	0,0	209	98	39	14	36		36	9,1
ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O	410	22	10	4			36	8,1	228	59	243	22	31		53	9,1	1.170	316	238	211	321	1	322	14,3
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo o dopo pr	277	14	5	3	2		24	8,0	121	31	149	28	15	2	45	13,0	1.193	412	312	304	357	68	425	16,1
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	1.087	47	21	1	5		74	6,4	450	135	593	62	34	2	98	7,7	1.848	587	384	392	1.190	68	1.258	28,1
ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Ureteri	92	6	2				8	8,0	47	12	38	8	5		13	11,8	110	34	36	21	26	2	28	12,2
ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato	160	5	2				7	4,2	63	38	93	8	9		17	8,1	541	127	95	96	189	8	197	18,7
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Bilaterale	259	6	3	1	2		12	4,4	154	26	193	7	30	13	50	11,8	902	258	215	177	1.533	1.552	3.085	66,5
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Monolaterale	15	1					1	6,3	2	1	3				0	0,0	34	14	1	2	6	3	9	15,0
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	5	1	1				2	28,6	7	2	2	2			2	18,2	133	3	1				0	0,0
ECOGRAFIA OSTETRICA	63	4					4	6,0	68	10	7	4	3		7	7,6	1.640	53	35	56	35		35	1,9
ELETTROCARDIOGRAMMA	341	47	4	1			52	13,2	170	232	31	5	9		14	3,1	2.021	322	159	66	152	20	172	6,3
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO. Dispositivi analogic	282	27	10	3	2		42	13,0	147	26	52	25	18		43	16,0	415	89	53	82	87		87	12,0
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4							0								0		3						0	0,0
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIOR	36	2	2	3	3		10	21,7	56	3	9	5	6		11	13,9	133	10	4	7	9		9	5,5
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Anals							0				1				0	0,0			1	1			0	0,0
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE	45	6		1			7	13,5	70	11	37	5	4		9	7,1	138	19	13	19	13		13	6,4
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitati	10		2				2	16,7	5	4	7	2			2	11,1	80	28	11	8	8		8	5,9
EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG							0		1				1		1	50,0	1						0	0,0
ESAME AUDIOMETRICO TONALE	130	21	3	4			28	17,7	277	130	59	39			39	7,7	782	273	87	88	13		13	1,0
ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO. Visita oculistica,	1.098	42	1	6	6		55	4,8	745	1.088	85	105	151		256	11,8	1.243	339	209	412	699	2	701	24,1
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA. IN	90	1	3				4	4,3	78	9	41	6	8		14	9,9	219	30	25	15	23		23	7,4
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biop	23						0	0,0	9	1	1	1	2		3	21,4	105	16	13	8	10		10	6,6
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell'	237	18	12	3	1		34	12,5	104	34	144	41	23		64	18,5	325	113	71	107	108		108	14,9
MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)	158	2	7		2		11	6,5	144	27	195	5	25	19	49	11,8	1.106	336	234	178	1.554	1.698	3.252	63,7
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE. (2 proiezioni)	6						0	0,0	1	1	5				0	0,0	19	7	9	23	67	8	75	56,4
POLIPLECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO. P	14		2				2	12,5	34	1	3				0	0,0	414	20	14	4		1	1	0,2
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)	738	65	10	11	4		90	10,9	292	442	78	112	76	1	267	26,7	2.068	619	553	352	262	9	271	7,0
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	56	11					12	17,6	21	32	5	1	1		7	11,7	39	19	4	1	6		6	8,7
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA Incluso:	865	76	14	6	6		102	10,5	567	663	94	116	140		350	22,2	1.088	603	130	209	386		386	16,0
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	308	18	3	3	2		26	7,8	362	462	67	63	21		151	15,5	837	205	144	231	75		75	5,0
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale s	181	16		1			17	8,6	134	132	11	25	54		90	25,3	174	59	45	37	63	1	64	16,9
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	292	18	2	6			26	8,2	83	188	15	32	11		58	17,6	105	30	23	33	21		21	9,9
PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prel	256	18	3	3	1		25	8,9	210	223	28	43	7		78	15,3	331	68	31	99	15		15	2,8

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

DESC_DM_corto	Residente in provincia di FM																							
	1) B								2) D								3) P							
	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo
PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del pian	118	7		1			8	6,3	40	22	3	1			4	6,1	311	63	22	54	136	1	137	23,3
PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podosc	716	84	11	13	4		112	13,5	229	523	30	61	22		113	13,1	257	117	40	82	31		31	5,9
PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Incluso, in bas	1.499	125	58	34	3		220	12,8	603	719	256	209	7		472	26,3	483	168	226	253	8		8	0,7
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rife	216	19	6	4			29	11,8	111	92	43	24	18		85	29,5	219	61	52	53	21		21	5,2
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplo	436	35	3	5	5		48	9,9	224	280	52	49	53		154	23,4	318	163	83	86	181	1	182	21,9
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E D	183	28	6	4	7		45	19,7	76	40	64	34	35	1	70	28,0	910	199	70	117	268	13	281	17,8
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFE	66	15	7	2	1		25	27,5	25	10	12	5	2		7	13,0	226	70	42	68	140	2	142	25,9
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, S	4						0	0,0			1				0	0,0	21	4	2	6	1		1	2,9
RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC. Non asso							0								0						1		1	100,0
RM DELLA COLONNA IN TOTO. Non associabile a RM DEL							0				1	2			2	66,7	17	1					0	0,0
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscop	7	2		1			3	30,0	2	1	1	2	1		3	42,9	47	6	2	1	1		1	1,8
SPIROMETRIA GLOBALE	78	2	2	2	2		8	9,3	62	27	41	18	10		28	17,7	1.068	58	45	57	48	3	51	4,0
SPIROMETRIA SEMPLICE	48	8	4	2	1		15	23,8	57	26	40	10	10		20	14,0	542	24	35	53	93		93	12,4
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE	2						0	0,0							0		1		1				0	0,0
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE.	15	2					2	11,8	3		2				0	0,0	46	3	1				0	0,0
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRA	44	1					1	2,2	31	2	2	1			1	2,8	131	5	5	3			0	0,0
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO S	1						0	0,0	1		1				0	0,0							0	
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO.	7	1					1	12,5	1						0	0,0	41	4	3	3			0	0,0
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE.	8			1		1	2	20,0	6	2	8	1			1	5,9	86	18	12	9	21		21	14,4
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO. TC di:	15						0	0,0	5		1				0	0,0	45	3	2		1		1	2,0
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E C	102	19	3		1		23	18,4	31	15	41	5	2		7	7,4	178	40	34	37	67	2	69	19,3
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO. TC del cr	248	6			1		7	2,7	130	16	43	7	4		11	5,5	719	106	38	21	15		15	1,7
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO	4	3					3	42,9	3		1				0	0,0	14	1	1	2			0	0,0
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E	256	61	10	3	1		75	22,7	73	33	73	23	8		31	14,8	522	184	129	170	585	11	596	37,2
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE. TC del	275	8	3	2			13	4,5	193	22	98	26	9		35	10,1	996	95	62	116	219		219	14,7
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLE	452	72	16	1	2		91	16,8	181	44	97	30	12		42	11,5	835	202	159	180	595	12	607	30,6
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERI	16	4					4	20,0	6		8	2			2	12,5	34	4	2	2	6		6	12,5
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERI	14	8					8	36,4	7	1	6	4			4	22,2	26	5	3	1	4		4	10,3
VISITA GINECOLOGICA	34	1					1	2,9	14	21	5	3			8	18,6	1.179	69	19	23	4		4	0,3
VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	626	58	15	15	4		92	12,8	281	347	43	61	16		120	16,0	1.011	370	148	166	40		40	2,3

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

DESC_DM_corto	Residente in provincia di MC																							
	1) B								2) D								3) P							
	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: Co	379	55	9	3	5	1	73	16,2	353	104	200	38	50	2	90	12,0	975	286	279	170	195	60	255	13,0
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecogr	690	30	9	6	5		50	6,8	672	144	444	21	69		90	6,7	2.086	569	590	427	651	4	655	15,1
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. A ripo	704	62	22		2		86	10,9	754	250	464	51	34		85	5,5	1.924	653	457	549	434	23	457	11,3
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INF	24		2				2	7,7	5	2	11				0	0,0	374	85	31	17	1	3	4	0,8
ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O	873	126	29	2	5		162	15,7	701	288	283	39	29		68	5,1	1.739	843	408	553	192	11	203	5,4
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo o dopo pr	609	15	19	3	5		42	6,5	506	92	310	59	33		92	9,2	4.229	1.109	680	827	610	102	712	9,4
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	2.127	77	47	5	8		137	6,1	835	278	907	95	82		177	8,1	2.948	1.105	1.135	1.001	1.309	10	1.319	17,6
ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Ureteri	186	8	8				16	7,9	61	20	46	18	3		21	14,2	187	43	52	42	31		31	8,7
ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato	239	16	7	2	1		26	9,8	96	41	122	19	12		31	10,7	399	135	122	121	149		149	16,1
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Bilaterale	610	12	8	2	3	6	31	4,8	607	54	364	15	46	56	117	10,2	2.439	733	571	456	1.341	1.749	3.090	42,4
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Monolaterale	7						0	0,0	4		2				0	0,0	65	18	1		8	4	12	12,5
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	14		1				1	6,7	10	4	3	1	1		2	10,5	338	16	5	2	1		1	0,3
ECOGRAFIA OSTETRICA	245	7	7	4			18	6,8	163	26	13	12	3		15	6,9	2.994	79	74	166	94		94	2,8
ELETTROCARDIOGRAMMA	658	62	26	2	2		92	12,3	280	291	163	9	6		15	2,0	3.828	585	353	453	188	4	192	3,5
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO. Dispositivi analogic	288	20	15	7	9		51	15,0	317	32	86	43	37		80	15,5	686	112	61	110	95		95	8,9
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4	1		1				1	50,0							0		13		2				0	0,0
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIOR	65	1	1	1			3	4,4	65	4	10	5	7		12	13,2	320	7	12	7	7		7	2,0
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Anali							0				1				0	0,0	5		1				0	0,0
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE	86	9	10	2	1		22	20,4	153	11	44	18	9		27	11,5	421	14	12	15	12		12	2,5
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitati	22	7	1				8	26,7	4	3	4	1	1		2	15,4	87	33	7	8	8		8	5,6
EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG	1						0	0,0							0		1						0	0,0
ESAME AUDIOMETRICO TONALE	430	50	32	13	1		96	18,3	655	316	305	85	3		88	6,5	1.567	345	243	137	17		17	0,7
ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO. Visita oculistica,	2.297	109	15	16	18		158	6,4	1.811	1.950	116	191	229	1	421	9,8	2.517	582	355	870	959	10	969	18,3
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN	173	4	3	1	1		9	4,9	344	9	21	5	5		10	2,6	832	43	24	19	17	2	19	2,0
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biop	47		2		1		3	6,0	61	1	4		3		3	4,3	286	14	3	8	5	2	7	2,2
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell'	376	21	13	6	5		45	10,7	280	109	123	28	41		69	11,9	674	357	210	156	173	7	180	11,4
MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)	418	8	6		4	7	25	5,6	729	63	278	11	52	69	132	11,0	2.491	728	429	282	1.235	1.974	3.209	45,0
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE. (2 proiezioni)	15			1			1	6,3	6	2	6			1	1	6,7	52	13	11	10	52	33	85	49,7
POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO. P	53	2					2	3,6	146	2	2	1			1	0,7	583	9	10	4	4	3	7	1,1
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)	1.540	110	19	19	15		163	9,6	856	863	116	132	96	1	345	16,7	4.642	1.484	678	842	347	1	348	4,4
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	69	17	2	1	1		21	23,3	20	45	5	3	6		14	17,7	81	25	5	4	3		3	2,5
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGologica Incluso:	2.286	252	29	31	28		340	12,9	1.486	1.543	151	228	213		592	16,3	1.768	472	213	300	479	9	488	15,1
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	362	55	8	5	3		71	16,4	379	478	49	95	22		166	16,2	511	171	87	138	72	2	74	7,5
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale s	222	25	2		3		30	11,9	190	220	33	19	28		80	16,3	222	83	57	39	48	1	49	10,9
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	239	30	4	3	3		40	14,3	135	174	22	21	16		59	16,0	294	124	82	54	22		22	3,8
PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prel	816	65	18	7	2		92	10,1	545	510	76	79	29		184	14,9	1.098	174	87	136	39		39	2,5

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

DESC_DM_corto	Residente in provincia di MC																								
	1) B								2) D								3) P								
	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo	
PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del pian	191	32					32	14,3	81	59	4	4			8	5,4	370	59	16	11	10			10	2,1
PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podosc	1.489	239	32	23	22		316	17,5	469	956	63	95	96		254	15,1	760	403	77	96	141			141	9,5
PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Incluso, in bas	2.599	246	235	50	4		535	17,1	1.146	1.280	672	221	12		905	27,2	1.200	383	520	207	27			27	1,2
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rile	468	59	12	13	7		91	16,3	178	133	54	43	20		117	27,3	446	141	119	130	34			34	3,9
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplo	646	102	12	21	20		155	19,4	316	498	69	145	82		296	26,7	670	259	121	159	138			138	10,2
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E D	353	63	16	4	14		97	21,6	166	57	130	93	112	1	206	36,9	927	348	200	138	307	9		316	16,4
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFE	101	14	10	2	2		28	21,7	71	21	32	9	14		23	15,6	316	82	51	49	89			89	15,2
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, S	12	4					4	25,0	3		1		1		1	20,0	20	13	13	5	3			3	5,6
RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC. Non asso	1						0	0,0							0			1						0	0,0
RM DELLA COLONNA IN TOTO. Non associabile a RM DEL							0								0		14	1						0	0,0
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscop	14	1		1			2	12,5	9		1	2	2		4	28,6	55	7	1	1	4	1		5	7,2
SPIROMETRIA GLOBALE	277	14	17	8	3		42	13,2	187	60	152	58	32		90	18,4	2.235	133	114	169	108	2		110	4,0
SPIROMETRIA SEMPLICE	87	3	1	2	1		7	7,4	83	23	60	29	9		38	18,6	894	29	26	73	48	1		49	4,6
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE	1						0	0,0			1				0	0,0	5							0	0,0
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE.	24	1	1				2	7,7	24	1	2	3			3	10,0	60	7	4	2	3			3	3,9
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRA	146	3	2	2			7	4,6	97	3	9	1			1	0,9	141	12	11	6	8			8	4,5
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO S	2						0	0,0							0		1							0	0,0
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO.	34	2	1				3	8,1	16	2	1				0	0,0	40	3	2	1	1			1	2,1
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE.	50	2	3	1			6	10,7	59	4	25	5			5	5,4	301	46	48	27	22	1		23	5,2
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO. TC di:	26	1	1				2	7,1	20	1	1	1			1	4,3	53	5	1	1	2			2	3,2
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E C	161	16	6	3			25	13,4	43	13	43	7	1		8	7,5	255	43	45	28	70			70	15,9
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO. TC del cr	541	17	7	1	2		27	4,8	345	42	72	15	9		24	5,0	715	98	50	27	27			27	2,9
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO	5						0	0,0	3	2	2				0	0,0	38	9	2		1			1	2,0
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E	520	68	18	4	2		92	15,0	165	45	126	45	25		70	17,2	1.074	303	211	234	884	4		888	32,8
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE. TC del	545	43	10	5	4		62	10,2	459	56	122	43	24		67	9,5	948	170	132	125	257	3		260	15,9
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLE	908	85	20	8	2		115	11,2	347	59	162	50	26		76	11,8	1.435	361	227	215	876	5		881	28,2
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERI	31	2	1				3	8,8	21	2	7	1	1		2	6,3	39	21	4	5	17			17	19,8
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERI	34	2	2				4	10,5	23	4	4	1	1		2	6,1	39	27	4	7	7			7	8,3
VISITA GINECOLOGICA	84	5	4	3			12	12,5	37	39		6	1		7	8,4	1.207	65	34	18	7			7	0,5
VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	1.013	127	33	21	8		189	15,7	525	540	74	55	60		189	15,1	1.490	532	258	174	78			78	3,1

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)



DESC_DM_corto	Residente in provincia di PU																							
	1) B								2) D								3) P							
	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: Co	1.201	44	14	1	1		60	4,8	779	140	168	35	19	3	57	5,0	1.462	306	135	78	158	34	192	8,8
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecogr	556	51	25	7	5		88	13,7	463	144	219	61	55		116	12,3	1.564	381	202	263	445	9	454	15,9
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. A ripo	553	22	9	3	1		35	6,0	731	165	191	59	54	4	117	9,7	2.834	374	222	132	537	6	543	13,2
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INF	59	2	1				3	4,8	14	4	1	1	1		2	9,5	481	150	21	6	14		14	2,1
ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O	766	39	15	11			65	7,8	409	112	92	35	9		44	6,7	2.051	170	83	61	52		52	2,2
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo o dopo pr	515	38	21	7	3		69	11,8	449	128	195	67	79	1	147	16,0	3.773	674	283	395	1.003	199	1.202	19,0
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	1.818	175	59	14	7		255	12,3	748	356	594	85	77		162	8,7	4.568	1.070	679	983	1.080	1	1.081	12,9
ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Ureteri	108	10	4		2		16	12,9	30	28	25	2	5		7	7,8	238	26	13	10	10		10	3,4
ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato	215	18	9	1	2		30	12,2	98	43	90	14	8		22	8,7	675	94	64	57	107	2	109	10,9
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Bilaterale	669	27	12	7	15	12	73	9,8	658	198	404	64	121	86	271	17,7	4.250	1.289	659	939	6.557	3.886	10.443	59,4
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Monolaterale	53	2					2	3,6	7	2					0	0,0	298	119	9	3	8		8	1,8
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	78	3		1			4	4,9	67	42	45	4	25		29	15,8	290	21	24	60	92		92	18,9
ECOGRAFIA OSTETRICA	63	23	23	11	3		60	48,8	64	84	82	97	29		126	35,4	1.814	402	312	1.058	560		560	13,5
ELETTROCARDIOGRAMMA	451	31	33	8	4		76	14,4	233	144	189	31	12		43	7,1	2.247	226	294	120	116	4	120	4,0
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO. Dispositivi analogic	751	15	11	13	3		42	5,3	198	57	245	51	10		61	10,9	639	98	159	175	92		92	7,9
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4	2						0	0,0	2		1				0	0,0	18			1			0	0,0
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIOR	97	1	3				4	4,0	129	11	43	5	1		6	3,2	881	34	32	8	1		1	0,1
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Anals							0								0		3						0	0,0
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE	221	8	7	1			16	6,8	234	29	93	11	1		12	3,3	1.358	38	49	19	2		2	0,1
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitati	25	1	4	1	3		9	26,5	2	5	8		1		1	6,3	75	57	7	14	8		8	5,0
EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG							0					1			1	100,0							0	
ESAME AUDIOMETRICO TONALE	557	22	10	10	3		45	7,5	600	441	180	116	20		136	10,0	2.155	406	200	293	174		174	5,4
ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO. Visita oculistica,	2.289	169	29	32	57		287	11,1	1.410	1.569	205	255	565		820	20,5	2.767	764	230	386	995		995	19,4
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN	239	1	1	1			3	1,2	130	1	9	1			1	0,7	227	13	5	2	9		9	3,5
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biop	269	4	1		1		6	2,2	131	14	17	2	2		4	2,4	303	18	7	7	10	2	12	3,5
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell'	503	19	5	1	2	1	28	5,3	486	88	86	15	24		39	5,6	625	121	46	52	79	2	81	8,8
MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)	348	14	5	6	12	12	49	12,3	434	153	324	39	87	78	204	18,3	3.163	989	536	851	4.545	3.075	7.620	57,9
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE. (2 proiezioni)	8						0	0,0	5		5	1			1	9,1	81	44	19	20	56	6	62	27,4
POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO. P	434	1					1	0,2	246	1	4	1			1	0,4	545	15	1	1	4	2	6	1,1
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)	2.669	139	28	16	12		195	6,8	1.041	926	168	153	129	1	451	18,7	4.766	2.167	869	358	249	2	251	3,0
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	248	15	3	1			19	7,1	97	102	4	6	4		14	6,6	271	48	17	9	16		16	4,4
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA Incluso:	3.474	168	27	16	52		263	7,0	1.211	1.531	172	112	353		637	18,9	1.843	272	188	287	608	2	610	19,1
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	925	43	5	9	4		61	6,2	922	742	75	211	105		391	19,0	1.170	317	105	320	109		109	5,4
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale s	646	29	2	1	2		34	5,0	353	330	54	55	29		138	16,8	425	163	97	131	34		34	4,0
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	891	36	3				39	4,2	479	273	14	10	9		33	4,2	568	291	187	34	17	1	18	1,6
PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prel	1.045	48	5	12	15		80	7,1	624	441	75	101	147		323	23,3	1.816	1.188	338	189	211		211	5,6

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

DESC_DM_corto	Residente in provincia di PU																								
	1) B								2) D								3) P								
	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo	
PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del pian	388	7					7	1,8	179	29	2				2	1,0	890	45	10				0	0,0	
PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podosc	3.219	140	28	29	28		225	6,5	1.132	1.077	145	145	193		483	17,9	3.696	185	77	130	133		133	3,2	
PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Incluso, in bas	4.154	224	43	94	13		374	8,3	1.677	1.967	295	576	114		985	21,3	3.440	726	287	535	112		112	2,2	
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rile	881	70	15	14	15		114	11,5	365	230	63	78	81		222	27,2	889	359	151	116	69		69	4,4	
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplo	1.611	38	8	4	4		54	3,2	927	633	66	120	58		244	13,5	2.742	773	96	125	123		123	3,2	
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E D	723	53	13	2	2		70	8,8	383	127	109	39	24		63	9,2	673	230	149	119	175	1	176	13,1	
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFE	271	21	6				27	9,1	60	41	70	5	3		8	4,5	318	109	75	110	74		74	10,8	
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, S	6						0	0,0			1		1		1	50,0	19	8	2	1	2		2	6,3	
RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC. Non asso	3						0	0,0		1					0	0,0	2	1	1				0	0,0	
RM DELLA COLONNA IN TOTO. Non associabile a RM DEL	2						0	0,0	2	1	1				0	0,0	4	3	1				0	0,0	
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscop	27						0	0,0	4						0	0,0	43	9		1	1		1	1,9	
SPIROMETRIA GLOBALE	312	12	2	3	3		20	6,0	302	65	181	22	30		52	8,7	1.192	155	112	121	96	2	98	5,8	
SPIROMETRIA SEMPLICE	187	13	9	4	4		30	13,8	128	45	126	31	40		71	19,2	410	35	35	68	133	6	139	20,2	
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE							0	0,0							0	0,0								0	0,0
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE.	20		2				2	9,1	5	2	9				0	0,0	12	4	1	1				0	0,0
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRA	106	7	2	1			10	8,6	29	9	21	1	2		3	4,8	36	8	5	6	2		2	3,5	
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO S	3						0	0,0							0	0,0	4		1					0	0,0
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO.	19	1					1	5,0	6	1	6				0	0,0	13	1		1	1		1	6,3	
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE.	60	3	2	1			6	9,1	28	5	30	6	10		16	20,3	90	14	18	10	33	3	36	21,4	
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO. TC di:	26		1				1	3,7	6	3	3	1	1		2	14,3	33	5	3	3	1		1	2,2	
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E C	215	27	8				35	14,0	33	27	37	4			4	4,0	169	78	157	133	27		27	4,8	
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO. TC del cr	511	36	7	1			44	7,9	173	81	121	13	4		17	4,3	427	120	45	15	15		15	2,4	
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO	43	4					4	8,5	18	5	2				0	0,0	75	30		2	3		3	2,7	
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E	568	23	4	1	1		29	4,9	47	41	43	15	1		16	10,9	497	308	610	657	320	1	321	13,4	
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE. TC del	632	42	16	2	2		62	8,9	190	98	209	14	11		25	4,8	690	352	321	367	231	1	232	11,8	
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLE	1.207	98	16	4	3		121	9,1	186	121	232	39	9		48	8,2	800	436	758	701	357		357	11,7	
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERI	25	1	2				3	10,7	7	2	5				0	0,0	11	4	3	2	1		1	4,8	
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERI	29	1					1	3,3	6	3	15				0	0,0	14	5	2	6	4		4	12,9	
VISITA GINECOLOGICA	126	12	1	1	6		20	13,7	66	40	12	9	17		38	26,4	454	124	51	47	66		66	8,9	
VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	2.824	222	96	84	19		421	13,0	825	1.202	226	264	76		566	21,8	1.634	499	264	230	79		79	2,9	

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

DESC_DM_corto	Residenti FUORI Regione																							
	1) B								2) D								3) P							
	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: Co	63	25	3	6	7		41	39,4	94	41	32	50	33		83	33,2	326	112	98	130	165	3	168	20,1
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecogr	70	5	3	2			10	12,5	52	38	32	14	5		19	13,5	259	104	66	44	61		61	11,4
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. A riposo	29	10	7	3	1		21	42,0	48	51	54	28	7		35	18,6	320	164	167	124	47	3	50	6,1
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INF	9	11	2				13	59,1	25	59	64	26	2		28	15,9	149	110	119	83	20	1	21	4,4
ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O	23	2					2	8,0	15	10	4	4	2		6	17,1	212	43	36	45	7	3	10	2,9
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo o dopo pr	45	3	1	1	1		6	11,8	27	11	19	5	4		9	13,6	710	111	47	57	242	187	429	31,7
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	206	30	8	4	2		44	17,6	145	162	89	30	10	1	41	9,4	856	233	132	120	192	2	194	12,6
ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Ureteri	23	1					1	4,2	9	13	4	4	1		5	16,1	55	22	16	6	4		4	3,9
ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato	40	7	1				8	16,7	15	13	13	3	2		5	10,9	176	36	23	19	27	1	28	9,9
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Bilaterale	65	13			3	3	19	22,6	75	53	45	24	11	9	44	20,3	521	220	96	99	328	243	571	37,9
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Monolaterale	5						0	0,0							0	0,0	19	11		1	1	1	2	6,1
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	6			1			1	14,3	4	3	3				0	0,0	157	5		3	1		1	0,6
ECOGRAFIA OSTETRICA	30	4	4				8	21,1	46	10	15	9	1		10	12,3	881	75	67	134	78		78	6,3
ELETTROCARDIOGRAMMA	75	16	11	1	1		29	27,9	92	77	58	14	2		16	6,6	1.044	234	196	84	82	13	95	5,7
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO. Dispositivi analogic	22	1	3				4	15,4	19	2	10	2	1		3	8,8	96	19	9	17	4		4	2,8
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4							0	0,0							0	0,0	7						0	0,0
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIOR	3						0	0,0	12	1	1	1			1	6,7	52	10	3	1	1		1	1,5
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analis							0	0,0							0	0,0	1						0	0,0
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE	7	1					1	12,5	5	1		1			1	14,3	77	5	3		2		2	2,3
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitati	6	4	2				6	50,0	8	5	6	4	2		6	24,0	27	17	2	5	12		12	19,0
EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG							0	0,0							0	0,0							0	0,0
ESAME AUDIOMETRICO TONALE	43	9	2	1			12	21,8	25	22	9	7			7	11,1	348	45	21	14	4		4	0,9
ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO. Visita oculistica,	279	15	8	4	4		31	10,0	168	183	42	42	54	1	97	19,8	659	122	61	110	139		139	12,7
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN	28			1			1	3,4	19	3	4	3	1		4	13,3	83	13	12	10	4		4	3,3
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biop	12	2	2	1	1		6	33,3	13	6	7	5	4		9	25,7	82	21	13	32	20		20	11,9
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell'	51	16	7	7	3		33	39,3	94	37	51	63	19		82	31,1	295	111	77	188	115		115	14,6
MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)	40	6		1	4	3	14	25,9	46	19	49	16	14	15	45	28,3	391	144	106	73	281	232	513	41,8
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE. (2 proiezioni)	1		1				1	50,0	3	1					0	0,0	13	12	4	3	10	6	16	33,3
POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO. P	12	2					2	14,3	10	4	2	1			1	5,9	96	56	14	1	4		4	2,3
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)	131	12	5				17	11,5	74	73	24	13	5		42	22,2	746	265	198	132	38	1	39	2,8
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE							0	0,0	1	3					0	0,0	18	8	1	1			0	0,0
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA Incluso:	129	14	6	1	2		23	15,1	52	72	12	16	14		42	25,3	223	66	26	33	24		24	6,5
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	46	3		1			4	8,0	30	25	7	10			17	23,6	78	22	7	12	3		3	2,5
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale s	24	2	1				3	11,1	10	15	2	1	6		9	26,5	41	17	4	7	3		3	4,2
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	42	1	1				2	4,5	23	6			1		1	3,3	112	35	15	4	2		2	1,2
PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale e prel	103	10	1				11	9,6	73	48	11	7	4		22	15,4	450	95	34	23	7		7	1,1

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

DESC_DM_corto	Residenti FUORI Regione																								
	1) B								2) D								3) P								
	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	fuori tempo	% fuori tempo	
PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del pian	23						0	0,0	21	2					0	0,0	155	33	6	1	1		1	0,5	
PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podosc	91	18	1	1			20	18,0	38	43	3	7	6		16	16,5	434	139	13	5	7		7	1,2	
PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Incluso, in bas	147	13	6	4			23	13,5	47	62	28	19	2		49	31,0	394	86	33	18	5		5	0,9	
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rife	41	10	2	2	1		15	26,8	15	11	1	5	2		8	23,5	120	35	15	37	7		7	3,3	
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplo	60	5	2	1			8	11,8	30	21	6	8	5		19	27,1	234	98	35	17	6		6	1,5	
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E D	74	18	4	1	1		24	24,5	35	21	14	6	9		15	17,6	338	81	26	31	74	1	75	13,6	
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFE	21	9		1			10	32,3	10	3	4	1			1	5,6	176	39	18	15	25		25	9,2	
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, S	2		2				2	50,0	1		2	1	2		3	50,0	21	6	1	1	16		16	35,6	
RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC. Non asso							0								0		1						0	0,0	
RM DELLA COLONNA IN TOTO. Non associabile a RM DEL	1						0	0,0							0		2						0	0,0	
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscop	3	1					1	25,0	4	1	1				0	0,0	18	3	1	1	2		2	8,0	
SPIROMETRIA GLOBALE	21	5					5	19,2	29	8	7	6	3		9	17,0	512	10	11	16	14	1	15	2,7	
SPIROMETRIA SEMPLICE	19	4	1				5	20,8	18	1	10	3	3		6	17,1	200	5	7	6	13		13	5,6	
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE							0			1					0	0,0								0	
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE.	2	1					1	33,3							0		13		2	1			0	0,0	
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRA	3	2					2	40,0	2	1	3				0	0,0	32	2	2	1			0	0,0	
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO S							0								0									0	
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO.		1					1	100,0							0		17		1				0	0,0	
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE.	6						0	0,0	8		2				0	0,0	44	11	9	1	3	7	10	13,3	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO. TC di:	4		1				1	20,0	2						0	0,0	30	8		1			0	0,0	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E C	31	17	5				22	41,5	5	10	5	4			4	16,7	60	23	17	14	7		7	5,8	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO. TC del cr	30	1	2				3	9,1	36	13	7	1			1	1,8	168	29	7	5	2		2	0,9	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO	10		1				1	9,1		1			2		2	66,7	27	4					0	0,0	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E	81	30	5	3			38	31,9	18	14	10	8	2		10	19,2	256	93	71	112	138		138	20,6	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE. TC del	101	18	2	1	2		23	18,5	60	21	21	8	1		9	8,1	344	67	32	32	48	1	49	9,4	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLE	157	52	9	2			63	28,6	50	42	19	7	2		9	7,5	403	130	77	115	138		138	16,0	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERI	2	2	1				3	60,0	3	1	2				0	0,0	3	1	1	2			0	0,0	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERI	4		1				1	20,0	3	1					0	0,0	12	4	1	2			0	0,0	
VISITA GINECOLOGICA	65	4	2				6	8,5	34	21	1	2	3		6	9,8	583	70	36	10	4		4	0,6	
VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	157	26	2	4	3		35	18,2	75	70	20	10	14		44	23,3	496	182	123	74	22		22	2,5	

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

## Prestazioni ambulatoriali della popolazione provinciale residente per provincia di erogazione (dati anno 2022). Prestazioni indicate nel PNGLA

Cod Prest	DESC_DM_corto	Residenti in provincia di AN										Erogato in provincia residenza
		Erogaz Prov Ancona		Erogaz Prov Ascoli		Erogaz Prov Fermo		Erogaz Prov Macerata		Erogaz Prov Pesaro_Urbino		
		privato	pubblico	privato	pubblico	privato	pubblico	privato	pubblico	privato	pubblico	%
45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: Co	333	5.403	79	45	10	95	33	341	558		83,2%
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecogr	1.877	7.884	8	6		10	47	387	147	156	92,8%
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI. A ripo	4.730	7.735	75	15	17	21	299	365	391	366	88,9%
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INF	865	1.211	8	1	2	2		38	99	24	92,3%
88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O	44	4.645	171	13	65	38	857	435	175	260	70,0%
88.77.5	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O		1.326					2	43	8	3	95,9%
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo o dopo pr	1.409	12.908	88	34	22	30	372	764	227	590	87,1%
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	4.247	15.306	17	8	5	30	73	496	124	280	95,0%
88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: Ureteri	182	1.108	3	3	1	1	1	50	15	16	93,5%
88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato	662	3.747	6	2	1	23	13	135	22	75	94,1%
88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Bilaterale	2.003	22.271	14	10		51	294	676	236	900	91,8%
88.73.2	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Monolaterale	3	175					1	7		47	76,4%
88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA		751						27		8	95,5%
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA	43	5.514	14	62		18		896		255	81,7%
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	147	14.010	7	20		29	8	213	15	70	97,5%
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO. Dispositivi analogic	580	3.904	5				16	72	136	133	92,5%
93.08.C	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4		14							4	2	70,0%
93.08.B	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIOR	187	348	4	10		2	53	16	159	178	55,9%
93.08.D	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Anali		1						2	2		20,0%
93.08.A	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE	321	537	6	11		9	49	62	234	263	57,5%
93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitati	25	959		6		7		3		49	93,8%
93.08.F	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG		20	1	3							83,3%
95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE		5.857		5		15	87	352		257	89,1%
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO. Visita oculistica,	468	17.632	5	42	4	62	91	1.293	2	303	90,9%
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biop		255	18		1	6		33		149	55,2%
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell'	63	3.356	25	27	7	76	66	236		185	84,6%
45.16.2	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN	30	599	3	7	2	18	4	89		65	77,0%
45.16.1	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN	77	727	5	6	1	6	36	41		4	89,0%
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)	1.024	20.764	7	10		46	330	513	231	693	92,3%
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE. (2 proiezioni)		550				1	5	4		10	96,5%
45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'INTESTINO CRASSO. P	105	654	8	2		42	8	84		208	68,3%
89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)	2.399	14.733	67	33	4	86	52	788	64	555	91,2%
89.7A.6	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE		874				5			20	92	88,2%
89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA Incluso:	30	19.428		47		50	21	1.028	23	866	90,5%
89.7B.2	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	68	6.906		3		9		132	1	44	97,4%
89.7A.8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale s	41	3.360		5		23	4	35	2	135	94,3%
89.7A.9	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA		2.856		20		86	11	72		616	78,0%
89.26.1	PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prel	305	6.587	3	10		6		263		165	93,9%
89.7B.6	PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del pian		1.477				33	6	93		134	84,7%
89.7B.7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podosc	481	9.867	6	23		42	39	819	83	1.197	82,4%
89.7B.8	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Incluso, in bas		13.320		8		22	184	1.259	2	828	85,3%
89.7B.9	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rile	213	5.507		9			3	44		231	95,2%
89.7C.2	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplo	1.348	3.625	3	151	2	23	7	487	32	1.356	70,7%
88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E D	351	1.357	125	23	17	11	66	80	70	120	76,9%
88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E D	256	1.240	23	9		59	129	124	154	141	70,1%
88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, S		53		1		2		6	41	3	50,0%
88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFE	533	1.616	22	8		39	49	42	74	103	86,4%
88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFE	87	327	7	2	1	13	14	19	19	5	83,8%
88.93.B	RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC. Non asso		1	1								50,0%
88.93.6	RM DELLA COLONNA IN TOTO. Non associabile a RM DEL	2	7	19					1			31,0%
45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscop	7	228	2			6		21		13	84,8%
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE	1	6.170		1				316		117	93,4%
89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE	128	3.049		7		3	4	67		94	94,8%
88.38.D	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE	7	5									100,0%
88.38.A	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE.	36	159	22	3		1	13	13		2	78,3%
88.38.C	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRA	182	688	84	9		7	154	57		23	72,3%
88.38.F	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRA	12	20	1				2	1			88,9%
88.38.E	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO S	3	6									100,0%
88.38.B	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO.	25	186	24	1		2	9	3		1	84,1%
89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE.	66	2.314	3		7		1	23	22	48	95,8%
88.38.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO. TC di:	52	196	15	1		2	9	10	1	7	84,6%
87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E C	153	927	10	4		18	49	71	40	104	78,5%
87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO. TC del cr	826	1.854	146	4	12	12	224	92	16	137	80,7%
88.38.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO	18	133	1					2	14	11	84,4%
88.38.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO		5						2	5		41,7%
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E	888	5.743	66	11	3	47	180	210	81	256	88,6%
87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE. TC del	629	2.640	193	25	1	44	278	89	16	291	77,7%
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLE	969	6.407	87	15	4	65	354	274	102	439	84,6%
88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLE	138	448	74	1		5	138	33	11	93	62,3%
88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERI	16	57				2	11	7		5	74,5%
88.01.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERI	10	22	4			1	12			4	60,4%
88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERI	24	112	4			3	16	18	5	14	69,4%
88.01.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERI	10	18	4				10	2		2	60,9%
89.26	VISITA GINECOLOGICA		4.960		3		18		79		29	97,5%
89.13	VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	52	10.857		25		31	11	394	56	759	89,5%

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

		Residenti in provincia di Ascoli Piceno										
		Erogaz Prov Ancona		Erogaz Prov Ascoli		Erogaz Prov Fermo		Erogaz Prov Macerata		Erogaz Prov Pesaro_Urbino		Erogato in provincia residenza
Cod Prest	DESC_DM_corto	privato	pubblico	privato	pubblico	privato	pubblico	privato	pubblico	privato	pubblico	%
45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: Co	3	47	879	1.292	4	189		11		7	89,3%
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecogr	6	142	1.773	2.505	26	117	4	95	1		91,6%
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. A rippo	10	105	4.433	1.009	63	60	19	22	2	2	95,1%
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INF		19	324	302	10	3		2			94,8%
88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O	1	63	4.222	784	61	36	35	13			96,0%
88.77.5	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O		6		3				4			23,1%
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo o dopo pr	1	502	1.113	2.012	11	48	7	14		5	84,2%
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	4	358	4.715	4.823	47	223	5	48	1	1	93,3%
88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Ureteri		30	299	445	4	31	1	2			91,6%
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato	2	93	497	856	8	116	2	7		2	85,5%
88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Bilaterale	4	164	1.676	5.162	220	11	53	4	7		93,7%
88.73.2	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Monolaterale			14	94		1		2			97,3%
88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA		173	22	75		5		1			35,1%
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA		397	47	2.308		31		35		8	83,3%
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA		86	696	5.878	1	117	1	6		6	96,8%
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO. Dispositivi analogic		27	1.004	397	6	19		2	1	1	96,2%
93.08.C	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4		1		2		1					50,0%
93.08.B	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIOR	2	20	89	460		7	12	5	4	12	89,9%
93.08.D	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analsi			1	11							100,0%
93.08.A	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE	2	21	74	443		11	11	8	3	12	88,4%
93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analsi qualitati		7	2	144		11		1			88,5%
93.08.F	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG			3	5							100,0%
95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE		27	14	2.395		263	6	30	2	6	87,8%
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO. Visita oculistica,		65	1.040	8.515	6	328	1	57		4	95,4%
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biop		4	220	23	1	12		4		1	91,7%
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell'	1	44	627	1.196	5	124		9		2	90,8%
45.16.2	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN		17	19	65		27		7		1	61,8%
45.16.1	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN	1	8	153	45	2	13	4	3			86,5%
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)	3	155	890	4.913		220	10	48	4	2	92,9%
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE. (2 proiezioni)		10	5	187		4		3			91,9%
45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO. P	1	5	143	60	1	69		7		3	70,2%
89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)	4	287	3.624	4.708	6	123	7	46		7	94,6%
89.7A.6	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE		77				11		1		3	0,0%
89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA Incluso:		587		3.502		349	2	160		8	76,0%
89.7B.2	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	6	22		3.080		297		13			90,1%
89.7A.8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale s	1	116		606		42	1	21		1	76,9%
89.7A.9	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA		93	1	783		162	1	3		5	74,8%
89.26.1	PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prel		45	541	3.025		26		24		1	97,4%
89.7B.6	PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del pian		75		604		33		20		3	82,2%
89.7B.7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podosc		110	1.183	4.151		225	8	67		2	92,8%
89.7B.8	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Incluso, in bas		71	121	5.196	1	317	26	160	1	16	90,0%
89.7B.9	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rile	9	154		1.817			3	13		4	90,9%
89.7C.2	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplo	6	131	567	1.397	36	151		86		24	81,9%
88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E D	4	36	1.252	1.067	9	30	3	9	1	2	96,1%
88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E D	3	48	132	918	1	27	4	12	1	8	91,0%
88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, S			6	31						3	92,5%
88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL' ADDOME INFE	7	50	77	398		22	1	6	1	3	84,1%
88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL' ADDOME INFE	1	18	37	34		5	1				74,0%
88.93.B	RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC. Non asso				1							100,0%
88.93.6	RM DELLA COLONNA IN TOTO. Non associabile a RM DEL			34	2							100,0%
45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscop		5	14	7		16	1	1			47,7%
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE		238		620		1		63		4	67,0%
89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE	8	54	77	1.320		13	1	22		2	93,3%
88.38.D	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE				5							100,0%
88.38.A	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE.			132	69		2					99,0%
88.38.C	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRA		7	250	150		12					95,5%
88.38.F	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRA			2	9							100,0%
88.38.E	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO S				6							100,0%
88.38.B	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO.		3	67	59		1					96,9%
89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE.	1	31	209	81	14			2			85,8%
88.38.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO. TC di:		1	71	61		2	1				97,1%
87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E C	2	28	56	640		22	3	11			91,3%
87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO. TC del cr		3	1.700	619	1	40	1			1	98,1%
88.38.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO		1	27	26		5					89,8%
88.38.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO			1	1		1					66,7%
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E	17	162	117	2.200	1	56	5	27		3	89,5%
87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE. TC del	4	75	1.644	1.472		49	3	6		1	95,8%
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLE	18	185	363	3.162	2	73	17	35		2	91,4%
88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLE	1	3	330	113		13		4			95,5%
88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERI			11	46		1					98,3%
88.01.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERI			35	7		3					93,3%
88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERI		1	21	64		2		1			95,5%
88.01.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERI			24	7		3					91,2%
89.26	VISITA GINECOLOGICA		6		1.512		13		9		1	98,1%
89.13	VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	11	710		4.992		164	1	26		23	84,2%

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

		Residenti in provincia di Fermo										Erogato in provincia residenza
		Erogaz Prov Ancona		Erogaz Prov Ascoli		Erogaz Prov Fermo		Erogaz Prov Macerata		Erogaz Prov Pesaro_Urbino		
Cod Prest	DESC_DM_corto	privato	pubblico	privato	pubblico	privato	pubblico	privato	pubblico	privato	pubblico	%
45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: Co	7	78	282	188	38	1.000	35	295		22	53,4%
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecogr	64	1.135	201	153	118	1.549	193	653	1	2	41,0%
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. A ripo	37	831	717	58	511	943	398	386	5	2	37,4%
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INF		170	26	3	60	162		30			49,2%
88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O	2	539	691	64	556	765	534	159	4	3	39,8%
88.77.5	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O		46					7	37			0,0%
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo o dopo pr	7	916	313	170	192	972	145	599		9	35,0%
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	75	1.117	817	219	531	2.957	352	1.240	2	8	47,7%
88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Ureteri		70	21	27	34	213	30	73		1	52,7%
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato	5	283	68	49	88	793	55	144		4	59,2%
88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Bilaterale	21	289	100	110		3.337	339	1.141	3	24	62,2%
88.73.2	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Monolaterale		2	6	2		36	10	8		27	39,6%
88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA		117		3		23		11		1	14,8%
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA	1	234	24	147		1.123		449		3	56,7%
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA		616	117	238	17	2.284	26	304	2	5	63,8%
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO. Dispositivi analogic		200	250	13	53	479	100	235	1	1	39,9%
93.08.C	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4		2						1			0,0%
93.08.B	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIOR	7	23	11	46		38	97	32	12	22	13,2%
93.08.D	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analis				3							0,0%
93.08.A	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE	9	28	17	74		67	83	69	10	25	17,5%
93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitati	1	10	1	18		129		4		2	78,2%
93.08.F	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG			1	2							0,0%
95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE		39	2	34	3	1.374	110	367		8	71,1%
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO. Visita oculistica,	3	153	69	420	175	4.958	182	920		5	74,6%
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biop		3	63		7	65	1	46		4	38,1%
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell'	2	86	175	127	33	675	62	186		5	52,4%
45.16.2	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN	1	28	5	19	7	136	7	94		3	47,7%
45.16.1	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN	1	20	25	14	15	81	78	21			37,6%
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)	10	275	111	128		3.643	471	1.058	4	20	63,7%
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE. (2 proiezioni)		13	2	3		92	5	31		1	62,6%
45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO. P	2	16	38	8	2	306	11	121		4	60,6%
89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)	32	1.435	461	617	76	2.205	91	897		8	39,2%
89.7A.6	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE		133			1	66		1		3	32,8%
89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA Incluso:		2.006		239		1.338	48	1.447		18	26,3%
89.7B.2	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	5	124		93		2.493		97	1	3	88,5%
89.7A.8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale s	5	318		54		464	11	103		6	48,3%
89.7A.9	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA		94		59		663	8	69		4	73,9%
89.26.1	PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prel		52	20	131	4	881		283		14	63,9%
89.7B.6	PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del pian		66		11		529	19	144		25	66,6%
89.7B.7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podosc	2	201	85	163		1.665	55	563	3	10	60,6%
89.7B.8	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Incluso, in bas		108	21	167	13	2.944	318	1.732	1	16	55,6%
89.7B.9	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rile	12	504		200			31	279		14	0,0%
89.7C.2	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplo	16	227	73	77	99	1.050	29	569	2	42	52,6%
88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E D	10	72	605	60	23	297	66	70		4	26,5%
88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E D	18	78	140	48	2	358	103	98	12	15	41,3%
88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, S		3	5			29		2	6		64,4%
88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFE	25	95	113	21		227	30	67	6	1	38,8%
88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFE	7	20	35	4	1	39	3	11	1	1	32,8%
88.93.B	RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC. Non asso				1							0,0%
88.93.6	RM DELLA COLONNA IN TOTO. Non associabile a RM DEL			18	1				2			0,0%
45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscop		6	3	1		47		16		1	63,5%
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE		540	2	58		194	11	712		8	12,7%
89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE	9	224	54	143		190	19	310		6	19,9%
88.38.D	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE		1	1	1				1			0,0%
88.38.A	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE.		3	44	7	1	5	9	6			8,0%
88.38.C	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRA		10	106	8	1	59	27	18			26,2%
88.38.F	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRA		1	1					1			0,0%
88.38.E	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO S								1	2		0,0%
88.38.B	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO.		9	31	3		12	6	3			18,8%
89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE.	2	101	9	6	36			19			20,8%
88.38.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO. TC di:		15	30	7		17	3	7		1	21,3%
87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E C	5	53	44	40	2	298	56	91	1	9	50,1%
87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO. TC del cr	1	12	556	25	185	565	102	60		3	49,7%
88.38.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO		1	6	5		19		1	1		57,6%
88.38.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO										1	0,0%
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E	36	289	205	121	5	1.012	180	334	1	21	46,1%
87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE. TC del	8	90	672	144	2	866	230	146		4	40,1%
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLE	42	298	303	172	11	1.132	293	367	1	30	43,1%
88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLE	3	3	148		1	136	31	28		1	39,0%
88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERI		3	23	3		17	6	10		1	27,0%
88.01.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERI			10			12	1	1			50,0%
88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERI	1	2	22	4		22	9	9		1	31,4%
88.01.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERI			7			5	1				38,5%
89.26	VISITA GINECOLOGICA		15		84		1.080		205		1	78,0%
89.13	VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	6	640		396		1.730	4	449		70	52,5%

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

		Residenti in provincia di Macerata										Erogato in provincia residenza
		Erogaz Prov Ancona		Erogaz Prov Ascoli		Erogaz Prov Fermo		Erogaz Prov Macerata		Erogaz Prov Pesaro_Urbino		
Cod Prest	DESC_DM_corto	privato	pubblico	privato	pubblico	privato	pubblico	privato	pubblico	privato	pubblico	%
45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE, Escluso: Co	38	695	96	88	30	196	87	1.903		47	62,6%
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecogr	193	1.067	9	17	11	126	1.565	3.487	6	4	77,9%
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. A ripro	418	653	92	9	102	83	2.622	2.414	7	11	78,6%
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INF	27	105	8	3	22	11		394	5	1	68,4%
88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O	3	416	152	9	154	92	3.989	1.246	6	12	86,1%
88.77.5	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O		19					33	171		1	91,1%
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo o dopo pr	75	1.484	67	24	69	198	1.346	5.999	9	29	79,0%
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	450	1.943	44	24	42	259	2.864	7.039	9	16	78,0%
88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Ureteri	16	136	3	3	6	30	104	448	1	1	73,8%
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato	46	444	4	6	6	110	165	749		1	59,7%
88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Bilaterale	138	1.665	5	10		122	2.309	4.877	7	36	78,4%
88.73.2	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Monolaterale	1	16				3	38	23		39	50,2%
88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA		237		2		2		155			39,1%
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA		516	5	29		28		3.305		9	84,9%
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	4	828	8	21	1	202	176	5.787	10	12	84,6%
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO. Dispositivi analogic	16	349	16	2	12	18	389	1.120	2	7	78,1%
93.08.C	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4		4	1					15			75,0%
93.08.B	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIOR	40	83	4	13		10	90	169	30	76	50,3%
93.08.D	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analis								5	1	1	71,4%
93.08.A	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE	79	115	8	16		41	164	288	30	83	54,9%
93.08.I	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitati	3	101		11		45		19		8	10,2%
93.08.F	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG		1		1							0,0%
95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE		335		5		108	508	3.287		11	89,2%
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCCHIO. Visita oculistica,	26	1.276	10	74	31	601	1.311	9.631	2	16	84,3%
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biop		52	24		1	14	3	335		10	77,0%
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell'	4	550	31	45	23	138	337	1.478		13	69,3%
45.16.2	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN	2	119	3	3	6	43	33	721		9	80,3%
45.16.1	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN	7	153	10	8	2	20	211	158			64,9%
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)	57	1.608	8	7		112	2.660	4.351	7	26	79,3%
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE. (2 proiezioni)		69				2	24	97		11	59,6%
45.42	POLIPLECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO. P	16	78	17	6		52	17	620		14	77,7%
89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)	243	1.856	87	53	14	450	575	8.929		36	77,6%
89.7A.6	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE		256				25		2	2	14	0,7%
89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGologica Incluso:		2.049		65		287	156	7.706	3	60	76,1%
89.7B.2	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	4	384		8		155		1.899		1	77,5%
89.7A.8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale s	6	674		18		87	21	408		9	35,1%
89.7A.9	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA		449		26		280	66	407		16	38,0%
89.26.1	PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prel	10	366	3	9	1	87		3.319		21	87,0%
89.7B.6	PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del pian		193		4		33	14	651		30	71,9%
89.7B.7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podosc	14	1.225	7	210		152	170	3.801	12	39	70,5%
89.7B.8	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA. Incluso, in bas		892	1	17		122	1.119	7.687		35	89,2%
89.7B.9	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rife	56	1.134		28		54	799			13	40,9%
89.7C.2	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplo	198	432	7	25	29	114	58	2.568		64	75,1%
88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E D	143	206	209	13	38	35	314	589	8	24	57,2%
88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E D	63	233	37	8	1	64	389	549	37	34	66,3%
88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, S		10	1	2		9		53	10		62,4%
88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFE	92	206	29	8		42	121	220	3	5	47,0%
88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFE	18	54	8		2	9	20	36	1		37,8%
88.93.B	RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC. Non asso		1						1			50,0%
88.93.6	RM DELLA COLONNA IN TOTO. Non associabile a RM DEL	1		13		1				1		0,0%
45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscop	1	35	1			9	1	54		4	52,4%
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE		1.187		13		5	30	2.330		13	66,0%
89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE	16	369	1	15		28	17	922		5	68,4%
88.38.D	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE	4	1						2			28,6%
88.38.A	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE.	3	16	25				50	49			69,2%
88.38.C	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRA	5	50	41	5	1	31	165	155			70,6%
88.38.F	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRA		2	1				2	8			76,9%
88.38.E	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO S		1						2			66,7%
88.38.B	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO.		23	20	2		8	24	33			51,8%
89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE.	10	266	1	1	19			302			50,4%
88.38.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO. TC di:	4	30	10	1		7	19	56			59,1%
87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E C	15	140	21	5	1	60	152	380	3	9	67,7%
87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO. TC del cr	24	179	203	6	64	178	671	995		5	71,7%
88.38.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO	1	11	1	1		9		42		1	63,6%
88.38.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO											#DIV/0!
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E	132	890	76	17	1	172	591	1.941	15	38	65,4%
87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE. TC del	56	468	219	47		281	899	1.099	2	11	64,8%
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLE	154	1.010	95	29	8	218	817	2.059	14	54	64,5%
88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLE	14	44	48	1		44	199	228		5	73,2%
88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERI	3	23	6			10	23	54	1	1	63,6%
88.01.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERI		1	4			6	15	10			69,4%
88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERI	3	19	5			7	33	59		3	71,3%
88.01.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERI		1	3			8	9			1	58,1%
89.26	VISITA GINECOLOGICA		198		9		34		1.291			84,3%
89.13	VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	9	2.082		85		298	44	2.579	3	128	50,2%

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)



		Residenti in provincia di Pesaro Urbino										Erogato in provincia residenza
Cod Prest	DESC_DM_corto	Erogaz Prov Ancona		Erogaz Prov Ascoli		Erogaz Prov Fermo		Erogaz Prov Macerata		Erogaz Prov Pesaro_Urbino		%
		privato	pubblico	privato	pubblico	privato	pubblico	privato	pubblico	privato	pubblico	
45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: Co	32	606	8	3		8	2	11		3.915	85,4%
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecogr	101	442	3	2				19	3.107	3.350	91,9%
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI. A ripo	193	223	2	2	2			3	1	5.277	95,2%
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INF	104	30						1	1.491	656	94,1%
88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O		145	9				2	1	2.267	1.950	96,4%
88.77.5	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O		130						2	51	27	37,1%
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo o dopo pr	57	729	6	2	1	2	3	11	2.457	6.416	91,6%
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	213	1.084	6	5		3	2	10	5.836	9.376	92,0%
88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Ureteri	8	107				1		3	216	327	82,0%
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato	27	257	1			3		3	623	1.081	85,4%
88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Bilaterale	23	374		1		1	1	4	2.401	18.902	98,1%
88.73.2	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Monolaterale		3							8	507	99,4%
88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA		147							2	636	81,3%
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA		429		7				7		4.191	90,4%
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA		657	2	4		3		2	1.152	3.024	86,2%
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO. Dispositivi analogic	5	120		1				1	1.855	2.122	96,9%
93.08.C	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4									14	10	100,0%
93.08.B	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIOR	9	27				1			744	465	97,0%
93.08.D	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analis									2	1	100,0%
93.08.A	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE	15	33		1		1	2	2	1.338	679	97,4%
93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitati		99								112	53,1%
93.08.F	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG		1									0,0%
95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE		193		1		4		3	344	4.936	96,3%
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO. Visita oculistica,	22	1.444		9	2	6	1	8	1.210	10.027	88,3%
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biop		51	1			1		3		734	92,9%
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell'	4	396		2		5	2	5		1.752	80,9%
45.16.2	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN	4	82			1	4		4		434	82,0%
45.16.1	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN	4	44	1				2			60	54,1%
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)	11	338		1			1	4	2.343	13.835	97,9%
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE. (2 proiezioni)		6							7	240	97,6%
45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO. P	6	47				2		2		1.198	95,5%
89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)	91	787	7	1	1	4	3	8	822	12.932	93,8%
89.7A.6	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE		83							147	658	90,7%
89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGologica Incluso:		1.073		6		11		25	1.006	9.107	90,1%
89.7B.2	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	15	410		1		1		2	42	4.611	91,6%
89.7A.8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale s	4	565		3		2		3	22	1.818	76,1%
89.7A.9	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA		231				2		3		2.595	91,7%
89.26.1	PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prel	2	183		2				5		6.155	97,0%
89.7B.6	PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del pian		81						3		1.527	94,8%
89.7B.7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podosc	4	369		3		2		5	2.538	8.328	96,6%
89.7B.8	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Incluso, in bas		630				2	2	12	884	14.573	96,0%
89.7B.9	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rile	30	671		3				2		3.025	81,1%
89.7C.2	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplo	30	161		2		2		5	146	7.558	97,5%
88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E D	88	121	12		2	4	3	2	376	1.171	87,0%
88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E D	52	125	5	4		1	2	6	467	1.234	89,7%
88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, S		6							188	34	97,4%
88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFE	51	118	5			4		3	171	876	85,3%
88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFE	7	22				1			45	80	80,6%
88.93.B	RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC. Non asso										8	100,0%
88.93.6	RM DELLA COLONNA IN TOTO. Non associabile a RM DEL		1	4						2	9	68,8%
45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscop		11				1		1		72	84,7%
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE		833		3				33		1.751	66,8%
89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE	24	331		1		1		4		940	72,3%
88.38.D	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE											#DIV/0!
88.38.A	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE.		10	2							50	80,6%
88.38.C	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRA	5	24	9	2			1			210	83,7%
88.38.F	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRA		1								14	93,3%
88.38.E	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO S										8	100,0%
88.38.B	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO.	1	8	3							48	80,0%
89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE.	1	87	1					1	122	214	78,9%
88.38.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO. TC di:	1	23	1			1			4	69	73,7%
87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E C	2	54	2			2	1		77	889	94,1%
87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO. TC del cr	206	74	8				1	1	198	1.487	85,3%
88.38.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO	9	9						1	110	181	93,9%
88.38.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO									18	5	100,0%
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E	26	255	5	2		3	1	3	143	2.928	91,2%
87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE. TC del	88	178	18	2		4	5	1	397	3.144	92,3%
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLE	52	339	8	3		6	6	4	248	4.182	91,4%
88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLE	10	18	5			1	1		63	606	95,0%
88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERI	1	1							4	33	94,9%
88.01.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERI										30	100,0%
88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERI	3	6					1	1	13	56	86,3%
88.01.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERI	1	1							4	17	91,3%
89.26	VISITA GINECOLOGICA		181		1		5		2	25	893	82,9%
89.13	VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	17	1.056		8		6		7	292	7.595	87,8%

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

## Prestazioni ambulatoriali per area/struttura di erogazione e tempi di erogazione (dati anno 2022). Prestazioni indicate nel PNGLA

DESC_DM_corto	INRCA: Prestazioni erogate nei tempi previsti dal Piano PNGLA e oltre il cut-off indicato - anno di rilevazione 2022																				
	1) B							2) D							3) P						
	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	% Erogata nei tempi	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	% Erogata nei tempi	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	% Erogata nei tempi
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA Includo:	1.657	115	17	7	18		91,3%	527	1.386	89	46	182	4	85,6%	1.041	698	219	159	804	18	72,0%
ELETTROCARDIOGRAMMA	288	16	4	1			93,2%	198	138	22	8	3		97,0%	2.017	527	223	66	71	3	97,5%
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. A ripo	368	8	7	1	1		95,6%	253	71	499	25	63	2	90,1%	472	133	156	188	530	36	62,6%
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Includo: eventuale rife	595	81	16	16	4		83,6%	202	323	183	73	33		64,5%	585	266	81	84	67		93,8%
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecogr	585	6	11		1		97,0%	262	71	482	22	55	1	91,3%	228	61	81	157	448	33	52,3%
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Includo: ECG (89.52)	557	26	2	2	3		94,4%	191	286	8	11	47	1	87,7%	652	156	144	37	134	1	88,0%
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	564	21	15	1			93,8%	229	69	456	27	40	1	91,7%	258	57	58	88	306	21	58,5%
SPIROMETRIA GLOBALE	320	21	20	6	1		87,0%	177	107	298	36	22		90,9%	370	77	95	108	131	2	83,0%
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo o dopo pr	298	3	2		1		98,0%	123	17	107	9	12	1	91,8%	876	88	37	29	131	15	87,6%
VISITA NEUROLOGICA (NEUROCHIRURGICA)	113	14	3		7		82,5%	81	52	5	1	8		90,5%	895	97	221	125	78		94,5%
ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O	467	10	13	2	6		93,8%	125	35	312	79	69		76,1%	169	45	69	65	195	7	63,3%
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: Co	200	2					99,0%	385	2	29	3	1		99,0%	643	164	92	19	16	1	98,2%
TOMOGRAMMA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLE	370	33	27	4	3		84,7%	122	41	158	29	15		87,9%	184	36	50	68	176		65,8%
PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Includo: eventuale podosc	28						100,0%	25						100,0%	728	414	61				99,9%
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	119	23	1	1	1		82,1%	100	170	4	4	26		88,8%	345	218	188	10	27		96,6%
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell'	233	2	10	5			93,2%	285	12	90	15	8		94,4%	275	109	56	14	30		93,8%
TOMOGRAMMA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E	289	22	18	1			87,6%	72	17	116	23	12		85,4%	123	26	47	65	189		58,0%
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN	230	1	2		1		98,3%	303	2	17	2	1		99,1%	273	8	5	6	5		98,3%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E D	158	15	20	2	5		79,0%	66	30	158	38	22		80,9%	71	32	47	80	79		74,4%
ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Includo: Fegato	176	4	13		2		90,3%	79	33	149	13	16		90,0%	110	17	15	47	110	2	62,8%
TOMOGRAMMA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE. TC del	186	15	9	5			86,5%	87	16	103	19	15		85,8%	122	17	25	55	107	1	67,0%
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO. Dispositivi analogic	153	6	12	1	5		86,4%	68	19	86	12	15		86,5%	221	21	21	15	49		85,0%
SPIROMETRIA SEMPLICE	91	9	6	3			83,5%	70	75	88	13	7		92,1%	113	35	39	59	69		78,1%
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Includo: esplo	110	8	3	1			90,2%	56	30	10	7	21		69,4%	165	166	47	8	36		91,5%
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	57	2	1				95,0%	114	131	18	29	11		80,9%	176	32	19	47	27		91,0%
ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO. Visita oculistica,	130	6		2			94,2%	45	159	12	16	10		89,3%	61	19	22	52	32		82,8%
TOMOGRAMMA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO. TC del cr	176	8	9	2	2		89,3%	49	9	76	15	11		83,8%	80	28	16	28	33		82,2%
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE	43		2	1	1	1	89,6%	67	2	34	8	5		88,8%	305	10	5	7	42		88,6%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFE	89	4	8		2		86,4%	80	27	56	10	2		93,1%	49	38	90	32	17		92,5%
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INF	32						100,0%	2	1	11	3			82,4%	282	81	29	10	22	4	93,9%
POLIPLECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO. P	55						100,0%	162						100,0%	203	2	2	1			100,0%
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	87	26		2			75,7%	32	85	6	4	12		84,2%	44	5	4	10	40		61,2%
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRA	61	3	13				79,2%	30	11	108	3	5		94,9%	78	2	3	3	9		90,5%
ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE. Includo: Ureteri	85	5	4				90,4%	42	10	59	6	5		91,0%	27	8	8	12	13		80,9%
TOMOGRAMMA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E C	107	6	8				88,4%	17	5	57	5	4		89,8%	32	5	9	6	8		86,7%
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Includo: eventuale s	13	9			1		56,5%	31	27			3		95,1%	85	49	23	1	6		96,3%
PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Includo, in bas	40	5	1	3			81,6%	18	30	6	7			78,7%	10	3	9	10			100,0%
TOMOGRAMMA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO. TC di:	2	1					66,7%	9						100,0%	116	7	3				100,0%
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscop	47						100,0%	35						100,0%	44						100,0%
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE	4						100,0%	3	2	1				83,3%	95	1	1		2		98,0%
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO.	15		1				93,8%	7	2	14	1			95,8%	44	1	1				100,0%
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biop	14		1				93,3%	3	2	2				100,0%	32	7	3	1	3		93,5%
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIOR	2						100,0%	3	1					100,0%	42		1				100,0%
TOMOGRAMMA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERI	12	1	2				80,0%	7	16	2				92,0%	2		4		3		66,7%
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE.	15	3	1				78,9%	4	11					100,0%	8	1	1	1			100,0%
PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Includo: stesura del pian	13						100,0%	4						100,0%	19						100,0%
TOMOGRAMMA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERI	10	1	1				83,3%	3	10		1			92,9%	2	2		2			66,7%
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitati		1					0,0%	1	1					100,0%	25	1					100,0%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, S	6	1					85,7%	1	1					100,0%	3		1	5			100,0%
TOMOGRAMMA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO	1						100,0%								11	2					100,0%
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE									1					100,0%							

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

AOU delle Marche: Prestazioni erogate nei tempi previsti dal Piano PNGLA e oltre il cut-off indicato - anno di rilevazione 2022																													
		1) B							2) D							3) P													
DESC_DM_corto		1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi	
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)		718	76	10	3	8		97	9	88,1%	264	431	48	16	76	7	147	13	82,5%	3274	1960	1327	1205	600	21	621	56	92,6%	
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo o dopo pr		569	25	19	3	3	1	51	5	91,8%	255	102	206	34	27	8	69	6	89,1%	3643	842	572	735	1987	817	2804	255	67,4%	
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Bilaterale		233	3	5			5	28	41	4	85,0%	104	24	111	13	34	95	142	13	62,7%	1951	540	200	205	1138	5108	6246	568	31,7%
MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)		122	2	4			5	26	37	3	76,7%	91	20	76	7	35	104	146	13	56,2%	1788	527	191	190	1083	5335	6418	583	29,6%
VISITA NEUROLOGICA (NEUROCHIRURGICA)		1074	165	72	23	23		283	26	79,1%	506	709	223	91	113		427	39	74,0%	3904	1451	524	500	146	2	148	13	97,7%	
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGologica Includo:		996	89	20	21	57		187	17	84,2%	475	536	104	263	299		666	61	60,3%	1164	1049	276	357	746		746	68	79,2%	
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO		536	20	23	7	5		55	5	90,7%	372	161	273	38	45	2	85	8	90,5%	2190	755	284	378	726	3	729	66	83,2%	
SPIROMETRIA GLOBALE		137	5	2	3	4		14	1	90,7%	179	11	43	8	19	3	30	3	88,6%	4413	71	87	152	270	32	302	27	94,0%	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLE		276	11	5	2	3		21	2	92,9%	122	25	46	10	8		18	2	91,5%	1897	544	322	379	641	1	642	58	83,0%	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE. SENZA E		174	7	4		1		12	1	93,5%	76	14	25	6	6		12	1	90,6%	1846	536	302	353	674	4	678	62	81,7%	
PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podosc		719	78	17	6			101	9	87,7%	460	430	56	48	46		150	14	85,6%	1131	379	108	79	213		213	19	88,8%	
ELETTROCARDIOGRAMMA		124	8	8				17	2	87,9%	105	102	21	4	5	3	12	1	95,0%	1470	428	224	355	786	98	884	80	73,7%	
PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Incluso, in bas		797	97	16	19	14		146	13	84,5%	230	610	85	151	62		298	27	73,8%	820	312	184	226	114		114	10	93,1%	
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecogr		339	6	11	3	8	1	29	3	92,1%	198	78	253	16	87	1	104	9	83,6%	869	423	200	249	852	17	869	79	66,7%	
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale s		474	43	2	5	5		55	5	89,6%	277	588	76	61	87	2	226	21	79,3%	741	437	264	272	188	11	199	18	89,6%	
ECOGRAFIA OSTETRICA		145	2	7	1	1		11	1	92,9%	87	7	28	15	8		23	2	84,1%	2564	148	44	236	223		223	20	93,1%	
ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO. Visita oculistica,		294	33	13	9	7		62	6	82,6%	116	255	57	39	59	1	99	9	81,2%	775	722	280	130	357	16	373	34	83,6%	
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rile		339	28	3	15	4		50	5	87,1%	293	166	27	75	14	2	118	11	79,5%	927	196	233	525	71	1	72	7	96,3%	
ECOCOLORDOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Aripo		130	2	5		2		9	1	93,5%	172	48	107	7	39	1	47	4	87,4%	695	305	146	118	767	55	822	75	60,6%	
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO. Dispositivi analogic		266	17	19	9	2		47	4	85,0%	121	31	178	28	50		78	7	80,9%	534	120	183	406	347		347	32	78,2%	
ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O		286	15	3	1	1		20	2	93,5%	127	11	72	7	11		18	2	92,1%	1265	181	93	55	132	3	135	12	92,2%	
ESAME AUDIOMETRICO TONALE		72	8	3	2			13	1	84,7%	88	96	51	17	2		19	2	92,5%	752	650	269	183	32		32	3	98,3%	
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplo		139	23	5	1	10		39	4	78,1%	55	81	50	17	40		107	10	56,0%	603	427	324	57	225		225	20	86,2%	
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA		312	18	3	1	1		23	2	93,1%	137	139	13	14	10		37	3	88,2%	697	334	101	161	89	2	91	8	93,4%	
ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato		74	7	7		1		15	1	83,1%	51	23	99	5	14		19	2	90,1%	850	132	87	83	437	5	442	40	72,3%	
SPIROMETRIA SEMPLICE		57		1				1	0	98,3%	85	1	27	1	8		9	1	92,6%	1358	10	1	14	92	8	100	9	93,3%	
PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prel		162	5	1	2	1		9	1	94,7%	73	31	9	16	20		45	4	69,8%	579	237	57	384	69		69	6	94,8%	
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: Co		97	9	3	1	1		14	1	87,4%	96	14	33	14	22		36	3	79,9%	599	197	150	53	297	20	317	29	75,9%	
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE.		189	5	8	3	1		17	2	91,7%	70	13	141	11	25		36	3	86,2%	366	203	266	93	137	15	152	14	85,9%	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE. TC del		67	5	2				7	1	90,5%	25	13	8	3	7		10	1	82,1%	777	143	86	104	213	2	215	20	83,8%	
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E D		82	22	3	2			27	2	75,2%	73	16	20	9	10		19	2	85,2%	556	217	59	78	229	1	230	21	79,8%	
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFE		79	2	4		1		7	1	91,9%	51	10	17	4	3		7	1	91,8%	499	112	72	72	227	2	229	21	76,7%	
PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del pian		103	2	1				3	0	97,2%	71						0	0	100,0%	818	91	29	5	1		1	0	99,9%	
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell'		61	2	5	1	1		9	1	87,1%	71	4	13	6	8		14	1	86,3%	518	101	70	75	140	1	141	13	84,4%	
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA IN		58	6	4	3			13	1	81,7%	65	10	14	9	11		20	2	81,7%	396	84	50	42	61	4	65	6	89,8%	
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE		155	30	1	2	4		37	3	80,7%	44	82	8	3	8		19	2	86,9%	260	120	22	2	18		18	2	95,7%	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO. TC del cr		120	12		2			14	1	89,6%	70	15	14	4	3		7	1	93,4%	278	78	18	8	25		25	2	93,9%	
VISITA GINECOLOGICA		9	2	1				3	0	75,0%	3	3	2	1	2		5	0	54,5%	415	79	20	22	24		24	2	95,7%	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO. SENZA E C		40	4					4	0	90,9%	24	6	2				0	0	100,0%	265	76	24	27	29		29	3	93,1%	
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INF		13	2					2	0	86,7%	2						0	0	100,0%	237	144	27	7	22	2	24	2	94,5%	
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE		73				1		1	0	98,6%	84	85	3	1	4		8	1	95,5%	99	48	6	6	2		2	0	98,8%	
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE		41	4	1	2	1		8	1	83,7%	28	5	22	4	10		14	1	79,7%	241	16	3	7	18		18	2	93,7%	

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

segue

DESC_DM_corto	1) B									2) D									3) P								
	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi
ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Ureteri	43	2	5	1			8	1	84,3%	30	4	23		2		2	0	96,6%	142	29	13	27	32	1	33	3	86,5%
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIOR	47	3	2		1		6	1	88,7%	18	5	23	3	8		11	1	80,7%	159	17	6	1	13		13	1	93,4%
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE. (2 proiezioni)	6		1				1	0	85,7%	4	1				2	2	0	71,4%	102	6	4	4	99	61	160	15	42,0%
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	12	1	1				2	0	85,7%	14	3	10		2		2	0	93,1%	181	26	3	5	3		3	0	98,6%
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRA	48	6					6	1	88,9%	42	5	8	1	1		2	0	96,5%	92	17	19	11	8		8	1	94,6%
POLIPLECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO. P	11	3	1		1		5	0	68,8%	11	3	1				0	0	100,0%	113	23	15	2	13	5	18	2	89,5%
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO.	19	1					1	0	95,0%	11						0	0	100,0%	44	9	16	3	4		4	0	94,7%
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE.	14	2		1			3	0	82,4%	11	2	2	1	1		2	0	88,2%	38	11	9	5	2		2	0	96,9%
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscop	4						0	0	100,0%	3						0	0	100,0%	79		1	1	3		3	0	96,4%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO	2						0	0	100,0%							0	0		63	18	2	1	2	2	2	0	97,7%
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biop	6	1					1	0	85,7%	15	1	4	3			3	0	87,0%	35		1	10	9	1	10	1	82,1%
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitati	29	3					3	0	90,6%	6		1				0	0	100,0%	23	4	1	3	4		4	0	88,6%
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Monolaterale	10		1				1	0	90,9%	2						0	0	100,0%	28	2	5	2	7	2	9	1	80,4%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO. TC di:	9	2	2				4	0	69,2%	5		3	1			1	0	88,9%	29	1	1	4			0	0	100,0%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERI	13	4	1				5	0	72,2%	3	1					0	0	100,0%	22	1		1			0	0	100,0%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERI	8	3	1				4	0	66,7%	3						0	0	100,0%	14	1		1			0	0	100,0%
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4							0	0								0	0		24	1					0	0	100,0%
EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG	5			1			1	0	83,3%	3	1	1	2	2		4	0	55,6%	4				3		3	0	57,1%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, S					1		1	0	0,0%	1						0	0	100,0%	14	1	2	2			0	0	100,0%
RM DELLA COLONNA IN TOTO. Non associabile a RM DEL	1						0	0	100,0%	2						0	0	100,0%	4	1					0	0	100,0%
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO S							0	0		1						0	0	100,0%	2	1		1			0	0	100,0%
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE							0	0								0	0		3			1			0	0	100,0%
RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC. Non asso							0	0		1						0	0	100,0%		1					0	0	100,0%
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analsi	1						0	0	100,0%							0	0								0	0	

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

ex AO MARCHE NORD: Prestazioni erogate nei tempi previsti dal Piano PNGLA e oltre il cut-off indicato - anno di rilevazione 2022																												
DESC_DM_corto		1) B							2) D							3) P												
		1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi
PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Incluso, in bas	3000	57	2	6	6		71	6	97,7%	1009	1092	37	43	34		114	10	94,9%	2296	574	116	81	37		37	3	98,8%	
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89_52)	2089	51	1		2		54	5	97,5%	409	535	29	8	11		48	4	95,2%	2529	1492	638	174	35		35	3	99,3%	
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplo	1734	14	1	1	1		17	2	99,0%	878	552	23	10	5		38	3	97,4%	2871	849	54	15	43		43	4	98,9%	
PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podosc	3054	46		3	2		51	5	98,4%	742	757	23	13	22		58	5	96,3%	593	62	22	23	26		26	2	96,4%	
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA Incluso:	2620	82	4		2		88	8	96,8%	443	870	46	4	10		60	5	95,6%	249	50	34	99	14	1	15	1	96,6%	
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	831	37	19		1		57	5	93,6%	239	92	266	11	3		14	1	97,7%	946	330	272	700	459	1	460	42	83,0%	
VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	1982	99	6		1		106	10	94,9%	222	634	17	4	7		28	3	96,8%	629	304	76	8	7		7	1	99,3%	
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo o dopo pr	336	15	2	1			18	2	94,9%	222	78	79	9	10		19	2	95,2%	1777	294	162	267	587	132	719	65	77,7%	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLE	980	15	11	1	1		28	3	97,2%	92	54	193	24	1		25	2	93,1%	497	287	726	656	237		237	22	90,1%	
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Bilaterale	451	1	2	2	2		7	1	98,5%	158	35	241	10	12	11	33	3	92,9%	886	226	207	238	767	504	1271	116	55,1%	
ECOGRAFIA OSTETRICA	40	16	12	9	2		39	4	50,6%	60	67	68	82	20		102	9	65,7%	1377	172	242	835	450		450	41	85,4%	
ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO. Visita oculistica,	1054	40	1	2	4		47	4	95,7%	500	664	29	20	33		53	5	95,7%	547	373	26	34	72		72	7	93,2%	
MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)	227	2	1	1	2		6	1	97,4%	105	28	182	5	14	11	30	3	91,3%	742	191	192	205	679	505	1184	108	52,9%	
PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prel	684	16			1		17	2	97,6%	222	237	13	4			17	2	96,4%	905	906	88	3	5		5	0	99,7%	
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: Co	1167	14	4		1		19	2	98,4%	465	40	163	12	7	1	20	2	97,1%	770	40	42	43	93	13	106	10	89,4%	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E	535	9	3		1		13	1	97,6%	35	23	37	13	2		15	1	86,4%	297	210	585	630	224		224	20	88,5%	
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	1026	19	1				20	2	98,1%	471	183	2	5	10		17	2	97,5%	402	174	154	24	16		16	1	97,9%	
ESAME AUDIOMETRICO TONALE	464	7	2				9	1	98,1%	437	261	34	3			3	0	99,6%	941	202	49	8	5		5	0	99,6%	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE. TC del	410	6	8		1		15	1	96,5%	63	31	182	5	4		9	1	96,8%	324	232	268	320	139	1	140	13	89,1%	
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rile	582	30		2			32	3	94,8%	199	124	19	6			25	2	92,8%	542	288	100	7	2		2	0	99,8%	
ECOCOLORDOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. A ripo	440	5	4				9	1	98,0%	341	109	84	7	9	1	17	2	96,9%	437	170	99	31	65		65	6	91,9%	
ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O	705	14	1				15	1	97,9%	260	59	51	4	5		9	1	97,6%	516	85	26	18	30		30	3	95,6%	
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecogr	354	13	1				15	1	95,9%	226	28	98	6	11		17	2	95,4%	498	124	100	138	145	9	154	14	84,8%	
SPIROMETRIA GLOBALE	338	8	1	1			10	1	97,1%	275	61	161	6			6	1	98,8%	564	116	84	63	7		7	1	99,2%	
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale s	586	26	1	1	1		29	3	95,3%	295	259	26	14	15		55	5	91,0%	203	87	52	9	12		12	1	96,7%	
PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del pian	349	5					5	0	98,6%	151	25	3				3	0	98,3%	946	66	8				0	0	100,0%	
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E D	436	9	4	1			14	1	96,9%	191	40	68	3	1		4	0	98,7%	270	124	130	93	94	1	95	9	86,7%	
POLIPLECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO. P	536	1					1	0	99,8%	291	1	5	1			1	0	99,7%	592	14	3	1	5	3	8	1	98,7%	
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO. Dispositivi analogic	478	6	3	2			11	1	97,8%	102	33	154	12	3		15	1	95,1%	289	58	74	67	58		58	5	89,4%	
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFE	285	15	3				18	2	94,1%	49	42	66	3	4		7	1	95,7%	256	100	75	127	78		78	7	87,7%	
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE	293	4	4				8	1	97,3%	226	13	89	5			5	0	98,5%	376	37	17	15			0	0	100,0%	
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biop	339	5	1		1		7	1	98,0%	162	18	22	1	2		3	0	98,5%	323	15	7	6	10	2	12	1	96,7%	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E C	180	13	5				18	2	90,9%	18	16	30	1			1	0	98,5%	137	70	167	145	24		24	2	95,6%	
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIOR	116	1	1				2	0	98,3%	119	6	49	2			2	0	98,9%	384	39	26	22			0	0	100,0%	
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	266	13	3				16	1	94,3%	108	117	2	6	4		12	1	94,9%	153	32	9	7	17		17	2	92,2%	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO. TC del cr	301	5	3	1			9	1	97,1%	54	14	95	2			2	0	98,8%	78	31	29	10	10		10	1	93,7%	
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Monolaterale	58	2					2	0	96,7%	7		2				0	0	100,0%	381	152	10	2	8		8	1	98,6%	
ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato	112	3					3	0	97,4%	53	5	33	2	1		3	0	96,8%	316	34	18	11	9	2	11	1	97,2%	
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN	281	2	1				3	0	98,9%	124		4	1			1	0	99,2%	171	2			1	5		5	0	97,2%
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell'	239	6	2				9	1	96,4%	80	18	44	3	5		8	1	94,7%	87	12	16	17	23		23	2	85,2%	
SPIROMETRIA SEMPLICE	165	3	1				4	0	97,6%	91	30	42	1			1	0	99,4%	136	11	4	4	2		2	0	98,7%	
ELETTROCARDIOGRAMMA	120				1		1	0	99,2%	38	16	3	1			1	0	98,3%	173	17	5	9	2		2	0	99,0%	

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

segue

DESC_DM_corto	1) B									2) D									3) P								
	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INF	45	1					1	0	97,8%	9	2					0	0	100,0%	236	48	18	2	3		3	0	99,0%
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	102	2					2	0	98,1%	14	14					0	0	100,0%	73	61	17	4			0	0	100,0%
VISITA GINECOLOGICA	73	1					1	0	98,6%	12	14	1				1	0	96,3%	75	85	3		1		1	0	99,4%
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	67	2					2	0	97,1%	32	32	10				0	0	100,0%	80	7	2	8	4		4	0	96,0%
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE. (2 proiezioni)	7						0	0	100,0%	2		5				0	0	100,0%	77	48	15	14	42	3	45	4	77,4%
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE.	45	1	1	1			3	0	93,8%	18	4	32	1	5		6	1	90,0%	44	5	12	3	13		13	1	83,1%
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRA	77	1	1				2	0	97,5%	13		11				0	0	100,0%	15	1	2	3	2		2	0	91,3%
ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Ureteri	44	1					1	0	97,8%	9	1	2		1		1	0	92,3%	43	12	1	1	1		1	0	98,3%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERI	29	1					1	0	96,7%	5		12				0	0	100,0%	10	2	3	4	3		3	0	86,4%
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscop	31		1				1	0	96,9%	5						0	0	100,0%	15	5					0	0	100,0%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERI	24		2				2	0	92,3%	4		5				0	0	100,0%	9	2	3	1	1		1	0	93,8%
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE.	19		1				1	0	95,0%	4	2	8				0	0	100,0%	9	3	1	1			0	0	100,0%
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualità	17	1					1	0	94,4%	1	1	12				0	0	100,0%	6	1	3				0	0	100,0%
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO.	16	1					1	0	94,1%	4	1	4				0	0	100,0%	11	1		1	1		1	0	92,9%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, S	6						0	0	100,0%	1				1		1	0	50,0%	18	7	2	1	2		2	0	93,3%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO. TC di:	16						0	0	100,0%	1	1	2				0	0	100,0%	8	1	2	3			0	0	100,0%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO	9						0	0	100,0%	1						0	0	100,0%	16	1		2			0	0	100,0%
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4	2						0	0	100,0%	1		1				0	0	100,0%	8						0	0	100,0%
RM DELLA COLONNA IN TOTO. Non associabile a RM DEL	2						0	0	100,0%	2	1	1				0	0	100,0%	1	1	1				0	0	100,0%
RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC. Non asso	3						0	0	100,0%		1					0	0	100,0%	2	1	1				0	0	100,0%
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO S	3						0	0	100,0%							0	0	100,0%	4		1				0	0	100,0%
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Anali							0	0				1				0	0	100,0%	1						0	0	100,0%

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

ex AREA VASTA 1: Prestazioni erogate nei tempi previsti dal Piano PNGLA e oltre il cut-off indicato - anno di rilevazione 2022																											
DESC_DM_corto	1) B									2) D									3) P								
	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Bilaterale	285	26	10	5	12	11	64	6	81,7%	551	178	179	58	105	60	223	20	80,3%	3830	1180	552	773	5979	3372	9351	850	40,4%
MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)	147	12	4	5	9	11	41	4	78,2%	346	134	151	37	69	52	158	14	80,0%	2794	911	426	698	3995	2535	6530	594	42,5%
ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO. Visita oculistica,	1089	108	28	26	47		209	19	83,9%	836	733	155	224	503		727	66	70,3%	2168	319	161	290	815		815	74	78,3%
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	871	124	25	15	4		168	15	83,8%	426	252	251	71	57		128	12	87,9%	3357	712	388	285	519		519	47	90,1%
PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Incluso, in bas	1347	157	37	81	8		283	26	82,6%	770	943	239	525	83		847	77	66,9%	1458	214	148	455	79		79	7	96,6%
PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podosc	780	96	28	31	25		180	16	81,3%	550	439	147	142	172		461	42	68,2%	3364	118	63	124	104		104	9	97,2%
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA Incluso:	1143	96	24	11	38		169	15	87,1%	747	696	113	76	311		500	45	74,3%	1581	177	133	156	520		520	47	79,7%
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)	763	82	27	16	8		133	12	85,2%	668	354	144	147	106		397	36	72,0%	2240	663	178	180	205	2	207	19	94,0%
VISITA NEUROLOGICA (NEUROCHIRURGICA)	1121	133	74	86	14		307	28	78,5%	659	619	195	281	65		541	49	70,3%	846	114	177	218	57		57	5	96,0%
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	830	38	5	9	4		56	5	93,7%	837	637	64	187	105		356	32	80,5%	1029	233	63	287	109		109	10	93,7%
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. A ripo	171	16	6	3	1		26	2	86,8%	509	77	108	52	46	3	101	9	87,3%	2446	227	137	117	482	6	488	44	85,7%
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo e dopo pr	218	26	17	7	3		53	5	80,4%	280	72	156	64	75	1	140	13	78,4%	1931	362	115	162	439	9	448	41	85,2%
ELETTROCARDIOGRAMMA	281	26	33	8	2		69	6	80,3%	177	105	196	29	10		39	4	92,5%	1872	195	286	97	80	1	81	7	96,8%
PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prel	441	31	4	12	11		58	5	88,4%	422	214	64	96	148		308	28	67,4%	964	313	251	189	209		209	19	89,1%
ESAME AUDIOMETRICO TONALE	148	18	11	10	4		43	4	77,5%	186	208	149	115	20		135	12	80,1%	1226	219	159	296	178		178	16	91,4%
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecogr	155	34	21	7	2		64	6	70,8%	219	114	102	57	39		96	9	81,9%	974	241	97	118	211		211	19	87,1%
ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O	179	30	14	11			55	5	76,5%	206	52	44	24	4		28	3	91,5%	1533	87	59	50	22		22	2	98,7%
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplo	339	25	6	3	2		36	3	90,4%	283	244	46	118	55		219	20	70,6%	316	105	46	128	77		77	7	88,5%
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: Co	249	25	6				31	3	88,9%	397	116	27	11	1		12	1	97,8%	617	194	59	22	6		6	1	99,3%
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE	24	4	5	1			10	1	70,6%	87	22	22	6			6	1	95,6%	1398	26	43	12	1		1	0	99,9%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLE	346	89	8	4	2		103	9	77,1%	123	103	48	14	8		22	2	92,6%	258	197	100	105	102		102	9	86,6%
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell'	307	11	2	1	1		15	1	95,3%	434	76	16	4	2		6	1	98,9%	456	81	23	16	3		3	0	99,5%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E D	397	56	7	2	3		68	6	85,4%	214	86	21	22	24		46	4	87,5%	292	105	27	28	70		70	6	86,6%
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO. Dispositivi analogic	324	8	7	10	3		28	3	92,0%	112	28	110	40	5		45	4	84,7%	380	38	91	106	23		23	2	96,4%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE. TC del	268	40	5	2	1		48	4	84,8%	148	93	36	10	8		18	2	93,9%	273	146	63	71	89		89	8	86,1%
ECOGRAFIA OSTETRICA	21	10	11	4			25	2	45,7%	12	27	19	15	5		20	2	74,4%	410	267	105	251	55		55	5	94,9%
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rile	277	29	13	9	16		67	6	80,5%	146	53	31	50	66		147	13	57,5%	278	34	16	34	48		48	4	88,3%
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIOR	17		2				2	0	89,5%	52	7	5	3			3	0	95,5%	843	22	19	2			0	0	100,0%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO. TC del cr	219	31	4				35	3	86,2%	130	79	29	10	4		14	1	94,4%	162	103	17	13	7		7	1	97,7%
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	125	22	2				24	2	83,9%	167	161	8				8	1	97,6%	139	136	39				0	0	100,0%
ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato	86	14	4		1		19	2	81,9%	48	39	38	10	5		15	1	89,3%	311	61	39	38	47		47	4	90,5%
VISITA GINECOLOGICA	76	13		1	5		19	2	80,0%	62	36	11	12	18		41	4	70,5%	273	26	29	48	65		65	6	85,3%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E	98	16	6	1			23	2	81,0%	23	22	14	3	2		5	0	92,2%	133	107	71	86	78		78	7	83,6%
SPIROMETRIA SEMPLICE	38	8	7	4	5		24	2	61,3%	33	13	80	27	35		62	6	67,0%	103	17	29	56	90		90	8	69,5%
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	12	1		1			2	0	85,7%	38	10	35	4	25		29	3	74,1%	75	14	22	54	90		90	8	64,7%
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale s	92	2			1		3	0	96,8%	50	53	11	12	10		33	3	75,7%	83	18	6	9	15		15	1	88,5%
ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Ureteri	50	6	2		1		9	1	84,7%	20	25	19	2	5		7	1	90,1%	142	15	7	9	6		6	1	96,6%
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INF	11		1				1	0	91,7%	3	2		1	1		2	0	71,4%	170	97	4	4	8		8	1	97,2%
SPIROMETRIA GLOBALE	7	1			2		3	0	70,0%	25	6	1	8	24		32	3	50,0%	65	22		20	45		45	4	70,4%
PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del pian	66	2			2		2	0	97,1%	40	5					0	0	100,0%	100	6	2				0	0	100,0%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E C	48	15	4				19	2	71,6%	15	17	13	3			3	0	93,8%	39	21	5	7	4		4	0	94,7%
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	13						0	0	100,0%	8	2	2				2	0	83,3%	141	2	1	2			0	0	100,0%

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

segue

DESC_DM_corto	1) B									2) D									3) P									
	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO	36	4					4	0	90,0%	20	5	2				0	0	100,0%	50	32			2			2	0	97,6%
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitati	5				3		3	0	62,5%	1	1		1			1	0	66,7%	50	27	7	19	20		20	2	83,7%	
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE.	3		1		1		2	0	60,0%	19	1	1	4	6		10	1	67,7%	24	4	2	7	24	1	25	2	59,7%	
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRA	23	7		1			8	1	74,2%	17	11	4	1	2		3	0	91,4%	14	6	4	3	1		1	0	96,4%	
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE. (2 proiezioni)	1						0	0	100,0%	3			1			1	0	75,0%	13	4	5	7	15	4	19	2	60,4%	
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscop	1	1					1	0	50,0%	1						0	0	100,0%	28	5					0	0	100,0%	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO. TC di:	13						0	0	100,0%	2	2		1	1		2	0	66,7%	12	3	1		1		1	0	94,1%	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERI	4	2					2	0	66,7%	3	4					0	0	100,0%	3	5	1	5	1		1	0	93,3%	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERI	4	2	1				3	0	57,1%	4	2					0	0	100,0%	3	4		2			0	0	100,0%	
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4							0	0	#DIV/0!	1						0	0	100,0%	16			1			0	0	100,0%	
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Monolaterale	3						0	0	100,0%	1						0	0	100,0%	4			1			0	0	100,0%	
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analsi							0	0	#DIV/0!							0	0	#DIV/0!	5						0	0	100,0%	
ESOFAGOGASTRODODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biop							0	0	#DIV/0!	2						0	0	100,0%	3						0	0	100,0%	
POLIPLECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO. P							0	0	#DIV/0!							0	0	#DIV/0!	3	1					0	0	100,0%	
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, S							0	0	#DIV/0!							0	0	#DIV/0!	1						0	0	100,0%	

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)



ex AREA VASTA 2: Prestazioni erogate nei tempi previsti dal Piano PNGLA e oltre il cut-off indicato - anno di rilevazione 2022																													
DESC_DM_corto	1) B									2) D									3) P										
	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei Tempi	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei Tempi	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei Tempi		
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: Co	366	30	17	9		3	59	5	86,1%	186	26	130	61	37	16	114	10	75,0%	1892	401	309	200	267	248	515	47	84,5%		
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecogr	601	40	9	3	7		59	5	91,1%	538	205	305	67	90		157	14	87,0%	3498	348	179	271	729	7	736	67	85,4%		
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. A ripo	191	2	7		2		11	1	94,6%	269	65	236	36	76	1	113	10	83,5%	7320	369	169	156	725	38	763	69	91,3%		
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INF	38	3	1				4	0	90,5%	9	4	15	3			3	0	90,3%	1281	96	80	48	30	15	45	4	97,1%		
ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O	193	13	5	4	5		27	2	87,7%	176	69	75	34	21		55	5	85,3%	2298	118	47	55	95	10	105	10	96,0%		
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo o dopo pr	182	15	5	2	9		31	3	85,4%	166	69	142	38	64	3	105	10	78,2%	4319	1206	433	351	433	25	458	42	93,2%		
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	1839	110	73	21	13		217	20	89,4%	933	414	956	256	118		374	34	86,0%	7617	885	814	980	1479	17	1496	136	87,3%		
ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Ureteri	118	9	6		1		16	1	88,1%	50	23	58	15	11		26	2	83,4%	502	52	53	54	67		67	6	90,8%		
ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato	263	15	17	9	2		43	4	85,9%	163	66	166	51	33		84	8	82,5%	1320	194	185	222	215		215	20	89,9%		
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Bilaterale	321	7	12	3	5	12	39	4	89,2%	193	76	246	28	71	102	201	18	71,9%	4875	1133	815	784	2193	6644	8837	803	46,3%		
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Monolaterale	16	1	1				2	0	88,9%	3	1	3				0	0		34	7	4	9	58	5	63	6	46,2%		
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	7				1		1	0	87,5%	3	1	1				0	0		1218	62	5	4	7		7	1	99,5%		
ECOGRAFIA OSTETRICA	37	8	8	8	1		25	2	59,7%	48	19	35	44	20		64	6	61,4%	2095	178	295	792	496		496	45	87,1%		
ELETTROCARDIOGRAMMA	391	31	9	1	3		44	4	89,9%	162	160	140	10	9		19	2	96,0%	5948	1135	696	367	220	1	221	20	97,4%		
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO. Dispositivi analogic	242	14	16	9	13		52	5	82,3%	140	43	111	34	64		98	9	75,0%	1094	114	66	76	183	1	184	17	88,0%		
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4							0	0								0	0		1	1					0	0	100,0%		
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIOR	7	4	3				7	1	50,0%	19	4	12	5	17		22	2	61,4%	272	16	5	4	34		34	3	89,7%		
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE	14	8	2	1	2		13	1	51,9%	19	11	17	6	32		38	3	55,3%	467	22	8	6	56		56	5	90,0%		
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitati	34	4	7	2			13	1	72,3%	9	12	13	4	4		8	1	81,0%	559	369	30	39	55		55	5	94,8%		
ESAME AUDIOMETRICO TONALE	174	18	4	4	3		29	3	85,7%	290	89	74	22	22		44	4	91,1%	3008	268	129	128	99		99	9	97,3%		
ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO. Visita oculistica,	2084	133	13	14	36		196	18	91,4%	1332	1782	173	219	430		649	59	83,5%	4540	1138	590	1715	2809	4	2813	256	73,9%		
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN							0	0		2	1					0	0		237	57	6	4			0	0	100,0%		
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biop	11						0	0	100,0%	10		3	1			1	0	92,9%	185	19	1	1	2		2	0	99,0%		
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell'	315	21	18	7	17		63	6	83,3%	195	37	144	64	98	1	163	15	69,8%	838	134	113	128	296	5	301	27	80,1%		
MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)	266	3	19	1	3	11	37	3	87,8%	111	60	275	24	66	97	187	17	70,5%	2901	1012	727	757	2100	6548	8648	786	38,4%		
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE. (2 proiezioni)	8				1		1	0	88,9%	9	1	5	1	1		2	0	88,2%	63	32	31	43	106	87	193	18	46,7%		
POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO. P	2						0	0	100,0%	2				1		1	0	66,7%	304	4	6	1	2		2	0	99,4%		
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)	887	117	15	15	25		172	16	83,8%	511	815	126	127	220	1	474	43	73,7%	4596	761	343	384	860	11	871	79	87,5%		
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	29	2	1	1			4	0	87,9%	23	2	2	3	5		10	1	71,4%	61	63	26	48	15		15	1	93,0%		
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA Incluso:	1612	171	22	25	36		254	23	86,4%	955	963	180	176	368		724	66	72,6%	1960	729	569	586	1969	37	2006	182	65,7%		
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	314	41	35	39			115	10	73,2%	904	707	357	370	33		760	69	67,9%	1921	638	693	790	78		78	7	98,1%		
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale s	135	16	3	3			22	2	86,0%	224	206	35	46	26		107	10	80,1%	316	166	68	67	56		56	5	91,7%		
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	85	9	2	1	3		15	1	85,0%	43	28	12	20	11		43	4	62,3%	148	114	22	24	21		21	2	93,6%		
PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prel	603	49	21	13	12		95	9	86,4%	594	382	142	101	82		325	30	75,0%	2585	542	378	250	295	3	298	27	92,6%		
PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del pian	188	24	2				26	2	87,9%	92	30	7	6	1		14	1	89,7%	322	78	27	9	1		1	0	99,8%		
PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podosc	1132	245	22	20	57		344	31	76,7%	568	900	94	113	380		587	53	71,4%	1803	583	82	147	510		510	46	83,7%		
PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Incluso, in bas	2075	202	90	86	12		390	35	84,2%	998	1204	435	405	78		918	83	70,6%	2340	656	692	723	245		245	22	94,7%		
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rile	454	58	24	21	17		120	11	79,1%	193	150	105	115	114		334	30	50,7%	613	165	256	186	187		187	17	86,7%		
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplo	221	50	9	15	7		81	7	73,2%	155	203	57	61	47		165	15	68,5%	2003	164	145	157	119		119	11	95,4%		
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E D	124	46	18	1	6		71	6	63,6%	67	62	86	38	42		80	7	72,9%	1290	303	85	45	216	2	218	20	88,8%		
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFE	83	41	3	3	2		49	4	62,9%	84	45	23	2	2		4	0	97,4%	1171	202	53	35	69		69	6	95,5%		
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, S	5	1	1				2	0	71,4%	1	1					0	0	100,0%	12	12	4		3		3	0	90,3%		

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

segue

DESC_DM_corto	1) B									2) D									3) P										
	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi		
RM DELLA COLONNA IN TOTO. Non associabile a RM DEL							0	0								0	0		3								0	0	100,0%
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscop	3						0	0	100,0%	6						0	0	100,0%	52	6	4	1	3	1	4	0	94,0%		
SPIROMETRIA GLOBALE	185	19	8	6	7		40	4	82,2%	117	40	59	62	57		119	11	64,5%	944	97	154	179	165	2	167	15	89,2%		
SPIROMETRIA SEMPLICE	124	13	7	9	3		32	3	79,5%	109	57	79	64	46		110	10	69,0%	878	89	128	165	225	8	233	21	84,4%		
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE	1	1					1	0	50,0%							0	0		11							0	100,0%		
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE.	5	1			1		2	0	71,4%	2				1		1	0	66,7%	57	10	2		2		2	0	97,2%		
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRA	50	6	1		2		9	1	84,7%	21	1	5		4		4	0	87,1%	275	29	4	1	9			0	97,2%		
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO S							0	0								0	0		3	1						0	100,0%		
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO.	7	1					1	0	87,5%	5						0	0	100,0%	35	6	4		2			2	95,7%		
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE.	38	3	3		1		7	1	84,4%	30	17	23	6	8		14	1	83,3%	448	140	64	33	47	1	48	4	93,5%		
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO. TC di:	12	3	1		1		5	0	70,6%	1		1	1			1	0	66,7%	81	11	3		3			3	96,9%		
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO. SENZA E C	82	16	1				17	2	82,8%	13	6	18	1	2		3	0	92,5%	308	70	30	33	45	3	48	4	90,2%		
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO. TC del cr	193	12	4	1	9		26	2	88,1%	62	27	44	1	10		11	1	92,4%	1239	95	24	3	36			36	97,4%		
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO	20						0	0	100,0%	5		1				0	0	100,0%	50	4	3	1	1			1	98,3%		
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE. SENZA E	191	48	7				55	5	77,6%	30	31	37	7	5	1	13	1	88,3%	1515	295	194	383	807	6	813	74	74,6%		
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE. TC del	144	34	8	4	2		48	4	75,0%	54	32	50	6	9		15	1	90,1%	1007	154	113	170	245	1	246	22	85,4%		
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLE	342	71	6	2	4		83	8	80,5%	77	53	82	15	10	1	26	2	89,1%	2085	463	238	397	829	9	838	76	79,2%		
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERI	14	3					3	0	82,4%	4		1		1		1	0	83,3%	41	1		1	2			2	95,6%		
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERI	15	6					6	1	71,4%	3	2	6		2		2	0	84,6%	57	5		1	8			8	88,7%		
VISITA GINECOLOGICA	183	8	3	2	4		17	2	91,5%	51	44	7	5	7		19	2	83,3%	3985	277	199	82	123	36	159	14	96,6%		
VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	543	85	25	31	30		171	16	76,1%	359	342	72	112	105		289	26	70,8%	1208	747	360	302	309		309	28	89,4%		

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

AREA VASTA 3: Prestazioni erogate nei tempi previsti dal Piano PNGLA e oltre il cut-off indicato - anno di rilevazione 2022																												
DESC_DM_corto		1) B							2) D							3) P												
		1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi
ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO. Visita oculistica,		2269	98	16	19	18		151	14	93,8%	2024	2026	106	218	227	1	446	41	90,3%	2758	566	346	985	997	12	1009	92	82,2%
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO		2386	62	34	3	9		108	10	95,7%	788	245	891	50	80		130	12	93,7%	2388	1083	1106	926	1422	12	1434	130	79,3%
PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Incluso, in bas		3150	305	294	48	2		649	59	82,9%	1643	1760	943	236	12		1191	108	74,1%	1385	452	759	210	19		19	2	99,3%
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)		1532	100	15	11	10		136	12	91,8%	930	829	104	101	82		287	26	86,0%	4353	1426	559	716	274		274	25	96,3%
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA Incluso:		2286	247	28	25	17		317	29	87,8%	1757	1490	144	193	167		504	46	86,6%	2217	395	138	335	437	6	443	40	87,4%
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Bilaterale		783	14	6	2	4	2	28	3	96,5%	704	60	409	11	59	35	105	10	91,8%	2760	790	612	447	1636	1366	3002	273	60,6%
MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)		502	7	3		5	2	17	2	96,7%	845	68	260	8	49	38	95	9	92,5%	3103	804	466	271	1443	1613	3056	278	60,3%
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo o dopo pr		681	15	17	1	5		38	3	94,7%	584	127	373	78	35		113	10	90,6%	4085	1180	672	924	471	8	479	44	93,5%
ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O		1080	140	33	5	4		182	17	85,6%	1028	304	341	28	36		64	6	96,3%	1971	1012	488	686	296	10	306	28	93,1%
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. A ripro		759	70	18		2		90	8	89,4%	888	283	470	48	28	1	77	7	95,5%	1687	675	516	671	415	19	434	39	89,1%
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecogr		547	22	8	4	5		39	4	93,3%	623	113	406	18	68		86	8	93,0%	2360	577	596	440	683		683	62	85,3%
ELETTRICODIAGRAMMA		705	60	25	1	2		88	8	88,9%	268	301	164	7	5		12	1	98,4%	3585	519	298	423	105		105	10	97,9%
ECOGRAFIA OSTETRICA		281	21	16	3			40	4	87,5%	198	74	38	24	8		32	3	90,6%	3401	211	167	305	147		147	13	96,5%
PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podosc		1645	270	29	21	18		338	31	83,0%	541	1313	70	97	68		235	21	88,8%	362	206	49	107	85		85	8	89,5%
ESAME AUDIOMETRICO TONALE		445	49	33	14	1		97	9	82,1%	800	362	338	81	3		84	8	94,7%	1795	399	273	135	12		12	1	99,5%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLE		993	69	19	8	2		98	9	91,0%	517	54	121	48	30		78	7	89,9%	1293	266	177	153	911	2	913	83	67,4%
PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prel		855	65	18	6	2		91	8	90,4%	581	570	74	77	33		184	17	86,2%	1169	156	76	112	46		46	4	97,0%
SPIROMETRIA GLOBALE		187	10	10	7	6		33	3	85,0%	170	63	108	54	36		90	8	79,1%	2466	157	130	160	78		78	7	97,4%
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplo		738	121	12	21	21		175	16	80,8%	400	655	79	180	94		353	32	74,9%	486	271	101	218	165		165	15	86,7%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E		477	57	13	5	1		76	7	86,3%	193	36	87	44	22		66	6	82,7%	916	231	168	189	923	2	925	84	61,9%
VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]		931	103	21	14	4		142	13	86,8%	537	439	59	42	34		135	12	87,8%	678	224	120	48	43		43	4	96,1%
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: Co		348	54	10	4	5		73	7	82,7%	310	102	202	43	51	3	97	9	86,4%	797	170	259	155	171	45	216	20	86,5%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E D		365	71	13	9	14		107	10	77,3%	169	54	113	116	130	1	247	22	57,6%	469	349	195	182	419	6	425	39	73,8%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE. TC del		613	30	9	3	4		46	4	93,0%	496	34	90	30	22		52	5	92,3%	766	145	95	76	242	2	244	22	81,6%
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell'		352	19	10	2	3		34	3	91,2%	248	129	89	18	32		50	5	90,3%	617	366	190	154	138	7	145	13	90,1%
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE		297	52	6	4	3		65	6	82,0%	307	457	36	53	21		110	10	87,4%	473	182	68	119	66	2	68	6	92,5%
ELETTRICODIAGRAMMA DINAMICO. Dispositivi analogic		260	13	15	8	10		46	4	85,0%	352	28	63	51	46		97	9	82,0%	700	113	60	111	110		110	10	89,9%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO. TC del cr		611	12	5	1	1		19	2	97,0%	423	28	49	11	4		15	1	97,1%	529	65	28	20	21		21	2	96,8%
VISITA GINECOLOGICA		90	5	4	2			11	1	89,1%	41	47	1	5	2		8	1	91,7%	1398	43	15	17	4		4	0	99,7%
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN		148	4	3				7	1	95,5%	381	5	15	1	1		2	0	99,5%	932	14	11	3	8		8	1	99,2%
SPIROMETRIA SEMPLICE		71	3	3	2			8	1	89,9%	78	14	44	31	8		39	4	77,7%	984	24	24	64	32		32	3	97,2%
ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato		275	12	2	1	1		16	1	94,5%	67	32	100	13	9		22	2	90,0%	247	127	104	138	114		114	10	84,4%
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rife		310	38	12	7	2		59	5	84,0%	130	52	22	13	13		48	4	79,1%	176	53	86	30	9		9	1	97,5%
POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO. P		50	1					1	0	98,0%	156	2	4	1			1	0	99,4%	652	2	3	3		1	1	0	99,8%
PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del pian		232	38					38	3	85,9%	86	72	3	4			7	1	95,8%	348	59	11	10			0	0	100,0%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E C		172	16	7	3			26	2	86,9%	49	10	20	7	1		8	1	90,8%	299	38	41	27	93		93	8	81,3%
ELETTRICODIAGRAMMA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE		106	8	9	3	2		22	2	82,8%	204	11	26	17	4		21	2	92,0%	318	6	5	13	3		3	0	99,1%
ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Ureteri		204	6	3				9	1	95,8%	54	19	40	14	3		17	2	86,9%	175	46	57	37	26		26	2	92,4%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFE		101	19	5	3	4		31	3	76,5%	58	17	20	12	29		41	4	69,9%	140	81	33	38	98		98	9	74,9%
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA		81	13	2	1	1		17	2	82,7%	86	78	15	7	16		38	3	81,2%	175	66	40	23	19		19	2	94,1%
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale s		128	12	1				13	1	90,8%	108	115	19	2	15		36	3	86,1%	113	18	12	10	38	2	40	4	79,3%
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRA		231	2	1	2			5	0	97,9%	154	1	15				0	0	100,0%	136	7	8	3	6		6	1	96,3%

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

DESC_DM_corto	1) B									2) D									3) P								
	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIOR	82	1		2			3	0	96,5%	114		1	2	1		3	0	97,5%	262	3	8		1		1	0	99,6%
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INF	25		1				1	0	96,2%	4	1	6		1		1	0	91,7%	323	70	14	8	2		2	0	99,5%
ESOFAGOGASTRODODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biop	34		1		1		2	0	94,4%	69		5		4		4	0	94,9%	308	5	1	2	3	1	4	0	98,8%
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE.	17	1					1	0	94,4%	36	3	12	2			2	0	96,2%	232	22	10	8	7		7	1	97,5%
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	16		1				1	0	94,1%	7	6	3	1	1		2	0	88,9%	148	11	3	1	1		1	0	99,4%
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERI	39	1					1	0	97,5%	28	3	5	2	1		3	0	92,3%	46	29	7	5	5		5	0	94,6%
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE. (2 proiezioni)	16			1			1	0	94,1%	4	3	6			1	1	0	92,9%	43	6	11	5	52	21	73	7	47,1%
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERI	34	1					1	0	97,1%	22	2	4	1	1		2	0	93,3%	43	21	3	2	14		14	1	83,1%
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE.	41	1	1				2	0	95,3%	28	1	3	3			3	0	91,4%	42	3	3	2	3		3	0	94,3%
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscop	10	2		2			4	0	71,4%	3		3	4	4		8	1	42,9%	45	7	2		12		12	1	81,8%
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO. TC di:	37	2	1				3	0	92,5%	12	1	2	1			1	0	93,8%	25	1	1	2	3		3	0	90,6%
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Monolaterale	12	1					1	0	92,3%	4		3				0	0	100,0%	41	12	1		1	4	5	0	91,5%
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO.	32	2					2	0	94,1%	10	1	1				0	0	100,0%	27	1	1	1	1		1	0	96,8%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, S	13	4					4	0	76,5%	2		1				0	0	100,0%	10	10	14	2	6		6	1	85,7%
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO	6						0	0	100,0%	3	2	2				0	0	100,0%	25	6			1		1	0	96,9%
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitati	2	1					1	0	66,7%			1				0	0	100,0%	11	8	2	1	1		1	0	95,7%
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4	1		1				1	0	50,0%							0	0		10		1				0	0	100,0%
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Anali							0	0					1			1	0	0,0%	6		1				0	0	100,0%
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO S	3						0	0	100,0%	1		1				0	0	100,0%							0	0	
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	1						0	0	100,0%							0	0		3						0	0	100,0%
RM DELLA COLONNA IN TOTO. Non associabile a RM DEL			1				1	0	0,0%				2			2	0	0,0%							0	0	
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE	2						0	0	100,0%			1				0	0	100,0%							0	0	
RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC. Non asso	1						0	0	100,0%							0	0								0	0	

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

AREA VASTA 4: Prestazioni erogate nei tempi previsti dal Piano PNGLA e oltre il cut-off indicato - anno di rilevazione 2022																											
DESC_DM_corto	1) B								2) D								3) P										
	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi
ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO. Visita oculistica,	1078	44	3	4	7		58	5	94,9%	598	1072	96	100	157		257	23	87,3%	1043	290	194	363	649	1	650	59	74,4%
MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)	61	3	9		2		14	1	81,3%	84	18	216	9	20	18	47	4	87,1%	513	160	161	125	1259	1355	2614	238	26,8%
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	562	24	17		4		45	4	92,6%	291	78	297	46	18	1	65	6	91,1%	815	392	221	213	789	46	835	76	66,3%
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Bilaterale	87	4	5	1	2		12	1	87,9%	95	18	210	10	20	11	41	4	88,7%	407	125	153	124	1212	1230	2442	222	24,9%
PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Incluso: in bas	1058	78	24	37			139	13	88,4%	337	510	81	230	3	314	29	73,0%	223	67	73	260	8		8	1	98,7%	
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)	511	57	7	21	9		94	9	84,5%	176	427	64	130	60	254	23	70,4%	728	253	103	265	165		165	15	89,1%	
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	334	19	3	3	2		27	2	92,5%	412	507	80	71	21	172	16	84,2%	834	200	163	240	69		69	6	95,4%	
ELETTROCARDIOGRAMMA	205	50	3	4			57	5	78,2%	150	200	18	4	8	12	1	96,8%	1611	222	113	41	57		57	5	97,2%	
VISITA NEUROLOGICA (NEUROCHIRURGICA)	350	31	9	14	2		56	5	86,2%	171	190	20	53	7	80	7	81,9%	794	269	106	157	18		18	2	98,7%	
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA Incluso:	388	48	3	8	2		61	6	86,4%	282	396	50	120	115	285	26	70,4%	153	55	35	142	201		201	18	65,7%	
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecogr	182	7	5	3			15	1	92,4%	157	46	201	18	24	2	44	4	90,2%	363	148	154	89	460	75	535	49	58,5%
ECOCOLOR/DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. A ripo	105	2	4				6	1	94,6%	105	44	164	17	11	28	3	91,8%	576	308	212	63	187	2	189	17	86,0%	
ESAME AUDIOMETRICO TONALE	160	31	3	4			38	3	80,8%	239	140	59	61		61	6	87,8%	620	269	74	104	10		10	1	99,1%	
ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O	200	4	6				10	1	95,2%	101	24	123	13	11	24	2	91,2%	592	239	184	77	129		129	12	89,4%	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLE	315	27	5	1			33	3	90,5%	94	30	31	15	10	25	2	86,1%	347	131	94	107	451	11	462	42	59,5%	
PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podosc	636	79	8	13	5		105	10	85,8%	174	427	36	75	20	131	12	82,1%	43	19	25	74	21		21	2	88,5%	
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: Co	317	10	8	3			21	2	93,8%	91	39	126	23	20	43	4	85,6%	326	132	135	197	177	3	180	16	81,4%	
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo o dopo pr	115	7	4	2	1		14	1	89,1%	70	22	107	12	10	22	2	90,0%	402	289	247	161	102		102	9	91,5%	
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplo	339	23	4	5	2		34	3	90,9%	161	193	34	20	31	51	5	88,4%	212	109	57	41	106	1	107	10	79,7%	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E	187	22	1				23	2	89,0%	38	21	28	6	3	9	1	90,6%	212	137	98	92	433	11	444	40	54,8%	
ECOGRAFIA OSTETRICA	43						0	0	100,0%	39					0	0	100,0%	1177	1					0	0	100,0%	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE. TC del	176	7	1	3			11	1	94,1%	173	14	60	35	9	44	4	84,9%	305	47	62	134	196		196	18	73,7%	
VISITA GINECOLOGICA	31	2					2	0	93,9%	13	16	5	4		9	1	76,3%	1052	63	15	20	1		1	0	99,9%	
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	390	36	8	9	2		55	5	87,6%	102	301	33	58	22	113	10	78,1%	88	18	32	43	22		22	2	89,2%	
ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato	102	6	2				8	1	92,7%	52	41	68	4	5	9	1	94,7%	514	112	79	33	93	5	98	9	88,3%	
ESOFAGOGASTRODUDENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell'	180	8	12	5	2		27	2	87,0%	68	22	131	49	35	84	8	72,5%	289	74	68	75	84		84	8	85,8%	
PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prel	203	14	2	3			19	2	91,4%	157	199	22	42		64	6	84,8%	183	47	22	93	2		2	0	99,4%	
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E D	112	16	7	1	6		30	3	78,9%	56	21	38	18	25	1	44	4	72,3%	348	64	43	28	184	20	204	19	70,3%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO. TC del cr	221	12	1		1		14	1	94,0%	121	14	38	11	4	15	1	92,0%	330	85	44	24	15		15	1	97,0%	
PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del pian	69	2		1			3	0	95,8%	26	10	2			2	0	94,7%	226	54	22	58	167	1	168	15	68,2%	
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale s	135	8	2	2	1		13	1	91,2%	103	87	17	30	60	107	10	64,0%	62	6	5	31	45		45	4	69,8%	
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO. Dispositivi analogic	210	5					5	0	97,7%	73	9	7			0	0	100,0%	222	50	13	2			0	0	100,0%	
POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO. P	4	1	2				3	0	57,1%	7	1	3			0	0	100,0%	426	29	21	2			0	0	100,0%	
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFE	49	12	15	3	1		31	3	61,3%	19	7	34	4	2	6	1	90,9%	92	16	14	30	106	6	112	10	57,6%	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E C	61	6	6		3		15	1	80,3%	24	14	40	5	3	8	1	90,7%	79	31	29	31	56	2	58	5	74,6%	
ESOFAGOGASTRODUDENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN	53	2	1		1		4	0	93,0%	36	10	40	11	13	24	2	78,2%	112	36	31	19	18		18	2	91,7%	
ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Ureteri	67	1	2				3	0	95,7%	38	9	28	7	2	9	1	89,3%	78	24	18	9	18	2	20	2	86,6%	
ECOCOLOR/DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INF	11		2				2	0	84,6%	7	2	5			0	0	100,0%	133	48	33	10	15	2	17	2	92,9%	
SPIROMETRIA SEMPLICE	3	1			1		2	0	60,0%	9	2	1	3	1	4	0	75,0%	169	3	1	7	35		35	3	83,7%	
SPIROMETRIA GLOBALE	2						0	0	100,0%	6	1				0	0	100,0%	164	15	6	5	2		2	0	99,0%	
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitati	2	3	3				6	1	25,0%	4	4	7	1		1	0	93,8%	115	33	13	6	2		2	0	98,8%	

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

DESC_DM_corto	1) B									2) D									3) P									
	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi	
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE	9	1	2	2			5	0	64,3%	17	11	37	5	3		8	1	89,0%	12	1	10	13	6			6	1	85,7%
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biop	24						0	0	100,0%	2	1	2	1	1		2	0	71,4%	67	15	10		1			1	0	98,9%
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	40		1				1	0	97,6%	19	18	6	1			7	1	84,1%	9	4	4	3	1			1	0	95,2%
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRA	30	1					1	0	96,8%	31	2		2			2	0	94,3%	28	1	4	6				0	0	100,0%
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE. (2 proiezioni)	4						0	0	100,0%	2		3				0	0	100,0%	4	5	7	22	47	4	51	5		42,7%
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscop	5	1					1	0	83,3%	3	1					0	0	100,0%	60	7	3	1				0	0	100,0%
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE.							0	0								0	0		31	25	16	3	1			1	0	98,7%
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIOR	11		4	2	1		7	1	61,1%	11	4	6	2	2		4	0	84,0%	7	1		3	4			4	0	73,3%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERI	14						0	0	100,0%	5	1	4				0	0	100,0%	15	2	1	2	5			5	0	80,0%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERI	12	1					1	0	92,3%	4	2	3	1			1	0	90,0%	13	2	3	2	6			6	1	76,9%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, S	3				1		1	0	75,0%					1		1	0	0,0%	32	5		2	1			1	0	97,5%
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	4			1			1	0	80,0%	6		2	2			2	0	80,0%	14	1	3					0	0	100,0%
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Monolaterale	11						0	0	100,0%	2	1	2				0	0	100,0%	3		1	1	6	3	9	1		35,7%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO	5						0	0	100,0%	5		1				0	0	100,0%	15		3	1				0	0	100,0%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO. TC di:	11	1					1	0	91,7%	6						0	0	100,0%	6	1	1					0	0	100,0%
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO.	6						0	0	100,0%	4	1					0	0	100,0%	3	1	1	2				0	0	100,0%
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE.	2						0	0	100,0%							0	0		4	1	1					0	0	100,0%
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4							0	0	#DIV/0!			1				0	0	100,0%								0	0	
RM DELLA COLONNA IN TOTO. Non associabile a RM DEL							0	0	#DIV/0!							0	0		1							0	0	100,0%

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

DESC_DM_corto	AREA VASTA 5: Prestazioni erogate nei tempi previsti dal Piano PNGLA e oltre il cut-off indicato - anno di rilevazione 2022																										
	1) B									2) D									3) P								
	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	849	316	45	14	13		388	35	68,6%	500	385	307	157	89	3	249	23	82,7%	5075	897	621	673	1730	35	1765	160	80,5%
ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO. Visita oculistica,	2234	122	32	16	53		223	20	90,9%	1419	1326	718	191	323	4	518	47	87,0%	2028	424	277	379	962	21	983	89	76,0%
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)	603	210	43	24	15	2	294	27	67,2%	413	246	217	198	114	4	533	48	55,3%	3941	1403	1362	612	406	17	423	38	94,5%
ELETTROCARDIOGRAMMA	181	121	39	4	1		165	15	52,3%	154	217	108	27	19		46	4	91,2%	5518	941	496	193	169	41	210	19	97,1%
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Bilaterale	337	72	19	8	24	11	134	12	71,5%	219	148	199	153	144	56	353	32	61,6%	1644	924	413	548	2129	771	2900	264	54,9%
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. A ripo	161	49	16	6	4		75	7	68,2%	218	229	189	135	45		180	16	77,9%	2805	1012	1009	937	270	5	275	25	95,4%
MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)	245	39	19	9	23	12	102	9	70,6%	131	85	266	107	160	60	327	30	59,6%	1331	720	420	453	1788	812	2600	236	52,9%
ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O	296	87	17	10	13		127	12	70,0%	185	190	206	139	60		199	18	74,5%	2877	732	535	574	205	1	206	19	95,8%
VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	998	353	77	69	39		538	49	65,0%	347	640	183	182	87		452	41	68,6%	1074	644	587	362	104		104	9	96,2%
PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Incluso, in bas	1243	543	50	42	31		666	61	65,1%	453	924	356	134	114		604	55	69,5%	825	393	144	130	88		88	8	94,4%
PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podosc	543	341	37	16	10		404	37	57,3%	211	376	155	64	33		252	23	70,0%	2114	1141	207	130	55		55	5	98,5%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLE	826	315	58	15	1		389	35	68,0%	157	219	328	138	18	1	157	14	81,8%	1205	474	333	482	822	5	827	75	75,1%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E D	223	183	26	27	14		250	23	47,1%	117	147	92	113	61		174	16	67,2%	2568	553	123	302	528	7	535	49	86,9%
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecogr	362	174	35	14	5		228	21	61,4%	297	245	257	194	80	2	276	25	74,3%	1214	505	428	517	611	33	644	59	80,5%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE. TC del	611	51	12	5	3		71	6	89,6%	173	115	241	45	19		64	6	89,2%	2670	298	158	209	309	1	310	28	91,5%
PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prel	343	58	9	4	2		73	7	82,5%	476	151	46	20	9		75	7	89,3%	2312	283	219	94	26		26	2	99,1%
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA Incluso:	694	298	89	38	49		474	43	59,4%	460	574	317	112	188		617	56	62,6%	504	127	91	80	232		232	21	77,6%
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: Co	344	190	28	30	13		261	24	56,9%	265	144	227	161	63		224	20	74,0%	826	408	274	426	437	16	453	41	81,0%
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo o dopo pr	159	31	16	7	3		57	5	73,6%	119	72	166	61	29	1	91	8	79,7%	2065	375	271	235	213	22	235	21	92,6%
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	302	27	12	4	1		44	4	87,3%	770	326	135	203	34		372	34	74,7%	836	189	102	214	100		100	9	93,1%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO. TC del cr	203	31	17	1			49	4	80,6%	94	57	91	7	1		8	1	96,8%	2325	284	81	34	13	2	15	1	99,5%
ESOFAGOGASTRODUDENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell'	333	174	72	15	5		266	24	55,6%	229	150	339	139	41		180	16	80,0%	546	289	203	357	215		215	20	86,6%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E	423	183	26	11	4		224	20	65,4%	74	102	185	111	22	1	134	12	72,9%	298	270	203	399	789	3	792	72	59,6%
ECOGRAFIA OSTETRICA	111	33	27	7	3		70	6	61,3%	133	56	55	41	8		49	4	83,3%	1263	217	259	483	346		346	31	86,5%
ESAME AUDIOMETRICO TONALE	356	103	65	76	4		248	23	58,9%	219	215	209	87	19		106	10	85,8%	934	156	72	132	30		30	3	97,7%
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplo	269	158	59	14	12		243	22	52,5%	131	168	168	89	39		296	27	50,3%	615	193	273	142	34	1	35	3	97,2%
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rile	485	171	18	3	9		201	18	70,7%	249	131	100	73	24		197	18	65,9%	505	90	18	20	25		25	2	96,2%
VISITA GINECOLOGICA	57	9	2	1			12	1	82,6%	39	16	3				3	0	94,8%	1283	216	208	67	4		4	0	99,8%
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO. Dispositivi analogic	222	106	15	5			126	11	63,8%	75	46	62	51	8		59	5	75,6%	451	277	143	175	84		84	8	92,6%
SPIROMETRIA SEMPLICE	180	50	10		4		64	6	73,8%	128	39	108	42	22		64	6	81,1%	785	46	69	78	133	2	135	12	87,9%
ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato	196	68	23	5	1		97	9	66,9%	84	77	65	34	10		44	4	83,3%	456	168	126	147	125	4	129	12	87,4%
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INF	24	20	2	2			24	2	50,0%	29	67	73	27	3		30	3	84,9%	433	222	179	134	30		30	3	97,0%
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	213	49	5	1	12		67	6	76,1%	122	129	39	11	28		78	7	76,3%	191	52	29	25	24		24	2	92,5%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFE	47	39	4	10	7		60	5	43,9%	19	22	14	21	24		45	4	55,0%	273	131	42	119	121		121	11	82,4%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E C	180	77	18	4	1		100	9	64,3%	22	40	76	32	8		40	4	77,5%	109	80	71	64	110		110	10	74,7%
ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: Ureteri	109	38	4	3	1		46	4	70,3%	59	39	42	27	16		43	4	76,5%	256	118	55	44	52	2	54	5	89,8%
SPIROMETRIA GLOBALE	77	37	7	2	3		49	4	61,1%	62	26	52	48	21		69	6	67,0%	313	12	9	24	57		57	5	86,3%
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRA	92	7	3	1			11	1	89,3%	15	9	20	1	3		4	0	91,7%	487	35	11	4	4		4	0	99,3%
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale s	127	70	3	10	7		90	8	58,5%	121	56	52	37	38	2	129	12	57,8%	81	11	13	7	38		38	3	74,7%
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIOR	56	30	11	9	9		59	5	48,7%	52	32	26	56	24		80	7	57,9%	210	71	32	18	32		32	3	91,2%
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE	71	33	8		2		43	4	62,3%	51	33	48	53	24		77	7	67,2%	186	72	32	30	25		25	2	92,8%
PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del pian	305	25					25	2	92,4%	51	47					0	0	100,0%	181	7	2				0	0	100,0%

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

DESC_DM_corto	1) B									2) D									3) P								
	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi	1) 0-10 giorni	2) 11-30 giorni	3) 31-60 giorni	4) 61-120 giorni	5) 121-365 giorni	5) oltre 365 giorni	Da recuperare/ANNO	Da recuperare/MESE	% Erogata nei tempi
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biop	2	2	2	1	1		6	1	25,0%	5	6	3	5	4		9	1	60,9%	214	61	39	101	53	1	54	5	88,5%
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN	39	10	5	1			16	1	70,9%	19	17	36	8	4		12	1	85,7%	130	63	72	35	18		18	2	94,3%
POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO. P	6	6					6	1	50,0%	8	9	2	1			1	0	95,0%	189	95	37	22	22	2	24	2	93,5%
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE.	1						0	0	100,0%					1		1	0	0,0%	101	58	62	70	28	1	29	3	90,9%
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE.	31	5	2				7	1	81,6%	10	3	7		1		1	0	95,2%	217	23	6	2	2		2	0	99,2%
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitati	25	18	7	2	1		28	3	47,2%	14	19	12	7	7		14	1	76,3%	55	12	7	19	29		29	3	76,2%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO. TC di:	35		1				1	0	97,2%	6	4	2				0	0	100,0%	146	24	4	2	1		1	0	99,4%
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO.	28	4	1				5	0	84,8%	3	2	5		1		1	0	90,9%	149	15	4	2	1		1	0	99,4%
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE. (2 proiezioni)	9	2	1	1			4	0	69,2%	5	2	10	6	2		8	1	68,0%	51	12	18	13	75	6	81	7	53,7%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERI	28	15	2				17	2	62,2%	10	10	7	8	2		10	1	73,0%	61	14	4	9	6		6	1	93,6%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERI	22	8	1				9	1	71,0%	8	7	8	4			4	0	85,2%	61	10	7	7	10		10	1	89,5%
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Monolaterale	29	6	1				7	1	80,6%	3		3		1		1	0	85,7%	44	21	3	5	6	1	7	1	91,3%
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	5						0	0	100,0%	3	2	7	1			1	0	92,3%	80	14	4	2	2		2	0	98,0%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO	20	4	2				6	1	76,9%		2	2		2		2	0	66,7%	54	10	6	1			0	0	100,0%
RM DELLA COLONNA IN TOTO. Non associabile a RM DEL	1						0	0	100,0%	1	1	1				0	0	100,0%	85	5					0	0	100,0%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, S	1		2				2	0	33,3%			2	1	2		3	0	40,0%	24	15	1	17	17		17	2	77,0%
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscop	4	1					1	0	80,0%	3	1	1	1			1	0	83,3%	16	7	1	4	7		7	1	80,0%
EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG	1						0	0	100,0%	7	1	1		1		1	0	88,9%	4	1	1	1			0	0	100,0%
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analis							0	0		1	1	1				0	0	100,0%	10		1	1			0	0	100,0%
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE	2						0	0	100,0%		1					0	0	100,0%			2	1	1		1	0	75,0%
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO S	1	2					2	0	33,3%			1				0	0	100,0%			1		1		1	0	50,0%
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4				1			1	0	0,0%							0	0		1		1	1			0	0	100,0%
RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC. Non asso							0	0					1			1	0	0,0%	2				1		1	0	66,7%

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)



## APPENDICE 3: I FLUSSI DI MOBILITÀ SANITARIA

La mobilità sanitaria attiva che si orienta verso i servizi sanitari della Regione (pubblici e privati) o la mobilità passiva originata dai residenti della Regione Marche verso servizi di altre Regioni è determinata da varie componenti, riassunte nella tabella seguente. I flussi di prestazioni sono pesati attraverso l'utilizzo dei relativi valori economici. La componente dei ricoveri ospedalieri determina, per tutto il quadriennio 2017-2020, oltre il 75% delle somme complessive e rappresenta l'elemento di maggior "costo sociale" per i cittadini che si rivolgono a strutture sanitarie di altre regioni non trovando all'interno del sistema regionale una offerta di servizi ritenuta adeguata alle necessità.

Tabella 1. Mobilità sanitaria della Regione Marche (in euro) - anni 2017-2021

Macroarea		2017	2018	2019	2020	2021	2017%	2018%	2019%	2020%	2020%
A - Ricoveri Ordinari e Day Hospital	Passiva	124.372.783	125.174.014	121.276.908	92.085.897	107.234.692	76,29	75,50	75,21	73,49	73,32
	Attiva	91.305.450	93.193.878	94.409.976	78.905.527	82.506.735	78,78	78,73	79,06	80,54	78,84
	Saldo	-33.067.333	-31.980.136	-26.866.932	-13.180.370	-24.727.957					
B - Medicina generale	Passiva	748.106	775.241	797.438	767.674	748.037	0,46	0,47	0,49	0,61	0,51
	Attiva	946.134	861.109	848.243	539.550	613.503	0,82	0,73	0,71	0,55	0,59
	Saldo	198.028	85.868	50.805	-228.124	-134.534					
C - Specialistica Ambulatoriale	Passiva	23.157.969	25.099.218	25.462.167	20.343.956	24.166.138	14,21	15,14	15,79	16,24	16,52
	Attiva	14.710.071	15.734.846	15.535.784	11.348.001	13.911.072	12,69	13,29	13,01	11,58	13,29
	Saldo	-8.447.898	-9.364.372	-9.926.383	-8.995.955	-10.255.066					
D - Farmaceutica	Passiva	2.005.736	2.013.361	1.851.920	1.729.208	1.748.017	1,23	1,21	1,15	1,38	1,20
	Attiva	2.379.538	2.203.708	2.140.891	1.235.350	927.422	2,05	1,86	1,79	1,26	0,89
	Saldo	373.802	190.347	288.971	-493.858	-820.595					
E - Cure Termali	Passiva	1.244.170	1.184.921	1.170.682	340.219	598.751	0,76	0,71	0,73	0,27	0,41
	Attiva	175.397	254.537	324.800	129.725	171.326	0,15	0,22	0,27	0,13	0,16
	Saldo	-1.068.773	-930.384	-845.882	-210.494	-427.425					
F - Somministrazione diretta farmaci	Passiva	10.321.782	10.251.347	9.443.925	9.036.231	10.754.259	6,33	6,18	5,86	7,21	7,35
	Attiva	5.601.934	5.326.788	5.126.013	4.991.469	5.548.716	4,83	4,50	4,29	5,10	5,30
	Saldo	-4.719.848	-4.924.559	-4.317.912	-4.044.762	-5.205.543					
G - Trasporti con ambulanza ed elisoccorso	Passiva	1.175.340	1.290.334	1.248.238	995.932	996.004	0,72	0,78	0,77	0,79	0,68
	Attiva	786.563	800.688	1.032.501	815.058	977.597	0,68	0,68	0,86	0,83	0,93
	Saldo	-388.777	-489.646	-215.737	-180.874	-18.407					
<b>TOTALE</b>	Passiva	<b>163.025.886</b>	<b>165.788.436</b>	<b>161.251.278</b>	<b>125.299.117</b>	<b>146.245.898</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	Attiva	<b>115.905.086</b>	<b>118.375.555</b>	<b>119.418.209</b>	<b>97.964.680</b>	<b>104.656.371</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	Saldo	<b>-47.120.800</b>	<b>-47.412.881</b>	<b>-41.833.069</b>	<b>-27.334.437</b>	<b>-41.589.527</b>					

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

### 3.1. ANALISI DEI FLUSSI DI MOBILITÀ PASSIVA OSPEDALIERA

La mobilità passiva dei residenti, ossia la quota di domanda che non si indirizza verso il sistema regionale, rappresenta soltanto un elemento per valutare l'adeguatezza del sistema sanitario regionale a rispondere alla domanda di prestazioni di ricovero ospedaliero. Esso non può essere inteso come unico criterio di giudizio ma come uno dei fattori utili per rappresentare complessivamente la situazione.

Una elevata mobilità passiva può essere frutto di una situazione consapevolmente accettata per specifici quadri patologici per cui, a livello regionale, non si ritenga opportuno predisporre una offerta specifica. Tale scelta potrebbe essere legata a motivi di qualità o economicità di prestazioni, in presenza di una frequenza limitata di patologie trattabili da altri sistemi regionali (specie per le patologie non tempo-dipendenti per cui si possono programmare ricoveri, trattamenti e interventi chirurgici).

Si espone, di seguito, l'analisi dei flussi di mobilità passiva ospedaliera regionale.

Ai fini di questa analisi, focalizzata sui principali trend in atto, l'attenzione è concentrata sui flussi di mobilità generata dai ricoveri ospedalieri (ordinari e day hospital). Considerando, infatti, i valori monetari si osserva che su 161 milioni di euro di mobilità passiva regionale (dato puntuale del 2019), i ricoveri ospedalieri ammontano a oltre 121 milioni di euro, con un'incidenza superiore al 75%.

Corrispondentemente, per la mobilità attiva, su un valore totale 2019 pari a 119 milioni di euro, i ricoveri ammontano a oltre 94 milioni di euro, per un'incidenza attorno all'80%.

A ciò si aggiunga che la base dati consultabile per la mobilità ospedaliera è quella più strutturata e con più alto grado di affidabilità. Le altre causali generatrici di flussi di mobilità poggiano su basi di dati diverse, richiedono analisi molto più approfondite e test di verifica di affidabilità non in linea con caratteri e finalità del presente report.

Il 2020, e il 2021 in forma minore, si rivelano 2 anni con un trend di ospedalizzazione intra/extra influenzati dalla pandemia da Sars-CoV-2, con una riduzione solida dei ricoveri sia in mobilità attiva (nel 2021 in Euro 82.506.735 una riduzione sul 2019 di -11.903.241) e in mobilità passiva (nel 2021 in Euro 107.234.692 una riduzione sul 2019 di -14.042.216).

*Tabella 2. Mobilità ospedaliera attiva, passiva e saldo (in euro) della Regione Marche (in euro) - anni 2017-2021*

ANNI	Mobilità Attiva Regione	Mobilità Passiva Regione	Saldo
<b>2017</b>	<b>91.305.450</b>	<b>124.372.783</b>	<b>-33.067.333</b>
<b>2018</b>	<b>93.193.878</b>	<b>125.174.014</b>	<b>-31.980.136</b>
<b>2019</b>	<b>94.409.976</b>	<b>121.276.908</b>	<b>-26.866.932</b>
<b>2020</b>	<b>78.905.527</b>	<b>92.085.897</b>	<b>-13.180.370</b>
<b>2021</b>	<b>82.506.735</b>	<b>107.234.692</b>	<b>-24.727.957</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Il saldo globale, in valore, fra mobilità attiva e passiva ospedaliera, a livello regionale, pur mantenendosi negativo per oltre 13 milioni di euro, registra un netto miglioramento nel 2020. Il dato, in sé, appare poco significativo a causa dell'impatto della pandemia da Covid-19 e delle conseguenti restrizioni alla mobilità.

Va invece sottolineato il trend relativo al triennio precedente. Il valore del saldo della mobilità ospedaliera è costantemente negativo ma passa dai 33 milioni di euro del 2017 ai 27 milioni del 2019. In aggiunta si consideri il dato 2021 che, seppur ancora interessato dal fenomeno pandemico, attesta un riallineamento del saldo negati verso i 25 milioni di euro.

Il valore dei ricoveri in mobilità passiva della Regione Marche si attesta, nello stesso periodo, oltre i 120 milioni nel triennio 2017-2019). Il valore registra una contrazione nel 2020, anno caratterizzato dal fenomeno della Pandemia, e nell'arco del 2021 si attesta su 107 milioni di euro.

Il valore dei ricoveri in mobilità passiva rappresenta, mediamente, il 15% del valore complessivo dei ricoveri effettuati dalla popolazione marchigiana nel periodo 2017-2021.

Per comprendere meglio le causali del fenomeno si propone un'analisi per area territoriale e per patologie più ricorrenti fra i ricoveri effettuati fuori regione.

I valori di mobilità passiva ospedaliera appaiono sensibilmente differenti a livello di Area Vasta. Degli oltre 120 milioni, a livello regionale, su base annua, una quota attorno al 34-35% è riconducibile a popolazione residente nell'Area Vasta 1 a fronte di una quota del 10-11% riconducibile all'Area Vasta 4. Le altre aree provinciali presentano un'incidenza intermedia, con valori più significativi dell'Area Vasta 2 rispetto alla 3 e alla 5.

**Tabella 3. Valore ricoveri in mobilità passiva (per Area vasta di residenza) della Regione Marche (in euro) - anni 2017-2021**

	2017			2018			2019			2020			2021		
	Valore	% mob	% dom	Valore	% mob	% dom	Valore	% mob	% dom	Valore	% mob	% dom	Valore	% mob	% dom
AV1	43.747.519	35,18	5,48	42.366.168	33,85	5,21	40.782.722	33,67	5,04	31.974.191	34,72	4,55	39.850.366	37,17	5,30
AV2	28.783.451	23,15	3,61	28.832.852	23,03	3,55	27.475.296	22,68	3,40	21.031.344	22,84	3,00	21.506.674	20,06	2,86
AV3	21.312.526	17,14	2,67	22.544.318	18,01	2,77	21.937.235	18,11	2,71	16.553.406	17,98	2,36	18.912.979	17,64	2,51
AV4	12.899.838	10,37	1,62	13.265.005	10,60	1,63	14.120.021	11,66	1,75	9.985.376	10,84	1,42	12.269.491	11,44	1,63
AV5	17.609.531	14,16	2,21	18.164.943	14,51	2,23	16.803.238	13,87	2,08	12.541.578	13,62	1,79	14.679.084	13,69	1,95
<b>Valore ricoveri in mobilità passiva</b>	<b>124.352.865</b>	<b>100,00</b>		<b>125.173.286</b>	<b>100,00</b>		<b>121.118.512</b>	<b>100,00</b>		<b>92.085.895</b>	<b>100,00</b>		<b>107.218.594</b>	<b>100,00</b>	
<b>Valore totale ricoveri dei residenti (domanda)</b>	<b>798.418.865</b>		<b>15,57</b>	<b>813.294.183</b>		<b>15,39</b>	<b>808.841.515</b>		<b>14,97</b>	<b>702.139.364</b>		<b>13,12</b>	<b>752.588.310,74</b>		<b>14,25</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

**% Mobilità Passiva**

Il dato in valore va opportunamente integrato con il dato espresso in numeri di ricoveri, tenendo debitamente conto delle differenze in termini di popolazione residente nelle singole Aree Vaste. Un altro aspetto che va attentamente considerato è la contiguità geografica fra la singola Area Vasta e altre regioni che possano vantare centri di eccellenza in determinate specialità. Per questo, la nostra analisi si sviluppa mediante il numero di ricoveri e, successivamente, gli ambiti geografici di "destinazione" dei ricoveri in mobilità passiva.

**Tabella 4. Numero ricoveri in mobilità passiva (per Area vasta di residenza) della Regione Marche - anni 2017-2021**

	2017			2018			2019			2020			2021		
	Num	% mob	% dom	Num	% mob	% dom	Num	% mob	% dom	Num	% mob	% dom	Num	% mob	% dom
AV1	11.172	36,13	4,78	10.809	35,02	4,62	10.958	35,08	4,73	8.080	36,32	4,36	10.086	38,80	5,18
AV2	7.225	23,36	3,09	7.096	22,99	3,03	7.347	23,52	3,17	5.226	23,49	2,82	5.706	21,95	2,93
AV3	5.127	16,58	2,19	5.333	17,28	2,28	5.502	17,62	2,37	3.746	16,84	2,02	4.148	15,96	2,13
AV4	2.925	9,46	1,25	3.136	10,16	1,34	3.144	10,07	1,36	2.186	9,83	1,18	2.633	10,13	1,35
AV5	4.476	14,47	1,92	4.488	14,54	1,92	4.283	13,71	1,85	3.009	13,53	1,62	3.419	13,15	1,75
<b>Numero ricoveri in mobilità passiva</b>	<b>30.925</b>	<b>100,00</b>		<b>30.862</b>	<b>100,00</b>		<b>31.234</b>	<b>100,00</b>		<b>22.247</b>	<b>100,00</b>		<b>25.992</b>	<b>100,00</b>	
<b>Numero totale ricoveri dei residenti (domanda)</b>	<b>233.633</b>		<b>13,24</b>	<b>234.068</b>		<b>13,19</b>	<b>231.861</b>		<b>13,47</b>	<b>185.445</b>		<b>12,00</b>	<b>194.843,00</b>		<b>13,34</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

**% Mobilità Passiva**

Il primo aspetto da rimarcare considerando la numerosità dei ricoveri fuori regione è che l'incidenza sul numero totale dei ricoveri assume un valore (13% circa) costantemente inferiore all'incidenza espressa in valore (15%). Questo implica che i ricoveri che generano mobilità passiva riguardano, generalmente, patologie contrassegnate da DRG di valore medio-alto, approssimando significativamente una complessità medio-alta delle prestazioni richieste. Appare, quindi, necessario approfondire quali patologie generano mobilità passiva al fine di evidenziare potenziali criticità dal lato dell'offerta, a livello regionale, o potenzialmente, in alcune aree vaste in particolare.

Per semplicità espositiva, l'analisi è incentrata sui dati del 2019, segnalando "per eccezioni" eventuali variazioni significative rilevate negli anni 2017 e 2018.

La tabella evidenzia che, a livello regionale i primi 20 DRG (per frequenza) spiegano circa il 36% dei ricoveri in mobilità passiva con un'incidenza molto significativa dei primi sei codici. Coerentemente con il valore medio del DRG in mobilità passiva, i primi 20 spiegano, per il 2019, oltre il 43% del valore della mobilità passiva ospedaliera regionale.

**Tabella 5. Regione Marche - Mobilità Passiva: primi 20 DRG anno 2019 (per valore)**

MOBILITA' PASSIVA - PRIMI 20 DRG - ANNO 2019	EURO	% su Totale Passiva (tariffa nazionale)	%CUM	Valore Regionale (Tariffa Regionale)	%	Numeri Ricoveri Passiva	Numeri Ricoveri Residenti	%
544 Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	16.001.565	13,19	13,19	36.584.836	43,74	1.821	4.128	44,11
104 Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	3.504.179	2,89	16,08	9.089.402	38,55	140	353	39,66
503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione 498 Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	3.114.828	2,57	18,65	5.061.842	61,54	1.598	2.643	60,46
481 Trapianto di midollo osseo	2.297.977	1,89	20,55	5.234.132	43,9	191	510	37,45
224 Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	2.273.802	1,87	22,42	10.382.968	21,9	31	170	18,24
12 Malattie degenerative del sistema nervoso	2.072.063	1,71	24,13	5.680.371	36,48	796	1.618	49,2
541 Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non rel	2.002.187	1,65	25,78	8.271.670	24,21	282	1.582	17,83
558 Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	1.965.582	1,62	27,4	9.478.122	20,74	34	179	18,99
256 Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1.852.177	1,53	28,93	5.623.538	32,94	293	906	32,34
	1.830.228	1,51	30,44	9.255.168	19,78	826	2.157	38,29
9 Malattie e traumatismi del midollo spinale	1.830.144	1,51	31,95	5.037.021	36,33	155	208	74,52
545 Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	1.688.770	1,39	33,34	3.300.560	51,17	150	290	51,72
359 Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC 75 Interventi maggiori sul torace	1.670.097	1,38	34,72	10.046.535	16,62	866	4.877	17,76
518 Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	1.615.162	1,33	36,05	4.338.662	37,23	178	489	36,4
480 Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino 225 Interventi sul piede	1.586.112	1,31	37,36	2.507.006	63,27	361	642	56,23
2 Craniotomia, età > 17 anni senza CC	1.486.327	1,23	38,58	1.252.960	118,63	18	38	47,37
8 Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	1.477.249	1,22	39,8	7.253.417	20,37	812	3.342	24,3
	1.437.690	1,19	40,99	4.705.469	30,55	121	386	31,35
	1.368.450	1,13	42,11	1.238.499	110,49	275	496	55,44
491 Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	1.324.063	1,09	43,21	2.322.445	57,01	156	271	57,56
<b>SubTotale primi 20 DRG</b>	<b>52.398.652</b>	<b>43,21</b>	<b>43,21</b>	<b>146.664.621</b>	<b>35,73</b>	<b>9104</b>	<b>25285</b>	<b>36,01</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

I DRG più rilevanti, per numerosità, nel 2019 sono stati il 544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianti degli arti inferiori e il 503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi precoce di infezione. Negli anni precedenti la situazione non mostra variazioni significative in quanto, comunque, i DRG di area ortopedico-traumatologica causano gli importi maggiori della mobilità passiva. In particolare, il DRG 544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto arti inferiore mostra le seguenti incidenze in termini di valore:

- nel 2017 per 15.245mila – 12,3% della spesa – 1.733 casi su 4.090 ricoveri;
- nel 2018 per 15.617mila – 12,48% della spesa – 1.748 casi su 4.169 ricoveri;
- nel 2019 per 16.002mila – 13,19% della spesa – 1.821 casi su 4.128 ricoveri;
- nel 2020 per 11.483mila – 12,38% della spesa – 1.299 casi su 3.804 ricoveri.

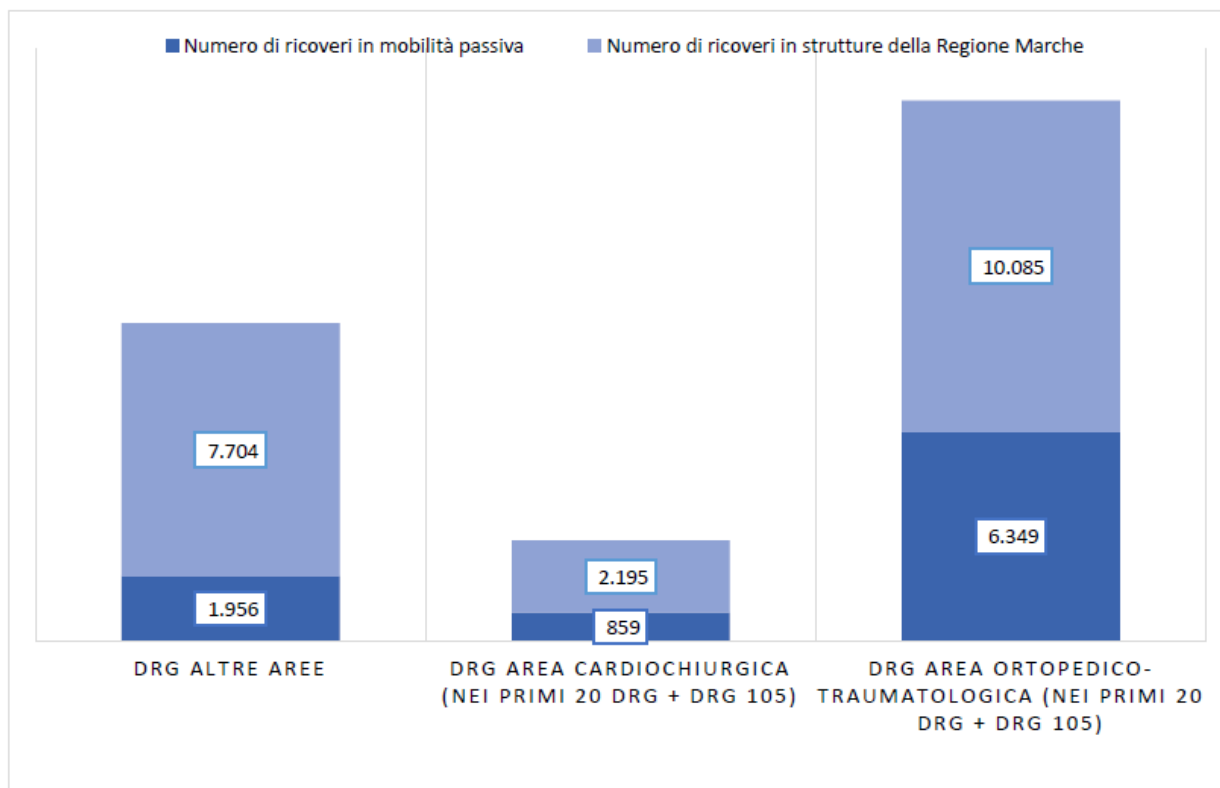
Il DRG 503 - interventi sul ginocchio senza diagnosi di infezione, pesa per un 2,5% costante della spesa ed è sempre presente tra primi 5 DRG, dal 2017 al 2020.

**Un'altra area che mostra, costantemente nel periodo considerato, un'incidenza significativa nella mobilità passiva ospedaliera, è la cardiologia interventistica.**

Per completare il quadro informativo sulle due aree citate e comprendere il reale livello di criticità nel sistema sanitario regionale, occorre fare riferimento alla domanda complessiva di ricoveri nelle aree considerate e verificare la distribuzione fra ricoveri erogati da strutture regionali rispetto ai ricoveri erogati fuori regione e causanti mobilità passiva. **Facendo comunque riferimento al 2019, si rileva che i ricoveri per DRG di area ortopedico-traumatologica, compresi fra i primi 20 considerati nella tabella 10, sono 16.434, di cui 6.349 (pari al 39%) corrispondono ai ricoveri effettuati presso strutture ospedaliere al di fuori delle Marche.** Quindi il fenomeno segnala una criticità significativa e va approfondito sul piano clinico, verificando le diagnosi specifiche per le quali le preferenze di una quota significativa di residenti marchigiani penalizza le strutture regionali.

Analogamente, per l'area cardiologica interventistica, si osserva che, nel 2019, la domanda complessiva di ricoveri per DRG compresi nei primi 20 di cui alla tabella 5 (a cui si è aggiunto il DRG105, in quanto nel 2019 rappresenta il 21° DRG per assordimento di risorse economiche ma nei due anni precedenti e nel 2020 è sempre presente tra i primi 20 DRG di maggiore impatto economico) è stata pari a 3.054 casi. La quota parte che i residenti marchigiani hanno effettuato fuori dalla regione è pari a 859 casi, cioè il 28% della domanda complessiva. Anche in questo caso la criticità appare significativa e meritevole di approfondimento sul piano clinico.

**Figura 1** Numero di ricoveri dei residenti della Regione Marche relativi ai DRG più rilevanti in mobilità passiva e erogati nella Regione, per area – anno 2019



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (AR)

*Analisi dettagliata su anno 2019, valori regionali, dei DRG di area ortopedico-traumatologica*

Considerando il 2019 come anno di riferimento abbiamo, per tutta la Regione, tra i primi DRG:

• 544 Sostituzione articolazioni maggiori	16.002ml
• 503 Interventi sul ginocchio	3.114ml
• 498 Artrodesi vertebrale escluso cervicale	2.297ml
• 224 interventi su spalla e avambraccio	2.072ml
• 256 Altre diagnosi muscolo-scheletriche	1.830ml
• 545 Revisione sostituzione anca o ginocchio	1.688ml
• 225 Interventi sul piede	1.477ml
• 491 Interventi su articolazioni maggiori	1.324ml
Totale costo mobilità passiva per i DRG tra i primi 20 per euro	29.804 ml
Pari a circa il 25% del totale della mobilità passiva 2019 pari a euro	121.277ml

*Analisi dettagliata su anno 2019, valori regionali, dei DRG di area cardiologica interventistica*

Il DRG con codice 104 - interventi su valvole cardiache e altri interventi con cateterismo cardiaco rappresenta il secondo DRG per importo nei 4 anni e somma tra il 2,88% ed il 4,10% della spesa complessiva. I seguenti 4 DRG, sempre presenti tra i primi 20 nei quattro anni, sommano per il 2019:

• 104 – Interventi su valvole cardiache con cateterismo	3.504ml
• 105 – Interventi su valvole cardiache senza cateterismo	1.307ml
• 558 – Interventi su sistema cardiovascolare percutanei con stent	1.852ml
• 518 – Interventi su sistema cardiovascolare percutanei senza stent	1.586ml
Totale costo della mobilità passiva per i 5 DRG di area cardiologica interventistica	8.249ml
Pari a circa il 7% del totale della mobilità passiva 2019 pari a euro	121.277ml

**Si tenga inoltre conto che il rilevante peso che hanno i DRG di tipo ortopedico-traumatologico e cardiologico interventistico nell'analisi della mobilità passiva regionale determinano, conseguentemente, un rilevante peso dell'attività riabilitativa post-intervento (si pensi al post-intervento di un intervento chirurgico protesico dell'anca), generando un effetto moltiplicatore sugli addebiti.**

*DRG di area ortopedico-traumatologica più rilevanti per mobilità passiva – incidenza per Area Vasta*

Come precedente richiamato, i DRG più rilevanti di area ortopedico-traumatologica rappresentano (domanda complessiva regionale) circa 16 mila ricoveri, di cui il 39% erogati da strutture extraregionali. Analizzando i dati riferiti agli stessi DRG nelle cinque aree vaste, l'incidenza dei DRG dell'area ortopedico-traumatologica in mobilità passiva non è uniforme nelle diverse articolazioni territoriali. I flussi di mobilità passiva, infatti, dovuti a ricoveri di area ortopedico-traumatologica (per i DRG più rilevanti richiamati in precedenza) nell'Area Vasta 1 rappresentano il 59% del totale dei ricoveri dei residenti nell'area, nell'Area Vasta 3 il 38% e nelle altre Aree Vaste circa il 30%.

**Tabella 6.** Numero di ricoveri dei residenti nelle Aree Vaste relativi ai DRG più rilevanti di area ortopedico-traumatologica in mobilità passiva, erogati nella Regione, totale e relative incidenze – anno 2019

	Numero di ricoveri in mobilità passiva	Numero di ricoveri in strutture della Regione Marche	Numero di ricoveri dei residenti	% numeri di ricoveri in mobilità passiva sul numero totale dei ricoveri dei residenti
DRG di area ortopedico-traumatologica	6.349	10.085	16.434	39%
Area Vasta 1	2.248	1.574	3.822	59%
Area Vasta 2	1.727	3.796	5.523	31%
Area Vasta 3	1.142	1.854	2.996	38%
Area Vasta 4	582	1.167	1.749	33%
Area Vasta 5	650	1.694	2.344	28%

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

#### *DRG area cardiologica interventistica più rilevanti per mobilità passiva – incidenza per Area Vasta*

I DRG più rilevanti di area cardiologica rappresentano (domanda complessiva regionale) circa 3 mila ricoveri, di cui il 29% erogati da strutture extraregionali. Analizzando i dati riferiti agli stessi DRG nelle cinque aree vaste, anche per l'area cardiologica interventistica si rilevano situazioni differenti di ricoveri extra-regione, nelle articolazioni territoriali. In questo caso maggiore è l'incidenza nell'Area Vasta 4 (57%); nelle Aree Vaste 3 e 5 la stessa incidenza è pari rispettivamente al 30% e al 33%, mentre scende al di sotto del valore regionale nelle altre aree vaste. La diversa incidenza si ripercuote sulle quote di esborso monetario alle altre regioni per i ricoveri dei residenti nelle diverse aree vaste.

**Tabella 7.** Numero di ricoveri dei residenti nelle Aree Vaste relativi ai DRG più rilevanti di area cardiologica interventistica, erogati nella Regione, totale e relative incidenze – anno 2019

	Numero di ricoveri in mobilità passiva	Numero di ricoveri in strutture della Regione Marche	Numero di ricoveri dei residenti	% numeri di ricoveri in mobilità passiva sul numero totale dei ricoveri dei residenti
DRG area cardiologica interventistica	859	2195	3054	28
Area Vasta 1	188	639	827	23
Area Vasta 2	126	703	829	15
Area Vasta 3	167	385	552	30
Area Vasta 4	241	185	426	57
Area Vasta 5	137	283	420	33

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

### Mobilità passiva ospedaliera – Destinazioni verso altre regioni

Per proporre interpretazioni del fenomeno della mobilità passiva è utile comprendere verso quali regioni si orientano le scelte dei residenti marchigiani che decidono di usufruire di un ricovero ospedaliero in strutture extra-regionali. Di seguito si espongono i dati del 2019, come sopra specificato espressivi di un trend consolidato già dagli anni precedenti.

**Tabella 8.** Regione Marche - Mobilità Passiva: Numero di ricoveri per Regione di destinazione, anno 2019

Regione	Privato	Pubblico	Totale	%
8 Emilia Romagna	9270	6344	15614	49,9
3 Lombardia	3359	714	4073	13,0
10 Umbria	529	2289	2818	9,0
12 Lazio	1975	721	2696	8,6
9 Toscana	334	1260	1594	5,1
13 Abruzzo	265	1100	1365	4,4
5 Veneto	265	1074	1339	4,3
1 Piemonte	109	278	387	1,2
15 Campania	96	210	306	1,0
7 Liguria	17	284	301	1,0
16 Puglia	94	123	217	0,7
4 Prov Autonome Trento e Bolzano	23	123	146	0,5
6 Friuli V G	6	129	135	0,4
19 Sicilia	21	103	124	0,4
18 Calabria	4	52	56	0,2
20 sardegna	2	50	52	0,2
14 Molise	10	22	32	0,1
17 Basilicata	0	16	16	0,1
2 Valle d'Aosta	0	8	8	0,0
<b>Totale</b>	<b>16379</b>	<b>14900</b>	<b>31279</b>	<b>100</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Con riguardo alle regioni di destinazione dei flussi di mobilità passiva si evidenzia, nel 2019 senza differenze rilevanti rispetto ai tre anni considerati, la capacità attrattiva dell'Emilia-Romagna, le cui strutture ospedaliere erogano circa il 50% dei ricoveri di residenti marchigiani che decidono di "migrare". Seguono la Lombardia con il 13% circa, l'Umbria e il Lazio con percentuali attorno all'8- 9%.

È intuitivo considerare un forte impatto del fattore "prossimità geografica" a giustificazione del dato rilevato, in particolare per l'Emilia-Romagna, così come, fatte le debite proporzioni, è ragionevole pensare per l'Umbria. Al riguardo è opportuno segnalare che la Regione Marche aveva già attivato lo strumento degli "accordi di confine" (con Emilia-Romagna, Umbria e Toscana) già da molti anni, come possibile risposta, seppur parziale, ad un fenomeno consolidato.



## 3.2. LINEE INTERPRETATIVE DEL FENOMENO DELLA MOBILITÀ PASSIVA

Secondo un approccio consolidato in letteratura, le principali motivazioni della migrazione sanitaria sono riconducibili al fattore della prossimità geografica e a scelte di natura personale.

In linea meramente teorica le prestazioni fruite fuori regione dai residenti di una regione, presa a riferimento, sono giustificate dal fattore della prossimità geografica prevalentemente se trattasi di prestazioni di non elevata complessità, per le quali ha scarsa influenza la qualità percepita del servizio erogato; la scelta è effettuata sulla base della vicinanza spazio-temporale della struttura locata fuori regione rispetto all'abitazione del paziente.

Le scelte di natura personale, invece, riguardano sovente la fruizione di prestazioni sanitarie a maggiore complessità, pur non escludendo quelle a minore complessità; in questo caso, la discriminante può essere la qualità percepita del servizio erogato da una struttura esterna alla regione. Il giudizio di qualità è corroborato da varie possibili causali, generalmente non associate ad una conoscenza specifica frutto di competenze individuali del soggetto ma da indicazioni provenienti da operatori sanitari.

**Le evidenze emerse dai dati di mobilità passiva, raccolti per indagare il fenomeno nella Regione Marche, non sembrano supportare la linea interpretativa del fattore prossimità come sopra brevemente richiamato. I deflussi di mobilità, infatti, sono principalmente ascrivibili a casistiche di complessità medio-alta (relativi all'area ortopedico-traumatologica e cardiologica interventistica) e diretti non solo verso le regioni limitrofe.**

Un modello interpretativo alternativo si basa su una diversa tassonomia delle causali esplicative del fenomeno della mobilità passiva. In particolare, si ritiene utile citare quella proposta nel rapporto CENSIS (2017) "Migrare per curarsi", che distingue le motivazioni della migrazione sanitaria in:

- ricerca della qualità, ovvero ricerca di una migliore qualità della struttura, dei medici o anche delle relazioni interpersonali tra operatore sanitario e paziente;
- fattori correlati alla dimensione pratico-logistica, cioè connessi alla possibilità di ridurre gli spostamenti, evitare le rigidità burocratiche, avere l'opportunità di un "appoggio" in loco o presso l'ospedale, ecc.;
- fattori correlati alla necessità, nei quali rientrano le scelte dettate dall'impossibilità di fruire, nella propria regione, delle prestazioni di cui si ha bisogno, o dalla presenza di liste d'attesa che allungano eccessivamente i tempi per ottenerle.

Secondo lo stesso rapporto, le prime due motivazioni comportano spesso migrazioni tra regioni confinanti, soprattutto nelle situazioni ove si verifica permeabilità (facilità di comunicazioni) dei confini; inoltre, la ricerca della qualità può giustificare la tendenza degli ultimi anni a rivolgersi a strutture private convenzionate. Infine, sulla base di scelte dettate "da necessità", la migrazione può interessare la destinazione verso i grandi poli ospedalieri per la cura di patologie più gravi.

I dati della Regione Marche possono indurre, secondo queste prime indicazioni di carattere generale, alcune riflessioni. Con ragionevole certezza una parte del deflusso verso regioni confinanti è derivante da fattori correlati alla dimensione pratico-logistica. In particolare, in questo ambito, giocano un ruolo centrale gli esodi che caratterizzano le province di confine, dei quali una quota può ritenersi fisiologica. Si pensi in proposito ai deflussi verso l'Emilia-Romagna e, fatte le debite proporzioni, verso l'Umbria e il Lazio. Ciò premesso, il rilevante deflusso verso l'Emilia-Romagna non sembra però essere connesso solo a fattori di prossimità geografica. La migrazione può derivare in parte da scelte connesse a aspetti qualitativi del servizio percepiti dal paziente e, in parte, dalla presenza nel territorio a nord delle Marche di poli ospedalieri di eccellenza (ad esempio il rapporto Censis richiamato cita espressamente il polo ortopedico-traumatologico Istituto Rizzoli di Bologna). La stessa presenza di poli di elevata specializzazione nella Regione Lazio potrebbe costituire uno dei fattori causali per interpretare una quota di deflusso verso la regione del centro-sud. Alla stessa stregua, non stupisce che la presenza di poli di eccellenza nella regione Lombardia conducano a scelte di rilevanti spostamenti per la cura di patologie più rilevanti. Riprendendo i dati della tabella 13, dai quali si evince la destinazione largamente prevalente dei ricoveri in mobilità passiva verso l'Emilia-Romagna e una quota

comunque significativa (13%) verso la Lombardia, proviamo ad approfondire l'analisi con riferimento ai flussi di mobilità passiva a livello di singola Area Vasta e per i principali codici DRG di ricovero ospedaliero in uscita.

### Regione di destinazione/Area Vasta

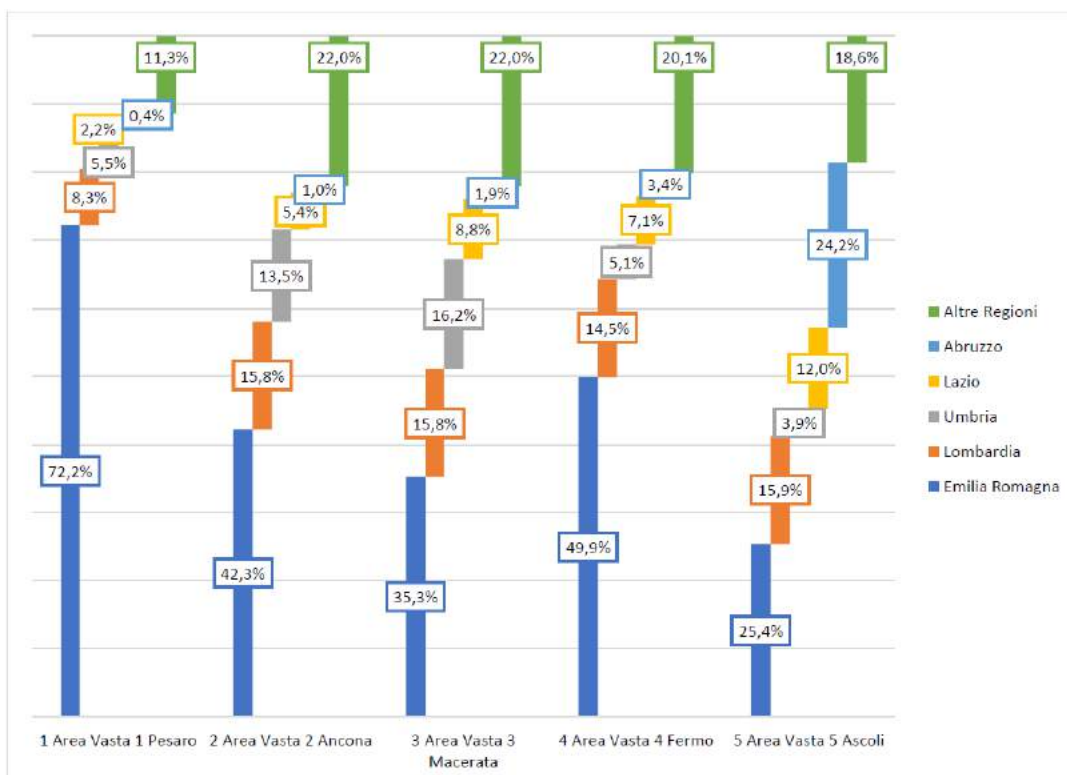
Prendendo a riferimento i dati del 2019, anno per cui sono stati analizzati i dati sul numero di ricoveri per regione di destinazione, dei 15.614 ricoveri effettuati presso strutture dell'Emilia-Romagna, abbiamo che 7.912 (pari al 51%) sono relativi a residenti dell'Area Vasta 1, a fronte di un 20% relativo a residenti dell'Area Vasta 2, e di percentuali via via inferiori per i residenti in altre Aree Vaste. Per un'informazione più completa occorre tener conto, per ogni area vasta, anche dell'incidenza relativa dei ricoveri in mobilità passiva per regione di destinazione rispetto al totale dei ricoveri in mobilità passiva di ogni area vasta.

**Tabella 9. Mobilità Passiva: Numero di ricoveri per Regione di destinazione e Area Vasta, anno 2019**

	Area Vasta 1 Pesaro	Area Vasta 2 Ancona	Area Vasta 3 Macerata	Area Vasta 4 Fermo	Area Vasta 5 Ascoli	Totale Regione Marche
Emilia Romagna	7.912	3.106	1.940	1.568	1.088	15.614
Lombardia	910	1.159	870	455	679	4.073
Umbria	605	994	891	159	169	2.818
Lazio	242	397	485	224	514	1.862
Abruzzo	46	72	103	106	1.038	1.365
Altre Regioni	1.243	1.619	1.213	632	795	5.502
<b>Totale Area Vasta</b>	<b>10.958</b>	<b>7.347</b>	<b>5.502</b>	<b>3.144</b>	<b>4.283</b>	<b>31.234</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

**Figura 2 Mobilità Passiva: Percentuale di ricoveri per Regione di destinazione sul totale dell'Area Vasta, anno 2019**



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

In proposito, si può rilevare che, per l'Area Vasta 1, l'incidenza dei ricoveri in mobilità passiva effettuati in Emilia-Romagna è pari al 72% del totale dei ricoveri extraregione rilevati nell'Area. Sempre con destinazione strutture ospedaliere dell'Emilia-Romagna l'incidenza scende al 42% per l'Area Vasta 2 e per percentuali ancora minori per le Aree Vaste 3 e 5. Da segnalare che, per l'Area Vasta 4, il 50% dei ricoveri effettuati in mobilità passiva sono erogati da strutture dell'Emilia-Romagna. Se estendiamo l'analisi al 2017 e al 2018, le percentuali rilevate non mostrano variazioni significative a riprova di una tendenza consolidata nel tempo.

Con riferimento ai codici DRG che spiegano la parte più rilevante della mobilità passiva regionale, abbiamo provato a verificare la "composizione" del flusso di mobilità passiva ospedaliera verso l'Emilia-Romagna, distintamente per Area Vasta. Il livello di completezza delle informazioni ricercate è ovviamente parziale in quanto ci si è limitati, al momento, ai codici di area ortopedico-traumatologica e a quelli dell'area cardiologica interventistica. Sempre con riferimento al 2019, su un totale regionale di 15.614 ricoveri in mobilità passiva verso l'Emilia-Romagna, 4.408 ricoveri (pari al 28% del totale regionale) sono riconducibili ai DRG di area ortopedico-traumatologica e 506 ricoveri, pari al 3% del totale regionale sono riconducibili all'area cardiologica interventistica. Concentrando l'attenzione sui **DRG di area ortopedico-traumatologica**, la situazione, a livello di Area Vasta presenta i seguenti dati.

- Area Vasta 1: 2.030 ricoveri su 4.408 in Emilia-Romagna (un'incidenza, quindi, pari al 46%). Il dato che più induce a riflettere, tuttavia, è un altro: si osserva, infatti, che il totale complessivo dei ricoveri per DRG di area ortopedico-traumatologica, per l'anno 2019, effettuati fuori regione, da tutti i residenti nell'Area Vasta 1 è pari a 2.248. Questo evidenzia che il 90% dei ricoveri per cause di natura ortopedico-traumatologiche effettuati fuori regione, da residenti dell'Area Vasta1, sono svolti in strutture dell'Emilia-Romagna.
- Area Vasta 2: 1.206 ricoveri su 4.408 in Emilia Romagna (un'incidenza, quindi, pari al 27%). Si osserva, inoltre, che il totale dei ricoveri per DRG di area ortopedico-traumatologica, per l'anno 2019, per tutta l'Area Vasta, è pari a 1.727. Questo evidenzia che il 70% dei ricoveri extraregione, per l'area specialistica considerata, riconducibili a residenti nell'Area Vasta 2, si svolgono presso strutture dell'Emilia-Romagna.

Le percentuali di incidenza commentate (cioè i ricoveri di area ortopedico-traumatologica in mobilità passiva verso l'Emilia Romagna rispetto al totale dei ricoveri, stessi codici DRG, in mobilità passiva di tutta l'Area Vasta) denotano valori comunque importanti anche nelle altre Aree Vaste. In particolare, si segnala la percentuale osservata nell'Area Vasta 4 che è pari al 47%.

Per quanto concerne invece i **DRG di area cardiologica interventistica** il totale complessivo regionale di ricoveri in mobilità passiva è pari, nel 2019, a 859. Di questi, 506 (pari al 59%) sono svolti presso strutture dell'Emilia-Romagna e sono così distribuiti: 107 relativi a residenti nell'Area Vasta 1, 53 nell'Area Vasta 2, 109 nell'Area Vasta 3, 183 nell'Area Vasta 4 e 54 nell'Area Vasta 5. Non può sfuggire che, pur confermando la forte capacità attrattiva delle strutture emiliano-romagnole, il fattore di prossimità geografica gioca in maniera molto diversa rispetto a quanto osservato per l'area ortopedico-traumatologica. E la situazione non presenta variazioni significative nel 2018 mentre, solo nel 2017, era decisamente più elevata (151 casi) l'incidenza relativa ai residenti nell'Area Vasta 1. Per l'Area Vasta 4, ad esempio, con riferimento ai dati del 2019, i 183 ricoveri in mobilità passiva di area cardiologica interventistica in Emilia-Romagna, costituiscono il 76% del totale, percentuale sostanzialmente confermata nei 3 anni di osservazione dei dati.

Questi elementi vanno poi confrontati con i dati complessivi della domanda di ricoveri per le aree considerate e, soprattutto, con i dati complessivi della produzione, per valutare situazioni critiche dal lato dell'offerta e possibili soluzioni volte a ridurre i flussi di mobilità passiva.

Con riferimento ai dati del 2019 i ricoveri in **mobilità passiva verso la Lombardia** sono 4.073 e la numerosità più alta proviene dall'Area Vasta 2 (1.159 ricoveri pari al 28% del totale dei ricoveri in mobilità passiva verso la Lombardia) e dall'Area Vasta 1 (910 ricoveri pari al 22% del totale dei ricoveri in mobilità passiva verso la Lombardia). Non si mostrano molto distanti, comunque, le numerosità delle altre Aree Vaste: pari al 21% dall'Area Vasta 3 (870 ricoveri su 4.073 ricoveri complessivi), al 16% dall'Area Vasta 5 (679 ricoveri su 4.073 ricoveri complessivi) e al 11% dall'Area Vasta 4 (455 ricoveri su 4.073 ricoveri complessivi). Considerando i DRG più ricorrenti nella mobilità passiva regionale, per la Lombardia si rileva che i numeri dei ricoveri per i

DRG di area ortopedico- traumatologica e di area cardiologica interventistica appaiono di minore significatività rispetto a quanto rilevato per l'Emilia-Romagna. I ricoveri dei pazienti marchigiani in Lombardia, per DRG di area ortopedico-traumatologica, nel 2019, sono stati, infatti 644 mentre quelli di area cardiologica interventistica, sono stati 269, su un totale complessivo di 4.073 ricoveri in mobilità passivi verso la Lombardia (Tabella 10 e Tabella 11).

Si ritiene, infine, utile mostrare alcune osservazioni sintetiche per quanto concerne **la mobilità passiva verso l'Umbria**, regione per cui potrebbero comunque valere causali esplicative legate alla prossimità o, in senso più ampio, alla dimensione pratico-logistica. L'analisi deve comunque tener conto che i numeri in gioco non sono assolutamente paragonabili con la migrazione verso l'Emilia-Romagna (parliamo del 9% del totale dei ricoveri in mobilità passiva della Regione Marche).

Con riferimento ai dati del 2019 i ricoveri in mobilità passiva verso l'Umbria sono 2.818 e la numerosità più alta proviene dall'Area Vasta 2 (35%) e dall'Area Vasta 3 (32%). Considerando i DRG più ricorrenti nella mobilità passiva regionale, per l'Umbria va subito segnalato che risultano del tutto irrilevanti i numeri inerenti all'area cardiologica interventistica. Per quanto concerne, invece, l'area ortopedico-traumatologica, l'analisi risulta più significativa ma non adeguatamente esplicativa dei flussi registrati. I ricoveri di pazienti marchigiani in Umbria, per i DRG di area ortopedico-traumatologica, nel 2019, sono stati, infatti, 766, cioè il 27% di tutti i ricoveri in mobilità passiva con destinazione la regione umbra. A livello di Aree Vaste, i numeri di gran lunga più significativi sono riferibili a residenti nell'Area Vasta 2 e nell'Area Vasta 3. Il fenomeno nella sua interezza, tuttavia, non è piegato dai DRG più ricorrenti nella mobilità passiva regionale. È necessario, quindi, approfondire l'analisi osservando altri DRG, al di fuori delle due aree considerate.

**Tabella 10.** Mobilità Passiva: Numero di ricoveri DRG di area ortopedico-traumatologica (n.224+225+256+491+498+503+544+545) per Regione di destinazione e Area Vasta, anno 2019

	Emilia-Romagna	Lombardia	Umbria	Altre regioni	Totale Area Vasta
1 Area Vasta 1 Pesaro	2.030	100	42	76	2.248
2 Area Vasta 2 Ancona	1.206	169	231	121	1.727
3 Area Vasta 3 Macerata	498	199	323	122	1.142
4 Area Vasta 4 Fermo	368	77	85	52	582
5 Area Vasta 5 Ascoli	306	99	85	160	650
<b>Totale per regione di destinazione</b>	<b>4.408</b>	<b>644</b>	<b>766</b>	<b>531</b>	<b>6.349</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

**Tabella 11.** Mobilità Passiva: Numero di ricoveri DRG di area cardiologica interventistica (n. 104+105+518+558) per Regione di destinazione e Area Vasta, anno 2019

	Emilia-Romagna	Lombardia	Umbria	Altre regioni	Totale Area Vasta
1 Area Vasta 1 Pesaro	107	69	1	11	188
2 Area Vasta 2 Ancona	53	56	4	13	126
3 Area Vasta 3 Macerata	109	38	4	16	167
4 Area Vasta 4 Fermo	183	50	0	8	241
5 Area Vasta 5 Ascoli	54	56	0	27	137
<b>Totale per regione di destinazione</b>	<b>506</b>	<b>269</b>	<b>9</b>	<b>75</b>	<b>859</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

#### *Mobilità passiva ospedaliera. Destinazione verso strutture pubbliche e private*

Un'ulteriore riflessione riguarda l'attrattività delle strutture private al di fuori della regione. In merito a quest'ultimo punto va evidenziato, come riportato nel rapporto CENSIS, che l'attrazione dell'assistenza privata convenzionata, in Emilia Romagna e in Lombardia, assorbe circa la metà dei rimborsi a livello nazionale. Preso atto che la tendenza rilevata ha riscontro sul piano nazionale è necessario osservare

l'intensità che il fenomeno assume nel caso della mobilità passiva ospedaliera dei marchigiani. **Per quanto concerne l'Emilia Romagna**, che si ricorda attrae il 50% dei ricoveri extra-regione, **la distribuzione fra strutture pubbliche e private di destinazione vede un'incidenza del 60% di strutture private e del 40% di flussi diretti verso strutture pubbliche**. Questo dato è particolarmente rilevante e andrebbe incrociato con il tipo di DRG prevalenti nelle diverse destinazioni. È ragionevole, infatti, pensare che la migrazione sanitaria verso l'Emilia Romagna non abbia fra le causali maggiori sicuramente il mero fattore di prossimità ma neanche la maggior qualità percepita di strutture pubbliche. Di particolare interesse risulterebbe l'analisi del grado di complessità dei DRG che assorbono le risorse economiche in uscita verso le strutture private verso cui i ricoveri si dirigono. L'analisi nazionale, condotta dal rapporto CENSIS, infatti, pone in risalto che i tassi di esportazione relativi ai DRG complessi (peso > 2,5) sono significativamente più elevati di quelli riguardanti i DRG a media e bassa complessità.

È altresì interessante rilevare come, analogamente a quanto il Censis rileva a livello nazionale, il fenomeno della migrazione sanitaria verso strutture extraregionali private, evidentemente ritenute poli di eccellenza, abbia riscontro anche per le destinazioni Lombardia e Lazio. Riprendendo i dati del 2019, su 4.073 ricoveri effettuati in Lombardia, l'83% coinvolge strutture private. La mobilità verso strutture pubbliche, pur di eccellenza, è modesta. Così la migrazione verso il Lazio, dove la mobilità in uscita verso strutture private incide per il 73% del totale (pari a 2.696 ricoveri).

**Un'indicazione decisamente contraria si osserva, invece, per quanto concerne la mobilità in uscita verso l'Umbria. Su 2.818 ricoveri effettuati nel 2019, solo il 19% è stato appannaggio di strutture private, mentre l'81% ha riguardato strutture pubbliche. È pertanto evidente che siamo di fronte a causali di scelta e, sicuramente, tipo di patologie diverse.**

I dati commentati, e suscettibili di ulteriori, necessari approfondimenti, indicano comunque, un primo segnale chiaro che gli stessi accordi con regioni limitrofe, debbono basarsi sulla specificità dei flussi di mobilità passiva e sulla peculiarità delle motivazioni di scelta dei residenti marchigiani.

Gli approfondimenti necessari appaiono legati, in primis, all'indagine delle motivazioni ultime che spingono i cittadini marchigiani a orientarsi fuori regione, soprattutto per determinate tipologie di ricoveri, verso strutture di natura privata.

**Il citato rapporto CENSIS, definisce la Regione Marche "di cerniera", in quanto allo stesso tempo destinataria di notevoli flussi di ricovero dal Sud e tributaria di correnti di esodo verso il Nord.** Tuttavia, come osservato sopra, il saldo annuale di mobilità, pur in riduzione, permane pesantemente negativo, per cui si evidenzia una criticità sulla quale, per i fattori "controllabili" dalla governance sanitaria regionale, appare necessario intervenire.

Per quanto concerne **le motivazioni delle scelte individuali**, attualmente, non disponiamo di riscontri sufficientemente attendibili. Si possono attivare ulteriori analisi per supportare alcune ipotesi interpretative ed escluderne delle altre.

Una fonte ad oggi disponibile è costituita dai risultati delle interviste a pazienti riportata nel sopra citato rapporto Censis. In particolare, nel rapporto Censis del 2017, con riferimento al fenomeno a livello nazionale, sulla base di interviste somministrate a un campione di cittadini italiani, emerge che nella quasi totalità dei casi i pazienti non hanno particolari legami con il territorio in cui è situato l'ospedale del ricovero: i pazienti hanno scelto di andare fuori regione pur disponendo di un ospedale nelle immediate vicinanze. Nella maggioranza dei casi, raggiungere l'ospedale in cui gli intervistati sono stati ricoverati ha richiesto uno spostamento considerevole, mentre l'ospedale più vicino nella propria regione distava meno di 10 chilometri dall'abitazione dei pazienti, solo in meno del 10% dei casi si trovava invece ad una distanza superiore ai 50 chilometri.

Lo stesso rapporto Censis rileva che i pazienti, nella maggior parte dei casi, concretizzano la propria decisione sulla base di una **scelta informata**. Riguardo questo aspetto, le interviste mostrano che:

- nella maggioranza dei casi (55%) le persone ricoverate fuori regione hanno avuto indicazioni di recarsi in un ospedale al di fuori della regione di residenza dal medico di famiglia;
- il 18% lo ha fatto tramite la rete di conoscenze familiari e amicali;

- poco più dell'11% si è servito di parenti, amici o conoscenti che vivono nella zona in cui è localizzato l'ospedale.

Da tale indagine campionaria, in aggiunta, si evince che **la scelta effettuata è una scelta consapevole oltre che informata**. Infatti, circa l'80-90% ha espresso un giudizio, sia in termini generali che in riferimento specifico alla propria patologia e la soddisfazione pressoché unanime circa la qualità delle prestazioni ottenute dagli intervistati fuori dalla loro regione (oltre il 95%).

Non bisogna dimenticare i **principali problemi manifestati dagli intervistati**: il 58% dei rispondenti ha lamentato l'onerosità dei costi monetari sostenuti per la migrazione; il 43% ha fatto riferimento a difficoltà di ordine più psicologico ed emozionale, e quindi al senso di solitudine che l'essere ricoverati lontano da casa ha prodotto; infine rimangono residuali le indicazioni relative ai disagi legati agli spostamenti (4%). A queste problematiche si legano quelle sostenute dall'eventuale accompagnatore.

Le considerazioni devono, comunque, tener conto che resta sempre una quota di deflusso non determinata dai fattori suddetti (il 10% a livello nazionale dalle rilevazioni CENSIS), ma legata a bisogno di un ricovero al di fuori della propria regione, determinato da eventi quali incidenti o contrazione di una malattia nel periodo di soggiorno fuori dai confini della propria regione di residenza (c.d. quota fisiologica).

### 3.3. LA MOBILITÀ PASSIVA: FOCUS SULLE PRINCIPALI AREE DI “FUGA”

A livello regionale, i 20 DRG più frequenti spiegano il 36% dei ricoveri in mobilità passiva con una concentrazione molto significativa sui sei codici maggiormente frequenti.

L'analisi del valore medio attribuito ai DRG in mobilità passiva (utilizzato come indicatore di complessità dei casi trattati) mostra una relativa maggiore complessità dei DRG in mobilità passiva sul totale dato che i primi 20 DRG in numerosità spiegano, per il 2019, oltre il 43% in valore della mobilità passiva ospedaliera regionale rispetto al 36% dei ricoveri.

I DRG più rilevanti, per numerosità, nel 2019 sono stati il 544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianti degli arti inferiori e il 503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi precoce di infezione. Negli anni precedenti la situazione non mostra variazioni significative in quanto, comunque, i DRG di **area ortopedico-traumatologica** causano gli importi maggiori della mobilità passiva. In particolare, il DRG 544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto arti inferiore mostra le seguenti incidenze in termini di valore:

- nel 2017 per 15.245mila – 12,3% della spesa – 1.733 casi su 4.090 ricoveri;
- nel 2018 per 15.617mila – 12,48% della spesa – 1.748 casi su 4.169 ricoveri;
- nel 2019 per 16.002mila – 13,19% della spesa – 1.821 casi su 4.128 ricoveri;
- nel 2020 per 11.483mila – 12,38% della spesa – 1.299 casi su 3.804 ricoveri.

Il DRG 503 - interventi sul ginocchio senza diagnosi di infezione, pesa per un 2,5% costante della spesa ed è sempre presente tra primi 5 DRG, dal 2017 al 2020.

Un'altra area che mostra, costantemente nel periodo considerato, un'incidenza significativa nella mobilità passiva ospedaliera, è la **cardiologia interventistica**.

Si precisa che l'approccio metodologico seguito per rilevare tale fenomeno è il seguente: dall'elenco dei primi 20 DRG che generano i maggiori deflussi economici in mobilità passiva a livello regionale si sono identificati i DRG di area ortopedico-traumatologica e quelli di area cardiologica interventistica. I primi sono rappresentati da 8 DRG (elencati nel successivo paragrafo 3.3.1) mentre i secondi sono rappresentati da 4 DRG (elencati successivamente). L'analisi della domanda espressa dai residenti della Regione Marche e del numero dei ricoveri richiesti dagli stessi residenti a strutture fuori regione ha evidenziato che (tabella 12):

- per i DRG di area ortopedico-traumatologica che figurano tra i primi 20 DRG di mobilità passiva a livello regionale, nel 2019, si riscontrano 16.434 ricoveri di domanda espressa dai residenti della Regione

Marche, di cui 6.349 (pari al 39%) ricoveri sono effettuati in strutture ospedaliere al di fuori delle Marche.

- per i DRG di area cardiologica interventistica nel 2019, la domanda complessiva di ricoveri di residenti per i primi 20 DRG (a cui è aggiunto il DRG 105, 21° nel 2019 ma sempre tra i primi 20 negli altri anni) è di 3.054 casi di cui 859 fuori regione (pari al 28%).

Per completare il quadro informativo sulle due aree citate e comprendere il reale livello di criticità nel sistema sanitario regionale, occorre fare riferimento alla domanda complessiva di ricoveri nelle aree considerate e verificare la distribuzione fra ricoveri erogati da strutture regionali rispetto ai ricoveri erogati fuori regione e causanti mobilità passiva.

**Tabella 12. Mobilità passiva: distribuzione principali DRG area ortopedica e cardiologica, ricoveri eseguiti in e fuori Regione 2019**

DGR	Totale	Regione (N)	FUORI Regione (N)	% Regione sul Totale	% FUORI Regione sul Totale
<b>CARDIOVASCOLARE</b>					
C 104 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	446	306	140	69%	31%
C 105 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	529	464	65	88%	12%
C 518 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	919	558	361	61%	39%
C 558 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	1160	867	293	75%	25%
<b>Totale (CARDIOVASCOLARE)</b>	<b>3054</b>	<b>2195</b>	<b>859</b>	<b>72%</b>	<b>28%</b>
<b>APP OSTEO ARTICOLARE</b>					
C 224 - Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	2066	1270	796	61%	39%
C 225 - Interventi sul piede	2183	1371	812	63%	37%
C 491 - Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	373	217	156	58%	42%
C 498 - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	339	148	191	44%	56%
C 503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	3289	1691	1598	51%	49%
C 544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	5187	3366	1821	65%	35%
C 545 - Revisione di sostituzione dell'anca o dei ginocchi	372	222	150	60%	40%
M 256 - Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	2625	1800	825	69%	31%
<b>Totale (APP OSTEO ARTICOLARE)</b>	<b>16434</b>	<b>10085</b>	<b>6349</b>	<b>61%</b>	<b>39%</b>
<b>Totale</b>	<b>19488</b>	<b>12280</b>	<b>7208</b>	<b>63%</b>	<b>37%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Si tenga inoltre conto che il rilevante peso che hanno i DRG di tipo ortopedico-traumatologico e cardiologico interventistico nell'analisi della mobilità passiva regionale determinano, conseguentemente, un rilevante peso dell'attività riabilitativa post-intervento (si pensi al post-intervento di un intervento chirurgico protesico dell'anca), generando un effetto moltiplicatore sugli addebiti.

Ciò premesso, il primo report ha evidenziato la necessità di:

- analizzare i DRG e le diagnosi al loro interno e collegarli alle reti cliniche regionali mancanti o non considerate dai residenti marchigiani, con riferimento alle specialità ortopedico-traumatologiche e cardiologiche interventistiche;**
- nel caso delle specialità ortopediche e cardiologiche, compilare una matrice diagnosi-destinazione per analizzare i flussi verso poli specifici;**

### C. nella cardiologia operare l'analisi delle diagnosi sui territori provinciali (per Area Vasta).

I paragrafi seguenti approfondiscono i punti di cui sopra. I dati presentati sono relativi all'anno 2019 considerato rappresentativo delle tendenze in atto.

#### La Rappresentazione dei fenomeni e i suoi limiti

Un elemento per valutare l'adeguatezza del sistema sanitario regionale a rispondere alla domanda di prestazioni di ricovero ospedaliero può essere ricercato nella mobilità passiva dei residenti ossia nella quota di domanda che non si indirizza verso lo stesso sistema regionale, o non trovando in esso risposta reputata adeguata, viene soddisfatta da sistemi sanitari di altre regioni: esso non può essere inteso come unico elemento di giudizio ma come uno degli elementi utili per rappresentare complessivamente la situazione. Una elevata mobilità passiva può essere frutto da una scelta operata o di una situazione consapevolmente accettata per specifici quadri patologici per cui non si ritenga opportuno predisporre una offerta specifica per motivi di qualità od economicità di prestazioni in presenza di una frequenza limitata di patologie che trattabili da altri sistemi regionali, specie per quelle non tempo-dipendenti per cui si possono programmare ricoveri, trattamenti ed interventi.

### 3.3.1. Le specialità ortopediche

Si ricorda che, come riportato nel primo report, per il 2019 come anno di riferimento tra i primi DRG abbiamo, per tutta la Regione, i seguenti di area ortopedica:

·	544 Sostituzione articolazioni maggiori	16.002ml
·	503 Interventi sul ginocchio	3.114ml
·	498 Artrodesi vertebrale escluso cervicale	2.297ml
·	224 interventi su spalla e avambraccio	2.072ml
·	256 Altre diagnosi muscolo-scheletriche	1.830ml
·	545 Revisione sostituzione anca o ginocchio	1.688ml
·	225 Interventi sul piede	1.477ml
·	491 Interventi su articolazioni maggiori	1.324ml

Totale costo mobilità passiva per i DRG tra i primi 20 per euro **29.804 ml**  
 Pari a circa il 25% del totale della mobilità passiva 2019 pari a **121.277ml**

Per questi DRG di area ortopedica nel 2019, si segnalano **6.349 ricoveri in mobilità passiva** per residenti in Regione Marche pari al **39% del totale di 16.434 ricoveri** (tabella 1)

**Tabella 13. Mobilità passiva: numero di ricoveri per i principali DRG di area ortopedico-traumatologica – anno 2019**

NDC	DRG	Totale	Attività in Regione	Mob. Pass. (N)	Mob. Pass. (%)	% FUORI REGIONE sul Totale
8 *	C 224 - Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	2066	1270	796	13%	39%
8 *	C 225 - Interventi sul piede	2183	1371	812	13%	37%
8 *	C 491 - Interventi su articolazioni maggiori e reimpanti di arti superiori	373	217	156	2%	42%
8 *	C 498 - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	339	148	191	3%	56%
8 *	C 503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	3289	1691	1598	25%	49%
8 *	C 544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	5187	3366	1821	29%	35%



8 *	C 545 - Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	372	222	150	2%	40%
8 *	M 256 - Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	2625	1800	825	13%	31%
8 *	<b>Totale</b>	<b>16434</b>	<b>10085</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>	<b>39%</b>

8\* Malattie e disturbi dell'apparato osteomuscolare e del tessuto connettivo - Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Considerando la **distribuzione territoriale della provenienza** della mobilità passiva il maggior numero di ricoveri è proveniente da cittadini residenti in Area Vasta 1 (2.248 sul totale di 6.349 ricoveri, pari al 35%), a seguire i cittadini di Area Vasta 2, Area Vasta 3, Area Vasta 5 e Area Vasta 4.

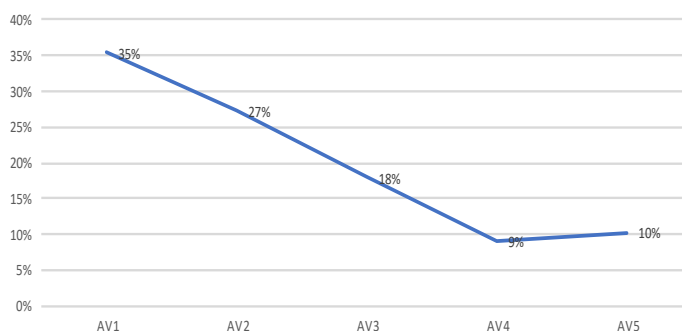
**Tabella 14. Mobilità passiva: numero di ricoveri per i principali DRG di area ortopedica per Area Vasta di residenza dei pazienti – 2019**

## MOBILITA' 2019 INTERVENTI OSTEOMUSCOLARI

### PER DGR ORTOPEDICI E SINGOLE AAVV

MOBILITA' PASSIVA ORTOPEDIA PER SINGOLA AV IN BASE A DGR	AV1	AV2	AV3	AV4	AV5	TOTALI
C 224 - Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	309	223	144	60	60	796
C 225 - Interventi sul piede	331	240	118	46	77	812
C 491 - Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	48	42	37	15	14	156
C 498 - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	75	34	26	16	40	191
C 503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	582	405	272	178	161	1598
C 544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	605	500	336	194	186	1821
C 545 - Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	50	50	26	13	11	150
M 256 - Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	248	233	183	60	101	825
<b>TOTALI</b>	<b>2248</b>	<b>1727</b>	<b>1142</b>	<b>582</b>	<b>650</b>	<b>6349</b>

MOBILITA' 2019 PER INTERVENTI ORTOPEDICI NELLE SINGOLE AAVV



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

**Ponderati per la popolazione residente al 1° gennaio 2020**, i ricoveri in mobilità passiva associati ai principali DRG di area ortopedica per ogni 1.000 abitanti presentano una certa disomogeneità di frequenza, infatti si rivolgono a strutture fuori regione:

- 6,30 residenti dell'Area Vasta 1;
- 4,31 residenti dell'Area Vasta 3;
- 3,69 residenti dell'Area Vasta 2;
- 3,38 residenti dell'Area Vasta 4;
- 3,15 residenti dell'Area Vasta 5.

Va evidenziato che la distribuzione della mobilità passiva è eterogenea: si va dal valore più basso dell'Area Vasta 5 (pari a 3,15 ricoveri in mobilità passiva ogni 1.000 abitanti) al valore più elevato dell'Area Vasta 1 (pari a 6,30 ricoveri in mobilità passiva ogni 1.000 abitanti). Va, inoltre, rilevato che i flussi di mobilità passiva dovuti a ricoveri di area ortopedicotraumatologica (per i DRG più rilevanti richiamati in precedenza) nell'Area Vasta 1

rappresentano il 59% del totale dei ricoveri dei residenti nell'area, nell'Area Vasta 3 il 38% e nelle altre Aree Vaste circa il 30%.

Con riferimento ai DRG di area ortopedico-traumatologica che spiegano la parte più rilevante della mobilità passiva regionale, abbiamo provato a verificare la "composizione" del flusso di mobilità passiva ospedaliera verso le principali regioni di destinazione, distintamente per Area Vasta. Sempre con riferimento al 2019, su un totale regionale di 15.614 ricoveri in mobilità passiva verso l'Emilia-Romagna, 4.408 ricoveri (pari al 28% del totale regionale) sono riconducibili ai DRG di area ortopedico-traumatologica. La situazione, a livello di Area Vasta presenta i seguenti dati:

- Area Vasta 1: 2.030 ricoveri su 4.408 in Emilia Romagna (un'incidenza, quindi, pari al 46%). Il dato che più induce a riflettere, tuttavia, è un altro: si osserva, infatti, che il totale complessivo dei ricoveri per DRG di area ortopedico-traumatologica, per l'anno 2019, effettuati fuori regione, da tutti i residenti nell'Area Vasta 1 è pari a 2.248. Questo evidenzia che il 90% dei ricoveri per cause di natura ortopedico-traumatologiche effettuati fuori regione, da residenti dell'Area Vasta 1, sono svolti in strutture dell'Emilia Romagna.
- Area Vasta 2: 1.206 ricoveri su 4.408 in Emilia Romagna (un'incidenza, quindi, pari al 27%). Si osserva, inoltre, che il totale dei ricoveri per DRG di area ortopedico-traumatologica, per l'anno 2019, per tutta l'Area Vasta, è pari a 1.727. Questo evidenzia che il 70% dei ricoveri extraregione, per l'area specialistica considerata, riconducibili a residenti nell'Area Vasta 2, si svolgono presso strutture dell'Emilia Romagna.

Le percentuali di incidenza commentate (cioè i ricoveri di area ortopedico-traumatologica in mobilità passiva verso l'Emilia-Romagna rispetto al totale dei ricoveri, stessi codici DRG, in mobilità 119 passiva di tutta l'Area Vasta) denotano valori comunque importanti anche nelle altre Aree Vaste. In particolare, si segnala la percentuale osservata nell'Area Vasta 4 che è pari al 47%.

Per la Lombardia si rileva che i numeri dei ricoveri appaiono di minore significatività rispetto a quanto rilevato per l'Emilia-Romagna: i ricoveri dei pazienti marchigiani in Lombardia, per DRG di area ortopedico-traumatologica, nel 2019, sono stati, infatti 644 su un totale complessivo di 4.073 ricoveri in mobilità passivi verso la Lombardia.

I ricoveri di pazienti marchigiani in Umbria, per i DRG di area ortopedico-traumatologica, nel 2019, sono stati 766, cioè il 27% di tutti i ricoveri in mobilità passiva con destinazione la regione umbra. A livello di Aree Vaste, i numeri di gran lunga più significativi sono riferibili a residenti nell'Area Vasta 2 e nell'Area Vasta 3. Il fenomeno nella sua interezza, tuttavia, non è piegato dai DRG più ricorrenti nella mobilità passiva regionale. È necessario, quindi, approfondire l'analisi osservando altri DRG, al di fuori delle due aree considerate.

## I principali DRG e le diagnosi al loro interno

L'analisi delle diagnosi che hanno determinato il ricovero per i DRG di area ortopedica mostra una tendenza comune: nonostante l'elevata numerosità delle tipologie di diagnosi principali in ciascun DRG considerato, **i ricoveri in mobilità passiva si concentrano due o tre diagnosi.**

Ad esempio all'interno del **DRG 544 "Sostituzione articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori"** tra le 39 diagnosi presenti **1.643 casi pari al 90% dei 1.821 ricoveri in mobilità passiva si concentrano in due sole** (artrosi localizzata primaria di ginocchio e anca).

Analogha situazione di concentrazione si rileva nel **DRG "256 Altre diagnosi muscolo-scheletriche"**: in cui tra 50 diagnosi **713 casi pari all'86% degli 825 ricoveri si concentrano in "Sostituzione di articolazione del ginocchio" e "Sostituzione di articolazione dell'anca"**. Un secondo fenomeno degno di nota è rappresentato dalla **minore complessità delle diagnosi principali dei ricoveri per i DRG di area ortopedica in mobilità passiva**. In riferimento al **DRG 544 "Sostituzione articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori"** le due diagnosi di artrosi localizzata primaria di ginocchio e anca, **contano 1.643 ricoveri su 1821 (il 90% del totale)**. Mentre per il **DRG 225 "Interventi sul piede"** la diagnosi principale "Alluce valgo (acquisito)" rappresenta da sola **503 casi (pari al 62%) del totale di 812 casi** dei ricoveri in mobilità passiva.

## La matrice diagnosi-destinazione per analizzare i flussi verso poli specifici

Le regioni di **maggiore destinazione dei ricoveri di area ortopedica** dei marchigiani sono:

- **l'Emilia-Romagna** (a cui si rivolgono il **68% dei cittadini**),
- **la Lombardia** (che riceve il **13% dei cittadini**),
- **l'Umbria** (che accoglie l'**11% dei marchigiani**)

e a seguire tutte le restanti Regioni per il solo l'8% del totale. I maggiori deflussi verso l'Emilia-Romagna sono spiegati da ricoveri per i residenti dell'Area Vasta 1 e dell'Area Vasta 2; quelli verso la Lombardia e l'Umbria da cittadini residenti nell'Area Vasta 2 e nell'Area Vasta 3. La tendenza, già rilevata nel primo report, è solo in parte spiegabile dal fattore di prossimità geografica.

### Le principali diagnosi determinanti i deflussi verso l'Emilia-Romagna

I flussi per ricoveri per i principali DRG di area ortopedica verso le strutture dell'Emilia-Romagna sono concentrati su alcune diagnosi: **asportazione della cartilagine semilunare del ginocchio, sostituzione totale del ginocchio, sostituzione totale dell'anca, riparazione cuffia rotatori.**

**Tabella 15.** Principali interventi osteomuscolari che determinano flussi di mobilità passiva verso l'Emilia-Romagna – 2019

#### MOBILITA' 2019 INTERVENTI OSTEOMUSCOLARI

#### EMILIA ROMAGNA

LA MAGGIOR MOBILITA' PASSIVA NEL 2019 SI E' VERIFICATA VERSO L' EMILIA ROMAGNA.

4914 UTENTI HANNO SCELTO DI ESEGUIRE INTERVENTI SANITARI IN TALE REGIONE, DI QUESTI 4408 PER INTERVENTI OSTEOMUSCOLARI.

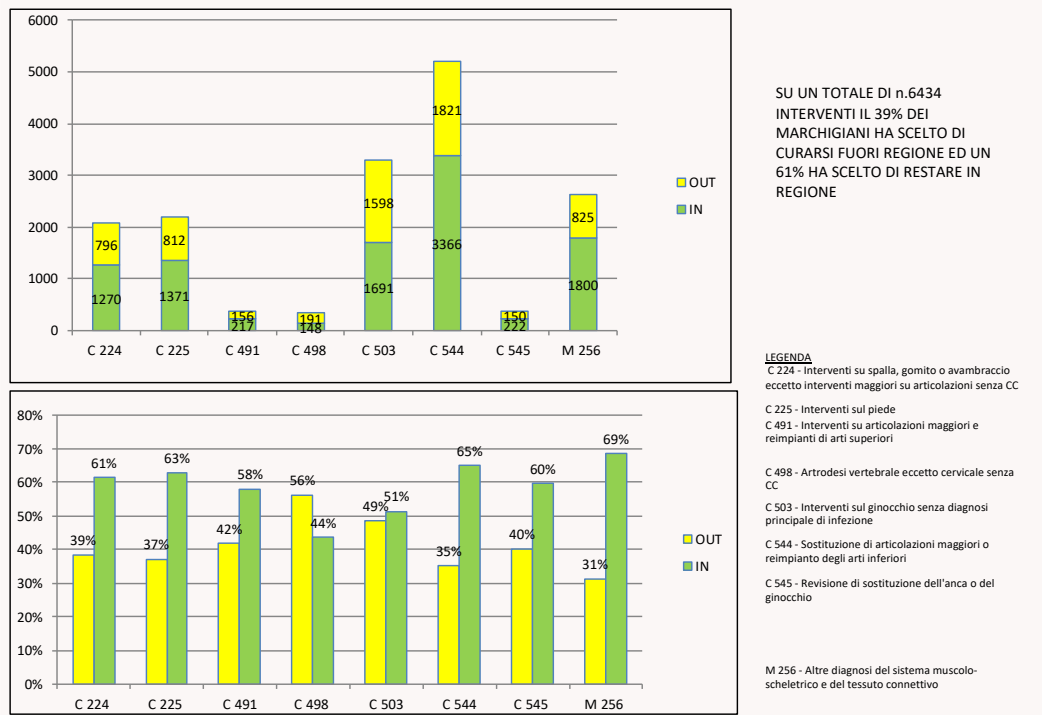
IN TABELLA SI RIASSUMONO LE PRESTAZIONI OSTEOMUSCOLARI MAGGIORMENTE ESEGUIRE.

DRG	DIAGNOSI	N	%
C 503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale infezione	ASPORTAZIONE CARTILAGINE SEMILUNARE GINOCCHIO (806)	816	18,51%
C 544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianti degli arti inferiori	SOSTITUZIONE TOTALE DEL GINOCCHIO (8154)	692	15,70%
C 544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianti degli arti inferiori	SOSTITUZIONE TOTALE DELL'ANCA (8151)	509	11,55%
C 224 - Interventi su spalla, gomito o avambraccio ed interventi maggiori su articolazioni senza CC	RIPARAZIONE CUFFIA ROTATORI (8363)	458	10,39%
C 225 - Interventi sul piede	Asportazione di borsite con correzione dei tessuti molli ed osteotomia del primo metatarso (7751)	362	8,21%
C 503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale infezione	RIPARAZIONE LEGAMENTI CROCIATI (8145)	222	5,04%
C 491 - Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti arti superiori	SOSTITUZIONE TOTALE DELLA SPALLA (8180)	134	3,04%

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

### I poli specifici di destinazione

Gli istogrammi successivi mostrano in valore assoluto e percentuale le strutture di destinazione dei residenti entro o fuori regione indipendentemente da natura pubblica o privata della struttura.

**Figura 3** I principali DRG di area ortopedico-traumatologica: i residenti verso strutture regionali o fuori regione – anno 2019

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Se per gli stessi DRG consideriamo invece la **caratteristica pubblica o privata della struttura di destinazione** vediamo come il **49% dei ricoveri si rivolge a strutture private** con:

- **1.069 ricoveri su 1.800 pari al 59%** DRG M256 "Altre diagnosi sistema muscolo-scheletrico",
- **951 ricoveri su 1.691 pari al 56%** per il DRG C503 "Interventi sul ginocchio",
- **705 ricoveri su 1.371 pari al 51%** per il DRG C225 "Interventi sul piede",
- **1.361 ricoveri su 3.366 pari al 40%** per il DRG C544 "Sostituzione articolazioni arti inferiori".

**Tabella 16.** Numero di ricoveri in mobilità passiva per principali DRG di area ortopedica per natura strutture di destinazione – 2019

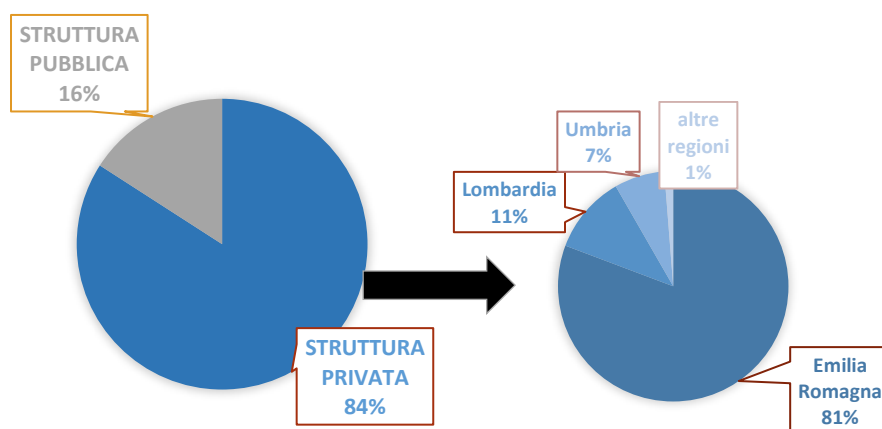
DGR di area ortopedica	pubblico	privato	totale	% pubblico	% privato
C 224 - Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	624	646	1.270	51%	49%
C 225 - Interventi sul piede	705	666	1.371	49%	51%
C 491 - Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	104	113	217	52%	48%
C 498 - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	48	100	148	68%	32%
C 503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	951	740	1.691	44%	56%
C 544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	1.361	2.005	3.366	60%	40%
C 545 - Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	80	142	222	64%	36%
M 256 - Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1.069	731	1.800	41%	59%
<b>Totale DRG indicati</b>	<b>4.942</b>	<b>5143</b>	<b>10.085</b>	<b>51%</b>	<b>49%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

L'analisi su natura pubblica o privata delle strutture eroganti il ricovero e su singole strutture ha rilevato fenomeni generalizzabili per tutti i DRG di area ortopedica più rilevanti a livello regionale. L'analisi che segue si focalizza su circa l'80% del volume dei ricoveri che hanno generato mobilità passiva per i DRG più rilevanti di area ortopedica (**5.234 ricoveri di 6.349 complessivi**).

Ben **4.402 ricoveri (pari all'84% del totale)** sono erogati da strutture di natura privata, di cui il **67% site in Emilia-Romagna (3.499 ricoveri)**, il **9 % site in Lombardia (475 ricoveri)**, il **6% site in Umbria (306 ricoveri)**; il **16% dei ricoveri (832 ricoveri)** sono erogati da strutture di natura pubblica, di cui il **10% da quelle site in Emilia-Romagna (501 ricoveri)** e il **6% da quelle site in Umbria (324 ricoveri)**.

**Figura 4** I principali DRG di area ortopedico-traumatologica: l'incidenza delle strutture pubbliche e private di destinazione – anno 2019



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Anche la distribuzione tra le strutture di destinazione offre una elevata concentrazione dato che **oltre il 90% del totale dei ricoveri nelle strutture private site in Emilia-Romagna** (circa 3.500 ricoveri) è erogato da **5 strutture private (su 12 rilevate nell'analisi)**:

- la Casa di Cura Montanari di Morciano di Romagna (RN)
- Villa Maria Cecilia Hospital di Cotignola (RA)
- Casa di Cura Villa Maria di Rimini
- Casa di cura Malatesta Novello di Cesena (FC)
- Casa di cura Sol et Salus di Rimini

I maggiori flussi provengono dai cittadini residenti nell'Area Vasta 1 e nell'Area Vasta 2: i cittadini del nord delle Marche scelgono in prevalenza Villa Maria Cecilia Hospital, Casa di cura Montanari, Sol et Salus; mentre i marchigiani residenti nell'Area Vasta 2 privilegiano Casa di Cura Villa Maria, Malatesta Novello, Casa di Cura Montanari.

**Le strutture di destinazione non sembrano essere scelte solo per la prossimità territoriale** dato che pur essendo le 3 procedure chirurgiche maggiormente frequenti (asportazione della cartilagine e sostituzione totale ginocchio ed anca) disponibili presso le strutture di Morciano di Romagna (a 32 km da Pesaro), Rimini e Cesena (rispettivamente a 42km e 70 km da Pesaro) dall'Area Vasta 1 ben 451 residenti si orientano verso la struttura di Cotignola distante 109 km.

**Tabella 17.** Numero ricoveri mobilità passiva relativi ai principali DRG area ortopedica per destinazione Emilia-Romagna – 2019

DRG di area ortopedica per destinazione Emilia-Romagna	Numero ricoveri per residenti della Regione Marche	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 1	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 2	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 3	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 4	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 5
Casa di Cura Prof. E. Montanari	773	370	204	74	93	32

Villa Maria Cecilia Hospital	684	451	96	53	48	36
Casa di Cura Villa Maria	669	199	262	98	47	63
Malatesta Novello	551	128	242	78	61	42
Sol et Salus	518	370	129	11	7	1
Altre strutture private	304	117	90	46	18	33
<b>Ricoveri Strutture private dell'Emilia-Romagna*</b>	<b>3.499</b>	<b>1.635</b>	<b>1.023</b>	<b>360</b>	<b>274</b>	<b>207</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

\*Si ricorda che il campione di analisi è costituito dall'80% del volume dei ricoveri in mobilità passiva per i DRG più rilevanti di area ortopedica

La quasi totalità dei ricoveri in mobilità passiva nelle strutture pubbliche dell'Emilia-Romagna (circa 500 ricoveri) è erogata **dall'Istituto Ortopedico Rizzoli e dall'Ospedale "Cervesi" di Cattolica**.

I marchigiani si rivolgono a strutture private dell'Emilia-Romagna prevalentemente per **interventi**:

- di **asportazione della cartilagine del ginocchio**,
- di **sostituzione totale di ginocchio**
- di **sostituzione totale di anca**

queste tre tipologie di interventi complessivamente generano **2.017 ricoveri in mobilità passiva** sul totale per i DRG più rilevanti di area ortopedico-traumatologica (6.349 ricoveri).

**Tabella 18.** Mobilità passiva: sedi delle strutture dell'Emilia-Romagna in cui sono stati eseguiti gli interventi ortopedici prevalenti – 2019

SEDE ASPORTAZIONE CARTILAGINE GINOCCHIO		
STRUTTURE	N. UTENTI	% UTENTI
MONTANARI (RIMINI)	229	28,06%
MALATESTA NOVELLO (CESENA)	146	17,89%
VILLA MARIA CECILIA HOSPITAL (RAVENNA)	138	16,91%
SOL ET SALUS (RIMINI)	88	10,78%
ALTRE STRUTTURE	215	26,35%
TOTALE INTERVENTI	816	100,00%

SEDE SOSTITUZIONE TOTALE DEL GINOCCHIO		
STRUTTURE	N. UTENTI	% UTENTI
CASA DI CURA VILLA MARIA (RIMINI)	154	22%
MALATESTA NOVELLO (CESENA)	115	16,62%
VILLA MARIA CECILIA HOSPITAL (RAVENNA)	108	15,61%
CASA DI CURA MONTANARI (RIMINI)	105	15,17%
SOL ET SALUS (RIMINI)	100	14,45%
ALTRE STRUTTURE	110	15,90%
TOTALE INTERVENTI	692	100,00%

SEDE SOSTITUZIONE TOTALE DELL'ANCA		
STRUTTURE	N. UTENTI	% UTENTI
VILLA MARIA CECILIA HOSPITAL (RAVENNA)	98	19%
MALATESTA NOVELLO (CESENA)	86	16,90%
CASA DI CURA VILLA MARIA (RIMINI)	69	13,56%
SOL ET SALUS (RIMINI)	59	11,59%
MONTANARI (RIMINI)	55	10,81%
RIZZOLI	45	9%
CASA DI CURA SAN FRANCESCO	39	8%
ALTRE STRUTTURE	58	11,39%
TOTALE INTERVENTI	509	100,00%

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

I due terzi dei ricoveri nelle strutture private lombarde (475 ricoveri) si dirigono verso l'**Istituto Clinico S. Siro Spa di Milano**.

**Tabella 19.** Numero di ricoveri in mobilità passiva relativi ai principali DRG di area ortopedico-traumatologica per struttura privata di destinazione della Lombardia – anno 2019

	Numero ricoveri per residenti della Regione Marche	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 1	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 2	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 3	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 4	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 5
Ist.Clinico S.Siro Spa-Milano	355	38	102	152	24	39
Altre strutture private	120	22	36	17	13	32
<b>Ricoveri presso le strutture private della Lombardia*</b>	<b>475</b>	<b>60</b>	<b>138</b>	<b>169</b>	<b>37</b>	<b>71</b>

\*Si ricorda che il campione di analisi è costituito dall'80% del volume dei ricoveri in mobilità passiva per i DRG più rilevanti di area ortopedica – anno 2019.  
Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

La ripartizione per i 630 ricoveri ortopedici presso le strutture umbre si presenta difforme: **324 ricoveri sono erogate da strutture pubbliche e 306 dalle strutture private della stessa regione: la Clinica Lami e la Casa di Cura Villa Aurora Srl erogano circa il 75% dei ricoveri mentre l'Azienda Ospedaliera di Perugia eroga il 70% dei ricoveri nelle strutture pubbliche**. I flussi, sia verso le strutture private che verso le pubbliche, provengono da residenti nell'Area Vasta 2 e 3.

**Tabella 20.** Numero di ricoveri in mobilità passiva relativi ai principali DRG di area ortopedico-traumatologica per struttura privata e pubblica di destinazione dell'Umbria– anno 2019

	Numero ricoveri per residenti della Regione Marche	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 1	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 2	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 3	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 4	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 5
Clinica Lami	175	7	95	67	2	4
Altre strutture private	131	5	40	55	15	16
<b>80% dei ricoveri in mobilità passiva presso le strutture private dell'Umbria</b>	<b>306</b>	<b>12</b>	<b>135</b>	<b>122</b>	<b>17</b>	<b>20</b>
Azienda Ospedaliera di Perugia	226	1	43	82	54	46
Altre strutture pubbliche	98	5	13	70	5	5
<b>80% dei ricoveri in mobilità passiva presso le strutture pubbliche dell'Umbria</b>	<b>324</b>	<b>6</b>	<b>56</b>	<b>152</b>	<b>59</b>	<b>51</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

### 3.3.2. Le specialità cardiologiche

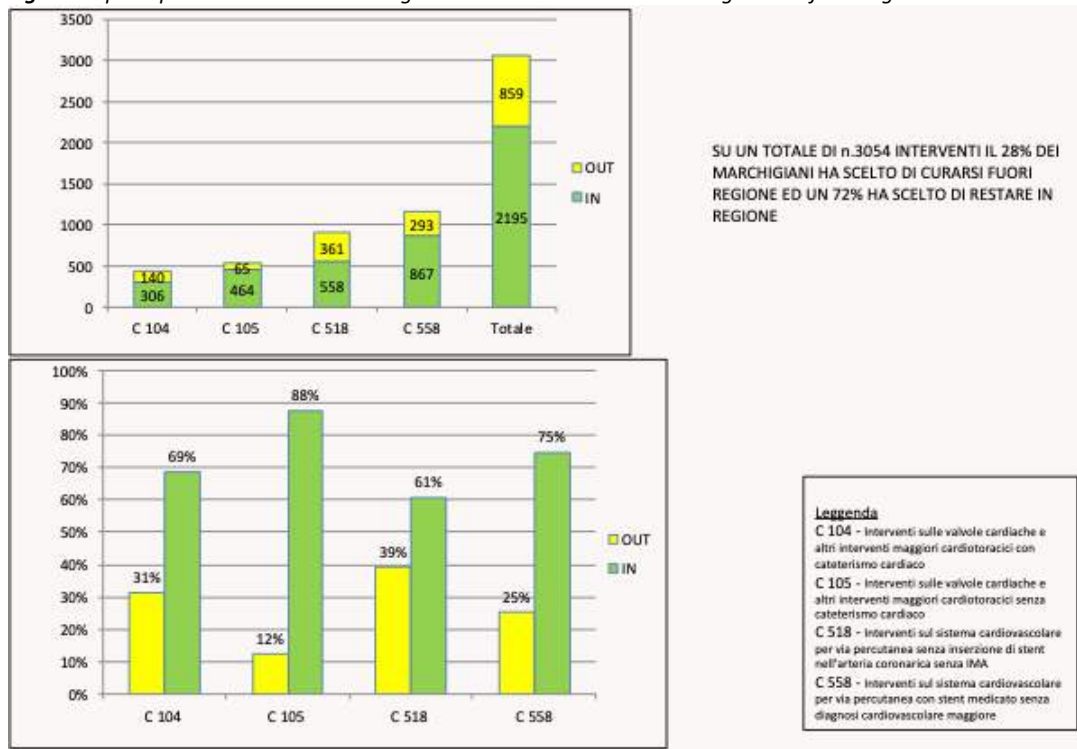
All'interno dei DRG di maggiore rilevanza finanziaria per mobilità passiva ritroviamo alcuni DRG Cardiologici riferiti ad attività interventistica quali, nel 2019 assunto come riferimento:

- 104 – Interventi su valvole cardiache con cateterismo 3.504ml
- 105 – Interventi su valvole cardiache senza cateterismo 1.307ml
- 558 – Interventi su sistema cardiovascolare percutanei con stent 1.852ml
- 518 – Interventi su sistema cardiovascolare percutanei senza stent 1.586ml

Totale costo della mobilità passiva per i 4 DRG di area cardiologica interventistica 8.249ml

Pari a circa il 7% del totale della mobilità passiva 2019 pari a 121.277ml

**Figura 5** I principali DRG di area cardiologica: i residenti verso strutture regionali o fuori regione – anno 2019



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Per i DRG di area cardiologica interventistica, tra i primi 20 DRG di mobilità passiva a livello regionale, si riscontrano **3.054 ricoveri di domanda espressa** dai residenti della Regione Marche, di cui **859 (pari al 28%)** ricoveri sono effettuati in strutture ospedaliere al di fuori delle Marche.

Il DRG 558 “Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore” ed il DRG 518 “Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell’arteria coronarica senza IMA” sono i quadri che nel 2019 presentano la maggiore numerosità e frequenza presentandosi rispettivamente:

- Il DRG 558 in **1.160** casi di cui **293 (pari al 25%)** in mobilità passiva;
- Il DRG 518 in **919** casi di cui **361 (pari al 39%)** in mobilità passiva.

Quindi i ricoveri cardiologici per procedure per via percutanea rappresentano **2.079 (pari al 68%)** dei totali **3.054 ricoveri** dei DRG in oggetto e sono in mobilità passiva in **654 casi (il 31% del totale)**.

**Il dato appare significativo in presenza di centri regionali che erogano queste prestazioni.**



Tabella 21. Mobilità passiva: numero di ricoveri per i principali DRG di area cardiologica – anno 2019

## MOBILITA' PASSIVA 2019 REGIONE MARCHE

MDC	DRG	Totale	Attività in Regione	Mob. pass. (N)	Mob. Pass. (%)	% FUORI REGIONE sul totale
5 *	C 104 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	446	306	140	16%	31%
5 *	C 105 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	529	464	65	8%	12%
5 *	C 518 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	919	558	361	42%	39%
5 *	C 558 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	1.160	867	293	34%	25%
5 *	<b>Totale</b>	<b>3.054</b>	<b>2.195</b>	<b>859</b>	<b>100%</b>	<b>28%</b>

76% INTERVENTI PER VIA PERCUTANEA  
64% INTERVENTI PER VIA PERCUTANEA SVOLTI FUORI REGIONE

MDC	DRG	Totale	Attività in Regione	Mob. pass. (N)	Mob. Pass. (%)	% FUORI REGIONE sul totale
8 *	C 224 - Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	2.066	1.270	796	13%	39%
8 *	C 225 - Interventi sul piede	2.183	1.371	812	13%	37%
8 *	C 491 - Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	373	217	156	2%	42%
8 *	C 498 - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	339	148	191	3%	56%
8 *	C 503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	3.289	1.691	1.598	25%	49%
8 *	C 544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	5.187	3.366	1.821	29%	35%
8 *	C 545 - Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	372	222	150	2%	40%
8 *	M 256 - Altre diagnosi del sistema muscolo -scheletrico e del tessuto connettivo	2.625	1.800	825	13%	31%
8 *	<b>Totale</b>	<b>16.434</b>	<b>10.085</b>	<b>6.349</b>	<b>100%</b>	<b>39%</b>
	<b>Totale</b>	<b>19.488</b>	<b>12.280</b>	<b>7.208</b>		<b>37%</b>

8\* Malattie e disturbi del sistema cardiocircolatorio

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Considerando la **distribuzione territoriale della provenienza** della mobilità passiva il maggior numero di ricoveri è per **residenti nell'Area Vasta 4 (241 ricoveri sul totale di 859 ricoveri, pari al 28%)**, a seguire i cittadini che scelgono di rivolgersi a strutture fuori regione per DRG della stessa area risiedono, nell'ordine, in Area Vasta 1, Area Vasta 3, Area Vasta 2 e Area Vasta 5.

Tabella 22. Mobilità passiva: numero di ricoveri per i principali DRG di area cardiologica per Area Vasta di residenza – 2019

DRG	AV1	AV2	AV3	AV4	AV5	TOTALE
C 104 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	32	17	30	34	27	140
C 105 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	20	10	8	13	14	65
C 518 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	84	54	63	94	66	361
C 558 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	52	45	66	100	30	293
<b>TOTALE</b>	<b>188</b>	<b>126</b>	<b>167</b>	<b>241</b>	<b>137</b>	<b>859</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

**Ponderati per la popolazione residente al 1° gennaio 2020**, i ricoveri in mobilità passiva associati ai principali DRG di area cardiologica presentano una certa disomogeneità, infatti per ogni 1.000 abitanti si rivolgono a strutture fuori regione:

- 1,40 residenti dell'Area Vasta 4;
- 0,66 residenti dell'Area Vasta 5;
- 0,53 residenti dell'Area Vasta 3;
- 0,52 residenti dell'Area Vasta 1;
- 0,26 residenti dell'Area Vasta 5.

Anche per i DRG di area cardiologica interventistica va evidenziato che la distribuzione della mobilità passiva è eterogenea: si va dal valore più basso dell'Area Vasta 2 (pari a 0,26 ricoveri in mobilità passiva ogni 1.000 abitanti) a un valore più elevato dell'Area Vasta 4 (pari a 1,40 ricoveri in mobilità passiva ogni 1.000 abitanti).

Analizzando i dati riferiti ai DRG di area cardiologica interventistica nelle cinque aree vaste, si rilevano situazioni differenti di ricoveri extra-regione, nelle articolazioni territoriali. In questo caso maggiore è l'incidenza nell'Area Vasta 4 (57%); nelle Aree Vaste 3 e 5 la stessa incidenza è pari rispettivamente al 30% e al 33%, mentre scende al di sotto del valore regionale nelle altre aree vaste. La diversa incidenza si ripercuote sulle quote di esborso monetario alle altre regioni per i ricoveri dei residenti nelle diverse aree vaste.

Con riferimento ai DRG di **area cardiologica interventistica** che spiegano la parte più rilevante della mobilità passiva regionale, abbiamo provato a verificare la "composizione" del flusso di mobilità passiva ospedaliera verso le principali regioni di destinazione, distintamente per Area Vasta. Si ricorda che il totale complessivo regionale di ricoveri in mobilità passiva è pari, nel 2019, a 859. Di questi, 506 (pari al 59%) sono svolti presso strutture dell'Emilia-Romagna e sono così distribuiti: 107 relativi a residenti nell'Area Vasta 1, 53 nell'Area Vasta 2, 109 nell'Area Vasta 3, 183 nell'Area Vasta 4 e 54 nell'Area Vasta 5. Non può sfuggire che, pur confermando la forte capacità attrattiva delle strutture emiliano-romagnole, il fattore di prossimità geografica gioca in maniera molto diversa rispetto a quanto osservato per l'area ortopedico-traumatologica. E la situazione non presenta variazioni significative nel 2018 mentre, solo nel 2017, era decisamente più elevata (151 casi) l'incidenza relativa ai residenti nell'Area Vasta 1. Per l'Area Vasta 4, ad esempio, con riferimento ai dati del 2019, i 183 ricoveri in mobilità passiva di area cardiologica interventistica in Emilia-Romagna, costituiscono il 76% del totale, percentuale sostanzialmente confermata nei 3 anni di osservazione dei dati.

Questi elementi vanno poi confrontati con i dati complessivi della domanda di ricoveri per le aree considerate e, soprattutto, con i dati complessivi della produzione, per valutare situazioni critiche dal lato dell'offerta e possibili soluzioni volte a ridurre i flussi di mobilità passiva. I ricoveri dei pazienti marchigiani in Lombardia, per DRG di area cardiologica interventistica, sono stati 269, su un totale complessivo di 4.073 ricoveri in mobilità passiva verso la Lombardia. Considerando i DRG più ricorrenti nella mobilità passiva regionale, per l'Umbria va subito segnalato che risultano del tutto irrilevanti i numeri inerenti all'area cardiologica interventistica.

### I principali DRG e le diagnosi al loro interno

L'analisi delle diagnosi che hanno determinato il ricovero per i DRG di area cardiologica mostra una tendenza comune: nell'elevata numerosità delle diagnosi principali in ciascun DRG considerato, anche in questo caso, **i ricoveri in mobilità passiva si concentrano due o tre diagnosi.**

Ad esempio, all'interno del DRG **"558 Interventi su sistema cardiovascolare percutanei con stent"** tra le 13 diagnosi presenti **239 casi pari all'82% dei 293 ricoveri in mobilità passiva si concentrano in due** ("Aterosclerosi coronarica di arteria coronarica nativa" e "Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica").

Analogha situazione di concentrazione si rileva nel DRG **"104 Interventi su valvole cardiache con cateterismo"**: in cui tra le 13 diagnosi presenti **116 casi pari all'83% dei 140 ricoveri si concentrano** nelle diagnosi: "Disturbi della valvola aortica" e "Disturbi della valvola mitrale".

### 3.3.3. La matrice diagnosi-destinazione per analizzare i flussi verso poli specifici

Il 28% dei marchigiani ha scelto di ricoverarsi fuori regione per i principali DRG di area cardiologica (si veda quanto riportato nella figura 3). Come per i DRG ortopedici **le regioni di più frequente destinazione sono l'Emilia-Romagna (a cui si rivolgono il 59% dei cittadini "migranti"), la Lombardia (le cui strutture ricevono il 31% dei cittadini)** e a seguire le restanti Regioni per il solo 20% del totale. L'analisi sulla natura pubblica o privata delle strutture di destinazione ha rilevato alcuni fenomeni generalizzabili per tutti i DRG di area cardiologica più

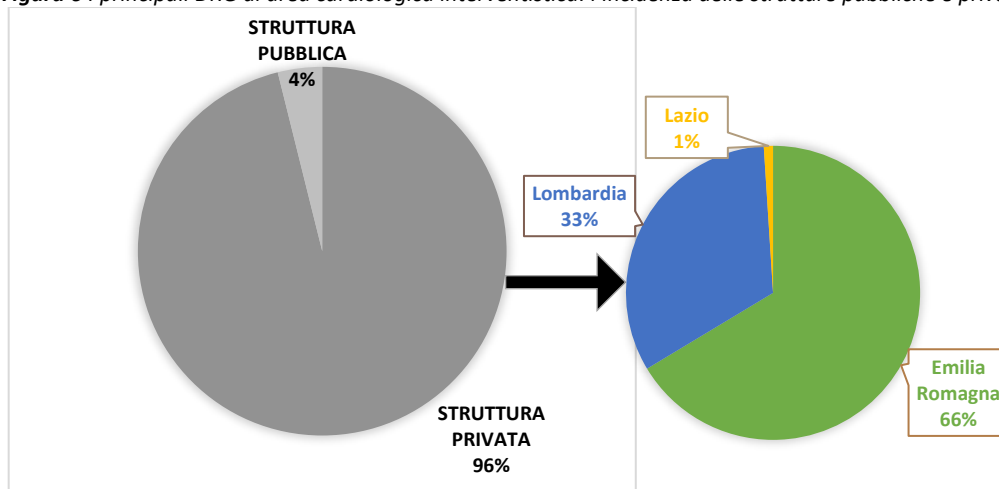
rilevanti a livello regionale. L'analisi che segue si focalizza su circa l'84% del volume dei ricoveri che hanno generato mobilità passiva per DRG più rilevanti di area ortopedico-traumatologica (su 721 ricoveri di 859 totali).

**Il 96% dei ricoveri (693 sui 721 analizzati) sono erogati da strutture private:**

- **il 65% site in Emilia-Romagna (460 ricoveri)**
- **il 31 % site in Lombardia (226 ricoveri);**

mentre **solo il 4% (28 ricoveri) da strutture pubblica** site in Abruzzo e in Umbria.

**Figura 6** I principali DRG di area cardiologica interventistica: l'incidenza delle strutture pubbliche e private di destinazione – anno 2019



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

I ricoveri in strutture private dell'**Emilia-Romagna** (460 ricoveri) è erogato da **3 strutture private**:

- la **Villa Maria Cecilia Hospital** di Cotignola (RA) per il **78% dei ricoveri**,
- l'**Ospedale Privato Accreditato Villa Torri** di Bologna
- l'**Hesperia Hospital Modena**.

I maggiori flussi provengono dai cittadini residenti nell'Area Vasta 4 e nell'Area Vasta 3.

**Tabella 23.** Ricoveri in mobilità passiva per i principali DRG area cardiologica, struttura destinazione: Emilia-Romagna –2019

	Numero ricoveri per residenti della Regione Marche	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 1	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 2	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 3	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 4	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 5
Villa Maria Cecilia Hospital	359	54	39	83	141	42
Ospedale Privato Accr. Villa Torri	93	26	9	19	35	4
Hesperia Hospital Modena	8	1		1	2	4
<b>Ricoveri presso strutture private dell'Emilia Romagna*</b>	<b>460</b>	<b>81</b>	<b>48</b>	<b>103</b>	<b>178</b>	<b>50</b>

\*Si ricorda che il campione è costituito dall'84% del volume dei ricoveri che hanno generato mobilità passiva per i DRG più rilevanti di area cardiologica

I ricoveri in destinazioni emiliane (6) si rivolgono all'**Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna**. I marchigiani si rivolgono a strutture private dell'Emilia-Romagna, prevalentemente per **le prestazioni di angioplastica percutanea coronarica transluminale o aterectomia coronarica**: queste tipologie di prestazioni generano **235 ricoveri in mobilità passiva** sul totale di 859 ricoveri. Le sedi prevalenti restano **Villa Maria Cecilia Hospital, Ospedale Privato Accreditato Villa Torri**.

**Tabella 24. Mobilità passiva: Principali prestazioni cardiologiche che determinano flussi verso strutture dell'Emilia-Romagna –2019**

DGR	DIAGNOSI: TIPO DI INTERVENTO	N	%
C 558 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	Angioplastica percutanea coronarica transluminale (PTCA) o aterectomia coronarica	235	46,40%
C 558 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	Asportazione o distruzione di altri tessuti o lesioni del cuore, altro approccio	89	18%
C 104 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	Sost.valv.aortica con bioprotesi	78	15,40%

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

**Tabella 25. Mobilità passiva: strutture di destinazione dell'Emilia-Romagna in cui sono state eseguite le prestazioni cardiologiche 2019**

SEDE ANGIOPLASTICA PERCUTANEA CORONARICA TRANSLUMINARE (PTCA) O ATERECTOMIA		
STRUTTURA	N UTENTI	% UTENTI
VILLA CECILIA HOSPITAL	194	82,55%
VILLA TORRI	30	12,77%
ALTRE STRUTTURE	11	4,68%
TOTALE INTERVENTI	235	100,00%

SEDE ASPORTAZIONE O DISTRUZIONE DI TESSUTI/LESIONI DEL CUORE		
STRUTTURA	N UTENTI	% UTENTI
VILLA CECILIA HOSPITAL	66	74,16%
VILLA TORRI	14	15,73%
ALTRE STRUTTURE	9	10,11%
TOTALE INTERVENTI	89	100,00%

SOSTITUZIONE VALVOLA AORTICA CON BIOPROTESI		
STRUTTURA	N UTENTI	% UTENTI
VILLA CECILIA HOSPITAL	48	61,54%
VILLA TORRI	19	24,36%
ALTRE STRUTTURE	10	12,82%
TOTALE INTERVENTI	78	100,00%

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Circa la metà dei ricoveri strutture private lombarde (226) sono verso **IRCCS Policlinico San Donato**.

**Tabella 26. Ricoveri relativi ai principali DRG di area cardiologica per struttura privata di destinazione della Lombardia – 2019**

	Numero ricoveri per residenti della Regione Marche	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 1	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 2	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 3	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 4	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 5
I.R.C.C.S. Policlinico San Donato	108	25	21	12	33	17
Ist. Clin. Humanitas - Rozzano	42	12	10	7	2	11
Irccs S. Raffaele - Milano	34	13	6	7	2	6
Centro Cardiologico "Fond. Monzino"	32	7	8	4	7	6
Istituto Clinico S. Anna - Brescia	10	5		2	1	2
<b>strutture private della Lombardia*</b>	<b>226</b>	<b>62</b>	<b>45</b>	<b>32</b>	<b>45</b>	<b>42</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

\*Si ricorda che il campione di analisi è costituito dall'84% del volume dei ricoveri DRG più rilevanti di area cardiologica

I residenti marchigiani scelgono di rivolgersi a **strutture della Lombardia (e, in particolare, all'I.R.C.C.S. Policlinico San Donato) per prestazioni di asportazione, mediante catetere, di lesione/tessuto del cuore o di stimolazione cardiaca elettrofisiologica e studi di registrazione.**

**Tabella 27** Mobilità passiva: Principali prestazioni cardiologiche che determinano flussi verso strutture della Lombardia – anno 2019

DRG	DIAGNOSI	N	%
C 558 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	Asportazione mediante catetere di lesione/tessuto del cuore	93	34,57%
C 518 Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	Stimolazione cardiaca elettrofisiologica e studi di registrazione	62	23,05%
C 558 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	Angioplastica percutanea coronarica transluminale (PTCA) o aterectomia coronarica	27	10,04%
altri		87	32,34%
totale		269	100,00%

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

**Tabella 28.** Mobilità passiva: destinazioni in Lombardia in cui sono state eseguite le prestazioni cardiologiche prevalenti – 2019

SEDE ASPORTAZION MEDIANTE CATETERE DI LESIONE/TESSUTO DEL CUORE		
STRUTTURA	N UTENTI	% UTENTI
I.R.C.C.S. POLICLINICO SAN DONATO	54	58,06%
Monzino/San Raffaele/Humanitas	27	29,03%
Brescia, Monza, Bergamo, Niguarda	12	12,90%
	93	100,00%

SEDE STIMOLAZIONE CARDIACA ELETTROFISIOLOGICA E STUDI DI REGISTRAZIONE		
STRUTTURA	N UTENTI	% UTENTI
I.R.C.C.S. POLICLINICO SAN DONATO	30	48,39%
Humanitas Rozzano	12	19,35%
Monzino	5	8,06%
Altre	15	24,19%
	62	100,00%

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

I cittadini che si rivolgono alla **struttura pubblica abruzzese, l'Ospedale Mazzini**, provengono dall'Area Vasta 5 (14 ricoveri su 16) e dall'Area Vasta 4 (2 ricoveri su 16).

## L'analisi a livello di Area Vasta

Considerando la **distribuzione territoriale della provenienza** il maggior numero di ricoveri è relativo a residenti **nell'Area Vasta 4 (241 ricoveri sul totale di 859, pari al 28%)**, a seguire i cittadini risiedono, nell'ordine, in Area Vasta 1, Area Vasta 3, Area Vasta 2 e Area Vasta 5 (tabella 22).

Focalizzando l'analisi sull'84% del volume dei ricoveri che hanno generato mobilità passiva per i DRG più rilevanti di area cardiologica interventistica, si rilevano alcuni fenomeni prevalenti:

- i residenti **nell'Area Vasta 1** scelgono le **strutture private dell'Emilia-Romagna (54% dei casi) e della Lombardia (42% dei casi)**,
- i residenti **nell'Area Vasta 2** scelgono le **strutture private dell'Emilia-Romagna (45% dei casi) e della Lombardia (49% dei casi)**,
- i cittadini residenti nell'Area Vasta 3 scelgono le strutture private dell'Emilia-Romagna (73% dei casi) e della Lombardia (23% dei casi),
- i cittadini residenti nell'Area Vasta 4 scelgono le strutture private dell'Emilia-Romagna (78% dei casi) e della Lombardia (20% dei casi),
- i cittadini residenti nell'Area Vasta 5 scelgono le strutture private dell'Emilia-Romagna (46% dei casi) e della Lombardia (39% dei casi), il restante 13% sceglie le strutture pubbliche dell'Abruzzo.

Le strutture di attrazione restano in prevalenza **Villa Maria Cecilia Hospital e l'Ospedale Privato Accreditato Villa Torri in Emilia-Romagna e l'I.R.C.C.S. Policlinico San Donato in Lombardia**. L'Ospedale Mazzini in Abruzzo è la struttura pubblica che accoglie i residenti dell'Area Vasta 5.

**Si conferma che il fattore di “prossimità territoriale” non è adeguatamente esplicativo delle scelte di destinazione.**

I dati di dettaglio sono forniti nell'Allegato 2.

## Allegato 1. La mobilità passiva: focus sui DRG di area ortopedico-traumatologica

Numero di ricoveri in mobilità passiva relativi ai principali DRG di area ortopedico-traumatologica per regione di destinazione - Regione Marche e Area Vasta (dati 2019)

Regione di destinazione	Numero ricoveri per residenti della Regione Marche	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 1	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 2	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 3	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 4	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 5
Emilia-Romagna	4.000	1.858	1.148	431	313	250
Lombardia	475	60	138	169	37	71
Umbria	630	18	191	274	76	71
Toscana	54	13	9	20	10	2
Lazio	42	5	10	9	7	11
Abruzzo	23		1			22
Veneto	10	2	3	2	2	1
<b>80% dei ricoveri in mobilità passiva</b>	<b>5.234</b>	<b>1.956</b>	<b>1.500</b>	<b>905</b>	<b>445</b>	<b>428</b>
<i>Altre strutture</i>	<i>1.115</i>					
<b>Totale dei ricoveri in mobilità passiva</b>	<b>6.349</b>	<b>1.956</b>	<b>1.500</b>	<b>905</b>	<b>445</b>	<b>428</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Numero di ricoveri in mobilità passiva relativi ai principali DRG di area ortopedico-traumatologica per natura strutture di destinazione e relativa regione - Regione e Area Vasta (dati 2019)

	Numero ricoveri per residenti della Regione Marche	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 1	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 2	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 3	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 4	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 5
<b>STRUTTURA PRIVATA</b>	<b>4.402</b>	<b>1.726</b>	<b>1.317</b>	<b>682</b>	<b>347</b>	<b>330</b>
<i>Emilia-Romagna</i>	<i>3.499</i>	<i>1.635</i>	<i>1.023</i>	<i>360</i>	<i>274</i>	<i>207</i>
<i>Lombardia</i>	<i>475</i>	<i>60</i>	<i>138</i>	<i>169</i>	<i>37</i>	<i>71</i>
<i>Umbria</i>	<i>306</i>	<i>12</i>	<i>135</i>	<i>122</i>	<i>17</i>	<i>20</i>
<i>Toscana</i>	<i>54</i>	<i>13</i>	<i>9</i>	<i>20</i>	<i>10</i>	<i>2</i>
<i>Lazio</i>	<i>42</i>	<i>5</i>	<i>10</i>	<i>9</i>	<i>7</i>	<i>11</i>
<i>Abruzzo</i>	<i>19</i>		<i>1</i>			<i>18</i>
<i>Veneto</i>	<i>7</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>1</i>
<b>STRUTTURA PUBBLICA</b>	<b>832</b>	<b>230</b>	<b>183</b>	<b>223</b>	<b>98</b>	<b>98</b>
<i>Emilia Romagna</i>	<i>501</i>	<i>223</i>	<i>125</i>	<i>71</i>	<i>39</i>	<i>43</i>
<i>Umbria</i>	<i>324</i>	<i>6</i>	<i>56</i>	<i>152</i>	<i>59</i>	<i>51</i>
<i>Abruzzo</i>	<i>4</i>					<i>4</i>
<i>Veneto</i>	<i>3</i>	<i>1</i>	<i>2</i>			
<b>80% dei ricoveri in mobilità passiva</b>	<b>5.234</b>	<b>1.956</b>	<b>1.500</b>	<b>905</b>	<b>445</b>	<b>428</b>
<i>Altre strutture</i>	<i>1.115</i>					
<b>Totale dei ricoveri in mobilità passiva</b>	<b>6.349</b>	<b>1.956</b>	<b>1.500</b>	<b>905</b>	<b>445</b>	<b>428</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Numero di ricoveri in mobilità passiva relativi ai principali DRG di area ortopedico-traumatologica in strutture private e pubbliche relative regione - Regione e Area Vasta (dati 2019)

	Numero ricoveri per residenti della Regione Marche	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 1	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 2	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 3	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 4	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 5
<b>STRUTTURA PRIVATA</b>	<b>4.402</b>	<b>1.726</b>	<b>1.317</b>	<b>682</b>	<b>347</b>	<b>330</b>
Emilia Romagna	3.499	1.635	1.023	360	274	207
CASA DI CURA PROF. E. MONTANARI	773	370	204	74	93	32
VILLA MARIA CECILIA HOSPITAL	684	451	96	53	48	36
CASA DI CURA VILLA MARIA	669	199	262	98	47	63
MALATESTA NOVELLO	551	128	242	78	61	42
SOL ET SALUS	518	370	129	11	7	1
CASA DI CURA SAN FRANCESCO	78	43	19	9	3	4
CASA DI CURA VILLA ERBOSA OSPEDALE PRIVA	75	23	32	7	3	10
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NIGRISOLI	59	14	17	4	9	15
OSPEDALE PRIVATO "SAN PIER DAMIANO HOSPI	46	33	9	1	2	1
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA REGIN	35	2	6	25	1	1
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA LAURA	11	2	7			2
Lombardia	475	60	138	169	37	71
IST.CLINICO S.SIRO SPA-MILANO	355	38	102	152	24	39
ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI SPA - MILAN	40	7	7	1	9	16
IST. CLIN. HUMANITAS - ROZZANO	35	8	11	10	1	5
I.R.C.C.S. POLICLINICO SAN DONATO	22	3	15	3	1	
POLICLINICO SAN MARCO - OSIO SOTTO	12	3	3	3	2	1
HUMANITAS CASTELLI	11	1				10
Umbria	306	12	135	122	17	20
CLINICA LAMI	175	7	95	67	2	4
CASA DI CURA VILLA AURORA SRL	53	2	17	28	6	
Istituto Clinico Porta Sole	42	3	2	14	7	16
CASA DI CURA LIOTTI	36		21	13	2	
Toscana	54	13	9	20	10	2
CENTRO CHIRURGICO TOSCANO SRL	51	11	9	20	9	2
IFCA SPA CASA DI CURA ULIVELLA E GLICINI	3	2			1	
Lazio	42	5	10	9	7	11
OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU`	25	5	5	4	6	5
POLICLINICO UNIVERSITARIO A. GEMELLI	17		5	5	1	6
Abruzzo	19		1			18
CASA DI CURA PIERANGELI	3		1			2
CASA DI CURA PRIVATA VILLA LETIZIA	16					16
Veneto	7	1	1	2	2	1
CASA DI CURA VILLA MARIA	7	1	1	2	2	1
<b>STRUTTURA PUBBLICA</b>	<b>832</b>	<b>230</b>	<b>183</b>	<b>223</b>	<b>98</b>	<b>98</b>
Emilia Romagna	501	223	125	71	39	43
ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI	229	79	68	44	11	27
OSPEDALE "CERVESI" CATTOLICA	241	139	57	25	9	11
OSPEDALE "MAURIZIO BUFALINI" CESENA	7	5				2
OSPEDALE "SANTA MARIA DELLE CROCI" RAVEN	24			2	19	3
Umbria	324	6	56	152	59	51
AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	226	1	43	82	54	46
OSPEDALE DI UMBERTIDE	24	5	6	10	1	2
OSPEDALE SAN GIOVANNI BATTISTA FOLIGNO	59		6	51	2	
STAB. OSPEDALIERO MEDIA VALLE DEL TEVERE	15		1	9	2	3
Abruzzo	4					4
OSPEDALE MAZZINI	4					4
Veneto	3	1	2			
AOUI VERONA BORGO TRENTO	3	1	2			
Altre strutture	1.115					
<b>Totale dei ricoveri in mobilità passiva</b>	<b>6.349</b>	<b>1.956</b>	<b>1.500</b>	<b>905</b>	<b>445</b>	<b>428</b>



Numero di ricoveri in mobilità passiva relativi a ciascuno dei principali DRG di area ortopedico-traumatologica in strutture private e pubbliche relativa regione - Regione e Area Vasta (dati 2019)						
STRUTTURA PRIVATA	4.402	1.726	1.317	682	347	330
CASA DI CURA PROF. E. MONTANARI	773	370	204	74	93	32
DRG "503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione"	361	152	83	37	65	24
DRG "544 Sostituzione articolazioni maggiori"	161	93	38	11	17	2
DRG "225 Interventi sul piede"	111	80	14	12	3	2
DRG "224 interventi su spalla e avambraccio"	85	19	49	10	5	2
DRG "498 Artrodesi vertebrale escluso cervicale"	29	20	8			1
DRG "491 Interventi su articolazioni maggiori"	16	3	8	4	1	
DRG "545 Revisione sostituzione anca o ginocchio"	10	3	4		2	1
VILLA MARIA CECILIA HOSPITAL	684	451	96	53	48	36
DRG "224 interventi su spalla e avambraccio"	139	67	28	18	18	8
DRG "225 Interventi sul piede"	23	21	1			1
DRG "491 Interventi su articolazioni maggiori"	28	8	7	6	3	4
DRG "498 Artrodesi vertebrale escluso cervicale"	19	16	2	1		
DRG "503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione"	257	205	19	8	10	15
DRG "544 Sostituzione articolazioni maggiori"	206	126	36	19	17	8
DRG "545 Revisione sostituzione anca o ginocchio"	12	8	3	1		
CASA DI CURA VILLA MARIA	669	199	262	98	47	63
DRG "224 interventi su spalla e avambraccio"	147	49	37	39	12	10
DRG "225 Interventi sul piede"	68	35	16	13	3	1
DRG "256 Altre diagnosi muscolo-scheletriche"	101	23	45	9	7	17
DRG "491 Interventi su articolazioni maggiori"	20	4	5	3	5	3
DRG "503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione"	86	36	39	7	3	1
DRG "544 Sostituzione articolazioni maggiori"	231	46	112	26	16	31
DRG "545 Revisione sostituzione anca o ginocchio"	16	6	8	1	1	
MALATESTA NOVELLO	551	128	242	78	61	42
DRG "224 interventi su spalla e avambraccio"	51	12	26	11	2	
DRG "225 Interventi sul piede"	52	15	28	7	1	1
DRG "491 Interventi su articolazioni maggiori"	21	2	9	7	2	1
DRG "503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione"	201	32	120	20	10	19
DRG "544 Sostituzione articolazioni maggiori"	203	57	56	29	42	19
DRG "545 Revisione sostituzione anca o ginocchio"	23	10	3	4	4	2
SOL ET SALUS	518	370	129	11	7	1
DRG "225 Interventi sul piede"	142	81	50	7	3	1
DRG "256 Altre diagnosi muscolo-scheletriche"	97	76	21			
DRG "503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione"	112	82	23	4	3	
DRG "544 Sostituzione articolazioni maggiori"	160	126	33		1	
DRG "545 Revisione sostituzione anca o ginocchio"	7	5	2			
CASA DI CURA SAN FRANCESCO	78	43	19	9	3	4
DRG "225 Interventi sul piede"	33	24	5	2		2
DRG "544 Sostituzione articolazioni maggiori"	45	19	14	7	3	2
CASA DI CURA VILLA ERBOSA OSPEDALE PRIVA	75	23	32	7	3	10
DRG "225 Interventi sul piede"	75	23	32	7	3	10
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NIGRISOLI	59	14	17	4	9	15
DRG "224 interventi su spalla e avambraccio"	39	5	13	2	9	10
DRG "256 Altre diagnosi muscolo-scheletriche"	20	9	4	2		5
OSPEDALE PRIVATO "SAN PIER DAMIANO HOSPI	46	33	9	1	2	1
DRG "256 Altre diagnosi muscolo-scheletriche"	41	31	8		1	1
DRG "498 Artrodesi vertebrale escluso cervicale"	5	2	1	1	1	
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA REGIN	35	2	6	25	1	1
DRG "256 Altre diagnosi muscolo-scheletriche"	12		2	9	1	
DRG "503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione"	23	2	4	16		1
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA LAURA	11	2	7			2
DRG "225 Interventi sul piede"	11	2	7			2
IST. CLINICO S.SIRO SPA-MILANO	355	38	102	152	24	39
DRG "256 Altre diagnosi muscolo-scheletriche"	177	19	50	76	12	20
DRG "544 Sostituzione articolazioni maggiori"	168	18	46	73	12	19
DRG "545 Revisione sostituzione anca o ginocchio"	10	1	6	3		
ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI SPA - MILAN	40	7	7	1	9	16
DRG "256 Altre diagnosi muscolo-scheletriche"	12	2	2	1	1	6
DRG "498 Artrodesi vertebrale escluso cervicale"	7	2	1		4	
DRG "544 Sostituzione articolazioni maggiori"	21	3	4		4	10
IST. CLIN. HUMANITAS - ROZZANO	35	8	11	10	1	5
DRG "544 Sostituzione articolazioni maggiori"	30	7	7	10	1	5
DRG "545 Revisione sostituzione anca o ginocchio"	5	1	4			
I.R.C.C.S. POLICLINICO SAN DONATO	22	3	15	3	1	
DRG "225 Interventi sul piede"	22	3	15	3	1	
POLICLINICO SAN MARCO - OSIO SOTTO	12	3	3	3	2	1
DRG "225 Interventi sul piede"	12	3	3	3	2	1
HUMANITAS CASTELLI	11	1				10
DRG "498 Artrodesi vertebrale escluso cervicale"	11	1				10
CLINICA LAMI	175	7	95	67	2	4
DRG "256 Altre diagnosi muscolo-scheletriche"	56	3	27	24	1	1
DRG "503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione"	45		29	14		2
DRG "544 Sostituzione articolazioni maggiori"	66	3	32	29	1	1
DRG "545 Revisione sostituzione anca o ginocchio"	8	1	7			
Istituto Clinico Porta Sole	42	3	2	14	7	16
DRG "498 Artrodesi vertebrale escluso cervicale"	19	2	1	2		14
DRG "503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione"	23	1	1	12	7	2
CASA DI CURA LIOTTI	36		21	13	2	
DRG "256 Altre diagnosi muscolo-scheletriche"	15		8	6	1	
DRG "544 Sostituzione articolazioni maggiori"	21		13	7	1	
CASA DI CURA VILLA AURORA SRL	53	2	17	28	6	
DRG "225 Interventi sul piede"	31	2	7	17	5	
DRG "503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione"	22		10	11	1	
CENTRO CHIRURGICO TOSCANO SRL	51	11	9	20	9	2
DRG "498 Artrodesi vertebrale escluso cervicale"	9	3	1	2	2	1
DRG "503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione"	42	8	8	18	7	1
IFCA SPA CASA DI CURA ULIVELLA E GLICINI	3	2			1	
DRG "498 Artrodesi vertebrale escluso cervicale"	3	2			1	
OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU'	25	5	5	4	6	5
DRG "256 Altre diagnosi muscolo-scheletriche"	25	5	5	4	6	5
POLICLINICO UNIVERSITARIO A. GEMELLI	17		5	5	1	6
DRG "256 Altre diagnosi muscolo-scheletriche"	17		5	5	1	6
CASA DI CURA PRIVATA VILLA LETIZIA	16					16
DRG "225 Interventi sul piede"	16					16
CASA DI CURA PIERANGELI	3		1			2
DRG "498 Artrodesi vertebrale escluso cervicale"	3		1			2
CASA DI CURA VILLA MARIA - Veneto	7	1	1	2	2	1
DRG "498 Artrodesi vertebrale escluso cervicale"	7	1	1	2	2	1

Emilia Romagna

Lombardia

Umbria

Toscana

Lazio

Abruzzo

Veneto

	Numero ricoveri per residenti della Regione Marche	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 1	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 2	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 3	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 4	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 5	
<b>STRUTTURA PUBBLICA</b>	<b>832</b>	<b>230</b>	<b>183</b>	<b>223</b>	<b>98</b>	<b>98</b>	
ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI	229	79	68	44	11	27	Emilia Romagna
DRG "224 interventi su spalla e avambraccio"	39	13	9	13		4	
DRG "225 Interventi sul piede"	35	14	13	3		5	
DRG "256 Altre diagnosi muscolo-scheletriche"	24	13	2	1	2	6	
DRG "498 Artrodesi vertebrale escluso cervicale"	3			2	1		
DRG "503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione"	30	13	9	6		2	
DRG "544 Sostituzione articolazioni maggiori"	73	19	25	13	7	9	
DRG "545 Revisione sostituzione anca o ginocchio"	25	7	10	6	1	1	
OSPEDALE "CERVESI" CATTOLICA	241	139	57	25	9	11	
DRG "224 interventi su spalla e avambraccio"	180	102	43	21	6	8	
DRG "491 Interventi su articolazioni maggiori"	48	30	10	2	3	3	
DRG "498 Artrodesi vertebrale escluso cervicale"	13	7	4	2			
OSPEDALE "SANTA MARIA DELLE CROCI" RAVEN	24			2	19	3	
DRG "544 Sostituzione articolazioni maggiori"	24			2	19	3	
OSPEDALE "MAURIZIO BUFALINI" CESENA	7	5				2	
DRG "498 Artrodesi vertebrale escluso cervicale"	7	5				2	
AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	226	1	43	82	54	46	Umbria
DRG "225 Interventi sul piede"	39		13	11	10	5	
DRG "503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione"	153		22	54	40	37	
DRG "544 Sostituzione articolazioni maggiori"	34	1	8	17	4	4	
OSPEDALE SAN GIOVANNI BATTISTA FOLIGNO	59		6	51	2		
DRG "503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione"	39		4	33	2		
DRG "544 Sostituzione articolazioni maggiori"	20		2	18			
OSPEDALE DI UMBERTIDE	24	5	6	10	1	2	
DRG "256 Altre diagnosi muscolo-scheletriche"	24	5	6	10	1	2	
STAB. OSPEDALIERO MEDIA VALLE DEL TEVERE	15		1	9	2	3	
DRG "256 Altre diagnosi muscolo-scheletriche"	15		1	9	2	3	
OSPEDALE MAZZINI	4					4	Abruzzo
DRG "498 Artrodesi vertebrale escluso cervicale"	4					4	
AQUI VERONA BORGO TRENTO	3	1	2				Veneto
DRG "498 Artrodesi vertebrale escluso cervicale"	3	1	2				
Altre strutture	1.115						
<b>Totale dei ricoveri in mobilità passiva</b>	<b>6.349</b>	<b>1.956</b>	<b>1.500</b>	<b>905</b>	<b>445</b>	<b>428</b>	

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

## Allegato 2. La mobilità passiva: focus sui DRG di area cardiologica interventistica

Numero di ricoveri in mobilità passiva relativi ai principali DRG di area cardiologica interventistica per regione di destinazione - Regione Marche e Area Vasta (dati 2019)

	Numero ricoveri per residenti della Regione Marche	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 1	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 2	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 3	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 4	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 5
Emilia-Romagna	466	83	49	104	180	50
Lombardia	226	62	45	32	45	42
Abruzzo	16				2	14
Lazio	7	1	2	2	1	1
Umbria	6		3	3		
<b>84% dei ricoveri in mobilità passiva</b>	<b>721</b>	<b>146</b>	<b>99</b>	<b>141</b>	<b>228</b>	<b>107</b>
Altre strutture	138					
<b>Totale ricoveri in mobilità passiva</b>	<b>859</b>	<b>146</b>	<b>99</b>	<b>141</b>	<b>228</b>	<b>107</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Numero di ricoveri in mobilità passiva relativi ai principali DRG di area cardiologica interventistica per natura strutture di destinazione e relativa regione - Regione e Area Vasta (dati 2019)

	Numero ricoveri per residenti della Regione Marche	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 1	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 2	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 3	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 4	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 5
<b>STRUTTURA PRIVATA</b>	<b>693</b>	<b>144</b>	<b>95</b>	<b>137</b>	<b>224</b>	<b>93</b>
Emilia-Romagna	460	81	48	103	178	50
Lombardia	226	62	45	32	45	42
Lazio	7	1	2	2	1	1
<b>STRUTTURA PUBBLICA</b>	<b>28</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>14</b>
Abruzzo	16				2	14
Umbria	6		3	3		
Emilia-Romagna	6	2	1	1	2	
Altre strutture	138					
<b>Totale ricoveri in mobilità passiva</b>	<b>859</b>	<b>146</b>	<b>99</b>	<b>141</b>	<b>228</b>	<b>107</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Numero di ricoveri in mobilità passiva relativi ai principali DRG di area cardiologica interventistica in strutture private e pubbliche e relativa regione - Regione e Area Vasta (dati 2019)

	Numero ricoveri per residenti della Regione Marche	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 1	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 2	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 3	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 4	Numero ricoveri per residenti dell'Area Vasta 5
<b>STRUTTURA PRIVATA</b>	<b>693</b>	<b>144</b>	<b>95</b>	<b>137</b>	<b>224</b>	<b>93</b>
<b>Emilia-Romagna</b>	<b>460</b>	<b>81</b>	<b>48</b>	<b>103</b>	<b>178</b>	<b>50</b>
VILLA MARIA CECILIA HOSPITAL	359	54	39	83	141	42
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA TORRI	93	26	9	19	35	4
HESPERIA HOSPITAL MODENA S.R.L.	8	1		1	2	4
<b>Lombardia</b>	<b>226</b>	<b>62</b>	<b>45</b>	<b>32</b>	<b>45</b>	<b>42</b>
I.R.C.C.S. POLICLINICO SAN DONATO	108	25	21	12	33	17
IST. CLIN. HUMANITAS - ROZZANO	42	12	10	7	2	11
IRCCS S. RAFFAELE - MILANO	34	13	6	7	2	6
CENTRO CARDIOLOGICO "FOND. MONZINO" - MI	32	7	8	4	7	6
ISTITUTO CLINICO S. ANNA - BRESCIA	10	5		2	1	2
<b>Lazio</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU'	7	1	2	2	1	1
<b>STRUTTURA PUBBLICA</b>	<b>28</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>14</b>
<b>Abruzzo</b>	<b>16</b>				<b>2</b>	<b>14</b>
OSPEDALE MAZZINI	16				2	14
<b>Umbria</b>	<b>6</b>		<b>3</b>	<b>3</b>		
AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	6		3	3		
<b>Emilia-Romagna</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOL	6	2	1	1	2	
Altre strutture	138					
<b>Totale ricoveri in mobilità passiva</b>	<b>859</b>	<b>146</b>	<b>99</b>	<b>141</b>	<b>228</b>	<b>107</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

### 3.4. LE RETI CLINICHE ONCOLOGICHE

Di seguito vengono riportate alcune analisi aggregate riguardanti le principali patologie tumorali identificate con la metodica precedentemente descritta. Per ogni area di patologia vengono riportate anche le reti cliniche con relative strutture che possono farsene carico nella nostra regione.

L'analisi aggregata sulle principali patologie tumorali ha riguardato le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del triennio 2017-2019 e registrato il numero complessivo di accessi alle strutture sanitarie regionali, stratificato per tipologia di patologia oncologica, non il numero di persone che hanno richiesto tali prestazioni. Ciò significa che nel conteggio delle SDO possono rientrare più ricoveri che fanno capo alla stessa persona, soprattutto per alcune tipologie di tumori quali i tumori vescicali che hanno un alto tasso di recidiva.

Nel contesto delle strutture che hanno assorbito le varie mobilità passive del 2019, ascrivibili alle diverse categorie patologiche, sono state riportate solo le strutture che si sono fatte carico di un numero di SDO maggiore o uguale a 4. Per il confronto tra la mobilità passiva e la attiva si è deciso di utilizzare quali termini di paragone le percentuali delle due mobilità riscontrate nel campo della diagnosi primaria per ogni area oncologica. La diagnosi secondaria potrebbe includere per ogni SDO condizioni cliniche estremamente eterogenee tra loro; pertanto, inserire le suddette cifre nel computo finale potrebbe indurre errori di interpretazione.

#### TUMORE MALIGNO MAMMELLA DONNA

Con DGR 459/2016 sono state istituite le BREAST UNIT sul territorio regionale e recepite le indicazioni dell'Intesa Stato-Regioni "*Linee d'indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali delle reti dei Centri di Senologia*" (Rep. Atti n. 185/CSR del 18 dicembre 2014) del DM 70/2015.

Attualmente sul territorio marchigiano si sono costituite 6 breast unit:

##### **CENTRI DI SENOLOGIA** (DGR 459/2016):

- AO OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD (struttura di Fano)
- PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV1 (struttura di Urbino)
- PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2 (struttura di Senigallia)
- PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3 (struttura di Macerata)
- PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5 (struttura di S. Benedetto Tr.)
- AOU OSPEDALI RIUNITI ANCONA (struttura di Torrette di Ancona)

Per quanto riguarda la mobilità passiva i dati delle SDO di tumore maligno della mammella della donna hanno mostrato una certa stabilità nel corso del triennio sia per quanto riguarda la diagnosi primaria che per quanto riguarda la diagnosi secondaria. La mobilità passiva risulta attestarsi all'11% in diagnosi primaria (200/1816 ricoveri) e all' 1.4% (18/1265 ricoveri) in diagnosi secondaria.

Le principali strutture extra-regionali di ricovero sono localizzate nelle Regioni: Lombardia: IEO Milano (84 casi), Ist. Nazionale tumori (6 casi), S. Raffaele (5 casi); Emilia-Romagna: Ospedale Sant'Arcangelo (27), AOU Bologna (6), Ospedale Forlì (4); Lazio: Policlinico Gemelli (4 casi); Umbria: AO Perugia (5 casi); Abruzzo: PO Aquila (5 casi).

La mobilità attività invece ha mostrato, sia nel contesto di diagnosi primaria che nel contesto di diagnosi secondaria, una diminuzione nel triennio preso in considerazione passando da un 8.6% nel 2017 fino ad un 7.6% (132/1748 ricoveri) nel 2019 per quanto riguarda la diagnosi primaria ed una diminuzione dal 5.8% del 2017 al 5% (66/1313 ricoveri) nel 2019 per la diagnosi secondaria, quasi tutti erogati dal pubblico.

#### TUMORE MALIGNO TRACHEA, BRONCHI, POLMONI

Con DGR 1219/2014 sono state definite le sedi di erogazione di CHIRURGIA TORACICA, in coerenza con il DM 70/2015:

- AOU OSPEDALI RIUNITI ANCONA (struttura di Torrette di Ancona)
- AO OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD (in AFO)

- PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3 (in AFO)
- PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4 (in AFO)
- PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5 (in AFO)

La mobilità passiva ha mostrato una certa stabilità nel triennio 2017-2019 sia per la diagnosi primaria che per la diagnosi secondaria attestandosi nel 2019 al 10.6% per la prima (156/1471 ricoveri) e al 3.1% nella seconda (46/1489 ricoveri). Le Principali strutture extra-regionali di attrazione: Veneto: AO Padova (19 casi), Umbria: AO Perugia (15 casi); Emilia-Romagna: Ospedale Riccione (9 casi), Ospedale Cattolica (7), Ospedale Forlì (7), AOU Bologna (6), AOU Modena (5), Ospedale Ravenna (6); Abruzzo: Ospedale Mazzini (9 casi); Lombardia: IEO Milano (8 casi), Lazio: AO S. Andrea (7 casi); Toscana: AO Pisa (6 casi)

Anche la mobilità attiva ha mostrato una certa stabilità nel triennio sia in diagnosi primaria che secondaria. I dati percentuali mostrano un valore al 10.1% nel 2019 (148/1463 ricoveri) per la diagnosi primaria e al 4.5% (68/1511 ricoveri) nel 2019 per la diagnosi secondaria, erogati per la quasi totalità da strutture pubbliche.

### **TUMORE MALIGNO VESCICA**

Il tumore maligno della vescica viene preso in carico dalle unità operative urologiche delle varie aziende ospedaliere. Attualmente la rete urologica marchigiana individua i seguenti punti di erogazione:

#### **RETE UROLOGIA (DGR 1219/2014):**

- AOU OSPEDALI RIUNITI ANCONA (struttura di Torrette di Ancona)
- AO OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD
- PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2 (2 sedi di erogazione)
- PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3 (2 sedi di erogazione)
- PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4 (1 sede di erogazione)
- PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5 (1 sede di erogazione)
- INRCA ANCONA-OSIMO

Per quanto riguarda la mobilità passiva si riscontra una lieve riduzione nel triennio 2017-2019 con un 8.5% (183/2151 interventi) riscontrato nel 2019 per diagnosi primaria ed un 2.3% (10/432 interventi) per diagnosi secondaria. Principali strutture extra-regionali di afferenza: Veneto: AO Padova (11 casi), CdC Abano Terme (7); Umbria: Osp. Città di Castello (15 casi), AO Perugia (6); Emilia-Romagna: Ospedale Rimini (18 casi), CdC Montanari (11), Ospedale Forlì (9), AOU Bologna (5); Lombardia: S. Raffaele (10), IEO (7); Abruzzo: Ospedale Mazzini (9 casi), CdC Villa Serena (5).

Per quanto concerne la mobilità attiva le cifre sono risultate stabili nel triennio sia per diagnosi primaria che secondaria attestandosi nel 2019 rispettivamente al 7.9% (168/2136 ricoveri, 82 privato) e al 4.5% (13/435 ricoveri, 3 privato).

La mobilità passiva (8.5%) per diagnosi principale è di poco superiore alla attiva (7.9%).

### **TUMORE MALIGNO PROSTATA**

Il tumore maligno della prostata al pari di quello vescicale, viene preso in carico dalle unità operative urologiche delle varie aziende ospedaliere:

#### **RETE UROLOGIA (DGR 1219/2014):**

- AOU OSPEDALI RIUNITI ANCONA (struttura di Torrette di Ancona)
- AO OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD
- PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2 (2 sedi di erogazione)
- PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3 (2 sedi di erogazione)
- PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4 (1 sede di erogazione)

- PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5 (1 sede di erogazione)
- INRCA ANCONA-OSIMO

La mobilità passiva ha mostrato un trend in riduzione nel triennio 2017-2019 attestandosi al 14.4% (142/986 ricoveri) nel 2019 per la diagnosi primaria e al 2.3% (15/643 ricoveri) per la diagnosi secondaria. Principali strutture extra-regionali di ricovero: Lombardia: S. Raffaele (11), IEO (19), Humanitas (7), Niguarda (6); Emilia-Romagna: AOU Bologna (13), Ospedale Pizzardi (6 casi), CdC Montanari (11), Ospedale Forlì (9); Umbria: AO Perugia (6); Veneto: CdC Pederzoli (6); Toscana: AOU Careggi (6)

La mobilità attiva sia in diagnosi primaria che secondaria ha mostrato una certa stabilità nel triennio in considerazione raggiungendo rispettivamente i valori del 13.7% (134/978, di cui 77 privato) e del 4.3% (28/656 ricoveri di cui 3 privato) nel 2019.

Ponendo attenzione alla diagnosi primaria si denota come il bilancio tra attiva e passiva sia a favore della passiva con un 0.7% in più.

### **TUMORE MALIGNO COLON**

La patologia neoplastica maligna del colon afferrisce alla rete U.O. delle chirurgie generali, diffusa in tutte le principali strutture ospedaliere regionali.

La mobilità passiva ha mostrato un trend in aumento tra il 2017 ed i 2019 con delle punte di 8.7% (98/1126 ricoveri) e 2.8% (22/791 ricoveri) nel 2019 per diagnosi primaria e secondaria. Principali strutture extra-regionali di ricovero: Emilia-Romagna: AOU Modena (10), AOU Bologna (7), Ospedale Rimini (6 casi); Lombardia: IEO (6), Humanitas (7), Niguarda (6); Veneto: AO Padova (5); Abruzzo: Osp. Mazzini (6); Lazio: Osp Gemelli (5).

La mobilità attiva ha mostrato un trend in riduzione nel triennio con un valore del 6.6% (73/1101 ricoveri, di cui 33 privato) per diagnosi primaria e 5.4% (44/813 ricoveri di cui 2 privato) per diagnosi secondaria nel 2019

In diagnosi primaria, la mobilità passiva supera di 2.1 punti l'attiva.

### **TUMORE MALIGNO PANCREAS**

La rete della chirurgia pancreatico identifica le seguenti strutture di erogazione:

- AOU OSPEDALI RIUNITI ANCONA (struttura di Torrette di Ancona)
- AO OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD (patologia minore in AFO nel rispetto volumi minimi)
- ASUR (patologia minore in AFO nel rispetto volumi minimi)

La mobilità passiva nel 2019 si attesta al 16.4% (98/599 ricoveri) per diagnosi principale ed un 7.2% (45/623 ricoveri) per diagnosi secondaria con un trend in aumento dal 2017 al 2019. Principali strutture extra-regionali di ricovero: Lombardia: S. Raffaele (30); Veneto: AOU Verona (17), CdC Pederzoli (7); Emilia-Romagna: Ospedale Rimini (6 casi), AOU Bologna (5).

In termini di mobilità attiva si sono riscontrati valori di 5.6% (30/531 ricoveri, solo pubblico) e di 7.4% (46/624 ricoveri, di cui 1 privato) in diagnosi primaria e secondaria, valori in linea con le annate 2017 e 2018.

In questa area vi è una netta preponderanza della mobilità passiva sulla attiva, essendoci a favore della prima in termini di diagnosi primaria 11.1 punti percentuali in più.

### **TUMORE MALIGNO STOMACO**

I punti di erogazione afferiscono alla rete della chirurgia generale, diffusa nelle principali strutture ospedaliere.

La mobilità passiva per il tumore maligno dello stomaco ha evidenziato valori di 11.2% (63/563 ricoveri) e di 1.4% (6/444 ricoveri) per diagnosi primaria e secondaria riflettendo un trend sostanzialmente stabile nel triennio. Principali strutture extra-regionali di ricovero: Lombardia: S. Raffaele (5), IEO (5); Veneto: AOU Verona (9), AO Padova (6); Emilia-Romagna: Ospedale Riccione (9 casi).

La mobilità attiva ha mostrato sia in diagnosi principale che secondaria un trend in diminuzione con valori nel 2019 di 6.2% (33/533 ricoveri, di cui 10 privato) per diagnosi primaria e 3.7% (17/455 ricoveri di cui 1 privato) per diagnosi secondaria.

Anche questa rete mostra una maggiore rappresentazione della mobilità passiva che risulta superare la attiva i termini di 5 punti percentuali nel campo della diagnosi primaria.

### **TUMORE MALIGNO FEGATO E DOTTI BILIARI INTRA-EPATICI**

I tumori ascrivibili a questa categoria nella regione Marche possono essere presi in carico, sulla base di diverse caratteristiche cliniche, sia dalla rete della chirurgia generale che da quella della chirurgia pancreatico-coliche così suddivise:

**RETE CHIRURGIA GENERALE (DGR 1219/2014):** diffusa in tutte le principali strutture ospedaliere

**RETE CHIRURGIA PANCREATICA (DGR 1219/2014):**

- AOU OSPEDALI RIUNITI ANCONA (struttura di Torrette di Ancona)
- AO OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD (patologia minore in AFO nel rispetto volumi minimi)
- ASUR (patologia minore in AFO nel rispetto volumi minimi).

La mobilità passiva ha mostrato un trend in diminuzione nel triennio in studio attestandosi a valori di 18.2% (61/335 ricoveri) e 3.3% (7/209 ricoveri) nel 2019 per diagnosi principale e secondaria.

Principali strutture extra-regionali di ricovero: Lombardia: S. Raffaele (6); Lazio: Pol. Univ Gemelli (5); Veneto: AO Padova (5); Emilia-Romagna: AO Bologna (11 casi).

La mobilità attiva mostra un trend in aumento sia in diagnosi principale che secondaria attestandosi al 18.5% (62/336 ricoveri, solo pubblico) e al 16.2% (39/241 ricoveri, solo pubblico).

La mobilità attiva e passiva si bilanciano.

Per la complessità delle patologie denominate Colangiocarcinoma, epatocarcinoma e tumori maligni del pancreas, si ritiene opportuno che nel percorso di valutazione clinico/diagnostica sia coinvolto il centro regionale di riferimento AOU delle Marche, in quanto la letteratura scientifica rileva una stretta correlazione tra “aspettativa di vita/migliore follow-up del paziente” e “centri di riferimento clinico regionale/nazionale”, al fine di seguire e indirizzare il paziente di interesse chirurgico epatobiliare e trapiantologico.

### **LINFOMA NON HODGKIN**

La rete ematologica è strutturata come di seguito:

AOU OSPEDALI RIUNITI ANCONA (adulto a Torrette di Ancona e pediatrico al Salesi)

- AO OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD (1 sede di erogazione)
- ASUR (2 sedi di erogazione in AFO in AV3 e 1 sede di erogazione in AV5)

La mobilità passiva mostra un trend in riduzione con cifre che si attestano nel 2019 al 5.5% (43/776 ricoveri) per la diagnosi principale e al 4.2% (29/688 ricoveri) per la diagnosi secondaria. Principali strutture extra-regionali di ricovero: Umbria: AO Perugia (8); Emilia-Romagna: AOU Bologna (7 casi).

La mobilità attiva registra un trend stabile con valori di 4.6% (35/768 ricoveri, di cui nel privato) e 5.9% (41/700 ricoveri, solo pubblico) in diagnosi primaria e secondaria nel 2019.

Lieve prevalenza della mobilità passiva con 0.9 punti percentuali in più in diagnosi principale.

### **LEUCEMIE**

La rete ematologica è costituita dalle seguenti sedi di erogazione:

- AOU OSPEDALI RIUNITI ANCONA (adulto a Torrette di Ancona e pediatrico al Salesi)



- AO OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD (1 sede di erogazione)
- ASUR (2 sedi di erogazione in AFO in AV3 e 1 sede di erogazione in AV5)

Sia in diagnosi principale che in secondaria le leucemie hanno mostrato un trend in aumento nella mobilità passiva con cifre che si attestano al 6.7% (39/578 ricoveri) ed 8.1% (41/506 ricoveri). Principali strutture extra-regionali di ricovero: Lazio: O. ped. Bambin Gesù (11); Calabria: PO Riuniti (9); Umbria: AO Perugia (7).

La mobilità attiva ha mostrato una riduzione nel triennio nel campo diagnosi principale ed una certa stabilità considerando invece la diagnosi secondaria attestandosi rispettivamente al 7.2% (42/581 ricoveri solo pubblico) e 9% (46/511 ricoveri, solo pubblico) nel 2019.

Il bilancio tra passiva e attiva mostra 0.5 punti percentuali a favore della passiva.

### **TUMORI MALIGNI DELL'ENCEFALO**

La categoria dei tumori maligni dell'encefalo comprende numerose patologie in cui sono state inserite anche le patologie cosiddette benigne che, seppur possano non presentare caratteristiche di invasività locale e/o metastasi, data la particolare struttura anatomica coinvolta la loro stessa crescita, possono porre il paziente in pericolo di vita e/o lesioni permanenti. La rete risulta costituita da:

- AOU OSPEDALI RIUNITI ANCONA (2 sedi di erogazione: adulto e pediatrico)
- AO OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD (1 sede di erogazione)

La mobilità passiva risulta stabile nel triennio e pari al 27.5% (188/683 ricoveri) nella diagnosi principale, in aumento fino al 16.9% (45/266 ricoveri) in diagnosi secondaria nel 2019. Principali strutture extra-regionali di ricovero: Lombardia: IST. Besta (17), S. Raffaele (12), Humanitas (10), Policl. Pavia (5); Emilia-Romagna: CdC Villa Maria Cecilia (27), Osp. Cesena (16), IST Scienze neurologiche (8); Lazio: O. ped. Bambin Gesù (9); Veneto: AOU Verona (8), Osp. Vicenza (7); Toscana: AO Meyer (5).

La mobilità attiva mostra un aumento nel triennio in diagnosi principale ed una riduzione in diagnosi secondaria attestandosi rispettivamente all'11% (61/566 ricoveri, di cui 2 nel privato) e al 3.5% (8/229 ricoveri, di cui 2 nel privato) nel 2019.

La mobilità passiva supera l'attiva di 16.5 punti percentuali in più.

### **TUMORI MALIGNI RENE E ORGANI URINARI**

Rete urologie e chirurgie generali.

La mobilità passiva mostra una lieve riduzione attestandosi nel 2019 al **15.6%** (90/578 ricoveri) in diagnosi principale e al 4% in diagnosi secondaria (11/273 ricoveri). Principali strutture extra-regionali di ricovero: Emilia-Romagna: AOU Bologna (13); Veneto: AO Padova (10); Lombardia: IEO (6); Umbria: AO Perugia (5).

La mobilità attiva ha mostrato un trend in riduzione in diagnosi primaria così come in secondaria attestandosi rispettivamente al 7% (37/525 ricoveri, di cui 10 privato) e al 1.9% (5/267 ricoveri solo pubblico) nel 2019. La mobilità passiva supera di 8.6 punti percentuali quella attiva.

### **TUMORI MALIGNI GHIANDOLA TIROIDE**

Rete delle U.O. di chirurgia generale.

La mobilità passiva mostra un trend in aumento nel triennio dal 2017 al 2019 con valori percentuali che si attestano al 43.5% (121/278 ricoveri) in diagnosi primaria e al 33.3% (13/39 ricoveri) in diagnosi secondaria nel 2019. Principali strutture extra-regionali di ricovero: Toscana: AOU Pisa (69); Umbria: AO Perugia (7); Toscana: AOU Siena (5).

La mobilità attiva mostra un trend in aumento in diagnosi primaria ma in diminuzione in diagnosi secondaria: rispettivamente 9.2% (16/173 ricoveri, di cui 3 privato) e al 10.3% (3/29 ricoveri, solo pubblico) nel 2019.

La patologia oncologica tiroidea mostra un significativo squilibrio in termini percentuali a favore della mobilità passiva che tocca nel 2019 la cifra del 43.5% sul numero dei residenti con 34.5 punti percentuali in più rispetto alla mobilità attiva.

### **TUMORI MALIGNI OSSA E CARTILAGINI ARTICOLARI**

La rete di riferimento è quella delle ortopedie diffuse nelle principali strutture ospedaliere regionali (tranne INRCA).

In termini assoluti questa macroarea mostra bassi livelli di frequenza; tuttavia, in termini di mobilità passiva sebbene ci sia stato un trend in diminuzione dal 2017 al 2019 ha raggiunto livelli del 51.2% (44/86 ricoveri) in diagnosi principale e 68.3% (43/63 ricoveri) in diagnosi secondaria. Principale struttura extra-regionali di ricovero: Emilia-Romagna: IST. ORTOP. Rizzoli (32).

La mobilità attiva risulta anch'essa caratterizzata da livelli bassi in termini assoluti nel triennio con valori che si attestano al 4.5% (2/44 ricoveri, solo pubblico) in diagnosi primaria con un trend stabile e allo 0% in diagnosi secondaria con un trend in netta riduzione dal 2017 dove si attestava al 5%.

Sebbene si ribadisca come questa area oncologica sia caratterizzata da cifre basse in termini assoluti, il bilancio risulta essere nettamente a favore della mobilità passiva con 46.7 punti percentuali in più rispetto alla attiva.

### **TUMORI UTERO, OVAIO E ANNESSI UTERINI**

La categoria dei tumori maligni di area ginecologica viene presa in carico dalle U.O. di ginecologia ed ostetricia diffusa nelle principali strutture ospedaliere tranne INRCA.

In termini di mobilità passiva il trend è risultato essere stabile in diagnosi primaria al 22.6% (132/584 ricoveri) nel 2019 ed in aumento in diagnosi secondaria attestandosi all'11% (67/576 ricoveri) nel 2019. Principali strutture extra-regionali di ricovero: Lazio: Policlinico Universitario A. Gemelli (47); Emilia-Romagna: Azienda Ospedaliero-Universitaria Di Bologna (9), Ospedale "Infermi" Rimini (9); Lombardia: Fond.Irccs "Istit.Naz.Le Tumori"Milano (9), Istituto Europeo Di Oncologia-Milano (9), IRCCS S. Raffaele – Milano (8), Ospedale Di Circolo A. Manzoni – Lecco (4); Friuli-Venezia Giulia: Centro Riferimento Oncologico (7); Abruzzo: Ospedale Della Val Vibrata (5); Umbria: Presidio Ospedaliero Gubbio E G.Tadino (4).

La mobilità attiva risulta caratterizzata da un trend sostanzialmente stabile nel triennio per la diagnosi primaria con cifre che si attestano al 5.2% (25/477 ricoveri, di cui 9 privato) nel 2019 ed in aumento nel triennio per la diagnosi secondaria con il 6.6% (36/548 ricoveri, di cui 2 privato) nel 2019.

La mobilità passiva supera di 17.4 punti percentuali l'attiva.

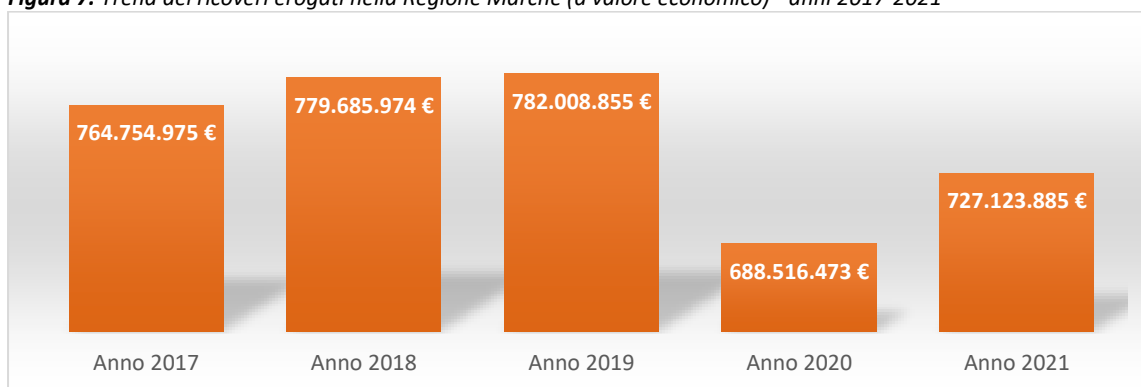
## 3.5. LA PRODUZIONE REGIONALE E LA MOBILITÀ ATTIVA

### 3.5.1. La produzione ospedaliera regionale

I ricoveri erogati dalle strutture del Servizio Sanitario Regionale della Regione Marche sono oltre 227 mila unità, su base annua, nel triennio 2017-2019; una diminuzione rilevante (-20%) si è avuta nel 2020 rispetto al dato registrato nell'anno precedente, per effetto del fenomeno pandemico.

La produzione regionale, complessivamente intesa, presenta **un valore medio del triennio 2017-2019 pari a oltre 775 milioni di euro**; il valore rilevato nel 2020/2021 dimostra una contrazione in linea con la diminuzione del volume dei ricoveri. Il valore rilevato nel 2021 (pari a oltre 727 milioni di euro) conferma una ripresa, coerente con l'andamento del numero dei ricoveri.

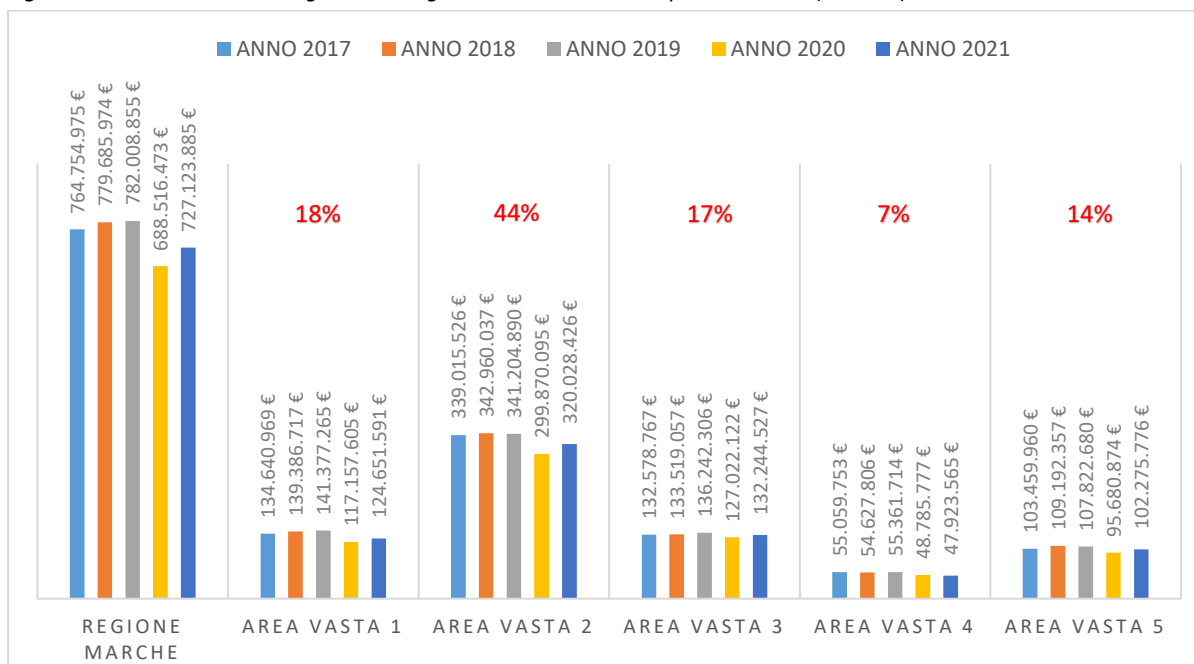
**Figura 7.** Trend dei ricoveri erogati nella Regione Marche (a valore economico) - anni 2017-2021



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Le strutture presenti nelle cinque aree vaste hanno contribuito alla formazione di suddetto valore regionale in modo diverso, con un trend pressoché costante negli anni 2017-2019 (triennio preso a riferimento per le analisi successive).

**Figura 8.** Trend dei ricoveri erogati nella Regione Marche e nelle cinque Aree Vaste (a valore) - anni 2017-2021



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

La maggior parte dei ricoveri, pari al 41 % (media stabile nel triennio di analisi) del totale della produzione regionale sono erogati dall'Area Vasta 2. Prendendo a riferimento l'anno 2019 (periodo con un'alinarietà statistica non influenzata dal contesto epidemiologico), su un totale ricoveri regionali di 225 mila unità, la tabella che segue espone il contributo delle strutture presenti nelle diverse aree vaste, sia considerando il numero dei ricoveri che il valore degli stessi, e l'incidenza sulla produzione regionale. I dati riportati evidenziano che l'Area Vasta 2, a fronte di un'incidenza del 41% sul numero totale dei ricoveri regionali, presenta un'incidenza espressa a valore sulla produzione (in euro) regionale pari al 43%: ciò a significare che **i ricoveri erogati dalle strutture nell'Area Vasta 2 presentano mediamente una certa complessità**. Situazione inversa si presenta nell'Area Vasta 1, nell'Area Vasta 4 e nell'Area Vasta 5: in queste articolazioni territoriali, infatti, l'incidenza del numero di ricoveri erogati nell'Area Vasta sul totale della produzione regionale è inferiore alla stessa incidenza espressa in valore. I dati di incidenza (a unità e a valore) sono allineati per i ricoveri erogati dall'Area Vasta 3.

**Tabella 29.** Ricoveri erogati nella Regione Marche e per area vasta (a valore e numero ricoveri) – anno 2019

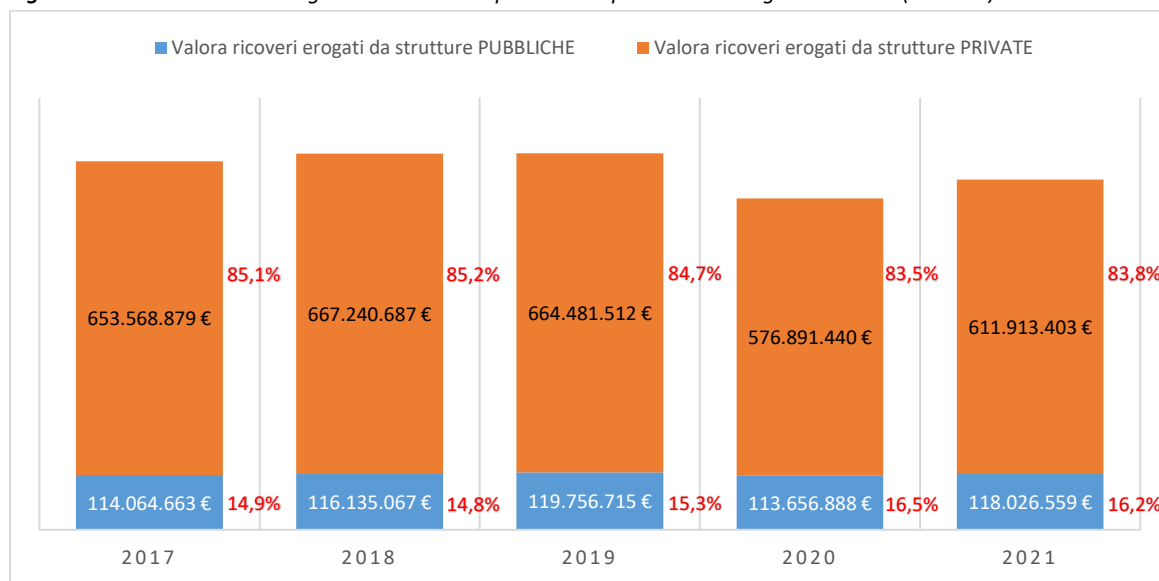
	Regione Marche	Area Vasta 1	Area Vasta 2	Area Vasta 3	Area Vasta 4	Area Vasta 5
Valore dei ricoveri erogati	782.008.855 €	141.377.265 €	341.204.890 €	136.242.306 €	55.361.714 €	107.822.680 €
Numero di ricoveri erogati	225.405	42.757	93.350	39.158	16.932	33.208
	Regione Marche	Area Vasta 1	Area Vasta 2	Area Vasta 3	Area Vasta 4	Area Vasta 5
Percentuale dei ricoveri su totale regionale (a valore)	100,00%	18,10%	43,60%	17,40%	7,10%	13,80%
Percentuale dei ricoveri sul totale regionale (numero ricoveri)	100,00%	19,00%	41,40%	17,40%	7,50%	14,70%

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

## I ricoveri erogati dalle strutture pubbliche e dalle strutture private nella Regione Marche e nelle Aree Vaste

Come già rilevato, i ricoveri erogati dalle strutture del SSR della Regione Marche sono pari a oltre 227 mila unità, su base annua, nel triennio 2017-2019, corrispondenti a valore medio del triennio 2017-2019 pari a oltre 775 milioni di euro. Gli stessi valori relativi all'anno 2020 presentano una contrazione di circa il 20%, effetto del fenomeno della pandemia: tale fenomeno connota anche i dati di volume e di valore, presentati di seguito, sia a livello regionale e che a livello di area vasta.

Sul valore totale dei ricoveri erogati, l'analisi per natura giuridica della struttura erogante dimostra che i ricoveri erogati dalle **strutture private** costituiscono il **15%** del valore totale (corrispondente a un valore monetario medio del triennio 2017-2019 di circa 117 milioni di euro). Analizzando, invece, il volume dei ricoveri si rileva che l'incidenza percentuale dei ricoveri erogati da strutture private sulla produzione complessiva della Regione Marche è pari al 13% (corrispondente a un valore medio del quadriennio 2017-2019 pari a circa 30 mila ricoveri). Pertanto, anche per le prestazioni ospedaliere erogate da strutture private operanti nella Regione Marche, si osserva che i DRG presentano una certa complessità.

**Figura 9.** Trend dei ricoveri erogati dalle strutture pubbliche e private della Regione Marche (a valore) - anni 2017-2021

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

**Tabella 30.** Numero di ricoveri erogati dalle strutture pubbliche private della Regione Marche – anni 2017-2021

Tipologia	2017		2018		2019		2020		2021	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Numero ricoveri erogati da strutture private	30.052	13,20%	30.577	13,40%	29.898	13,30%	27.272	15,02%	28.796	15,26%
Numero ricoveri erogati da strutture pubbliche	198.452	86,80%	198.293	86,60%	195.507	86,70%	154.353	84,98%	159.896	84,74%
<b>Numero ricoveri totale</b>	<b>228.504</b>	<b>100%</b>	<b>228.870</b>	<b>100%</b>	<b>225.405</b>	<b>100%</b>	<b>181.625</b>	<b>100%</b>	<b>188.692</b>	<b>100%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Approfondendo l'analisi per area vasta (considerando come periodo omogeneo anni 2017-2019), si rileva che **il contributo fornito dalle strutture private sul totale del valore dei ricoveri, erogati nelle stesse aree vaste, è significativamente diverso tra le aree territoriali del SSR. L'incidenza percentuale del valore dei ricoveri erogati dalle strutture private sul valore totale dei ricoveri, nell'area vasta, oscilla tra un minimo del 2% e un massimo del 34%.** In particolare, prendendo a riferimento i dati rilevati per l'anno 2019, il valore dei ricoveri erogati dalle strutture private risulta:

- nell'Area Vasta 1, pari a 3 milioni di euro su 141 milioni di euro totali di area (incidenza del 2%);
- nell'Area Vasta 2, pari a 32 milioni di euro su 341 milioni di euro totali di area (incidenza del 9%);
- nell'Area Vasta 3, pari a 40 milioni di euro su 137 milioni di euro totali di area (incidenza del 29%);
- nell'Area Vasta 4, pari a 8 milioni di euro su 56 milioni di euro totali di area (incidenza del 14%);
- nell'Area Vasta 5, pari a 37 milioni di euro su 109 milioni di euro totali di area (incidenza del 34%).

Il quadro descritto non subisce rilevanti variazioni negli anni 2017-2019: le incidenze percentuali dei ricoveri erogati dalle strutture private nelle diverse aree vaste, infatti, restano costanti per tutto il periodo analizzato (si veda tabella che segue)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Si precisa che la somma del valore dei ricoveri erogati da strutture private e quelli erogati dalle strutture pubbliche diverge dalla somma del totale della produzione in valore per minime differenze dovute all'applicazione della tariffa T.U.C. (tariffa unica convenzionale), alla quale sono associati i flussi di mobilità attiva e passiva regionali che comportano, quindi, scambi di valori finanziario tra le regioni italiane.

**Tabella 31.** Valore dei ricoveri erogati dalle strutture pubbliche private nelle cinque aree vaste – anni 2017-2019

Anno	Area Vasta	Valore ricoveri erogati da strutture private	Valore ricoveri erogati da strutture pubbliche
2017	Area Vasta 1	2.174.062 €	132.451.902 €
	Area Vasta 2	30.506.839 €	309.618.236 €
	Area Vasta 3	39.096.372 €	93.820.305 €
	Area Vasta 4	7.924.325 €	47.375.342 €
	Area Vasta 5	34.363.065 €	70.303.095 €
2018	Area Vasta 1	2.690.557 €	136.716.179 €
	Area Vasta 2	32.316.372 €	311.953.075 €
	Area Vasta 3	37.702.205 €	96.247.260 €
	Area Vasta 4	7.704.092 €	47.094.372 €
	Area Vasta 5	35.721.841 €	75.229.801 €
2019	Area Vasta 1	3.275.050 €	138.127.759 €
	Area Vasta 2	31.862.634 €	309.189.974 €
	Area Vasta 3	39.905.268 €	96.921.156 €
	Area Vasta 4	7.871.744 €	47.674.634 €
	Area Vasta 5	36.842.019 €	72.567.989 €

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

L'analisi del volume dei ricoveri mostra la stessa tendenza seppur con percentuali di incidenza lievemente differenti: **l'incidenza percentuale del numero dei ricoveri erogati dalle strutture private sul numero totale dei ricoveri erogati dalle strutture pubbliche e private presenti nell'area oscilla tra un minimo del 2% e un massimo del 32%**. Anche in questo caso, la tendenza quadriennale non mostra particolari variazioni di rilievo. In particolare, prendendo a riferimento i dati rilevati per l'anno 2019, il numero dei ricoveri erogati dalle strutture private:

- nell'Area Vasta 1 sono pari a 900 su 43 mila ricoveri totali di area (incidenza del 2%);
- nell'Area Vasta 2 sono pari a 7,6 mila su 93 mila ricoveri totali di area (incidenza del 8%);
- nell'Area Vasta 3 sono pari a 8 mila su 39 mila ricoveri totali di area (incidenza del 21%);
- nell'Area Vasta 4 sono pari a 2,6 mila su 14 mila ricoveri di area (incidenza del 15%);
- nell'Area Vasta 5 sono pari a 11 mila su 33 mila ricoveri totali di area (incidenza del 32%).

**Tabella 32.** Numero di ricoveri erogati dalle strutture pubbliche private nelle cinque aree vaste – anni 2017-2019

Anno	Area Vasta	Numero di ricoveri erogati da strutture private	Numero di ricoveri erogati da strutture pubbliche	Numero di ricoveri totali
2017	Area Vasta 1	431	43.201	43.632
	Area Vasta 2	7.029	86.487	93.516
	Area Vasta 3	9.084	31.424	40.508
	Area Vasta 4	2.780	14.795	17.575
	Area Vasta 5	10.728	22.545	33.273
2018	Area Vasta 1	747	42.980	43.727
	Area Vasta 2	7.645	86.756	94.401
	Area Vasta 3	8.805	31.097	39.902
	Area Vasta 4	2.702	14.463	17.165
	Area Vasta 5	10.678	22.997	33.675
2019	Area Vasta 1	902	41.855	42.757
	Area Vasta 2	7.585	85.765	93.350
	Area Vasta 3	8.116	31.042	39.158
	Area Vasta 4	2.581	14.351	16.932
	Area Vasta 5	10.714	22.494	33.208

### 3.5.2. La mobilità attiva

Come già evidenziato in precedenza, sia la mobilità sanitaria attiva della Regione (generata da strutture pubbliche e private) che la mobilità passiva originata dai residenti della Regione Marche verso altre Regioni sono determinate da varie componenti, riassunte nella tabella seguente. I flussi di prestazioni sono pesati attraverso l'utilizzo dei relativi valori economici. La componente dei ricoveri ospedalieri, come riscontrabile anche nel caso della mobilità passiva, determina, per tutto il quadriennio 2017-2020, oltre il 75% delle somme complessive. **L'incidenza media dei ricoveri ordinari e diurni in mobilità attiva sul totale della mobilità attiva regionale del quadriennio è pari al 79,3%** ed esprime il grado di attrazione per le prestazioni sanitarie offerte dalla Regione Marche a cittadini non residenti.

**Tabella 33.** Mobilità sanitaria della Regione Marche (in euro) - anni 2017-2021

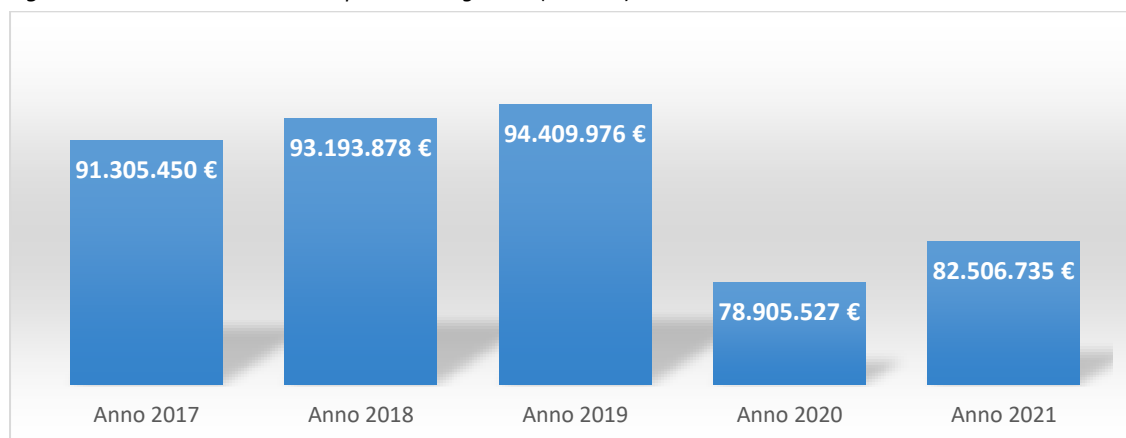
Macroarea		2017	2018	2019	2020	2021
Totale	Passiva	163.025.886 €	165.788.436 €	161.251.278 €	125.299.117 €	146.245.898 €
	Attiva	115.905.086 €	118.375.555 €	119.418.209 €	97.964.680 €	104.656.371 €
	Saldo	-47.120.800 €	-47.412.881 €	-41.833.069 €	-27.334.437 €	-41.589.527 €
A - Ricoveri Ordinari e Day Hospital	Passiva	124.372.783 €	125.174.014 €	121.276.908 €	92.085.897 €	107.234.692 €
	Attiva	91.305.450 €	93.193.878 €	94.409.976 €	78.905.527 €	82.506.735 €
	Saldo	-33.067.333 €	-31.980.136 €	-26.866.932 €	-13.180.370 €	-24.727.957 €
B - Medicina generale						
C - Specialistica ambulatoriale						
D - Farmacia						
E - Cure termali						
F - Somministrazione diretta farmaci						
G - Trasporti con ambulanza ed elisoccorso						

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

#### Analisi dei flussi di mobilità attiva ospedaliera

Come richiamato nel paragrafo precedente, l'attenzione è concentrata sui flussi di mobilità attiva generata dai ricoveri ospedalieri (ordinari e day hospital). Considerando, infatti, i valori monetari si osserva che **su 119 milioni di euro di mobilità attiva regionale (dato puntuale del 2019), i ricoveri ospedalieri ammontano a oltre 94 milioni di euro, con un'incidenza pari al 79%**. A fronte di un valore (in euro) dei ricoveri in mobilità attiva di 94 milioni (dato 2019), la Regione Marche ha erogato, nello stesso anno, circa 24 mila ricoveri a cittadini residenti in altre regioni italiane.

Va sottolineato il trend relativo al biennio precedente, ove si assiste a un incremento prossimo al 2%, di anno in anno, del valore della mobilità attiva ospedaliera regionale; una forte contrazione si è registrata nel 2020, anno contraddistinto dal fenomeno pandemico. Il valore rilevato nel 2021 (82.506.735 euro), dimostra, invece, segnali di ripresa (+3,6 milioni di euro rispetto al 2020).

**Figura 10.** Trend mobilità attiva ospedaliera regionale (a valore) - anni 2017-2021

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Il valore dei ricoveri in mobilità attiva della Regione Marche (93 milioni di euro) rappresenta, mediamente, **il 12% della produzione complessiva di ricoveri nella Regione Marche (775 milioni di euro) negli anni 2017-2021.**

### Analisi del fenomeno della mobilità attiva per area vasta – anni 2017-2019

Per comprendere meglio le causali del fenomeno della mobilità attiva si propone un'analisi per area territoriale. I valori di mobilità attiva ospedaliera appaiono sensibilmente differenti a livello di Area Vasta. Degli oltre 90 milioni, a livello regionale, su base annua, **una quota attorno al 39% è riconducibile alle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie (pubbliche o private convenzionate) presenti nell'Area Vasta 2 a fronte di una quota del 4% riconducibile all'Area Vasta 4.** Le altre aree vaste presentano un'incidenza intermedia, con valori più significativi dell'Area Vasta 5 (32%) rispetto alla 3 (17%) e alla 1 (8%).

**Tabella 34.** Valore ricoveri in mobilità attiva (per Area vasta di residenza) della Regione Marche (in euro) - anni 2017-2021

	Anno 2017		Anno 2018		Anno 2019		Anno 2020		Anno 2021	
	Mobilità attiva_EURO	% mob attiva AV su tot mob attiva	Mobilità attiva_EURO	% mob attiva AV su tot mob attiva	Mobilità attiva_EURO	% mob attiva AV su tot mob attiva	Mobilità attiva_EURO	% mob attiva AV su tot mob attiva	Mobilità attiva_EURO	% mob attiva AV su tot mob attiva
AV 1	7.411.056 €	8,1%	6.944.126 €	7,5%	7.230.183 €	7,7%	5.132.421 €	6,5%	5.489.757 €	6,5%
AV 2	35.995.717 €	39,4%	37.382.166 €	40,1%	35.988.561 €	38,1%	30.620.320 €	38,8%	32.732.728 €	38,8%
AV 3	15.737.707 €	17,2%	15.495.485 €	16,6%	16.985.056 €	18,0%	14.866.715 €	18,8%	14.664.093 €	18,8%
AV 4	3.876.498 €	4,2%	3.645.217 €	3,9%	3.736.548 €	4,0%	3.099.520 €	3,9%	3.081.586 €	3,9%
AV 5	28.284.471 €	31,0%	29.726.884 €	31,9%	30.469.628 €	32,3%	25.186.551 €	31,9%	26.538.571 €	31,9%
Valore ricoveri in mobilità attiva Regione Marche	91.305.450 €	100,0%	93.193.879 €	100,0%	94.409.977 €	100,0%	78.905.527 €	100,0%	82.506.735 €	100,0%

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Il dato in valore va opportunamente integrato con il dato espresso in numeri di ricoveri.



**Tabella 35. Numero ricoveri in mobilità attiva (per Area vasta di residenza) della Regione Marche - anni 2017-2021**

	Anno 2017		Anno 2018		Anno 2019		Anno 2020		Anno 2021	
	Mobilità attiva_ numero ricoveri	% mob attiva AV su tot mob attiva	Mobilità attiva_ numero ricoveri	% mob attiva AV su tot mob attiva	Mobilità attiva_ numero ricoveri	% mob attiva AV su tot mob attiva	Mobilità attiva_ numero ricoveri	% mob attiva AV su tot mob attiva	Mobilità attiva_ numero ricoveri	% mob attiva AV su tot mob attiva
AV 1	2.113	8,4%	2.174	8,7%	2.088	8,6%	1.384	7,8%	1.587	8,3%
AV 2	8.425	33,6%	8.671	34,8%	8.634	35,8%	6.457	36,2%	6.718	35,0%
AV 3	4.156	16,6%	3.766	15,1%	3.203	13,3%	2.286	12,8%	2.354	12,3%
AV 4	1.310	5,2%	1.305	5,2%	1.284	5,3%	905	5,1%	963	5,0%
AV 5	9.064	36,2%	9.025	36,2%	8.933	37,0%	6.804	38,1%	7.563	39,4%
<b>Numero ricoveri in mobilità attiva Regione Marche</b>	<b>25.068</b>	<b>100%</b>	<b>24.941</b>	<b>100%</b>	<b>24.142</b>	<b>100%</b>	<b>17.836</b>	<b>100%</b>	<b>19.185</b>	<b>100%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Il contributo molto differenziato delle singole Aree Vaste alla mobilità attiva regionale trova riscontro nella distribuzione della produzione complessiva regionale di ricoveri, già osservata nel paragrafo 3.1.1. Infatti, mettendo a confronto i valori di mobilità attiva con la produzione complessiva a livello di Area Vasta si hanno i seguenti risultati:

**Tabella 36. Valore ricoveri in mobilità attiva (per Area vasta di residenza) della Regione Marche (in euro) e incidenza sulla produzione - anni 2017-2021**

	Anno 2017		Anno 2018		Anno 2019		Anno 2020		Anno 2021	
	Mobilità attiva_ EURO	% mob attiva AV su tot mob attiva	Mobilità attiva_ EURO	% mob attiva AV su tot mob attiva	Mobilità attiva_ EURO	% mob attiva AV su tot mob attiva	Mobilità attiva_ EURO	% mob attiva AV su tot mob attiva	Mobilità attiva_ EURO	% mob attiva AV su tot mob attiva
AV 1	7.411.056 €	8,1%	6.944.126 €	7,5%	7.230.183 €	7,7%	5.132.421 €	6,5%	5.489.757 €	6,5%
AV 2	35.995.717 €	39,4%	37.382.166 €	40,1%	35.988.561 €	38,1%	30.620.320 €	38,8%	32.732.728 €	38,8%
AV 3	15.737.707 €	17,2%	15.495.485 €	16,6%	16.985.056 €	18,0%	14.866.715 €	18,8%	14.664.093 €	18,8%
AV 4	3.876.498 €	4,2%	3.645.217 €	3,9%	3.736.548 €	4,0%	3.099.520 €	3,9%	3.081.586 €	3,9%
AV 5	28.284.471 €	31,0%	29.726.884 €	31,9%	30.469.628 €	32,3%	25.186.551 €	31,9%	26.538.571 €	31,9%
<b>Valore ricoveri in mobilità attiva Regione Marche</b>	<b>91.305.450 €</b>	<b>100,0%</b>	<b>93.193.879 €</b>	<b>100,0%</b>	<b>94.409.977 €</b>	<b>100,0%</b>	<b>78.905.527 €</b>	<b>100,0%</b>	<b>82.506.735 €</b>	<b>100,0%</b>
<b>Valore ricoveri erogati dalle strutture della Regione Marche</b>	<b>764.754.975 €</b>		<b>779.685.974 €</b>		<b>782.008.855 €</b>		<b>688.516.473 €</b>		<b>727.123.885 €</b>	

**Tabella 37. Numero ricoveri in mobilità attiva (per Area vasta di residenza) della Regione Marche e incidenza sulla produzione - anni 2017-2021**

	Anno 2017		Anno 2018		Anno 2019		Anno 2020		Anno 2021	
	Mobilità attiva_ numero ricoveri	% mob attiva AV su tot mob attiva	Mobilità attiva_ numero ricoveri	% mob attiva AV su tot mob attiva	Mobilità attiva_ numero ricoveri	% mob attiva AV su tot mob attiva	Mobilità attiva_ numero ricoveri	% mob attiva AV su tot mob attiva	Mobilità attiva_ numero ricoveri	% mob attiva AV su tot mob attiva
AV 1	2.113	8,4%	2.174	8,7%	2.088	8,6%	1.384	7,8%	1.587	8,3%
AV 2	8.425	33,6%	8.671	34,8%	8.634	35,8%	6.457	36,2%	6.718	35,0%
AV 3	4.156	16,6%	3.766	15,1%	3.203	13,3%	2.286	12,8%	2.354	12,3%
AV 4	1.310	5,2%	1.305	5,2%	1.284	5,3%	905	5,1%	963	5,0%
AV 5	9.064	36,2%	9.025	36,2%	8.933	37,0%	6.804	38,1%	7.563	39,4%
<b>Numero ricoveri in mobilità attiva Regione Marche</b>	<b>25.068</b>	<b>100,0%</b>	<b>24.941</b>	<b>100,0%</b>	<b>24.142</b>	<b>100,0%</b>	<b>17.836</b>	<b>100,0%</b>	<b>19.185</b>	<b>100,0%</b>
<b>Numero ricoveri erogati dalle strutture della Regione Marche</b>	<b>228.504</b>		<b>228.870</b>		<b>225.405</b>		<b>181.625</b>		<b>188.692</b>	

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Il primo aspetto da rimarcare considerando la numerosità dei ricoveri fuori regione è che l'incidenza sul numero totale dei ricoveri assume un valore (10,5% circa) costantemente inferiore all'incidenza espressa in valore (12%). Questo implica che **i ricoveri che generano mobilità attiva riguardano, generalmente, patologie contrassegnate da DRG di valore medio-alto, approssimando significativamente una complessità medio-alta delle prestazioni erogate a cittadini non residenti nella Regione Marche.** Lo stesso fenomeno è stato rilevato nell'analisi dei ricoveri che generano mobilità passiva.

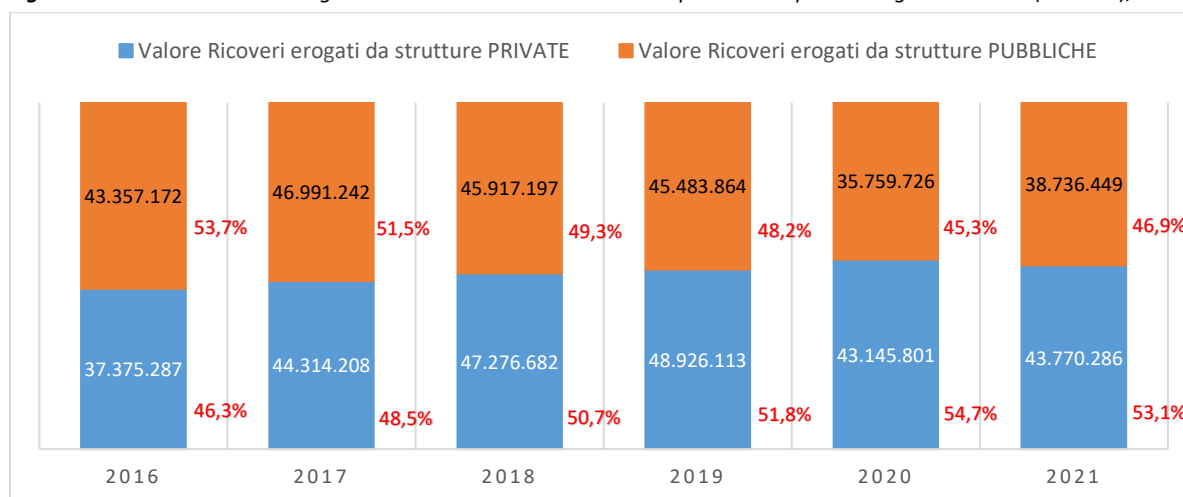
## I flussi di mobilità attiva ospedaliera: il contributo delle strutture pubbliche e private

Si ricorda che, nel 2019, il valore (in euro) dei ricoveri in mobilità attiva della Regione Marche è di 94 milioni corrispondente, nello stesso anno, a circa 24 mila ricoveri a cittadini residenti in altre regioni italiane. Il trend relativo al biennio precedente evidenzia un incremento prossimo al 2%, su base annua, del valore della mobilità attiva ospedaliera regionale e una forte contrazione nel 2020, anno contraddistinto dal fenomeno pandemico. Il valore rilevato nel 2021 dimostra, invece, segnali di ripresa (+3,6 milioni di euro rispetto al 2020).

Un fenomeno che merita una prima riflessione è quanta parte della mobilità attiva regionale sia generata dal sistema sanitario pubblico e quanta parte sia invece ascrivibile a strutture private.

L'analisi di dettaglio sulla natura giuridica delle strutture eroganti ha posto in evidenza che **l'incidenza media, nel triennio 2017-2019, del valore dei ricoveri erogati in mobilità attiva dalle strutture private è pari al 51%.** Analizzando il volume dei ricoveri si rileva che l'incidenza media, nel quadriennio di analisi, del numero dei ricoveri in mobilità attiva erogati dalle strutture private sul totale dei ricoveri erogati nella Regione Marche è pari al 50% (corrispondente a un valore medio, negli anni 2017-2019, pari a circa 46 mila ricoveri).

**Figura 11.** Trend dei ricoveri erogati in mobilità attiva dalle strutture pubbliche e private Regione Marche (a valore), 2016-2021



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

**Tabella 38.** Numero ricoveri erogati in mobilità attiva dalle strutture pubbliche private della Regione Marche – anni 2017-2019

Tipologia	2017		2018		2019		2020		2021	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Numero ricoveri erogati da strutture private	12.195	48,60%	12.404	49,70%	11.812	48,90%	9.287	52,07%	9.907	51,64%
Numero ricoveri erogati da strutture pubbliche	12.873	51,40%	12.537	50,30%	12.330	51,10%	8.549	47,93%	9.278	48,36%
<b>Numero ricoveri totale</b>	<b>25.068</b>	<b>100%</b>	<b>24.941</b>	<b>100%</b>	<b>24.142</b>	<b>100%</b>	<b>17.836</b>	<b>100%</b>	<b>19.185</b>	<b>100%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

## Il contributo nelle strutture pubbliche e private nelle Aree Vaste – anni 2017-2019

Approfondendo l'analisi per area vasta (considerando come periodo omogeneo anni 2017-2019), si rileva che il contributo fornito dalle strutture private sul totale del valore dei ricoveri erogati a cittadini non residenti nelle stesse aree vaste diverge tra le diverse articolazioni territoriali del SSR: **l'incidenza percentuale del valore dei ricoveri erogati in mobilità attiva dalle strutture private sul valore totale dei ricoveri, erogati nell'area vasta, oscilla tra un minimo del 6% e un massimo del 85%**. In particolare, prendendo a riferimento i dati rilevati per l'anno 2019, il valore dei ricoveri erogati dalle strutture private risulta:

- nell'Area Vasta 1, pari a 400 mila euro su 7 milioni di euro totali di area (incidenza del 6%);
- nell'Area Vasta 2, pari a 9 milioni di euro su 36 milioni di euro totali di area (incidenza del 26%);
- nell'Area Vasta 3, pari a 14,5 milioni di euro su 17 milioni di euro totali di area (incidenza dell'85%);
- nell'Area Vasta 4, pari a 2,5 milioni di euro su 3,7 milioni di euro totali di area (incidenza del 69%);
- nell'Area Vasta 5, pari a 22 milioni di euro su 30,5 milioni di euro totali di area (incidenza del 73%).

Il quadro descritto non subisce rilevanti variazioni negli anni 2017-2019: le incidenze percentuali dei ricoveri erogati in mobilità attiva dalle strutture private nelle diverse aree vaste, infatti, restano costanti per tutto il periodo analizzato (si veda tabella che segue).

**Tabella 39.** Valore dei ricoveri erogati in mobilità attiva dalle strutture pubbliche private nelle cinque aree vaste – 2017-2019

Anno	Area Vasta	Valore ricoveri in mobilità attiva erogati da strutture private	Valore ricoveri in mobilità attiva erogati da strutture pubbliche	Valore dei ricoveri in mobilità attiva totali
2017	Area Vasta 1	137.501 €	7.273.555 €	7.411.056 €
	Area Vasta 2	8.038.850 €	27.956.867 €	35.995.717 €
	Area Vasta 3	13.183.817 €	2.553.890 €	15.737.707 €
	Area Vasta 4	2.634.537 €	1.241.961 €	3.876.498 €
	Area Vasta 5	20.319.503 €	7.964.968 €	28.284.471 €
2018	Area Vasta 1	302.167 €	6.641.959 €	6.944.126 €
	Area Vasta 2	9.271.209 €	28.110.957 €	37.382.166 €
	Area Vasta 3	13.210.304 €	2.285.182 €	15.495.485 €
	Area Vasta 4	2.597.680 €	1.047.537 €	3.645.217 €
	Area Vasta 5	21.895.323 €	7.831.561 €	29.726.884 €
2019	Area Vasta 1	400.322 €	6.829.862 €	7.230.183 €
	Area Vasta 2	9.241.594 €	26.746.968 €	35.988.561 €
	Area Vasta 3	14.517.594 €	2.467.463 €	16.985.056 €
	Area Vasta 4	2.567.182 €	1.169.366 €	3.736.548 €
	Area Vasta 5	22.199.422 €	8.270.206 €	30.469.628 €

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

L'analisi del volume dei ricoveri erogati a cittadini non residenti mostra la stessa tendenza seppur con percentuali di incidenza lievemente differenti: **l'incidenza percentuale del numero dei ricoveri erogati in mobilità attiva dalle strutture private sul numero totale dei ricoveri erogati dalle strutture pubbliche e private presenti nell'area oscilla tra un minimo dell'8% e un massimo del 71%**. Anche in questo caso, la tendenza quadriennale non mostra

particolari variazioni di rilievo. Prendendo a riferimento i dati rilevati per l'anno 2019, i ricoveri erogati dalle strutture private:

- nell'Area Vasta 1 sono pari a 163 su 2 mila ricoveri totali di area (incidenza del 8%);
- nell'Area Vasta 2 sono pari a 2.300 su 8.600 ricoveri totali di area (incidenza del 27%);
- nell'Area Vasta 3 sono pari a 2.300 su 3.200 ricoveri totali di area (incidenza del 71%);
- nell'Area Vasta 4 sono pari a 900 su 1.300 ricoveri di area (incidenza del 71%);
- nell'Area Vasta 5 sono pari a 6 mila su 9 mila ricoveri totali di area (incidenza del 69%).

**Tabella 40.** Numero di ricoveri erogati in mobilità attiva dalle strutture pubbliche private nelle cinque aree vaste – 2017-2019

Anno	Area Vasta	Numero di ricoveri in mobilità attiva erogati da strutture private	Numero di ricoveri in mobilità attiva erogati da strutture pubbliche	Numero di ricoveri in mobilità attiva totali
2017	Area Vasta 1	38	2.075	2.113
	Area Vasta 2	1.918	6.507	8.425
	Area Vasta 3	3.110	1.046	4.156
	Area Vasta 4	930	380	1.310
	Area Vasta 5	6.199	2.865	9.064
2018	Area Vasta 1	121	2.053	2.174
	Area Vasta 2	2.271	6.400	8.671
	Area Vasta 3	2.834	932	3.766
	Area Vasta 4	987	318	1.305
	Area Vasta 5	6.191	2.834	9.025
2019	Area Vasta 1	163	1.925	2.088
	Area Vasta 2	2.329	6.305	8.634
	Area Vasta 3	2.260	943	3.203
	Area Vasta 4	909	375	1.284
	Area Vasta 5	6.151	2.782	8.933

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

## I saldi di mobilità ospedaliera: una diversa prospettiva di analisi

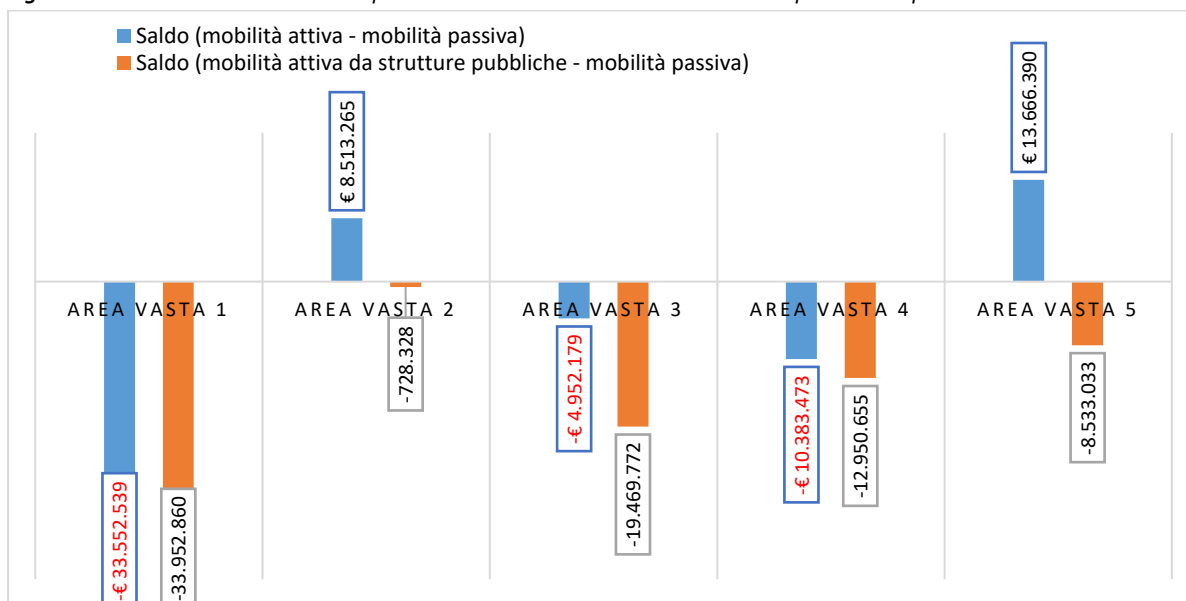
L'analisi dei flussi di mobilità attiva per natura giuridica della struttura di erogazione rileva l'importante contributo delle strutture private alla formazione dei valori (in euro) di mobilità attiva. I valori di mobilità attiva generati dai ricoveri a cittadini non residenti dalle strutture private non costituiscono un'entrata netta per il sistema sanitario regionale: gli stessi valori vanno infatti a beneficio delle strutture private eroganti. Per tale ragione, appare utile approfondire come cambiano i saldi di mobilità, se si considerassero solo le entrate generate dai ricoveri in mobilità attiva erogati da strutture pubbliche. Focalizzando l'attenzione sull'anno 2019, **il saldo di mobilità regionale presenta un valore negativo pari a 27 milioni di euro; il calcolo del saldo regionale considerando le entrate di mobilità attiva dalle strutture pubbliche rileva un valore negativo pari a circa 76 milioni di euro: la differenza è costituita dai 49 milioni di euro da corrispondere alle strutture private, erogatrici di ricoveri a cittadini non residenti.**

**Tabella 41.** Saldo di mobilità sanitaria regionale ospedaliera: il contributo delle strutture pubbliche e private – anno 2019

Tipologia Indicatore	Valore dei ricoveri – Regione Marche
Mobilità attiva (da ricoveri erogati da strutture private)	48.926.113 €
Mobilità attiva (da ricoveri erogati da strutture pubbliche)	45.483.864 €
Mobilità attiva (da ricoveri erogati da strutture private e pubbliche)	94.409.977 €
Mobilità passiva	121.118.512 €
Saldo (mobilità attiva - mobilità passiva)	-26.708.535 €
Saldo (mobilità attiva da strutture pubbliche - mobilità passiva)	-75.634.648 €

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Indagando lo stesso fenomeno **nelle aree vaste**, si rileva che tutte le aree vaste presentano un **saldo di mobilità “netta”** (calcolato come differenza tra la mobilità attiva da ricoveri erogati da strutture pubbliche presenti nell’Area Vasta e la mobilità passiva per i cittadini residenti nella stessa Area Vasta) **sempre negativo e, comunque, in netto ribasso** rispetto ai valori calcolati come differenza tra i valori complessivi di mobilità attiva e di mobilità passiva. Ciò porta ad evidenziare che, soprattutto in alcune Aree Vaste, molto alto è il contributo delle strutture private al raggiungimento di elevati valori di mobilità attiva. La figura che segue presenta le differenze dei valori dei saldi per ciascuna Area Vasta.

**Figura 12.** Saldo di mobilità sanitaria per Area Vasta: il contributo delle strutture pubbliche e private – anno 2019

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

L’analisi dei valori nel periodo 2017-2019 non evidenzia particolari variazioni di rilievo.

**Tabella 42.** Saldo di mobilità sanitaria ospedaliera regionale e per aree vaste: il contributo delle strutture pubbliche e private – anni 2017-2019

	Indicatore	Area Vasta 1	Area Vasta 2	Area Vasta 3	Area Vasta 4	Area Vasta 5	REGIONE MARCHE
2017	Mobilità attiva (da ricoveri erogati da strutture private)	137.501	8.038.850	13.183.817	2.634.537	20.319.503	44.314.208
	Mobilità attiva (da ricoveri erogati da strutture pubbliche)	7.273.555	27.956.867	2.553.890	1.241.961	7.964.968	46.991.242
	Mobilità attiva (da ricoveri erogati da strutture private e pubbliche)	7.411.056	35.995.717	15.737.707	3.876.498	28.284.471	91.305.450
	Mobilità passiva	€ 43.747.519	€ 28.783.451	€ 21.312.526	€ 12.899.838	€ 17.609.531	€ 124.352.865
	Saldo (mobilità attiva - mobilità passiva)	-€ 36.336.463	€ 7.212.266	-€ 5.574.819	-€ 9.023.340	€ 10.674.940	-€ 33.047.415
	Saldo (mobilità attiva da strutture pubbliche - mobilità passiva)	-36.473.964	-826.584	-18.758.636	-11.657.877	-9.644.563	-77.361.623
2018	Mobilità attiva (da ricoveri erogati da strutture private)	302.167	9.271.209	13.210.304	2.597.680	21.895.323	47.276.682
	Mobilità attiva (da ricoveri erogati da strutture pubbliche)	6.641.959	28.110.957	2.285.182	1.047.537	7.831.561	45.917.197
	Mobilità attiva (da ricoveri erogati da strutture private e pubbliche)	6.944.126	37.382.166	15.495.485	3.645.217	29.726.884	93.193.879
	Mobilità passiva	€ 42.366.168	€ 28.832.852	€ 22.544.318	€ 13.265.005	€ 18.164.943	€ 125.173.286
	Saldo (mobilità attiva - mobilità passiva)	-€ 35.422.042	€ 8.549.314	-€ 7.048.833	-€ 9.619.788	€ 11.561.941	-€ 31.979.407
	Saldo (mobilità attiva da strutture pubbliche - mobilità passiva)	-35.724.209	-721.895	-20.259.136	-12.217.468	-10.333.382	-79.256.089
2019	Mobilità attiva (da ricoveri erogati da strutture private)	400.322	9.241.594	14.517.594	2.567.182	22.199.422	48.926.113
	Mobilità attiva (da ricoveri erogati da strutture pubbliche)	6.829.862	26.746.968	2.467.463	1.169.366	8.270.206	45.483.864
	Mobilità attiva (da ricoveri erogati da strutture private e pubbliche)	7.230.183	35.988.561	16.985.056	3.736.548	30.469.628	94.409.977
	Mobilità passiva	€ 40.782.722	€ 27.475.296	€ 21.937.235	€ 14.120.021	€ 16.803.238	€ 121.118.512
	Saldo (mobilità attiva - mobilità passiva)	-€ 33.552.539	€ 8.513.265	-€ 4.952.179	-€ 10.383.473	€ 13.666.390	-€ 26.708.535
	Saldo (mobilità attiva da strutture pubbliche - mobilità passiva)	-33.952.860	-728.328	-19.469.772	-12.950.655	-8.533.033	-75.634.648

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

I dati presentati nelle tabelle precedenti focalizzano la dimensione prettamente finanziaria, o contabile, del più complesso fenomeno della mobilità ospedaliera e del relativo saldo fra mobilità attiva e passiva. A seguire si approfondiscono le specialità e le aree territoriali in cui rilevante risulta il ruolo delle strutture private che generano flussi di mobilità attiva ospedaliera. Tali approfondimenti consentiranno di valutare il modello di collaborazione fra pubblico e privato che nei fatti caratterizza la produzione dei ricoveri ospedalieri nella Regione Marche.

## I DRG più rilevanti nei flussi di mobilità attiva: l'analisi delle specialità

Una ulteriore analisi si propone per patologie più ricorrenti fra i ricoveri erogati dalle strutture regionali a cittadini non residenti. Per semplicità espositiva, l'analisi è incentrata sui dati del 2019.

Al fine di rappresentare il fenomeno della mobilità attiva nel suo complesso a livello regionale si considerano i primi 50 DRG che risultano dall'aggregazione dei primi 20 DRG (a valore) a livello di singola area vasta. La scelta di ampliare l'analisi ai 50 DRG come valore risultante dall'aggregazione dei primi 20 di ciascuna area vasta deriva dalla necessità di evidenziare il contributo fornito dalle singole aree vaste a rilevanti specialità che spiegano la mobilità attiva regionale. Tale fenomeno è dovuto al fatto che il valore minimo dei primi 20 DRG a livello regionale è pari a circa 850 mila euro, scendendo nelle singole aree si sono potuti considerare anche DRG con valori inferiori, ma comunque prossimi, a 800 mila euro e, quindi, ottenere dati più esaustivi. **Al contempo, la metodologia di analisi adottata ha consentito di considerare alcuni DRG di rilevante valore e peculiari di alcune aree vaste, non risultanti dall'elenco dei primi 20 DRG a livello regionale.**

A titolo esemplificativo, infatti, si consideri che soffermando l'attenzione unicamente sui primi 20 DRG che spiegano la mobilità attiva regionale, il valore dei DRG di area cardiologica interventistica risulta inferiore al corrispondente valore rilevato per l'Area Vasta 2. Questo perché tra i primi 20 DRG dell'Area Vasta 2 figurano anche DRG di particolare rilevanza per l'area cardiologica interventistica nell'AV 2, ma non considerati nei primi 20 DRG a livello regionale. Parimenti, il DRG "496 Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato", presente nei primi 20 DRG dell'Area Vasta 3 e pari a un valore di circa 690 mila euro, non è presente nei primi 20 DRG a livello regionale, ma con l'approccio metodologico seguito, tale DRG è incluso nell'analisi del fenomeno della mobilità attiva.

Ciò premesso, l'analisi si focalizza sui primi 50 DRG come valore risultante dall'aggregazione dei primi 20 di ciascuna area vasta. **I primi 50 DRG spiegano il 55% del valore della mobilità attiva regionale (52 milioni di euro su 94 milioni di euro, dato 2019) e il 38% del totale dei ricoveri in mobilità attiva erogati dalla Regione Marche (9 mila ricoveri su 24 mila ricoveri, dato 2019).** L'incidenza percentuale sul valore della mobilità attiva e sul numero di ricoveri in mobilità attiva diverge sensibilmente e ciò attesta che trattasi mediamente di DRG complessi.

Va precisato che la situazione non mostra rilevanti variazioni negli anni. A titolo esemplificativo, si consideri che il DRG 544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto arti inferiori (nel quadriennio di analisi si pone sempre come primo DRG per flussi di entrata di mobilità attiva) mostra le seguenti incidenze in termini di valore:

- nel 2017 per 6.488mila - 7,1% delle entrate – 734 casi su 4.090 ricoveri;
- nel 2018 per 6.653mila - 7,1% delle entrate – 751 casi su 4.169 ricoveri;
- nel 2019 per 6.665mila - 7,1% delle entrate – 756 casi su 4.128 ricoveri.

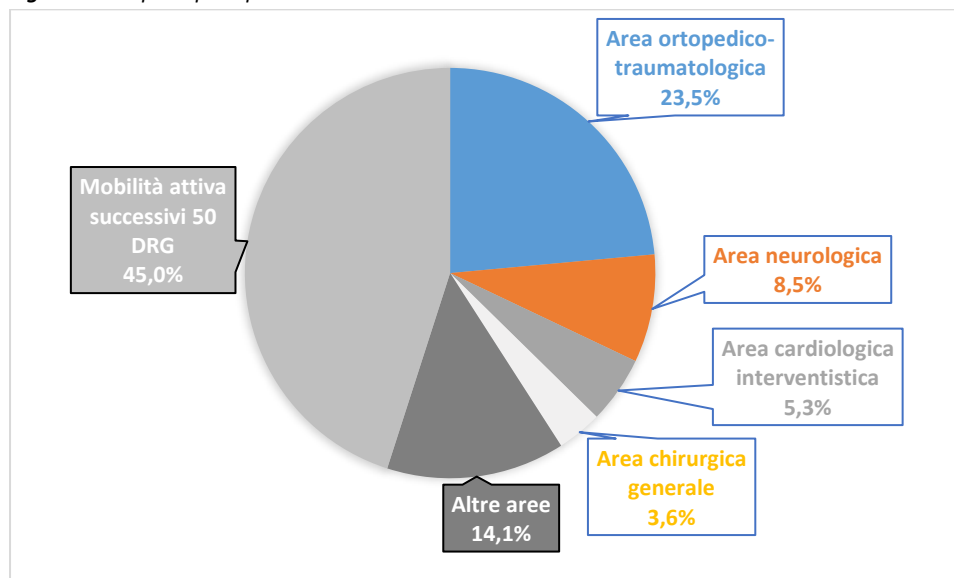
Tabella 43. Regione Marche - Mobilità Attiva: primi 50 DRG anno 2019 (per valore)

Denominazione DRG	EURO 2019	% su Totale Attiva 2019	Numeri Ricoveri Attiva 2019	Numeri Ricoveri Regionali 2019	% su Ricoveri Regionali
544 Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	6.665.402 €	7,10%	756	4.128	18,30%
225 Interventi sul piede	4.716.985 €	5,00%	1.840	2.630	70,00%
498 Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	4.220.216 €	4,50%	341	389	87,70%
23 Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	3.315.588 €	3,50%	42	103	40,80%
105 Interventi valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	1.880.817 €	2,00%	91	558	16,30%
27 Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	1.632.126 €	1,70%	21	54	38,90%
503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	1.568.739 €	1,70%	784	1.347	58,20%
522 Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	1.366.449 €	1,40%	307	544	56,40%
234 Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	1.354.891 €	1,40%	333	744	44,80%
104 Interventi valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	1.174.017 €	1,20%	46	353	13,00%
256 Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1.171.986 €	1,20%	334	1.739	19,20%
410 Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.152.847 €	1,20%	319	5.060	6,30%
481 Trapianto di midollo osseo	1.147.249 €	1,20%	19	86	22,10%
224 Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	1.142.393 €	1,20%	283	1.269	22,30%
532 Interventi sul midollo spinale senza CC	1.121.644 €	1,20%	136	156	87,20%
147 Resezione rettale senza CC	1.041.336 €	1,10%	140	184	76,10%
480 Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	1.038.224 €	1,10%	16	36	44,40%
315 Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	914.052 €	1,00%	228	448	50,90%
288 Interventi per obesità	860.704 €	0,90%	157	227	69,20%
297 Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	831.718 €	0,90%	323	646	50,00%
12 Malattie degenerative del sistema nervoso	794.436 €	0,80%	90	1.267	7,10%
554 Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	781.079 €	0,80%	182	414	44,00%
523 Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	778.383 €	0,80%	139	249	55,80%
496 Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	690.305 €	0,70%	36	36	100,00%
302 Trapianto renale	596.916 €	0,60%	18	44	40,90%
337 Prostatectomia transuretrale senza CC	588.744 €	0,60%	240	879	27,30%
335 Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	587.706 €	0,60%	103	435	23,70%
541 Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non rel	571.109 €	0,60%	11	161	6,80%
542 Tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza inter	562.063 €	0,60%	16	173	9,20%
545 Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	557.600 €	0,60%	50	68	73,50%
9 Malattie e traumatismi del midollo spinale	549.806 €	0,60%	8	50	16,00%
211 Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	547.115 €	0,60%	99	895	11,10%
108 Altri interventi cardiotoracici	525.744 €	0,60%	32	139	23,00%
359 Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	515.204 €	0,50%	242	2.719	8,90%
217 Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	454.678 €	0,50%	73	562	13,00%
570 Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	452.720 €	0,50%	40	211	19,00%
162 Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	434.464 €	0,50%	342	790	43,30%
497 Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	391.794 €	0,40%	26	32	81,30%
494 Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	388.926 €	0,40%	140	377	37,10%
546 Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione colonna vertebrale o neoplasia maligna	371.355 €	0,40%	19	20	95,00%
55 Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	363.514 €	0,40%	226	544	41,50%
119 Legatura e stripping di vene	336.090 €	0,40%	216	278	77,70%
110 Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	333.709 €	0,40%	20	144	13,90%
557 Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	303.410 €	0,30%	37	806	4,60%
63 Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	221.848 €	0,20%	64	411	15,60%
42 Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	199.407 €	0,20%	130	550	23,60%
8 Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	180.950 €	0,20%	70	110	63,60%
569 Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	179.309 €	0,20%	13	225	5,80%
473 Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	161.801 €	0,20%	16	110	14,50%
304 Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC	150.459 €	0,20%	27	563	4,80%
Primi 50 DRG (aggregazione dei primi 20 DRG di area vasta)	51.888.027 €	55,00%	9.241	33.963	27,20%
Mobilità attiva regionale	94.409.976 €	100%	24.142		



Le aree che mostrano un'incidenza significativa nella mobilità attiva ospedaliera sono: l'area ortopedico-traumatologica (che spiega il 23,5% del valore totale della mobilità attiva regionale); l'area neurologica (che spiega l'8,5% del valore totale della mobilità attiva regionale); l'area cardiologica interventistica (che spiega il 5,3% del valore totale della mobilità attiva regionale) e l'area della chirurgia generale (che spiega il 3,6% del valore totale della mobilità attiva regionale).

**Figura 13.** Le principali specialità di mobilità attiva – anno 2019



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Si rileva che due aree – l'area ortopedico traumatologica e l'area cardiologica interventistica – coincidono con le aree più significative che generano flussi di mobilità passiva. Per queste due aree, si prosegue l'analisi dei principali DRG che determinano flussi di mobilità attiva per capire se si riscontrano gli stessi DRG evidenziati nei flussi di mobilità passiva. Tale analisi sarà estesa anche alle altre due aree – area neurologica e area della chirurgia generale – che spiegano unitamente circa il 12% della mobilità attiva. L'analisi sarà, inoltre, estesa alla natura giuridica della struttura erogante (pubblica o privata), data la rilevante incidenza delle strutture private sull'erogazione dei ricoveri in mobilità attiva.

### DRG di area ortopedico-traumatologica: analisi dettagliata su anno 2019

Considerando il 2019 come anno di riferimento abbiamo, per tutta la Regione, tra i primi 50 DRG:

- 544 Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori 6.665.402 €
- 225 Interventi sul piede 4.716.985 €
- 498 Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC 4.220.216 €
- 503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione 1.568.739 €
- 234 Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC 1.354.891 €
- 224 Interventi spalla, gomito o avambraccio eccetto interv. magg. su artic. senza CC 1.142.393 €
- 496 Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato 690.305 €
- 545 Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio 557.600 €
- 211 Interventi su anca e femore, eccetto articol. maggiori, età > 17 anni senza CC 547.115 €
- 497 Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC 391.794 €
- 546 Artrodesi vertebrale eccetto cervicale deviazione colonna vertebrale o neoplasia maligna 371.355 €

Totale entrate da mobilità attiva per i DRG tra i primi 50 per: 22.226.796 €

Pari a circa il 23,5% del totale della mobilità attiva 2019 pari a: 94.409.976 €

I **DRG più rilevanti di area ortopedico-traumatologica** in mobilità attiva corrispondono a 4.567 ricoveri, pari al **39,5% del totale dei ricoveri erogati dalle strutture della Regione Marche** a cui sono associati gli stessi DRG, cioè la produzione per i DRG più rilevanti dell'area oggetto di analisi (pari a 11.558 ricoveri regionali). I 4.567 ricoveri in mobilità attiva relativi ai DRG più rilevanti di area ortopedico-traumatologica corrispondono al 19% del totale dei ricoveri in mobilità attiva della Regione Marche, pari a 24.142 ricoveri.

Focalizzando l'analisi sui primi 50 DRG in mobilità attiva a livello regionale, i DRG 545, 497 e 546 sono erogati esclusivamente dall'Area Vasta 5 e il DRG 496 unicamente dall'Area Vasta 3. Per i restanti DRG si riscontra un contributo di almeno 2 aree vaste sulle cinque regionali; l'unico DRG a cui contribuiscono tutte le aree vaste è il DRG 544.

**Tabella 44. Mobilità attiva: i DRG più rilevanti di area ortopedico-traumatologica - anno 2019**

Denominazione DRG	Area Vasta	EURO 2019	Numeri Ricoveri Attiva 2019	Numeri Ricoveri Regionali 2019
<b>544 Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori</b>	<b>valore aggregato</b>	<b>6.665.402 €</b>	<b>756</b>	<b>4.128</b>
544 Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	AREA VASTA 1	141.392 €	16	521
544 Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	AREA VASTA 2	1.777.311 €	202	1.590
544 Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	AREA VASTA 3	636.264 €	73	877
544 Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	AREA VASTA 4	194.414 €	22	267
544 Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	AREA VASTA 5	3.916.021 €	443	873
<b>225 Interventi sul piede</b>	<b>valore aggregato</b>	<b>4.716.985 €</b>	<b>1.840</b>	<b>2.630</b>
225 Interventi sul piede	AREA VASTA 3	2.817.341 €	1.049	1.589
225 Interventi sul piede	AREA VASTA 4	143.611 €	54	125
225 Interventi sul piede	AREA VASTA 5	1.756.033 €	737	916
<b>498 Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC</b>	<b>valore aggregato</b>	<b>4.220.216 €</b>	<b>341</b>	<b>389</b>
498 Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	AREA VASTA 3	1.175.720 €	95	102
498 Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	AREA VASTA 5	3.044.496 €	246	287
<b>503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione</b>	<b>valore aggregato</b>	<b>1.568.739 €</b>	<b>784</b>	<b>1.347</b>
503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	AREA VASTA 1	186.837 €	93	272
503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	AREA VASTA 4	292.710 €	147	189
503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	AREA VASTA 5	1.089.192 €	544	886
<b>234 Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC</b>	<b>valore aggregato</b>	<b>1.354.891 €</b>	<b>333</b>	<b>744</b>
234 Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	AREA VASTA 3	576.070 €	133	418
234 Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	AREA VASTA 4	69.176 €	22	50
234 Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	AREA VASTA 5	778.821 €	200	326
<b>224 Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC</b>	<b>valore aggregato</b>	<b>1.142.393 €</b>	<b>283</b>	<b>1.269</b>
224 Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	AREA VASTA 2	449.147 €	106	501
224 Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	AREA VASTA 3	163.978 €	51	316
224 Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	AREA VASTA 4	529.268 €	126	452
<b>211 Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età &gt; 17 anni senza CC</b>	<b>valore aggregato</b>	<b>547.115 €</b>	<b>99</b>	<b>895</b>
211 Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	AREA VASTA 1	152.475 €	25	382
211 Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	AREA VASTA 3	93.535 €	16	332
211 Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	AREA VASTA 5	301.105 €	58	181
<b>496 Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato</b>	<b>AREA VASTA 3</b>	<b>690.305 €</b>	<b>36</b>	<b>36</b>
497 Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	AREA VASTA 5	391.794 €	26	32
545 Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	AREA VASTA 5	557.600 €	50	68
546 Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	AREA VASTA 5	371.355 €	19	20
<b>Totale DRG ort traumatologici nei primi 50 DRG</b>		<b>22.226.796 €</b>	<b>4.567</b>	<b>11.558</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Va sottolineato che **6 DRG degli 11 DRG** che costituiscono i principali DRG di mobilità attiva a livello regionale (considerando i primi 50 DRG che derivano dall'aggregazione dei primi 20 DRG in mobilità attiva di ciascuna Area Vasta) **sono gli stessi DRG che determinano i maggiori flussi di mobilità passiva**, rilevati nel primo report. Per questa ragione, una prima analisi dei principali DRG in mobilità attiva di area ortopedico-traumatologica è svolta relativamente ai 6 DRG che determinano contestualmente flussi di mobilità attiva e flussi di mobilità passiva.

Si analizzano in particolare i seguenti DRG di area ortopedico-traumatologica:

- 544 Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori
- 225 Interventi sul piede
- 498 Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC
- 503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione
- 224 Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC
- 545 Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio

L'analisi della natura giuridica della struttura erogante rileva che **il 93% dei ricoveri in mobilità attiva per i 6 DRG di area ortopedico-traumatologica è erogato da strutture private del SSR; il restante 7% da strutture pubbliche**

del SSR. La prevalenza dei ricoveri erogati da strutture private è riscontrabile per tutti i 6 DRG di area ortopedico-traumatologica. Si segnalano il **DRG 225**, il **DRG 498** e il **DRG 503** per i quali l'incidenza del privato è maggiore del 95% sul totale dei ricoveri in mobilità attiva.

**Tabella 45.** Numero di ricoveri in mobilità attiva per i 6 principali DRG di area ortopedico-traumatologica – anno 2019

DRG	Numero ricoveri in mobilità attiva da strutture private	Numero ricoveri in mobilità attiva da strutture pubbliche	Numero ricoveri in mobilità attiva totali	% ricoveri privato sul totale	% ricoveri pubblico sul totale
DRG 224	295	50	345	86%	14%
DRG 225	1.891	76	1.967	96%	4%
DRG 498	341	21	362	94%	6%
DRG 503	901	49	950	95%	5%
DRG 544	642	114	756	85%	15%
DRG 545	56	12	68	82%	18%
<b>Numero ricoveri in mobilità attiva*</b>	<b>4.126</b>	<b>322</b>	<b>4.448</b>	<b>93%</b>	<b>7%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

\*il numero dei ricoveri non considera i ricoveri erogati a cittadini stranieri. Le analisi che seguono, quindi, sono riferite a ricoveri in mobilità attiva erogati a residenti di altre regioni italiane.

**Il 90% dei ricoveri in mobilità attiva dalle strutture private è erogato da 5 strutture marchigiane: Casa di cura Villa Pini, Casa di cura San Benedetto Spa, Casa di cura Villa Anna Srl, Casa di cura Villa San Marco e Casa di Cura Villa Igea**, di cui le prime due eroganti oltre il 50% del totale dei ricoveri.

**Tabella 46.** Numero di ricoveri in mobilità attiva per i 6 DRG di area ortopedico-traumatologica per struttura privata erogante – anno 2019

Struttura	Numero ricoveri in mobilità attiva da strutture private	% sul totale	Area Vasta di appartenenza della struttura
CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION	1.276	31%	Area Vasta 3 Macerata
CASA DI CURA SAN BENEDETTO SPA	966	23%	Area Vasta 5 Ascoli
CASA DI CURA VILLA ANNA SRL	611	15%	Area Vasta 5 Ascoli
CASA DI CURA VILLA SAN MARCO	448	11%	Area Vasta 5 Ascoli
CASA DI CURA VILLA IGEA	395	10%	Area Vasta 2 Ancona
RITA SRL CASA DI CURA PRIVATA VILLAVERDE	338	8%	Area Vasta 4 Fermo
CASA DI CURA VILLA MONTEFELTRO	92	2%	Area Vasta 1 Pesaro
<b>Numero ricoveri totali in mobilità attiva da strutture private</b>	<b>4.126</b>	<b>100%</b>	

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

La tabella che segue espone i dettagli dei ricoveri in mobilità attiva erogati da strutture private per ciascuno dei 6 DRG di area ortopedico-traumatologica.

**Tabella 47.** Numero di ricoveri in mobilità attiva per i 6 DRG di area ortopedico-traumatologica per struttura privata erogante e per singolo DRG – anno 2019

DRG	Struttura	Numero ricoveri in mobilità attiva da strutture private	%	Area Vasta
DRG 224	CASA DI CURA SAN BENEDETTO SPA	23	8%	Area Vasta 5 Ascoli
	CASA DI CURA VILLA ANNA SRL	3	1%	Area Vasta 5 Ascoli
	CASA DI CURA VILLA IGEA	81	27%	Area Vasta 2 Ancona
	CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION	48	16%	Area Vasta 3 Macerata
	CASA DI CURA VILLA SAN MARCO	16	5%	Area Vasta 5 Ascoli
	RITA SRL CASA DI CURA PRIVATA VILLAVERDE	124	42%	Area Vasta 4 Fermo
	<b>Totale</b>	<b>295</b>	<b>100%</b>	
DRG 225	CASA DI CURA SAN BENEDETTO SPA	472	25%	Area Vasta 5 Ascoli
	CASA DI CURA VILLA ANNA SRL	144	8%	Area Vasta 5 Ascoli
	CASA DI CURA VILLA IGEA	68	4%	Area Vasta 2 Ancona
	CASA DI CURA VILLA MONTEFELTRO	3	0%	Area Vasta 1 Pesaro
	CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION	1.038	55%	Area Vasta 3 Macerata
	CASA DI CURA VILLA SAN MARCO	113	6%	Area Vasta 5 Ascoli
	RITA SRL CASA DI CURA PRIVATA VILLAVERDE	53	3%	Area Vasta 4 Fermo
<b>Totale</b>	<b>1.891</b>	<b>100%</b>		
DRG 498	CASA DI CURA SAN BENEDETTO SPA	32	9%	Area Vasta 5 Ascoli
	CASA DI CURA VILLA ANNA SRL	81	24%	Area Vasta 5 Ascoli
	CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION	95	28%	Area Vasta 3 Macerata
	CASA DI CURA VILLA SAN MARCO	133	39%	Area Vasta 5 Ascoli
	<b>Totale</b>	<b>341</b>	<b>100%</b>	
DRG 503	CASA DI CURA SAN BENEDETTO SPA	336	37%	Area Vasta 5 Ascoli
	CASA DI CURA VILLA ANNA SRL	104	12%	Area Vasta 5 Ascoli
	CASA DI CURA VILLA IGEA	96	11%	Area Vasta 2 Ancona
	CASA DI CURA VILLA MONTEFELTRO	89	10%	Area Vasta 1 Pesaro
	CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION	28	3%	Area Vasta 3 Macerata
	CASA DI CURA VILLA SAN MARCO	102	11%	Area Vasta 5 Ascoli
	RITA SRL CASA DI CURA PRIVATA VILLAVERDE	146	16%	Area Vasta 4 Fermo
<b>Totale</b>	<b>901</b>	<b>100%</b>		
DRG 544	CASA DI CURA SAN BENEDETTO SPA	94	15%	Area Vasta 5 Ascoli
	CASA DI CURA VILLA ANNA SRL	247	38%	Area Vasta 5 Ascoli
	CASA DI CURA VILLA IGEA	144	22%	Area Vasta 2 Ancona
	CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION	64	10%	Area Vasta 3 Macerata
	CASA DI CURA VILLA SAN MARCO	78	12%	Area Vasta 5 Ascoli
	RITA SRL CASA DI CURA PRIVATA VILLAVERDE	15	2%	Area Vasta 4 Fermo
<b>Totale</b>	<b>642</b>	<b>100%</b>		
DRG 545	CASA DI CURA SAN BENEDETTO SPA	9	16%	Area Vasta 5 Ascoli
	CASA DI CURA VILLA ANNA SRL	32	57%	Area Vasta 5 Ascoli
	CASA DI CURA VILLA IGEA	6	11%	Area Vasta 2 Ancona
	CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION	3	5%	Area Vasta 3 Macerata
	CASA DI CURA VILLA SAN MARCO	6	11%	Area Vasta 5 Ascoli
<b>Totale</b>	<b>56</b>	<b>100%</b>		

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

I ricoveri in mobilità attiva erogati da strutture pubbliche sono distribuiti a livello regionale: si segnala che l'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona e la sede ASUR di Fabriano erogano il 32% dei ricoveri in mobilità attiva da strutture pubbliche.

**Tabella 48.** Numero di ricoveri in mobilità attiva per i 6 DRG di area ortopedico-traumatologica per struttura pubblica erogante – anno 2019

Struttura	Numero ricoveri in mobilità attiva da strutture pubbliche	% sul totale
Az. Osp. Ospedali Riuniti Ancona	66	20%
STABILIMENTO DI FABRIANO	39	12%
STABILIMENTO DI SENIGALLIA	26	8%
STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO	24	7%
STABILIMENTO DI CAMERINO	23	7%
STABILIMENTO DI S. BENEDETTO	22	7%
Az. Osp. Marche Nord	21	7%
STABILIMENTO DI PESARO	16	5%
STABILIMENTO DI JESI	16	5%
STABILIMENTO UMBERTO I° - G.M. LANCISI	14	4%
STABILIMENTO DI MACERATA	12	4%
STABILIMENTO G. SALES	11	3%
STABILIMENTO DI FERMO	11	3%
STABILIMENTO DI URBINO	6	2%
STABILIMENTO DI FANO	5	2%
STABILIMENTO INRCA DI OSIMO	4	1%
STABILIMENTO DI CIVITANOVA	4	1%
STABILIMENTO INRCA DI ANCONA	2	1%
<b>Numero ricoveri totali in mobilità attiva da strutture pubbliche</b>	<b>322</b>	<b>100%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

#### Richiedere i dettagli per struttura erogante per i seguenti DRG di area ortopedico-traumatologica mancanti:

- 234 Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC 1.354.891 €
- 496 Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato 690.305 €
- 211 Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni magg., età > 17 anni senza CC 547.115 €
- 497 Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC 391.794 €
- 546 Artrodesi vertebrale eccetto cervic. con deviaz. col. vertebr. o neoplasia maligna 371.355 €

#### DRG di area neurologica: analisi dettagliata su anno 2019

Considerando il 2019 come anno di riferimento abbiamo, per tutta la Regione, tra i primi 50 DRG:

- 23 Stato stuporoso e coma di origine non traumatica 3.315.588 €
  - 27 Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora 1.632.126 €
  - 256 Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo 1.171.986 €
  - 532 Interventi sul midollo spinale senza CC 1.121.644 €
  - 12 Malattie degenerative del sistema nervoso 794.436 €
- Totale entrate da mobilità attiva per i DRG tra i primi 50 per 8.035.780 €  
 Pari a circa il 8,5% del totale della mobilità attiva 2019 pari a 94.409.976 €

I DRG più rilevanti di area neurologica in mobilità attiva corrispondono a 623 ricoveri, pari al **19% del totale dei ricoveri erogati dalle strutture della Regione Marche** a cui sono associati gli stessi DRG, cioè la produzione per i

DRG più rilevanti dell'area oggetto di analisi (pari a 3.319 ricoveri regionali). I 623 ricoveri in mobilità attiva relativi ai DRG più rilevanti di area neurologica corrispondono al 3% del totale dei ricoveri in mobilità attiva della Regione Marche, pari a 24.142 ricoveri.

Focalizzando l'analisi sui primi 50 DRG in mobilità attiva a livello regionale, i DRG 23 e 27 sono erogati esclusivamente dall'Area Vasta 3, i restanti DRG sono presenti nei primi 20 DRG di almeno due aree vaste.

**Tabella 49. Mobilità attiva: i DRG più rilevanti di area neurologica - anno 2019**

Denominazione DRG	Area Vasta	EURO 2019	Numeri Ricoveri Attiva 2019	Numeri Ricoveri Regionali 2019
23 Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	AREA VASTA 3	3.315.588 €	42	103
27 Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	AREA VASTA 3	1.632.126 €	21	54
<b>256 Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo</b>	<b>valore aggregato</b>	<b>1.171.986 €</b>	<b>334</b>	<b>1.739</b>
256 Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	AREA VASTA 2	333.842 €	81	724
256 Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	AREA VASTA 3	188.925 €	44	460
256 Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	AREA VASTA 5	649.220 €	209	555
<b>532 Interventi sul midollo spinale senza CC</b>	<b>valore aggregato</b>	<b>1.121.644 €</b>	<b>136</b>	<b>156</b>
532 Interventi sul midollo spinale senza CC	AREA VASTA 4	255.172 €	31	36
532 Interventi sul midollo spinale senza CC	AREA VASTA 5	866.472 €	105	120
<b>12 Malattie degenerative del sistema nervoso</b>	<b>valore aggregato</b>	<b>794.436 €</b>	<b>90</b>	<b>1.267</b>
12 Malattie degenerative del sistema nervoso	AREA VASTA 2	427.138 €	51	916
12 Malattie degenerative del sistema nervoso	AREA VASTA 3	96.988 €	12	186
12 Malattie degenerative del sistema nervoso	AREA VASTA 5	270.310 €	27	165
<b>Totale DRG di area neurologica nei primi 50 DRG</b>		<b>8.035.780 €</b>	<b>623</b>	<b>3.319</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

L'analisi della natura giuridica della struttura erogante rileva che **il 97% dei ricoveri in mobilità attiva è erogato da strutture private del SSR; il restante 7% da strutture pubbliche del SSR**. La prevalenza dei ricoveri erogati da strutture private è riscontrabile per tutti i 5 DRG di area neurologica. Ad eccezione del DRG 12 e del DRG 256, gli altri 5 DRG presentano un'incidenza del privato uguale o prossima al 100%.

qui non sono stati forniti il numero dei ricoveri per struttura pubblica e privata: l'analisi è a valore

**Tabella 50. Mobilità attiva: i DRG più rilevanti di area neurologica per natura giuridica della struttura erogante - anno 2019**

	Valore dei ricoveri in mobilità attiva da strutture private	Valore dei ricoveri in mobilità attiva da strutture pubbliche	Valore dei ricoveri in mobilità attiva totali	% privato su totale	% pubblico sul totale
12 Malattie degenerative del sistema nervoso	638.224 €	156.212 €	794.436 €	80%	20%
23 Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	3.313.099 €	2.489 €	3.315.588 €	99,90%	0,10%
256 Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1.077.042 €	94.945 €	1.171.986 €	91,90%	8,10%
27 Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	1.627.140 €	4.986 €	1.632.126 €	100%	0%
532 Interventi sul midollo spinale senza CC	1.121.644 €		1.121.644 €	100%	0%
<b>Totale complessivo</b>	<b>7.777.149 €</b>	<b>258.631 €</b>	<b>8.035.780 €</b>	<b>97%</b>	<b>3%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

## DRG di area cardiologica interventistica: analisi dettagliata su anno 2019

Considerando il 2019 come anno di riferimento abbiamo, per tutta la Regione, tra i primi 50 DRG:

• 105 Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza CC	1.880.817 €
• 104 Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con CC	1.174.017 €
• 554 Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	781.079 €
• 108 Altri interventi cardiotoracici	525.744 €
• 110 Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	333.709 €
• 557 Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	303.410 €

Totale entrate da mobilità attiva per i DRG tra i primi 50 per 4.998.776 €

Pari a circa il 5,3% del totale della mobilità attiva 2019 pari a 94.409.976 €

I **DRG più rilevanti di area cardiologica** interventistica in mobilità attiva corrispondono a 408 ricoveri, pari al **17% del totale dei ricoveri erogati dalle strutture della Regione Marche** a cui sono associati gli stessi DRG, cioè la produzione per i DRG più rilevanti dell'area oggetto di analisi (pari a 2.414 ricoveri regionali). I 408 ricoveri in mobilità attiva relativi ai DRG più rilevanti di area cardiologica interventistica corrispondono al 2% del totale dei ricoveri in mobilità attiva della Regione Marche, pari a 24.142 ricoveri.

Focalizzando l'analisi sui primi 50 DRG in mobilità attiva a livello regionale, i DRG più rilevanti di area cardiologica interventistica sono relativi a ricoveri erogati dalle strutture presenti nell'Area Vasta 2, fatta eccezione per il DRG 557, erogato dalle strutture dell'Area Vasta 1 e dell'Area Vasta 3.

**Tabella 51. Mobilità attiva: i DRG più rilevanti di area cardiologica interventistica - anno 2019**

Denominazione DRG	Area Vasta	EURO 2019	Numero Ricoveri Attiva 2019	Numero Ricoveri Regionali 2019
104 Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	Area Vasta 2	1.174.017 €	46	353
105 Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	Area Vasta 2	1.880.817 €	91	558
108 Altri interventi cardiotoracici	Area Vasta 2	525.744 €	32	139
110 Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	Area Vasta 2	333.709 €	20	144
554 Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	Area Vasta 2	781.079 €	182	414
<b>557 Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore</b>	<b>Valore Aggregato</b>	<b>303.410 €</b>	<b>37</b>	<b>806</b>
557 Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	Area Vasta 1	205.874 €	25	491
557 Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	Area Vasta 3	97.536 €	12	315
<b>Totale DRG di area cardiologica interventistica nei primi 50 DRG</b>		<b>4.998.776 €</b>	<b>408</b>	<b>2414</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Va sottolineato che **2 DRG dei 6 DRG** che costituiscono i principali DRG di mobilità attiva a livello regionale (considerando i primi 50 DRG che derivano dall'aggregazione dei primi 20 DRG in mobilità attiva di ciascuna Area Vasta) **sono gli stessi DRG che determinano i maggiori flussi di mobilità passiva**, rilevati nel primo report. Per questa ragione, una prima analisi dei principali DRG in mobilità attiva di area cardiologica interventistica è svolta relativamente ai 2 DRG (DRG 104 e DRG 105) che determinano contestualmente flussi di mobilità attiva e flussi di mobilità passiva. Per questi due DRG, l'analisi della natura giuridica della struttura erogante rileva che **il 100% dei**

ricoveri in mobilità attiva (46 ricoveri associati al DRG 104 e 91 ricoveri associati al DRG 105) è erogato da un'unica struttura pubblica regionale, cioè l'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona.

## DRG di area chirurgia generale: analisi dettagliata su anno 2019

Considerando il 2019 come anno di riferimento abbiamo, per tutta la Regione, tra i primi 50 DRG:

• 147 Resezione rettale senza CC	1.041.336 €
• 288 Interventi per obesità	860.704 €
• 570 Interventi magg. su intestino crasso e tenue con CC senza diag. Gastroint. magg.	452.720 €
• 162 Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	434.464 €
• 494 Colectomia laparoscopica senza esplor. del dotto biliare comune senza CC	388.926 €
• 569 Interventi magg. su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastroint. magg.	179.309 €
Totale entrate da mobilità attiva per i DRG tra i primi 50 per	3.357.459 €
Pari a circa il 3,6% del totale della mobilità attiva 2019 pari a	94.409.976 €

I **DRG più rilevanti di area chirurgia generale** in mobilità attiva corrispondono a 832 ricoveri, pari al **41,3% del totale dei ricoveri erogati dalle strutture della Regione Marche** a cui sono associati gli stessi DRG, cioè la produzione per i DRG più rilevanti dell'area oggetto di analisi (pari a 2.014 ricoveri regionali). Gli 832 ricoveri in mobilità attiva relativi ai DRG più rilevanti di area chirurgia generale corrispondono al 3,4% del totale dei ricoveri in mobilità attiva della Regione Marche, pari a 24.142 ricoveri.

Focalizzando l'analisi sui primi 50 DRG in mobilità attiva a livello regionale, si sottolinea che ciascuna area vasta contribuisce alla mobilità attiva associata a un particolare DRG, tra quelli più rilevanti di area chirurgia generale.

**Tabella 52.** Mobilità attiva: i DRG più rilevanti di area chirurgia generale - anno 2019

Denominazione DRG	Area Vasta	EURO 2019	Numero Ricoveri Attività 2019	Numeri Ricoveri Regionali 2019
147 Resezione rettale senza CC	Area Vasta 3	1.041.336 €	140	184
288 Interventi per Obesità	Area Vasta 2	860.704 €	157	227
<b>570 Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore</b>	<b>valore aggregato</b>	<b>452.720 €</b>	<b>40</b>	<b>211</b>
570 Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	Area Vasta 1	169.770 €	15	142
570 Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	Area Vasta 5	282.950 €	25	69
162 Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	Area Vasta 5	434.464 €	342	790
494 Colectomia laparoscopica senza esportazione del dotto biliare comune senza CC	Area Vasta 5	388.926 €	140	377
569 Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	Area Vasta 1	179.309 €	13	225
<b>Totale DRG di area chirurgica generale nei primi 50 DRG</b>		<b>3.357.459 €</b>	<b>832</b>	<b>2.014</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

L'analisi della natura giuridica della struttura erogante rileva che **l'84% dei ricoveri in mobilità attiva è erogato da strutture private del SSR; il restante 16% da strutture pubbliche del SSR**. Ad eccezione del DRG 570, nei restanti si riscontra una netta prevalenza dei ricoveri erogati da strutture private.



**Tabella 53. Mobilità attiva: i DRG più rilevanti area chirurgia generale per natura giuridica della struttura erogante - 2019**

	Valore dei ricoveri in mobilità attiva da strutture private	Valore dei ricoveri in mobilità attiva da strutture pubbliche	Valore dei ricoveri in mobilità attiva totali	% privato su totale	% pubblico sul totale
147 Resezione rettale senza CC	1.039.025 €	2.311 €	1.041.336 €	100%	0%
162 Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	406.528 €	27.936 €	434.464 €	93,60%	6,40%
288 Interventi per obesità	819.937 €	40.767 €	860.704 €	95,30%	4,70%
494 Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	340.080 €	48.846 €	388.926 €	87%	13%
569 Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore		179.309 €	179.309 €	0%	100%
570 Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	215.042 €	237.678 €	452.720 €	48%	53%
<b>Totale complessivo</b>	<b>2.820.612 €</b>	<b>536.847 €</b>	<b>3.357.459 €</b>	<b>84%</b>	<b>16%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

## I DRG più rilevanti nei flussi di mobilità attiva: la situazione nelle Aree Vaste

L'analisi sviluppata al paragrafo precedente ha posto in evidenza il contributo specifico che alcune aree vaste forniscono al valore della mobilità attiva regionale (sia in euro che in numero di ricoveri). Nel presente paragrafo si pone l'attenzione sui primi 20 DRG che spiegano la mobilità attiva a livello di area vasta: l'ulteriore analisi che si propone consente di comprendere nel dettaglio quali sono le specialità prevalenti in ciascuna area vasta e, a volte, distintive di ciascuna articolazione territoriale del sistema sanitario regionale. I dati sono presentati con riferimento all'anno 2019.

### I DRG più rilevanti nei flussi di mobilità attiva dell'Area Vasta 1

I primi 20 DRG di mobilità attiva dell'Area Vasta 1 spiegano il 41% (pari a 3 milioni di euro) del totale del valore della mobilità attiva dell'Area Vasta 1 (pari a 7,2 milioni di euro) e corrispondono a 542 ricoveri, pari al 26% del totale dei ricoveri (2.088 unità) in mobilità attiva erogati dalle strutture dell'Area Vasta 1. Ciò a significare che **i ricoveri erogati dalle strutture nell'Area Vasta 1 presentano mediamente un'elevata complessità**. Le aree che in prevalenza contribuiscono alla mobilità attiva dell'Area Vasta 1 sono 5 e, a livello aggregato, spiegano il 76% del totale dei primi 20 DRG in **mobilità attiva dell'Area Vasta 1**. In particolare, come riportato nella tabella che segue, tali aree sono: **l'area ortopedico-traumatologica, l'area della chirurgia generale, l'area oncologica, l'area trapianti (ematologici), l'area dell'anestesia e rianimazione**. Ciascuna delle 5 aree spiega mediamente il **15%** del valore complessivo dei primi 20 DRG in mobilità attiva di area vasta.

**Tabella 54. Mobilità attiva: i DRG più rilevanti nell'Area Vasta 1 per specialità - anno 2019**

Area DRG	Valore ricoveri in mobilità attiva erogate dall'Area Vasta (A)	Valore dei ricoveri erogati dall'Area Vasta (B)	% valore (A/B)	Numeri ricoveri in mobilità attiva erogati dall'Area Vasta (C)	Numeri ricoveri erogati dall'Area Vasta (D)	% ricoveri (C/D)
ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA	480.704 €	7.472.327 €	6,40%	134	1.175	11,40%
CHIRURGIA GENERALE	466.727 €	6.050.236 €	7,70%	47	609	7,70%
ONCOLOGICA	449.440 €	8.626.451 €	5,20%	132	2.402	5,50%
TRAPIANTI (AREA EMATOLOGICA)	429.577 €	3.177.952 €	13,50%	7	52	13,50%
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	420.156 €	8.535.828 €	4,90%	34	1.097	3,10%
<b>Prime 5 aree</b>	<b>2.246.604 €</b>	<b>33.862.794 €</b>	<b>6,60%</b>	<b>354</b>	<b>5.335</b>	<b>6,60%</b>
altra area DRG	712.667 €	12.779.226 €	5,60%	188	3.077	6,10%

AREA VASTA 1 - Sub totale dei primi 20 DRG in mobilità attiva	2.959.271 €	46.642.020 €	6,30%	542	8.412	6,40%
---	-------------	--------------	-------	-----	-------	-------

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

L'analisi della natura giuridica della struttura erogante mostra che **il 94% del valore dei ricoveri in mobilità attiva è dovuto a ricoveri erogati da strutture pubbliche**. I ricoveri erogati da strutture private sono associati al DRG "503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione".

**Tabella 55. Mobilità attiva: i DRG più rilevanti nell'Area Vasta 1 per specialità e per natura giuridica della struttura erogante - anno 2019**

	Valore dei ricoveri in mobilità attiva da strutture private	Valore dei ricoveri in mobilità attiva da strutture pubbliche	Valore dei ricoveri in mobilità attiva totali	% privato su totale	% pubblico sul totale
ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA	178.801 €	301.903 €	480.704 €	37%	63%
CHIRURGIA GENERALE	- €	466.727 €	466.727 €		100%
ONCOLOGICA	- €	449.440 €	449.440 €		100%
TRAPIANTI (AREA EMATOLOGICA)	- €	429.577 €	429.577 €		100%
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	- €	420.156 €	420.156 €		100%
Prime 5 aree	178.801 €	2.067.803 €	2.246.604 €	8%	92%
altra area DRG	- €	712.667 €	712.667 €		100%
<b>AREA VASTA 1 - Sub totale dei primi 20 DRG in mobilità attiva</b>	<b>178.801 €</b>	<b>2.780.470 €</b>	<b>2.959.271 €</b>	<b>6%</b>	<b>94%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Va sottolineato che, mentre l'area ortopedico-traumatologica e l'area della chirurgia generale si presentano anche nelle principali aree indagate a livello regionale, le altre rappresentano aree di attrazione peculiari dell'Area Vasta 1, i cui DRG associati sono erogati esclusivamente da strutture pubbliche. Si sofferma brevemente l'attenzione su queste ultime. I DRG più rilevanti (e quindi presenti nei primi 20 DRG di area vasta) di area oncologica (pari a un valore complessivo di 449mila euro) sono:

- 172 Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC 88.501 €
- 203 Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas 86.688 €
- 410 Chemioterapia non associata a diagnosi sec. di leucemia acuta 112.450 €
- 473 Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni 161.801 €

L'area trapianti è rappresentata da un unico DRG: il DRG "481 Trapianto di midollo osseo". I DRG più rilevanti (e quindi presenti nei primi 20 DRG di area vasta) di area "anestesia e rianimazione" (pari a un valore complessivo di 420mila euro) sono:

- 541 Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia (...) 103.838 €
- 542 Tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore (...) 172.730 €
- 576 Setticiemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni 143.588 €

### I DRG più rilevanti nei flussi di mobilità attiva dell'Area Vasta 2

I primi 20 DRG di mobilità attiva dell'Area Vasta 2 spiegano il 44% (pari a 16 milioni di euro) del totale del valore della mobilità attiva dell'Area Vasta 2 (pari a 36 milioni di euro) e corrispondono a 2.295 ricoveri, pari al 27% del totale dei ricoveri (8.634 unità) in mobilità attiva erogati dalle strutture dell'Area Vasta 2. Ciò a significare che **i ricoveri erogati dalle strutture nell'Area Vasta 2 presentano mediamente un'elevata complessità**. Le aree che in prevalenza contribuiscono alla mobilità attiva dell'Area Vasta 2 sono 5 e, a livello aggregato, spiegano il 76% del totale dei primi 20 DRG in mobilità attiva dell'Area Vasta 2. In particolare, come riportato nella tabella che segue, tali aree sono:

- l'area **cardiologica interventistica**, che spiega il **30 %** del valore complessivo dei primi 20 DRG in mobilità attiva di area vasta;
- l'area ortopedico-traumatologica, che spiega il 14 % del valore complessivo dei primi 20 DRG in mobilità attiva di area vasta;
- l'area dell'urologia, che spiega il 13 % del valore complessivo dei primi 20 DRG in mobilità attiva di area vasta;
- l'area trapianti (chirurgia), che spiega il 10 % del valore complessivo dei primi 20 DRG in mobilità attiva di area vasta;
- l'area delle dipendenze da alcol e farmaci (psichiatrica), che spiega il 9 % del valore complessivo dei primi 20 DRG in mobilità attiva di area vasta.

È interessante notare come il **valore complessivo dell'area cardiologica interventistica dell'Area Vasta 2 (pari a 4,7 milioni di euro) rappresenti il 94% del totale del valore della stessa area cardiologica interventistica analizzato a livello regionale**, pari a circa 5 milioni di euro (si veda quanto approfondito nell'Allegato 2 al Paragrafo 3.3). Pertanto, è bene sottolineare che l'area cardiologica interventistica è un'area di attrazione peculiare dell'Area Vasta 2.

**Tabella 56. Mobilità attiva: i DRG più rilevanti nell'Area Vasta 2 per specialità - anno 2019**

Area DRG	Valore ricoveri in mobilità attiva erogati dall'Area Vasta (A)	Valore dei ricoveri erogati dall'Area Vasta (B)	% valore (A/B)	Numeri ricoveri in mobilità attiva erogati dall'Area Vasta (C)	Numeri ricoveri erogati dall'Area Vasta (D)	% ricoveri (C/D)
CARDIOLOGICA INTERVENTISTICA	4.695.366 €	27.574.326 €	17,0%	371	1.608	23,1%
ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA	2.226.459 €	16.047.429 €	13,9%	308	2.091	14,7%
UROLOGIA	2.090.502 €	6.697.081 €	31,2%	571	1.762	32,4%
TRAPIANTI (AREA CHIRURGIA DEI TRAPIANTI)	1.635.140 €	3.815.562 €	42,9%	34	80	42,5%
DIPENDENZE ALCOL E FARMACI (AREA PSICHIATRICA)	1.366.449 €	2.426.949 €	56,3%	307	544	56,4%
<b>Prime 5 aree</b>	<b>12.013.916 €</b>	<b>56.561.347 €</b>	<b>21,2%</b>	<b>1.591</b>	<b>6.085</b>	<b>26,1%</b>
altra area DRG	3.730.138 €	24.227.526 €	15,4%	704	3.304	21,3%
<b>AREA VASTA 2 - Sub totale dei primi 20 DRG in mobilità attiva</b>	<b>15.744.054 €</b>	<b>80.788.873 €</b>	<b>19,5%</b>	<b>2.295</b>	<b>9.389</b>	<b>24,4%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

L'analisi della natura giuridica della struttura erogante mostra che il **39% del valore dei ricoveri in mobilità attiva è dovuto a ricoveri erogati da strutture private: l'incidenza delle strutture private, però, è sensibilmente differente nelle diverse specialità.**

**Tabella 57. Mobilità attiva: i DRG più rilevanti nell'Area Vasta 2 per specialità e per natura giuridica della struttura erogante - anno 2019**

	Valore dei ricoveri in mobilità attiva da strutture private	Valore dei ricoveri in mobilità attiva da strutture pubbliche	Valore dei ricoveri in mobilità attiva totali	% privato su totale	% pubblico sul totale
CARDIOLOGICA INTERVENTISTICA	107.160 €	4.588.206 €	4.695.366 €	2%	98%
ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA	1.616.561 €	609.898 €	2.226.459 €	73%	27%
UROLOGIA	878.226 €	1.212.276 €	2.090.502 €	42%	58%
TRAPIANTI (AREA CHIRURGIA DEI TRAPIANTI)	0 €	1.635.140 €	1.635.140 €	0%	100%
DIPENDENZE ALCOL E FARMACI (AREA PSICHIATRICA)	1.366.449 €	0 €	1.366.449 €	100%	0%
<b>Prime 5 aree</b>	<b>3.968.396 €</b>	<b>8.045.520 €</b>	<b>12.013.916 €</b>	<b>33%</b>	<b>67%</b>
altra area DRG	2.192.487 €	1.537.652 €	3.730.138 €	59%	41%

AREA VASTA 2 - Sub totale dei primi 20 DRG in mobilità attiva	6.160.883 €	9.583.171 €	15.744.054 €	39%	61%
---	-------------	-------------	--------------	-----	-----

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

**I ricoveri di area cardiologica interventistica, infatti, sono in netta prevalenza (98% sul totale) erogati da strutture pubbliche** presenti nell'Area Vasta 2. Si ricorda che, come rilevato nell'Allegato 2 al Paragrafo 3.3, i ricoveri relativi ai principali DRG di area cardiologica interventistica sono per totalmente erogati dalla struttura A.O. U. Ospedali Riuniti di Ancona.

Parimenti, **i ricoveri per trapianti sono erogati esclusivamente da strutture pubbliche**: i ricoveri sono associati ai seguenti DRG: "302 Trapianto renale" (circa 600mila euro) e "480 Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino" (circa 1 milione di euro).

Di contro, **i ricoveri per dipendenze da alcool e farmaci sono esclusivamente erogati da strutture private**: i ricoveri sono rappresentati dal DRG "522 Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC".

**Il contributo delle strutture private è significativo anche per i ricoveri di area urologica** (42% del totale dei ricoveri in mobilità attiva). Si precisa che i DRG più rilevanti in questa area sono: "315 Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie" (circa 900mila euro), "335 Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC" (circa 600mila euro) e "337 Prostatectomia transuretrale senza CC" (circa 600mila euro).

**Il contributo delle strutture private è più rilevante se si considera l'area ortopedico-traumatologica**: come rilevato nell'allegato 1 al Paragrafo 3.3, infatti, per i principali DRG di questa area, un rilevante contributo è offerto dalle strutture private site nell'Area Vasta 2.

L'analisi di dettaglio sui valori di mobilità attiva relativi ai DRG di area ortopedico-traumatologica dell'Area Vasta 2 rileva che i ricoveri che generano mobilità attiva sono associati ai DRG 224 e il DRG 544 e che gli stessi ricoveri sono erogati da una struttura privata.

**Tabella 58.** Mobilità attiva: i DRG più rilevanti di area ortopedico-traumatologica nell'Area Vasta 2 e per natura giuridica della struttura erogante - anno 2019

	Valore dei ricoveri in mobilità attiva da strutture private	Valore dei ricoveri in mobilità attiva da strutture pubbliche	Valore dei ricoveri in mobilità attiva totali	% privato su totale	% pubblico sul totale
224 Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	352.870 €	96.277 €	449.147 €	79%	21%
544 Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	1.263.691 €	513.620 €	1.777.311 €	71%	29%
<b>Totale complessivo</b>	<b>1.616.561 €</b>	<b>609.898 €</b>	<b>2.226.459 €</b>	<b>73%</b>	<b>27%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

**Tabella 59.** Mobilità attiva: i DRG più rilevanti di area ortopedico-traumatologica nell'Area Vasta 2 e per struttura privata erogante - anno 2019

Struttura	DRG	Valore dei ricoveri in mobilità attiva	Numero di ricoveri in mobilità attiva
CASA DI CURA VILLA IGEA	DRG 224	352.870 €	81
	DRG 544	1.263.691 €	144
CASA DI CURA VILLA IGEA Totale		1.616.561 €	225

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

### I DRG più rilevanti nei flussi di mobilità attiva dell'Area Vasta 3

I primi 20 DRG di mobilità attiva dell'Area Vasta 3 spiegano l'82,5% (pari a 14 milioni di euro) del totale del valore della mobilità attiva dell'Area Vasta 3 (pari a 17 milioni di euro) e corrispondono a 2.090 ricoveri, pari al 65% del totale dei ricoveri (3.203 unità) in mobilità attiva erogati dalle strutture dell'Area Vasta 3. Ciò a significare che i **ricoveri erogati dalle strutture nell'Area Vasta 3 presentano mediamente un'elevata complessità**.

Le aree che in prevalenza contribuiscono alla mobilità attiva dell'Area Vasta 3 sono 3 e, a livello aggregato, spiegano l'89% del totale dei primi 20 DRG in mobilità attiva dell'Area Vasta 3. In particolare, come riportato nella tabella che segue, tali aree sono:

- l'area **ortopedico-traumatologica, che spiega il 45 % del valore complessivo dei primi 20 DRG in mobilità attiva di area vasta;**
- l'area **neurologica, che spiega il 37 % del valore complessivo dei primi 20 DRG in mobilità attiva di area vasta;**
- l'area della **chirurgia generale, che spiega il 7 % del valore complessivo dei primi 20 DRG in mobilità attiva di area vasta.**

**Tabella 60.** Mobilità attiva: i DRG più rilevanti nell'Area Vasta 3 per specialità - anno 2019

Area DRG	Valore ricoveri in mobilità attiva erogati dall'Area Vasta (A)	Valore dei ricoveri erogati dall'Area Vasta (B)	% valore (A/B)	Numeri ricoveri in mobilità attiva erogati dall'Area Vasta (C)	Numeri ricoveri erogati dall'Area Vasta (D)	% ricoveri (C/D)
ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA	6.240.777 €	18.400.221 €	33,90%	1.506	3.920	38,40%
NEUROLOGICA	5.136.639 €	11.269.779 €	45,60%	107	617	17,30%
CHIRURGIA GENERALE	1.041.336 €	1.370.236 €	76,00%	140	184	76,10%
<b>Prime 3 aree</b>	<b>12.418.752 €</b>	<b>31.040.237 €</b>	<b>40,00%</b>	<b>1.753</b>	<b>4.721</b>	<b>37,10%</b>
altra area DRG	1.595.479 €	26.623.395 €	6,00%	337	4.831	7,00%
<b>AREA VASTA 3 - Sub totale dei primi 20 DRG in mobilità attiva</b>	<b>14.014.231 €</b>	<b>57.663.631 €</b>	<b>24,30%</b>	<b>2.090</b>	<b>9.552</b>	<b>21,90%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

L'analisi della natura giuridica della struttura erogante mostra che **il 95% del valore dei ricoveri in mobilità attiva è dovuto a ricoveri erogati da strutture private**.

**Tabella 61.** Mobilità attiva: i DRG più rilevanti nell'Area Vasta 3 per specialità e per struttura erogante - anno 2019

	Valore dei ricoveri in mobilità attiva da strutture private	Valore dei ricoveri in mobilità attiva da strutture pubbliche	Valore dei ricoveri in mobilità attiva totali	% privato su totale	% pubblico sul totale
ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA	6.105.126 €	135.651 €	6.240.777 €	98%	2%
NEUROLOGICA	5.129.164 €	7.475 €	5.136.639 €	99,90%	0,10%
CHIRURGIA GENERALE	1.039.025 €	2.311 €	1.041.336 €	99,80%	0,20%
<b>Prime 3 aree</b>	<b>12.273.315 €</b>	<b>145.437 €</b>	<b>12.418.752 €</b>	<b>99%</b>	<b>1%</b>
altra area DRG	1.014.253 €	581.226 €	1.595.479 €	64%	36%
<b>AREA VASTA 3 - Sub totale dei primi 20 DRG in mobilità attiva</b>	<b>13.287.568 €</b>	<b>726.663 €</b>	<b>14.014.231 €</b>	<b>95%</b>	<b>5%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

**I ricoveri di area ortopedico-traumatologica sono erogati nel 98% dei casi da strutture private:** come rilevato nell'Allegato 1 al Paragrafo 3.3, infatti, per i principali DRG di questa area, un rilevante contributo è offerto dalle strutture private site nell'Area Vasta 3.

L'analisi di dettaglio sui valori di mobilità attiva relativi ai DRG di area ortopedico-traumatologica dell'Area Vasta 3 rileva che i ricoveri che generano mobilità attiva sono associati ai DRG riportati nella tabella che segue. Il 77% del valore dei ricoveri erogati dalle strutture private è ascrivibile alla Casa di Cura Villa Pini.

**Tabella 62.** Mobilità attiva: i DRG più rilevanti di area ortopedico-traumatologica nell'Area Vasta 3 e per natura giuridica della struttura erogante - anno 2019

	Valore dei ricoveri in mobilità attiva da strutture private	Valore dei ricoveri in mobilità attiva da strutture pubbliche	Valore dei ricoveri in mobilità attiva totali	% privato su totale	% pubblico sul totale
211 Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	69.139 €	24.396 €	93.535 €	74%	26%
224 Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	150.805 €	13.173 €	163.978 €	92%	8%
225 Interventi sul piede	2.797.525 €	19.816 €	2.817.341 €	99%	1%
234 Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	573.774 €	2.296 €	576.070 €	100%	0%
496 Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	690.305 €		690.305 €	100%	0%
498 Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	1.175.720 €		1.175.720 €	100%	0%
538 Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	82.290 €	5.274 €	87.564 €	94%	6%
544 Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	565.568 €	70.696 €	636.264 €	89%	11%
<b>Totale complessivo</b>	<b>6.105.126 €</b>	<b>135.651 €</b>	<b>6.240.777 €</b>	<b>98%</b>	<b>2%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

**Tabella 63.** Mobilità attiva: i DRG più rilevanti di area ortopedico-traumatologica Area Vasta 3 e per struttura privata erogante - anno 2019

Struttura	DRG	Valore dei ricoveri in mobilità attiva	Numero di ricoveri in mobilità attiva
CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION	DRG 224	150.805 €	48
	DRG 225	2.797.525 €	1.038
	DRG 498	1.175.720 €	95
	DRG 503	52.031 €	28
	DRG 544	565.568 €	64
	DRG 545	33.456 €	3
<b>CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION Totale</b>		<b>4.775.105 €</b>	<b>1.276</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

**I ricoveri di area neurologica sono quasi esclusivamente erogati da strutture private (99,9% sul totale):** i ricoveri sono rappresentati dal DRG 23 Stato stuporoso e coma di origine non traumatica” (circa 3,3 milioni di euro) e dal DRG “27 Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora” (circa 1,6 milioni di euro). Si ricorda che i due DRG, 23 e 27, rilevati nell’Area Vasta 3 hanno un valore pari a circa 5 milioni di euro su un totale dei DRG di area neurologica a livello regionale di 8 milioni di euro. Anche i ricoveri dell’area della chirurgia generale sono erogati da strutture private per un’incidenza prossima al 100%.

#### **I DRG più rilevanti nei flussi di mobilità attiva dell’Area Vasta 4**

I primi 20 DRG di mobilità attiva dell’Area Vasta 4 spiegano il 72% (pari a 2,7 milioni di euro) del totale del valore della mobilità attiva dell’Area Vasta 4 (pari a 3,7 milioni di euro) e corrispondono a 879 ricoveri, pari al 68,5% del totale dei ricoveri (1.284 unità) in mobilità attiva erogati dalle strutture dell’Area Vasta 4. I primi 20 DRG in mobilità attiva dell’Area Vasta 4 incidono per il 24% circa sul totale del numero di ricoveri prodotti nell’area vasta relativa agli stessi primi 20 DRG, corrispondente a un’incidenza espressa a valore pari al 18%.

Le aree che in prevalenza contribuiscono alla mobilità attiva dell’Area Vasta 4 sono 4 e, a livello aggregato, spiegano l’85% del totale dei primi 20 DRG in mobilità attiva dell’Area Vasta 4. In particolare, come riportato nella tabella che segue, tali aree sono:

- l’area **ortopedico-traumatologica, che spiega il 50 % del valore complessivo dei primi 20 DRG in mobilità attiva di area vasta;**
- l’area otorinolaringoiatrica/maxillofacciale/plastica, che spiega il 14 % del valore complessivo dei primi 20 DRG in mobilità attiva di area vasta;
- l’area neurochirurgica, che spiega il 12 % del valore complessivo dei primi 20 DRG in mobilità attiva di area vasta;
- l’area neurologica, che spiega il 10 % del valore complessivo dei primi 20 DRG in mobilità attiva di area vasta.

**Tabella 64. Mobilità attiva: i DRG più rilevanti nell’Area Vasta 4 per specialità - anno 2019**

Area DRG	Valore ricoveri in mobilità attiva erogati dall’Area Vasta (A)	Valore dei ricoveri erogati dall’Area Vasta (B)	% valore (A/B)	Numeri ricoveri in mobilità attiva erogati dall’Area Vasta (C)	Numeri ricoveri erogati dall’Area Vasta (D)	% ricoveri (C/D)
ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA	1.353.324 €	5.795.937 €	23,3%	392	1.184	33,1%
OTORINOLARINGOIATRICA – MAXILLOFACCIALE - PLASTICA	363.514 €	858.818 €	42,3%	226	544	41,5%
NEUROCHIRURGICA	312.701 €	439.004 €	71,2%	79	121	65,3%
NEUROLOGICA	255.172 €	286.255 €	89,1%	31	36	86,1%
<b>Prime 4 aree</b>	<b>2.284.711 €</b>	<b>7.380.013 €</b>	<b>31,0%</b>	<b>728</b>	<b>1.885</b>	<b>38,6%</b>
<i>altra area DRG</i>	<i>400.385 €</i>	<i>7.525.764 €</i>	<i>5,3%</i>	<i>151</i>	<i>1.809</i>	<i>8,3%</i>
<b>AREA VASTA 4 - Sub totale dei primi 20 DRG in mobilità attiva</b>	<b>2.685.096 €</b>	<b>14.905.778 €</b>	<b>18,0%</b>	<b>879</b>	<b>3.694</b>	<b>23,8%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

L’analisi della natura giuridica della struttura erogante mostra che **l’88% del valore dei ricoveri in mobilità attiva è dovuto a ricoveri erogati da strutture private:** l’incidenza sale a valori superiori al 94% se si considerano le quattro specialità prevalenti.

**Tabella 65. Mobilità attiva: i DRG più rilevanti nell'Area Vasta 4 per specialità e per natura giuridica della struttura erogante - anno 2019**

	Valore dei ricoveri in mobilità attiva da strutture private	Valore dei ricoveri in mobilità attiva da strutture pubbliche	Valore dei ricoveri in mobilità attiva totali	% privato su totale	% pubblico sul totale
ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA	1.277.878 €	75.446 €	1.353.324 €	94%	6%
OTORILARINGOIATRICA – MAXILLOFACCIALE - PLASTICA	348.024 €	15.490 €	363.514 €	96%	4%
NEUROCHIRURGICA	310.116 €	2.585 €	312.701 €	99%	1%
NEUROLOGICA	255.172 €	0 €	255.172 €	100%	0%
<b>Prime 4 aree</b>	<b>2.191.190 €</b>	<b>93.521 €</b>	<b>2.284.711 €</b>	<b>96%</b>	<b>4%</b>
<i>altra area DRG</i>	164.514 €	235.871 €	400.385 €	41%	59%
<b>AREA VASTA 4 - Sub totale dei primi 20 DRG in mobilità attiva</b>	<b>2.355.704 €</b>	<b>329.392 €</b>	<b>2.685.096 €</b>	<b>88%</b>	<b>12%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

**I ricoveri di area ortopedico-traumatologica sono erogati nel 94% dei casi da strutture private:** come rilevato nell'Allegato 1 al Paragrafo 3.3, infatti, per i principali DRG di questa area, un rilevante contributo è offerto dalle strutture private site nell'Area Vasta 4.

L'analisi di dettaglio sui valori di mobilità attiva relativi ai DRG di area ortopedico-traumatologica dell'Area Vasta 4 rileva che i ricoveri che generano mobilità attiva sono associati ai DRG riportati nella tabella che segue. L'85 % del valore dei ricoveri erogati dalle strutture private è ascrivibile alla struttura privata Casa di Cura Villa Verde.

**Tabella 66. Mobilità attiva: i DRG più rilevanti di area ortopedico-traumatologica nell'Area Vasta 4 e per natura giuridica della struttura erogante - anno 2019**

	Valore dei ricoveri in mobilità attiva da strutture private	Valore dei ricoveri in mobilità attiva da strutture pubbliche	Valore dei ricoveri in mobilità attiva totali	% privato su totale	% pubblico sul totale
224 Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	524.877 €	4.391 €	529.268 €	99%	1%
225 Interventi sul piede	140.852 €	2.759 €	143.611 €	98%	2%
234 Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	64.547 €	4.629 €	69.176 €	93%	7%
491 Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	85.650 €		85.650 €	100%	0%
500 Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	38.495 €		38.495 €	100%	0%
503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	290.902 €	1.808 €	292.710 €	99%	1%
544 Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	132.555 €	61.859 €	194.414 €	68%	32%
<b>Totale complessivo</b>	<b>1.277.878 €</b>	<b>75.446 €</b>	<b>1.353.324 €</b>	<b>94%</b>	<b>6%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)



**Tabella 67. Mobilità attiva: i DRG più rilevanti di area ortopedico-traumatologica Area Vasta 4 e per struttura privata erogante - anno 2019**

Struttura	DRG	Valore dei ricoveri in mobilità attiva	Numero di ricoveri in mobilità attiva
RITA SRL CASA DI CURA PRIVATA VILLAVERDE	DRG 224	524.877	124
	DRG 225	140.852	53
	DRG 503	290.902	146
	DRG 544	132.555	15
<b>RITA SRL CASA DI CURA PRIVATA VILLAVERDE Totale</b>		<b>1.089.186</b>	<b>338</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Si segnala, inoltre, che i ricoveri di:

- area otorinolaringoiatrica/maxillofaciale/plastica (di cui il 94% è erogato da strutture private) sono relativi al DRG “55 Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola”;
- area neurochirurgica (di cui il 96% è erogato da strutture private) sono relativi al DRG “531 Interventi sul midollo spinale con CC” e al DRG “8 Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC”;
- area neurologica (di cui il 100% è erogato da strutture private) sono relativi al DRG “532 Interventi sul midollo spinale senza CC”.

### **I DRG più rilevanti nei flussi di mobilità attiva dell'Area Vasta 5**

I primi 20 DRG di mobilità attiva dell'Area Vasta 5 spiegano il 59% (pari a 18 milioni di euro) del totale del valore della mobilità attiva dell'Area Vasta 5 (pari a 30 milioni di euro) e corrispondono a 3.899 ricoveri, pari al 44% del totale dei ricoveri (8.933 unità) in mobilità attiva erogati dalle strutture dell'Area Vasta 5. I primi 20 DRG in mobilità attiva dell'Area Vasta 5 incidono per il 49% circa sul totale del numero di ricoveri prodotti nell'area vasta relativa agli stessi primi 20 DRG, corrispondente a un'incidenza espressa a valore pari al 49,5%. Le aree che in prevalenza contribuiscono alla mobilità attiva dell'Area Vasta 5 sono 3 e, a livello aggregato, spiegano il 97% del totale dei primi 20 DRG in mobilità attiva dell'Area Vasta 3. In particolare, come riportato nella tabella che segue, tali aree sono:

- l'area **ortopedico-traumatologica, che spiega il 67 % del valore complessivo dei primi 20 DRG in mobilità attiva di area vasta;**
- l'area neurologica, che spiega l'8 % del valore complessivo dei primi 20 DRG in mobilità attiva di area vasta;
- l'area della chirurgia generale, che spiega il 6% del valore complessivo dei primi 20 DRG in mobilità attiva di area vasta.

Si rileva che **a fronte di 21 milioni di euro di entrate per mobilità attiva generate dai più rilevanti DRG di area ortopedico-traumatologica a livello regionale, l'Area Vasta 5 contribuisce per 12 milioni di euro** (oltre la metà del valore riscontrato a livello regionale).

**Tabella 68. Mobilità attiva: i DRG più rilevanti nell'Area Vasta 5 per specialità - anno 2019**

Area DRG	Valore ricoveri in mobilità attiva erogati dall'Area Vasta (A)	Valore dei ricoveri erogati dall'Area Vasta (B)	% valore (A/B)	Numeri ricoveri in mobilità attiva erogati dall'Area Vasta (C)	Numeri ricoveri erogati dall'Area Vasta (D)	% ricoveri (C/D)
ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA	12.206.417 €	19.024.657 €	64,20%	2.323	3.589	64,70%
NEUROLOGICA	1.515.692 €	3.089.439 €	49,10%	314	675	46,50%
CHIRURGIA GENERALE	1.106.340 €	2.803.825 €	39,50%	507	1.236	41,00%
<b>Prime 3 aree</b>	<b>17.514.423 €</b>	<b>28.655.753 €</b>	<b>61,10%</b>	<b>3.144</b>	<b>5.500</b>	<b>57,20%</b>
altra area DRG	575.610 €	7.861.380 €	7,30%	755	2.492	30,30%
<b>AREA VASTA 5 - Sub totale dei primi 20 DRG in mobilità attiva</b>	<b>18.090.033 €</b>	<b>36.517.133 €</b>	<b>49,50%</b>	<b>3.899</b>	<b>7.992</b>	<b>48,80%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

L'analisi della natura giuridica della struttura erogante mostra che **l'87% del valore dei ricoveri in mobilità attiva è dovuto a ricoveri erogati da strutture private**: l'incidenza sale a valori superiori al 97% se si considerano le specialità ortopedico-traumatologica e neurologica.

**Tabella 69.** Mobilità attiva: i DRG più rilevanti nell'Area Vasta 5 per specialità e per natura giuridica della struttura erogante - anno 2019

	Valore dei ricoveri in mobilità attiva da strutture private	Valore dei ricoveri in mobilità attiva da strutture pubbliche	Valore dei ricoveri in mobilità attiva totali	% privato su totale	% pubblico sul totale
ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA	11.829.363 €	377.054 €	12.206.417 €	97%	3%
NEUROLOGICA	1.512.390 €	3.302 €	1.515.692 €	100%	0%
CHIRURGIA GENERALE	961.650 €	144.690 €	1.106.340 €	87%	13%
<b>Prime 3 aree</b>	<b>14.303.402 €</b>	<b>525.046 €</b>	<b>14.828.448 €</b>	<b>96%</b>	<b>4%</b>
altra area DRG	1.492.233 €	1.769.352 €	3.261.585 €	46%	54%
<b>AREA VASTA 5 - Sub totale dei primi 20 DRG in mobilità attiva</b>	<b>15.795.636 €</b>	<b>2.294.398 €</b>	<b>18.090.033 €</b>	<b>87%</b>	<b>13%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

**I ricoveri di area ortopedico-traumatologica sono erogati nel 97% dei casi da strutture private**: infatti, per i principali DRG di questa area, un rilevante contributo è offerto dalle strutture private site nell'Area Vasta 5.

L'analisi di dettaglio sui valori di mobilità attiva relativi ai DRG di area ortopedico-traumatologica dell'Area Vasta 5 rileva che i ricoveri che generano mobilità attiva sono associati ai DRG riportati nella tabella che segue. L'87 % del valore dei ricoveri erogati dalle strutture private è ascrivibile alle strutture private Casa di Cura San Benedetto Spa, Casa di Cura Villa Anna e Casa di Cura Villa San Marco.

**Tabella 70.** Mobilità attiva: i DRG più rilevanti di area ortopedico-traumatologica nell'Area Vasta 5 e per natura giuridica della struttura erogante - anno 2019

	Valore dei ricoveri in mobilità attiva da strutture private	Valore dei ricoveri in mobilità attiva da strutture pubbliche	Valore dei ricoveri in mobilità attiva totali	% privato su totale	% pubblico sul totale
211 Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	234.016 €	67.089 €	301.105 €	78%	22%
225 Interventi sul piede	1.740.411 €	15.622 €	1.756.033 €	99%	1%
234 Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	734.864 €	43.957 €	778.821 €	94%	6%
497 Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	391.794 €		391.794 €	100%	0%
498 Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	3.044.496 €		3.044.496 €	100%	0%
503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	1.085.375 €	3.817 €	1.089.192 €	100%	0%
544 Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	3.702.908 €	213.113 €	3.916.021 €	95%	5%
545 Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	524.144 €	33.456 €	557.600 €	94%	6%
546 Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	371.355 €		371.355 €	100%	0%
<b>Totale complessivo</b>	<b>11.829.363 €</b>	<b>377.054 €</b>	<b>12.206.417 €</b>	<b>97%</b>	<b>3%</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

**Tabella 71. Mobilità attiva: i DRG più rilevanti di area ortopedico-traumatologica nell'Area Vasta 5 e per struttura privata erogante - 2019**

Struttura	DRG	Valore dei ricoveri in mobilità attiva	Numero di ricoveri in mobilità attiva
CASA DI CURA SAN BENEDETTO SPA	DRG 224	92.590 €	23
	DRG 225	1.213.023 €	472
	DRG 498	396.032 €	32
	DRG 503	674.019 €	336
	DRG 544	830.678 €	94
	DRG 545	100.368 €	9
	TOTALE	3.306.710 €	966
CASA DI CURA VILLA ANNA SRL	DRG 224	4.770 €	3
	DRG 225	243.571 €	144
	DRG 498	1.002.456 €	81
	DRG 503	208.333 €	104
	DRG 544	2.182.944 €	247
	DRG 545	356.864 €	32
	TOTALE	3.998.938 €	611
CASA DI CURA VILLA SAN MARCO	DRG 224	53.450 €	16
	DRG 225	283.817 €	113
	DRG 498	1.646.008 €	133
	DRG 503	203.023 €	102
	DRG 544	689.286 €	78
	DRG 545	66.912 €	6
	TOTALE	2.942.496 €	448
Totale complessivo		10.248.144 €	2.025

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Si segnala, inoltre, che i ricoveri di:

- area neurologica (di cui il 100% è erogato da strutture private) sono relativi la DRG “256 Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo” e al DRG “532 Interventi sul midollo spinale senza CC”;
- area della chirurgia generale (di cui l’87% è erogato da strutture private) sono relativi al DRG “162 Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC”, al DRG “494 Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC” e al “570 Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore”.

## I principali DRG di area ortopedico-traumatologica e cardiologica interventistica: mobilità attiva e mobilità passiva a confronto

### **DRG di ortopedico-traumatologica: mobilità attiva e passiva a confronto**

L’analisi svolta precedentemente ha rilevato che gli otto DRG di area ortopedico-traumatologica che generano i principali ricoveri in mobilità passiva, contestualmente, originano ricoveri in mobilità attiva.

Si segnala che, **ad eccezione del DRG 225 e del DRG 498, i restanti quattro DRG generano in prevalenza ricoveri in mobilità passiva rispetto ai ricoveri in mobilità attiva** erogati da strutture pubbliche e private del SSR della Regione Marche.

**I DRG 225 e 498, inoltre, presentano un numero di ricoveri erogati in mobilità attiva maggiore del numero dei ricoveri erogati a cittadini marchigiani.**

Si ricorda che rispetto al DRG 225, l’analisi ha fatto emergere il rilevante contributo, in termini di mobilità attiva, offerto dalla struttura privata Casa di Cura Villa Pina (che eroga il 55% del totale dei ricoveri in mobilità attiva del DRG 225) e dalla struttura privata Casa di Cura San Benedetto Spa (che eroga il 25% del totale dei ricoveri in mobilità attiva del DRG 225). Parimenti per il DRG 498 si è osservato il rilevante contributo offerto dalla Casa di

Cura Villa Pini (che eroga il 28% del totale dei ricoveri in mobilità attiva del DRG 498) e dalla Casa di Cura Villa San Marco (che eroga il 39% del totale dei ricoveri in mobilità attiva del DRG 498).

**Tabella 72.** I DRG più rilevanti di area ortopedico-traumatologica: confronto mobilità attiva e mobilità passiva - anno 2019

DRG	Produzione regionale	Numero ricoveri erogati a residenti marchigiani	Numero ricoveri in mobilità attiva (A)	Numero ricoveri in mobilità passiva (B)	Differenza (A-B)
DRG 224	1.615	1.270	345	796	-451
DRG 225	3.338	1.371	1.967	812	1155
DRG 498	510	148	362	191	171
DRG 503	2.641	1.691	950	1598	-648
DRG 544	4.122	3.366	756	1821	-1065
DRG 545	290	222	68	150	-82
<b>Numero ricoveri totali</b>	<b>12.516</b>	<b>8.068</b>	<b>4.448</b>	<b>5.368</b>	<b>-920</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

\*il numero dei ricoveri in mobilità attiva non considera i ricoveri erogati a cittadini stranieri.

### DRG di area cardiologica interventistica: mobilità attiva e passiva a confronto

Per l'area cardiologica interventistica si segnala che il DRG 105 genera in prevalenza ricoveri in mobilità attiva rispetto ai ricoveri in mobilità passiva erogati dalla struttura privata A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona; situazione opposta si osserva per il DRG 104, anch'esso relativo a ricoveri erogati dalla stessa struttura pubblica.

**Tabella 73.** I DRG più rilevanti di cardiologica interventistica: confronto mobilità attiva e mobilità passiva - anno 2019

DRG	Numero ricoveri in mobilità attiva (A)	Numero ricoveri erogati a residenti marchigiani	Numero ricoveri in mobilità passiva (B)	Differenza A-B
DRG 104	46	306	140	-94
DRG 105	91	464	65	26
Numero ricoveri totali	137	770	205	-68

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Si segnalano, inoltre, situazioni a maggior rischio di inappropriately per due particolari DRG di area ortopedico-traumatologica: il DRG 256 e il DRG 503 (fonte ASUR)

Modalità di ricovero (DH o Ord.) dei DRG a maggior rischio di inappropriately									
M-256 Altre diagnosi del sistema muscolo -scheletrico e del tessuto connettivo									
ATTIVITA' REGIONALE				MOBILITA' ATTIVA				MOBILITA' PASSIVA	
PUBBLICO TOT. 731		PRIVATO TOT. 1069		PUBBLICO TOT. 50		PRIVATO/CON TOT. 307		TOT. 825	
DH	ORDINARIO	DH	ORDINARIO	DH	ORDINARIO	DH	ORDINARIO	DH	ORDINARIO
145	586	4	1065	8	42	2	305	70	755
20%	80%	0,4%	99,6%	16%	84%	1%	99%	8,4%	91,6%

C 503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione									
ATTIVITA' REGIONALE				MOBILITA' ATTIVA				MOBILITA' PASSIVA	
PUBBLICO TOT. 740		PRIVATO TOT. 951		PUBBLICO TOT. 50		PRIVATO/CON TOT. 902		TOT. 1598	
DH	ORDINARIO	DH	ORDINARIO	DH	ORDINARIO	DH	ORDINARIO	DH	ORDINARIO
258	482	543	408	13	37	688	214	867	730
34%	65%	57%	43%	26%	74%	76%	24%	54%	45%

## Allegato 3. I ricoveri erogati dalle strutture pubbliche e private della Regione Marche

EROGATO ANNO 2017		EROGATO MOBILITA' ATTIVA						EROGATO TOTALE MARCHE					
		PRIVATO		PUBBLICO		Totale		PRIVATO		PUBBLICO		Totale	
		EURO	NUMERO RICOVERI	EURO	NUMERO RICOVERI	EURO	NUMERO RICOVERI	EURO	NUMERO RICOVERI	EURO	NUMERO RICOVERI	EURO	NUMERO RICOVERI
Area Vasta 1 Pesaro	OSPEDALE SAN SALVATORE - PESARO			4.610.394	923	4.610.394	923			66.043.516	17.372	66.043.516	17.372
	OSPEDALE SANTA CROCE - FANO			1.541.142	712	1.541.142	712			34.590.318	14.736	34.590.318	14.736
	OSP S. MARIA DELLA MISERICORDIA - URBINO			1.031.260	406	1.031.260	406			26.493.312	9.487	26.493.312	9.487
	CENTRO SANTO STEFANO - CAGLI	95.093	12			95.093	12	1.902.169	239			1.902.169	239
	OSPEDALE SS DOMINO E CARLO - PERGOLA			90.760	34	90.760	34			5.324.756	1.606	5.324.756	1.606
	STRUTTURA SANITARIA VILLA MONTEFELTRO	42.408	26			42.408	26					271.893	192
Differenza tariffa TUC													15.005
Totale AV1		137.501	38	7.273.555	2.075	7.411.056	2.113	2.174.062	431	132.451.902	43.201	134.640.969	43.632
Area Vasta 2 Ancona	STABILIMENTO UMBERTO I° - G.M.LANCISI			20.152.698	3.541	20.152.698	3.541			169.447.044	34.607	169.447.044	34.607
	CASA DI CURA VILLA IGEA	5.146.536	1.372			5.146.536	1.372	17.571.436	5.012			17.571.436	5.012
	PRESIDIO OSPEDALIERO SALESII			2.824.921	1.363	2.824.921	1.363			25.021.871	13.338	25.021.871	13.338
	OSPEDALI RIUNITI DI JESI			1.784.988	596	1.784.988	596			38.712.379	12.669	38.712.379	12.669
	CASA DI CURA VILLA SILVIA	1.481.811	330			1.481.811	330	2.528.050	557			2.528.050	557
	OSPEDALE CIVILE 'E.PROFILI' - FABRIANO			1.083.470	401	1.083.470	401			19.797.436	7.053	19.797.436	7.053
	OSPEDALE INRCA - ANCONA			1.004.111	217	1.004.111	217			21.075.524	5.706	21.075.524	5.706
	LABOR SPA CASA DI CURA VILLA SERENA	929.994	171			929.994	171	4.898.729	876			4.898.729	876
	PRESIDIO OSPEDALIERO ZT 4 - SENIGALLIA			906.753	313	906.753	313			26.146.648	9.609	26.146.648	9.609
	IST. DI RIAB. S. STEFANO - VILLA ADRIA	480.508	45			480.508	45	4.444.729	380			4.444.729	380
	OSP. SS. BENVENUTO E ROCCO - OSIMO			186.528	74	186.528	74			8.104.144	3.254	8.104.144	3.254
	OSPEDALE GENERALE DI ZONA - CINGOLI			13.398	2	13.398	2			1.313.189	251	1.313.189	251
	CASA DI CURA VILLA JOLANDA							1.063.894	204			1.063.894	204
Differenza tariffa TUC													-1.109.548
Totale AV2		8.038.850	1.918	27.956.867	6.507	35.995.717	8.425	30.506.839	7.029	309.618.236	86.487	339.015.526	93.516
Area Vasta 3 Macerata	CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION	8.683.129	3.020			8.683.129	3.020	23.917.589	8.136			23.917.589	8.136
	CENTRO SANTO STEFANO - PORTO POTENZA	4.486.828	87			4.486.828	87	13.986.484	663			13.986.484	663
	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE - MACERATA			893.661	374	893.661	374			48.496.911	16.035	48.496.911	16.035
	OSPEDALE GENERALE DI ZONA - CIVITANOVA			854.952	298	854.952	298			27.498.127	9.558	27.498.127	9.558
	OSPEDALE S.MARIA DELLA PIETA' - CAMERINO			424.299	117	424.299	117			10.979.163	2.954	10.979.163	2.954
	OSPEDALE B.EUSTACCHIO - S. SEVERINO M.			380.978	257	380.978	257			6.846.104	2.877	6.846.104	2.877
	CASA DI CURA DOTT. MARCHETTI SRL	13.860	3			13.860	3	1.192.299	285			1.192.299	285
Differenza tariffa TUC													-337.910
Totale AV3		13.183.817	3.110	2.553.890	1.046	15.737.707	4.156	39.096.372	9.084	93.820.305	31.424	132.578.767	40.508
Area Vasta 4 Fermo	RITA SRL CASA DI CURA PRIVATA VILLAVERDE	2.634.537	930			2.634.537	930	7.924.325	2.780			7.924.325	2.780
	OSPEDALE DI FERMO			1.100.739	350	1.100.739	350			41.514.806	13.353	41.514.806	13.353
	OSPEDALE INRCA - FERMO			100.018	20	100.018	20			3.971.718	923	3.971.718	923
	OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II - AMANDOLA			41.204	10	41.204	10			1.888.817	519	1.888.817	519
Differenza tariffa TUC													-239.913
Totale AV4		2.634.537	930	1.241.961	380	3.876.498	1.310	7.924.325	2.780	47.375.342	14.795	55.059.753	17.575
Area Vasta 5 Ascoli	CASA DI CURA VILLA ANNA SRL	11.332.313	3.393			11.332.313	3.393	15.804.502	4.903			15.804.502	4.903
	CASA DI CURA VILLA SAN MARCO	4.438.121	1.433			4.438.121	1.433	6.881.100	2.463			6.881.100	2.463
	OSPEDALE GENLE PROV. LE. C.G.MAZZONI			4.353.392	1.219	4.353.392	1.219			43.037.723	12.388	43.037.723	12.388
	MADONNA DEL SOCCORSO - S.BENEDETTO			3.611.576	1.646	3.611.576	1.646			27.265.372	10.157	27.265.372	10.157
	CASA DI CURA SAN BENEDETTO SPA	3.279.392	1.152			3.279.392	1.152	6.330.608	2.645			6.330.608	2.645
	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'	980.705	188			980.705	188	2.148.501	404			2.148.501	404
CENTRO SANTO STEFANO - ASCOLI PICENO	288.972	33			288.972	33	3.198.355	313			3.198.355	313	
Differenza tariffa TUC													-1.206.200
Totale AV5		20.319.503	6.199	7.964.968	2.865	28.284.471	9.064	34.363.065	10.728	70.303.095	22.545	103.459.960	33.273
Totale Regionale		44.314.208	12.195	46.991.242	12.873	91.305.450	25.068	114.064.663	30.052	653.568.879	196.452	764.754.975	228.504

EROGATO ANNO 2018		EROGATO MOBILITA' ATTIVA						EROGATO TOTALE MARCHE						
		PRIVATO		PUBBLICO		Totale		PRIVATO		PUBBLICO		Totale		
		EURO	NUMERO RICOVERI	EURO	NUMERO RICOVERI	EURO	NUMERO RICOVERI	EURO	NUMERO RICOVERI	EURO	NUMERO RICOVERI	EURO	NUMERO RICOVERI	
Area Vasta 1 Pesaro	STABILIMENTO DI PESARO			3.846.926	862	3.846.926	862			68.712.669	17.286	68.712.669	17.286	
	STABILIMENTO DI FANO			1.652.405	719	1.652.405	719			35.862.997	14.581	35.862.997	14.581	
	STABILIMENTO DI URBINO			1.033.245	437	1.033.245	437			26.984.352	9.468	26.984.352	9.468	
	CASA DI CURA VILLA MONTEFELTRO	162.685	100			162.685	100	612.940	444			612.940	444	
	CENTRO SANTO STEFANO - CAGLI	139.482	21			139.482	21	2.077.617	303			2.077.617	303	
	STABILIMENTO DI PERGOLA			109.383	35	109.383	35			5.156.161	1.645	5.156.161	1.645	
	Differenza tariffa TUC													-20.019
	Totale AV1	302.167	121	6.641.959	2.053	6.944.126	2.174	2.690.557	747	136.716.179	42.980	139.386.717	43.727	
	Area Vasta 2 Ancona	STABILIMENTO UMBERTO I° - G.M.LANCISI			20.225.167	3.548	20.225.167	3.548			168.442.544	35.023	168.442.544	35.023
		CASA DI CURA VILLA IGEA	6.005.877	1.628			6.005.877	1.628	19.641.189	5.596			19.641.189	5.596
STABILIMENTO G.SALESI				2.711.407	1.214	2.711.407	1.214			25.875.998	13.003	25.875.998	13.003	
STABILIMENTO DI JESI				1.845.987	614	1.845.987	614			38.641.748	12.886	38.641.748	12.886	
CASA DI CURA VILLA SILVIA		1.519.484	344			1.519.484	344	2.709.345	620			2.709.345	620	
LABOR SPA CASA DI CURA "VILLA SERENA"		1.310.536	247			1.310.536	247	4.554.749	859			4.554.749	859	
STABILIMENTO DI FABRIANO				1.171.755	426	1.171.755	426			21.570.398	7.747	21.570.398	7.747	
STABILIMENTO INCRCA DI ANCONA				1.084.181	217	1.084.181	217			21.621.128	5.405	21.621.128	5.405	
STABILIMENTO DI SENIGALLIA				918.385	321	918.385	321			27.603.455	9.897	27.603.455	9.897	
IST. DI RIAB. S. STEFANO - VILLA ADRIA		388.650	42			388.650	42	4.336.671	367			4.336.671	367	
STABILIMENTO INCRCA DI OSIMO			138.214	57	138.214	57			6.969.100	2.517	6.969.100	2.517		
CASA DI CURA VILLA JOLANDA	46.662	10			46.662	10	1.074.418	203			1.074.418	203		
STABILIMENTO DI CINGOLI			15.862	3	15.862	3			1.228.704	278	1.228.704	278		
Differenza tariffa TUC													-1.309.411	
Totale AV2	9.271.209	2.271	28.110.957	6.400	37.382.166	8.671	32.316.372	7.645	311.953.075	86.756	342.960.037	94.401		
Area Vasta 3 Macerata	CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION	8.288.398	2.728			8.288.398	2.728	23.051.659	7.922			23.051.659	7.922	
	CENTRO SANTO STEFANO - PORTO POTENZA	4.904.349	102			4.904.349	102	13.411.586	641			13.411.586	641	
	STABILIMENTO DI MACERATA			999.017	347	999.017	347			50.846.862	16.316	50.846.862	16.316	
	STABILIMENTO DI CIVITANOVA			616.769	263	616.769	263			27.303.361	8.981	27.303.361	8.981	
	STABILIMENTO DI CAMERINO			343.376	108	343.376	108			10.847.883	2.847	10.847.883	2.847	
	STABILIMENTO DI S. SEVERINO M.			326.020	214	326.020	214			7.249.154	2.953	7.249.154	2.953	
	CASA DI CURA DOTT. MARCHETTI SRL	17.556	4			17.556	4	1.238.961	242			1.238.961	242	
	Differenza tariffa TUC													-430.408
	Totale AV3	13.210.304	2.834	2.285.182	932	15.495.485	3.766	37.702.205	8.805	96.247.260	31.097	133.519.057	39.902	
	Area Vasta 4 Fermo	RITA SRL CASA DI CURA PRIVATA VILLAVERDE	2.597.680	987			2.597.680	987	7.704.092	2.702			7.704.092	2.702
STABILIMENTO DI FERMO				926.651	297	926.651	297			41.569.090	13.204	41.569.090	13.204	
STABILIMENTO INCRCA DI FERMO				83.606	15	83.606	15			3.753.036	816	3.753.036	816	
STABILIMENTO DI AMANDOLA				37.280	6	37.280	6			1.772.246	443	1.772.246	443	
Differenza tariffa TUC														-170.658
Totale AV4	2.597.680	987	1.047.537	318	3.645.217	1.305	7.704.092	2.702	47.094.372	14.463	54.627.806	17.165		
Area Vasta 5 Ascoli	CASA DI CURA VILLA ANNA SRL	9.669.580	2.727			9.669.580	2.727	14.125.062	4.164			14.125.062	4.164	
	CASA DI CURA SAN BENEDETTO SPA	6.221.490	1.803			6.221.490	1.803	9.290.013	3.271			9.290.013	3.271	
	CASA DI CURA VILLA SAN MARCO	4.531.753	1.389			4.531.753	1.389	7.107.894	2.477			7.107.894	2.477	
	STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO			4.084.307	1.232	4.084.307	1.232			45.235.793	12.418	45.235.793	12.418	
	STABILIMENTO DI S.BENEDETTO			3.747.255	1.602	3.747.255	1.602			29.994.008	10.579	29.994.008	10.579	
	CASA DI CURA "SAN GIUSEPPE"	1.074.594	214			1.074.594	214	2.204.122	425			2.204.122	425	
	CENTRO SANTO STEFANO - ASCOLI PICENO	397.905	58			397.905	58	2.994.749	341			2.994.749	341	
	Differenza tariffa TUC													-1.759.285
	Totale AV5	21.895.323	6.191	7.831.561	2.834	29.726.884	9.025	35.721.841	10.678	75.229.801	22.997	109.192.357	33.675	
	TOTALE REGIONALE	47.276.682	12.404	45.917.197	12.537	93.193.879	24.941	116.135.067	30.577	667.240.687	198.293	779.685.974	228.870	

EROGATO ANNO 2019		EROGATO MOBILITA' ATTIVA						EROGATO TOTALE MARCHE						
		PRIVATO		PUBBLICO		Totale		PRIVATO		PUBBLICO		Totale		
		EURO	NUMERO RICOVERI	EURO	NUMERO RICOVERI	EURO	NUMERO RICOVERI	EURO	NUMERO RICOVERI	EURO	NUMERO RICOVERI	EURO	NUMERO RICOVERI	
Area Vasta 1 Pesaro	STABILIMENTO DI PESARO			3.983.589	832	3.983.589	832			69.885.856	16.725	69.885.856	16.725	
	STABILIMENTO DI FANO			1.563.267	640	1.563.267	640			36.157.185	14.246	36.157.185	14.246	
	STABILIMENTO DI URBINO			1.180.422	431	1.180.422	431			27.596.739	9.653	27.596.739	9.653	
	CASA DI CURA VILLA MONTEFELTRO	272.133	148			272.133	148	882.791	559			882.791	559	
	CENTRO SANTO STEFANO - CAGLI	128.189	15			128.189	15	2.392.259	343			2.392.259	343	
	STABILIMENTO DI PERGOLA			102.584	22	102.584	22			4.487.979	1.231	4.487.979	1.231	
	Differenza tariffa TUC													-25.544
	Totale AV1	400.322	163	6.829.862	1.925	7.230.183	2.088	3.275.050	902	138.127.759	41.855	141.377.265	42.757	
	Area Vasta 2 Ancona	STABILIMENTO UMBERTO I° - G.M.LANCISI			19.456.948	3.729	19.456.948	3.729			170.533.829	35.294	170.533.829	35.294
		CASA DI CURA VILLA IGEA	5.760.029	1.673			5.760.029	1.673	19.711.422	5.577			19.711.422	5.577
STABILIMENTO G.SALESI				2.370.854	1.068	2.370.854	1.068			23.187.404	12.243	23.187.404	12.243	
CASA DI CURA VILLA SILVIA		1.605.052	390			1.605.052	390	2.757.664	657			2.757.664	657	
STABILIMENTO DI JESI				1.468.694	514	1.468.694	514			36.885.622	12.779	36.885.622	12.779	
STABILIMENTO INCRCA DI ANCONA				1.196.759	239	1.196.759	239			22.129.159	5.534	22.129.159	5.534	
STABILIMENTO DI FABRIANO				1.195.170	390	1.195.170	390			20.203.458	6.833	20.203.458	6.833	
LABOR SPA CASA DI CURA "VILLA SERENA"		1.036.762	203			1.036.762	203	4.165.701	818			4.165.701	818	
STABILIMENTO DI SENIGALLIA				915.347	318	915.347	318			28.048.595	10.413	28.048.595	10.413	
IST. DI RIAB. S. STEFANO - VILLA ADRIA		805.209	55			805.209	55	4.138.461	330			4.138.461	330	
STABILIMENTO INCRCA DI OSIMO			133.340	45	133.340	45			7.326.269	2.434	7.326.269	2.434		
CASA DI CURA VILLA JOLANDA	34.542	8			34.542	8	1.089.386	203			1.089.386	203		
STABILIMENTO DI CINGOLI			9.856	2	9.856	2			875.637	235	875.637	235		
Differenza tariffa TUC													152.282	
Totale AV2	9.241.594	2.329	26.746.968	6.305	35.988.561	8.634	31.862.634	7.585	309.189.974	85.765	341.204.890	93.350		
Area Vasta 3 Macerata	CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION	8.637.423	2.147			8.637.423	2.147	22.981.898	7.208			22.981.898	7.208	
	CENTRO SANTO STEFANO - PORTO POTENZA	5.853.837	108			5.853.837	108	15.673.026	677			15.673.026	677	
	STABILIMENTO DI MACERATA			1.153.083	369	1.153.083	369			50.859.422	16.186	50.859.422	16.186	
	STABILIMENTO DI CIVITANOVA			622.169	256	622.169	256			27.318.058	8.927	27.318.058	8.927	
	STABILIMENTO DI S. SEVERINO M.			346.976	202	346.976	202			7.977.575	2.987	7.977.575	2.987	
	STABILIMENTO DI CAMERINO			345.235	116	345.235	116			10.766.101	2.942	10.766.101	2.942	
	CASA DI CURA DOTT. MARCHETTI SRL	26.334	5			26.334	5	1.250.344	231			1.250.344	231	
	Differenza tariffa TUC													-584.118
	Totale AV3	14.517.594	2.260	2.467.463	943	16.985.056	3.203	39.905.268	8.116	96.921.156	31.042	136.242.306	39.158	
	Area Vasta 4 Fermo	RITA SRL CASA DI CURA PRIVATA VILLAVERDE	2.567.182	909			2.567.182	909	7.871.744	2.581			7.871.744	2.581
STABILIMENTO DI FERMO				1.024.585	344	1.024.585	344			41.850.118	13.014	41.850.118	13.014	
STABILIMENTO INCRCA DI FERMO				125.168	26	125.168	26			3.				

### 3.6. CONSIDERAZIONI SULLA MOBILITÀ SANITARIA

In merito ai flussi di mobilità sanitaria extra-regionale, l'analisi ha focalizzato l'attenzione sui flussi di mobilità ospedaliera: i deflussi per ricoveri fuori regione spiegano oltre il 75% della mobilità passiva sanitaria regionale e gli afflussi per ricoveri a pazienti residenti fuori regione spiegano oltre il 79% della mobilità attiva sanitaria regionale.

Considerando i principali DRG esplicativi della mobilità passiva si osserva che, negli ultimi quattro anni, alcuni DRG di area ortopedico-traumatologica causano gli importi maggiori della mobilità passiva ospedaliera (circa il 25% della spesa complessiva, valore stabilizzato negli anni). Si tenga conto che il rilevante peso che hanno i DRG di area ortopedico-traumatologica nell'analisi della mobilità passiva regionale determinano, conseguentemente, un rilevante peso dell'attività riabilitativa post-intervento (si pensi al post-intervento di un intervento chirurgico protesico dell'anca), generando un effetto moltiplicatore sugli addebiti. Un'altra area che mostra, costantemente nel periodo considerato, un'incidenza significativa nel valore della mobilità passiva ospedaliera, è la cardiologia interventistica, che causa un assorbimento di risorse pari al 7% del totale dei deflussi economici di mobilità passiva complessiva.

Merita di essere particolarmente sottolineato che i ricoveri in mobilità passiva si concentrano in un numero limitato di diagnosi, per entrambe le due principali aree di fuga, in generale di complessità non elevata. Approfondendo l'analisi sui deflussi di mobilità passiva associati ai DRG di area ortopedicotraumatologica emerge che il 50% dei ricoveri di residenti marchigiani che decidono di "migrare" è erogato da alcune strutture site in Emilia-Romagna; seguono la Lombardia con il 13% circa, l'Umbria e il Lazio con percentuali attorno all'8-9%. Le strutture di destinazione sono prevalentemente strutture private. Si evidenzia, in particolare, che la quasi totalità dei ricoveri nelle strutture private site in Emilia-Romagna è erogato da 5 strutture private (su 12 rilevate nell'analisi); in Lombardia, la struttura privata che eroga un notevole numero di ricoveri in area ortopedico-traumatologica è l'Istituto Clinico S. Siro Spa di Milano.

Come per i DRG di area ortopedico-traumatologica, anche per i DRG di area cardiologica interventistica le regioni di più frequente destinazione sono l'Emilia-Romagna (a cui si rivolgono il 59% dei cittadini "migranti") e la Lombardia (le cui strutture ricevono il 31% dei cittadini "migranti"). I marchigiani si rivolgono a strutture dell'Emilia-Romagna, prevalentemente per le prestazioni di angioplastica percutanea coronarica transluminale o aterectomia coronarica. I residenti marchigiani scelgono di rivolgersi a strutture della Lombardia per prestazioni di asportazione, mediante catetere, di lesione/tessuto del cuore o di stimolazione cardiaca elettrofisiologica e studi di registrazione. Anche in questo caso, la maggior parte dei ricoveri è erogata da strutture private dislocate sul territorio emiliano-romagnolo. L'IRCCS Policlinico San Donato è la struttura lombarda di maggiore attrazione. L'analisi a livello di area vasta ha rilevato che sono in prevalenza i pazienti che risiedono nell'Area Vasta 1 a fruire di ricoveri presso strutture fuori regione, seguiti da quelli residenti – nell'ordine – nelle Aree Vasta 2, 3, 5 e 4.

Prima di ripercorrere le principali tendenze dei flussi di mobilità attiva ospedaliera, un richiamo meritano le principali evidenze emerse dall'analisi dei dati di produzione ospedaliera regionale. Lo studio ha rilevato che la produzione ospedaliera regionale, complessivamente intesa, presenta un valore medio del triennio 2017-2019 pari a oltre 775 milioni di euro (corrispondenti a oltre 227 mila ricoveri, su base annua); il valore rilevato nel 2020 dimostra una contrazione in linea con la diminuzione del volume dei ricoveri (-20% rispetto al 2019). Il valore rilevato nel 2021 conferma una ripresa, coerente con il trend in ascesa osservato per il numero dei ricoveri (pari a circa 189 mila ricoveri).

Sul valore totale dei ricoveri erogati, l'analisi per natura giuridica della struttura erogante dimostra che i ricoveri erogati dalle strutture private costituiscono mediamente – su base annua – il 15% del valore totale nel periodo 2017-2021.

Approfondendo l'analisi per area vasta, si rileva che il contributo fornito dalle strutture private sul totale del valore dei ricoveri, erogati nelle stesse aree vaste, è significativamente diverso tra le aree territoriali del SSR. L'incidenza percentuale del valore dei ricoveri erogati dalle strutture private sul valore totale dei ricoveri, nell'Area Vasta, oscilla tra un minimo del 2% e un massimo del 34%. Il 12% della produzione complessiva di ricoveri nella Regione Marche (valore medio della percentuale di incidenza annua, periodo 2017-2021) è rappresentato dal valore dei ricoveri in mobilità attiva.

I valori di mobilità attiva ospedaliera appaiono sensibilmente differenti a livello di Area Vasta. A livello regionale, su base annua, una quota attorno al 38% è riconducibile alle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie (pubbliche o private convenzionate) presenti nell'Area Vasta 2 a fronte di una quota del 4% riconducibile all'Area Vasta 4. Le altre Aree Vaste presentano un'incidenza intermedia, con valori più significativi dell'Area Vasta 5 (32%) rispetto alla 3 (18%) e alla 1 (8%). L'aspetto da rimarcare considerando la numerosità dei ricoveri fuori regione è che l'incidenza sul numero totale dei ricoveri assume un valore (10,5% circa) costantemente inferiore all'incidenza espressa in valore (12%). Questo implica che i ricoveri che generano mobilità attiva riguardano, generalmente, patologie contrassegnate da DRG di valore medio-alto, approssimando significativamente una complessità medio-alta delle prestazioni erogate a cittadini non residenti nella Regione Marche. Lo stesso fenomeno è stato rilevato nell'analisi dei ricoveri che generano mobilità passiva.

L'analisi di dettaglio sulla natura giuridica delle strutture eroganti ha posto in evidenza che l'incidenza media, nel triennio 2017-2019, del valore dei ricoveri erogati in mobilità attiva dalle strutture private è pari al 51%. Percentuale sostanzialmente analoga è espressa considerando il fenomeno in base al numero dei ricoveri.

Approfondendo l'analisi per Area Vasta, si rileva che il contributo fornito dalle strutture private sul totale del valore dei ricoveri erogati a cittadini non residenti nelle stesse aree vaste diverge tra le diverse articolazioni territoriali del SSR: l'incidenza percentuale del valore dei ricoveri erogati in mobilità attiva dalle strutture private sul valore totale dei ricoveri, erogati nell'Area Vasta, oscilla tra un minimo del 6% e un massimo del 85%.

Focalizzando l'attenzione sull'anno 2019, il saldo di mobilità regionale presenta un valore negativo pari a 27 milioni di euro; il saldo regionale considerando le entrate di mobilità attiva generate dalle strutture pubbliche mostra un valore negativo pari a circa 76 milioni di euro. La differenza, di 49 milioni di euro, è relativa ai ricoveri erogati a cittadini non residenti dalle strutture private convenzionate.

Indagando lo stesso fenomeno nelle aree vaste, con un'ottica meramente "finanziaria", si rileva che tutte le aree vaste presentano un saldo di mobilità del sistema pubblico (calcolato come differenza tra la mobilità attiva da ricoveri erogati da strutture pubbliche presenti nell'Area Vasta e la mobilità passiva per i cittadini residenti nella stessa Area Vasta) costantemente negativo nel periodo analizzato. Ciò porta ad evidenziare che, soprattutto in alcune Aree Vaste, molto alto è il contributo delle strutture private al raggiungimento di elevati valori di mobilità attiva.

Le specialità che mostrano un'incidenza significativa nella mobilità attiva ospedaliera sono: l'area ortopedico-traumatologica (che spiega il 23,5% del valore totale della mobilità attiva regionale); l'area neurologica (che spiega l'8,5% del valore totale della mobilità attiva regionale); l'area cardiologica interventistica (che spiega il 5,3% del valore totale della mobilità attiva regionale) e l'area della chirurgia generale (che spiega il 3,6% del valore totale della mobilità attiva regionale). Si rileva che due aree – l'area ortopedico-traumatologica (nella quale 6 DRG determinano sia flussi di mobilità attiva che passiva) e l'area cardiologica interventistica (nella quale 2 DRG determinano sia flussi di mobilità attiva che passiva) – coincidono con le aree più significative che generano flussi di mobilità passiva.

Si sottolinea che il contributo delle strutture private alla mobilità attiva è molto significativo per i ricoveri associati alle specialità di area: ortopedico-traumatologica, neurologica e di chirurgia generale. Per l'area cardiologica interventistica si rileva il rilevante contributo alla mobilità attiva fornito dall'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona.

La collaborazione tra strutture pubbliche e strutture private del Sistema Sanitario Regionale evidenzia, quindi, un modello basato su un notevole contributo all'offerta di ricoveri ospedalieri da parte del sistema privato. Peraltro, tale contributo risulta fortemente concentrato in alcune aree territoriali.

Con riguardo alle specialità medico-chirurgiche interessate e ai livelli di complessità dei casi trattati dalle strutture private, il modello di collaborazione pubblico-privato sedimentato nel tempo non sembra rispondere a precise logiche di pianificazione volte a massimizzazione della funzionalità per il sistema pubblico.



## APPENDICE 4: LA RETE OSPEDALIERA

### 4.1 VOLUMI SOGLIA ED ESITI

SEDE DEL TUMORE	VOLUME SOGLIA	FONTE BIBLIOGRAFICA
Polmone	50	Agenas Programma Nazionale Esiti (PNE) 2015 – Sintesi dei risultati Amato L et al. Volumi di attività ed esiti delle cure: prove scientifiche in letteratura ed evidenze empiriche in Italia. Epidemiologia & Prevenzione 2017
Mammella	150	Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 Amato L et al. Volumi di attività ed esiti delle cure: prove scientifiche in letteratura ed evidenze empiriche in Italia. Epidemiologia & Prevenzione 2017
Esofago	20	PDITA di riferimento del carcinoma dell'Esófago e della Giunzione Esofago-Gastrica, Regione Veneto
Stomaco	20	Agenas Programma Nazionale Esiti (PNE) 2015 – Sintesi dei risultati
Colon	50	Agenas Programma Nazionale Esiti (PNE) 2015 – Sintesi dei risultati Amato L et al. Volumi di attività ed esiti delle cure: prove scientifiche in letteratura ed evidenze empiriche in Italia. Epidemiologia & Prevenzione 2017
Retto	20	Link KH et al. Minimum Volume Discussion in the Treatment of Colon and Rectal Cancer: A Review of the Current Status and Relevance of Surgeon and Hospital Volume regarding Result Quality and the Impact on Health Economics. Visceral Medicine 2017
Fegato	40	Ministero della Salute
Pancreas	20	Ministero della Salute
Colecisti	10	
Rene	20	Documento intersocietario AIOM, AIRB, AIRO, AURO, CIPOMO, SIU, SIUrO – Progetto Team Multidisciplinare Uro-Oncologico (2017)
Vescica	20	Documento intersocietario AIOM, AIRB, AIRO, AURO, CIPOMO, SIU, SIUrO – Progetto Team Multidisciplinare Uro-Oncologico (2017)**
Prostata	50	Documento intersocietario AIOM, AIRB, AIRO, AURO, CIPOMO, SIU, SIUrO – Progetto Team Multidisciplinare Uro-Oncologico (2017) Amato L et al. Volumi di attività ed esiti delle cure: prove scientifiche in letteratura ed evidenze empiriche in Italia. Epidemiologia & Prevenzione 2017
Utero	25	Ministero della Salute
Ovaio	20	PDITA per le pazienti affette da carcinoma ovarico, Regione Veneto (da Linee Guida SIOG 2014)
Tiroide	35	Ministero della Salute
Laringe	20	
Cervello SNC §	50	Ministero della Salute

Vista da 1 a 35 di 35 elementi

PrecedenteSuccessivo

Note

\* All'interno del Programma Nazionale Esiti non sono considerati gli interventi chirurgici per alcune categorie di tumori maligni, quali ad esempio: tumori dell'apparato muscolo-scheletrico, tumori del sistema linfo-emopoietico, tumori del testicolo, tumori della cute e melanomi. I volumi sono riferiti alla struttura ospedaliera e non alla singola unità operativa.

\*\* La soglia stabilita nel documento fa riferimento alla procedura chirurgica di cistectomia radicale, mentre il volume calcolato dal Programma Nazionale Esiti tiene conto anche delle cistectomie parziali, oltre alle radicali.

§Nell'indicatore di volume del Programma Nazionale Esiti vengono conteggiati anche gli interventi di asportazione dei tumori benigni del cervello (es. meningiomi), oltre ai tumori maligni.

## 4.2 OFFERTA E PRODUZIONE REGIONALE. SCHEDE STRUTTURE OSPEDALIERE

Schede con il dettaglio delle strutture pubbliche ed i dati relativi a offerta/domanda di salute ed indicatori di attività dell'anno 2021 (n. b.: il Tasso di occupazione potrebbe essere condizionato dalle diverse misure adottate dalle singole strutture per fronteggiare l'emergenza pandemica Covid).

### - Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche

Strutture	DOMANDA/OFFERTA		Tasso di attrazione pazienti extra regione
	Ricoveri degenza ordinaria	Ricoveri totali	
<b>STABILIMENTO G. SALESÌ</b>			
CHIRURGIA PEDIATRICA	672	1.191	6,4%
MALATT. ENDOCRINE	64	563	7,7%
NEFROLOGIA PED.	30	107	8,3%
NEUROPSICH.INFANTILE	548	687	21,1%
NIDO	1.395	1.395	4,2%
ONCOEMATOL. PEDIATR.	322	385	4,8%
ORTOPEDIA-TRAUMAT.	331	385	24,8%
OSTETRICIA-GINECOL.	2.752	3.015	5,5%
OTORINOLARINGOIATRIA	118	118	9,5%
PEDIATRIA	862	1.221	7,2%
TER.INT. - RIANIMAZIONE	19	19	11,8%
TER.INTENS. NEONATALE	360	360	7,0%
<b>TOTALI</b>	<b>7.473</b>	<b>9.446</b>	
<b>STABILIMENTO UMBERTO I° - G.M.LANCISI</b>			
ALLERGOLOGIA	-	83	18,1%
ANGIOLOGIA	176	176	6,7%
ASTANTERIA	135	135	3,0%
CARDIOCHIR. PEDIATRICA	381	410	40,6%
CARDIOCHIRURGIA	1.156	1.156	16,0%
CARDIOLOGIA	2.867	3.141	8,5%
CHIRURGIA GENERALE	2.569	2.610	7,3%
CHIRURGIA MAXILLO-FACC.	355	440	11,9%
CHIRURGIA PLASTICA	1.086	1.524	10,9%
CHIRURGIA TORACICA	374	374	4,1%
CHIRURGIA VASCOLARE	1.194	1.352	15,4%
DERMATOLOGIA	169	751	10,2%
EMATOLOGIA	275	900	4,8%
GASTROENTEROLOGIA	1.520	1.678	10,2%
MALATT. ENDOCRINE,ECC.	361	695	6,3%
MALATTIE INFETTIVE	748	751	4,2%
MEDICINA GENERALE	1.841	1.893	4,1%
NEFROLOGIA (TR.RENE)	628	700	16,3%
NEURO RIAB.	45	45	4,7%
NEUROCHIRURGIA	960	1.053	13,3%
NEUROLOGIA	792	1.041	5,6%
OCULISTICA	70	518	21,4%
ODONTOSTOMATOLOGIA	92	777	7,0%

ONCOLOGIA	532	2.585	3,9%
ORTOPEDIA-TRAUMAT.	1.314	1.416	9,1%
OTORINOLARINGOIATRIA	194	269	4,0%
PNEUMOLOGIA	402	890	27,1%
PSICHIATRIA	353	386	3,9%
RIEDUCAZIONE FUNZIONALE	-	-	-
TER.INT. - RIANIMAZIONE	421	554	5,7%
U.T.I.C.	107	107	4,7%
UNITA'-SPINALE	27	32	13,8%
UROLOGIA	1.148	1.406	6,5%
<b>TOTALI</b>	<b>22.292</b>	<b>29.848</b>	
<b>TOTALE AZ. OSP. UNIV. MARCHE</b>	<b>29.765</b>	<b>39.294</b>	

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

### - Istituto Nazionale Riposo e Cura Anziani, qualificato IRCCS

Strutture	DOMANDA/OFFERTA		Tasso di attrazione pazienti extra regione
	Ricoveri degenza ordinaria	Ricoveri totali	
<b>STABILIMENTO INRCA DI ANCONA</b>			
CARDIOLOGIA	756	756	2,2%
CHIRURGIA GENERALE	364	442	3,1%
DERMATOLOGIA	37	125	2,7%
GERIATRIA	891	911	1,4%
LUNGODEGENTI	102	102	2,0%
MALATT. ENDOCRINE, ECC.	158	165	25,4%
MEDICINA GENERALE	530	576	1,5%
NEFROLOGIA	18	55	0,0%
NEUROLOGIA	355	355	2,9%
RIEDUCAZIONE FUNZIONALE	90	90	7,2%
U.T.I.C.	78	78	3,8%
UROLOGIA	4	39	3,1%
<b>TOTALI</b>	<b>3.383</b>	<b>3.694</b>	
<b>STABILIMENTO INRCA DI FERMO</b>			
GERIATRIA	166	166	1,9%
LUNGODEGENTI	252	252	0,8%
RIEDUCAZIONE FUNZIONALE	85	85	9,6%
<b>TOTALI</b>	<b>503</b>	<b>503</b>	
<b>STABILIMENTO INRCA DI OSIMO</b>			
CHIRURGIA GENERALE	520	748	1,9%
MALATT. ENDOCRINE, ECC.	9	9	44,4%
MEDICINA GENERALE	587	611	1,5%
PNEUMOLOGIA	34	34	3,0%
UROLOGIA	455	500	4,3%
<b>TOTALI</b>	<b>1.605</b>	<b>1.902</b>	
<b>TOTALE INRCA</b>	<b>5.491</b>	<b>6.099</b>	

## - Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro-Urbino

Strutture	DOMANDA/OFFERTA		Tasso di attrazione pazienti extra regione
	Ricoveri degenza ordinaria	Ricoveri totali	
<b>STABILIMENTO DI PESARO</b>			
ASTANTERIA	672	672	5,4%
CARDIOLOGIA	853	1.685	4,4%
CHIRURGIA GENERALE	1.468	1.479	7,3%
DAY-SURGERY	17	212	6,4%
DETENUTI	11	11	25,0%
EMATOLOGIA	286	571	8,5%
MALATTIE INFETTIVE	463	463	4,3%
MEDICINA GENERALE	523	525	2,2%
NEFROLOGIA	-	33	0,0%
NEUROCHIRURGIA	756	757	7,6%
NIDO	64	64	1,6%
ONCOLOGIA	279	950	2,8%
ORTOPEDIA-TRAUMAT.	1.183	1.404	4,0%
OSTETRICIA-GINECOL.	175	186	5,4%
PNEUMOLOGIA	-	-	-
TER.INT. - RIANIMAZIONE	322	322	2,5%
TERAPIA SEMINTENSIVA	1.156	1.156	2,2%
U.T.I.C.	132	132	2,3%
UROLOGIA	1.363	1.378	4,8%
<b>TOTALI</b>	<b>9.723</b>	<b>12.000</b>	

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Strutture	DOMANDA/OFFERTA		Tasso di attrazione pazienti extra regione
	Ricoveri degenza ordinaria	Ricoveri totali	
<b>STABILIMENTO DI FANO</b>			
ASTANTERIA	76	76	0,0%
CARDIOLOGIA	371	493	3,0%
CHIRURGIA GENERALE	818	1.754	11,2%
GASTROENTEROLOGIA	836	837	5,9%
GERIATRIA	605	605	1,1%
LUNGODEGENTI	-	-	-
MEDICINA GENERALE	1.645	1.745	2,6%
NEFROLOGIA	196	200	1,8%
NEUROLOGIA	424	430	4,1%
NIDO	1.070	1.070	1,4%
OCULISTICA	35	301	4,8%
ONCOLOGIA	-	585	4,2%
OSTETRICIA-GINECOL.	1.480	1.983	2,6%
OTORINOLARINGOIATRIA	618	818	6,0%
PEDIATRIA	268	535	4,8%
PNEUMOLOGIA	264	480	1,8%
TER.INT. - RIANIMAZIONE	109	185	1,3%
U.T.I.C.	46	46	2,2%
<b>TOTALI</b>	<b>8.861</b>	<b>12.143</b>	

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Strutture	DOMANDA/OFFERTA		Tasso di attrazione pazienti extra regione
	Ricoveri degenza ordinaria	Ricoveri totali	
<b>STABILIMENTO DI PERGOLA (*)</b>			
CHIRURGIA GENERALE	83	121	0,0%
LUNGODEGENTI	79	79	2,7%
MEDICINA GENERALE	439	439	2,8%
RIEDUCAZIONE FUNZIONALE	205	205	3,5%
<b>TOTALI</b>	<b>806</b>	<b>844</b>	
<b>STABILIMENTO DI URBINO</b>			
ASTANTERIA	11	11	0,0%
CARDIOLOGIA	827	916	3,5%
CHIRURGIA GENERALE	876	955	3,2%
GERIATRIA	-	-	-
LUNGODEGENTI	127	127	4,8%
MEDICINA GENERALE	1.299	1.299	2,5%
NEFROLOGIA	62	62	5,9%
NIDO	590	590	4,4%
ONCOLOGIA	-	387	2,3%
ORTOPEDIA-TRAUMAT.	500	619	2,9%
OSTETRICIA-GINECOL.	968	1.173	5,6%
OTORINOLARINGOIATRIA	116	158	3,9%
PEDIATRIA	121	121	4,5%
PSICHIATRIA	633	633	4,6%
TER.INT. - RIANIMAZIONE	49	49	2,1%
U.T.I.C.	16	16	0,0%
<b>TOTALI</b>	<b>6.195</b>	<b>7.116</b>	

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

## - Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona

Strutture	DOMANDA/OFFERTA		Tasso di attrazione pazienti extra regione
	Ricoveri degenza ordinaria	Ricoveri totali	
<b>STABILIMENTO DI JESI</b>			
ASTANTERIA	54	54	0,00%
CARDIOLOGIA	320	320	0,70%
CHIRURGIA GENERALE	896	1.036	0,90%
DERMATOLOGIA	-	-	-
LUNGODEGENTI	312	312	1,00%
MEDICINA GENERALE	1.507	1.547	0,80%
NEFROLOGIA	186	211	4,80%
NEONATOLOGIA	204	204	0,00%
NEUROLOGIA	435	475	1,80%
NIDO	711	711	0,70%
OCULISTICA	1	1	0,00%
ODONTOSTOMATOLOGIA	31	194	2,70%
ONCOLOGIA	-	294	1,00%
ORTOPEDIA-TRAUMAT.	1.055	1.211	3,00%
OSTETRICIA-GINECOL.	1.633	1.716	1,30%
OTORINOLARINGOIATRIA	29	93	9,80%
PEDIATRIA	335	393	1,90%
PNEUMOLOGIA	543	547	1,00%
PSICHIATRIA	400	400	6,10%
REUMATOLOGIA CLINICA	222	268	37,20%
RIEDUCAZIONE FUNZIONALE	11	11	0,00%
TER.INT. - RIANIMAZIONE	184	349	2,70%
TERAPIA SEMINTENSIVA	15	15	0,00%
U.T.I.C.	40	40	0,00%
UROLOGIA	542	620	5,60%
<b>TOTALI</b>	<b>9.666</b>	<b>11.022</b>	

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Strutture	DOMANDA/OFFERTA		Tasso di attrazione pazienti extra regione
	Ricoveri degenza ordinaria	Ricoveri totali	
<b>STABILIMENTO DI SENIGALLIA</b>			
ASTANTERIA	20	20	5,0%
CARDIOLOGIA	451	498	3,8%
CHIRURGIA GENERALE	654	1.116	2,1%
GASTROENTEROLOGIA	209	249	2,7%
LUNGODEGENTI	238	238	3,6%

MEDICINA GENERALE	1.269	1.293	1,9%
NEFROLOGIA	105	150	1,0%
NEONATOLOGIA	120	120	0,8%
NEUROLOGIA	284	295	3,5%
NIDO	494	494	2,0%
OCULISTICA	-	28	0,0%
ONCOLOGIA	3	395	1,0%
ORTOPEDIA-TRAUMAT.	728	964	4,8%
OSTETRICIA-GINECOL.	1.087	1.571	2,6%
OTORINOLARINGOIATRIA	42	117	6,0%
PEDIATRIA	359	475	4,5%
PSICHIATRIA	142	142	1,8%
RIEDUCAZIONE FUNZIONALE	-	-	-
TER.INT. - RIANIMAZIONE	70	118	7,3%
TERAPIA SEMINTENSIVA	22	22	0,0%
U.T.I.C.	33	33	3,0%
<b>TOTALI</b>	<b>6.330</b>	<b>8.338</b>	

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Strutture	DOMANDA/OFFERTA		Tasso di attrazione pazienti extra regione
	Ricoveri degenza ordinaria	Ricoveri totali	
<b>STABILIMENTO DI CINGOLI (*)</b>			
LUNGODEGENTI	278	278	1,90%
<b>STABILIMENTO DI FABRIANO</b>			
ASTANTERIA	341	341	2,40%
CARDIOLOGIA	458	490	5,00%
CHIRURGIA GENERALE	975	1.068	4,20%
LUNGODEGENTI	239	239	3,10%
MEDICINA GENERALE	1.064	1.105	3,60%
NEFROLOGIA	65	115	2,60%
OCULISTICA	218	271	10,40%
ODONTOSTOMATOLOGIA	30	160	9,90%
ONCOLOGIA	-	441	4,60%
ORTOPEDIA-TRAUMAT.	654	734	17,20%
OSTETRICIA-GINECOL.	1	161	3,70%
OTORINOLARINGOIATRIA	737	781	6,00%
PEDIATRIA	-	-	-
RIEDUCAZIONE FUNZIONALE	251	251	12,60%
TER.INT. - RIANIMAZIONE	70	177	5,90%
U.T.I.C.	95	95	2,20%
UROLOGIA	438	502	6,60%
<b>TOTALI</b>	<b>5.636</b>	<b>6.931</b>	

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

## - Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata

Strutture	DOMANDA/OFFERTA		Tasso di attrazione pazienti extra regione
	Ricoveri degenza ordinaria	Ricoveri totali	
<b>STABILIMENTO DI MACERATA</b>			
ASTANTERIA	393	393	2,0%
CARDIOLOGIA	1.238	1.399	1,5%
CHIRURGIA GENERALE	1.268	1.269	2,1%
DAY-HOSPITAL	-	131	2,4%
DAY-SURGERY	-	433	2,3%
GERIATRIA	458	458	0,2%
MEDICINA GENERALE	1.407	1.434	1,4%
MEDICINA NUCLEARE	166	166	27,0%
NEFROLOGIA	251	251	0,9%
NEONATOLOGIA	262	264	0,8%
NEUROLOGIA	556	616	2,2%
NIDO	1.124	1.124	0,6%
ONCOLOGIA	98	1.204	2,8%
ORTOPEDIA-TRAUMAT.	669	692	2,3%
OSTETRICIA-GINECOL.	2.198	2.884	2,0%
PEDIATRIA	257	400	1,9%
PNEUMOLOGIA	516	713	1,8%
PSICHIATRIA	145	145	3,3%
TER.INT. - RIANIMAZIONE	65	72	0,0%
TERAPIA SEMINTENSIVA	46	46	2,2%
U.T.I.C.	74	74	1,4%
UROLOGIA	624	909	2,2%
<b>TOTALI</b>	<b>11.815</b>	<b>15.077</b>	
<b>STABILIMENTO DI S. SEVERINO M.</b>			
CHIRURGIA GENERALE	150	472	0,6%
DAY-HOSPITAL	-	308	1,4%
DAY-SURGERY	-	203	0,5%
LUNGODEGENTI	70	70	0,0%
MEDICINA GENERALE	542	542	1,7%
OCULISTICA	192	924	23,0%
<b>TOTALI</b>	<b>954</b>	<b>2.519</b>	

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Strutture	DOMANDA/OFFERTA		Tasso di attrazione pazienti extra regione
	Ricoveri degenza ordinaria	Ricoveri totali	
<b>STABILIMENTO DI CAMERINO</b>			
CARDIOLOGIA	-	-	-
CHIRURGIA GENERALE	492	503	3,7%
DAY-HOSPITAL	-	10	0,0%
LUNGODEGENTI	12	12	0,0%
MEDICINA GENERALE	421	423	4,0%
ORTOPEDIA-TRAUMAT.	84	303	7,1%
TER.INT. - RIANIMAZIONE	22	22	0,0%



<b>TOTALI</b>	<b>1.031</b>	<b>1.273</b>	
<b>STABILIMENTO DI CIVITANOVA</b>			
ASTANTERIA	152	152	4,6%
CARDIOLOGIA	377	377	1,7%
CHIRURGIA GENERALE	605	648	1,8%
DAY-HOSPITAL	-	590	1,4%
MEDICINA GENERALE	675	1.060	1,4%
ORTOPEDIA-TRAUMAT.	716	874	2,4%
OSTETRICIA-GINECOL.	1.077	1.406	1,7%
OTORINOLARINGOIATRIA	601	791	3,9%
PEDIATRIA	1.094	1.292	2,3%
PNEUMOLOGIA	-	-	-
PSICHIATRIA	154	154	5,4%
TER.INT. - RIANIMAZIONE	132	132	3,8%
TERAPIA SEMINTENSIVA	445	445	1,1%
U.T.I.C.	25	25	0,0%
UROLOGIA	444	602	2,5%
<b>TOTALI</b>	<b>6.497</b>	<b>8.548</b>	

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

## - Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo

Strutture	DOMANDA/OFFERTA		Tasso di attrazione pazienti extra regione
	Ricoveri degenza ordinaria	Ricoveri totali	
<b>STABILIMENTO DI AMANDOLA (*)</b>			
CHIRURGIA GENERALE	-	-	-
MEDICINA GENERALE	381	381	1,4%
<b>TOTALI</b>	<b>381</b>	<b>381</b>	
<b>STABILIMENTO DI FERMO</b>			
ALLERGOLOGIA	-	-	-
ASTANTERIA	-	-	-
CARDIOLOGIA	309	347	1,3%
CHIRURGIA GENERALE	655	655	3,1%
GASTROENTEROLOGIA	432	432	7,6%
MALATTIE INFETTIVE	108	108	1,0%
MEDICINA GENERALE	784	810	2,2%
NEFROLOGIA	168	168	1,6%
NEUROLOGIA	281	281	4,1%
NIDO	597	597	1,3%
OCULISTICA	7	175	6,8%
ODONTOSTOMATOLOGIA	-	32	0,0%
ONCOLOGIA	-	1.128	1,3%
ORTOPEDIA-TRAUMAT.	740	872	4,6%
OSTETRICIA-GINECOL.	1.141	1.416	2,5%
OTORINOLARINGOIATRIA	182	248	3,5%
PEDIATRIA	286	299	3,2%
PSICHIATRIA	297	315	1,5%
TER.INT. - RIANIMAZIONE	86	86	2,4%
TERAPIA SEMINTENSIVA	576	576	1,2%
U.T.I.C.	29	29	3,4%
UROLOGIA	836	903	4,7%
<b>TOTALI</b>	<b>7.514</b>	<b>9.477</b>	

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

## - Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno

Strutture	DOMANDA/OFFERTA		Tasso di attrazione pazienti extra regione
	Ricoveri degenza ordinaria	Ricoveri totali	
<b>STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO</b>			
ASTANTERIA	257	257	7,0%
CARDIOLOGIA	1.176	1.748	6,2%
CHIRURGIA GENERALE	568	686	6,8%
DAY-HOSPITAL	-	29	10,3%
DAY-SURGERY	-	1	0,0%
EMATOLOGIA	244	449	27,9%
MEDICINA GENERALE	1.185	1.185	5,6%
NEFROLOGIA	412	413	7,7%
NEONATOLOGIA	142	142	10,9%
NIDO	391	391	15,9%
OCULISTICA	42	266	27,7%
ONCOLOGIA	-	399	10,4%
ORTOPEDIA-TRAUMAT.	560	683	7,4%
OSTETRICIA-GINECOL.	751	1.159	19,4%
OTORINOLARINGOIATRIA	255	346	22,4%
PEDIATRIA	362	386	12,6%
PNEUMOLOGIA	484	499	5,4%
PSICHIATRIA	-	-	-
TER.INT. - RIANIMAZIONE	125	125	5,6%
TERAPIA SEMINTENSIVA	-	-	-
U.T.I.C.	130	130	3,8%
UROLOGIA	668	836	10,2%
<b>TOTALI</b>	<b>7.752</b>	<b>10.130</b>	
<b>STABILIMENTO DI SAN BENEDETTO</b>			
ASTANTERIA	-	-	-
CARDIOLOGIA	621	676	8,5%
CHIRURGIA GENERALE	743	743	9,6%
DAY-HOSPITAL	-	83	8,4%
DAY-SURGERY	-	760	14,0%
GERIATRIA	373	373	4,8%
LUNGODEGENTI	72	72	4,2%
MALATT. ENDOCRINE, ECC.	-	4	0,0%
MEDICINA GENERALE	786	786	7,3%
NEUROLOGIA	746	776	8,4%
NIDO	559	559	21,1%
ONCOLOGIA	-	532	13,0%
ORTOPEDIA-TRAUMAT.	764	764	8,3%
OSTETRICIA-GINECOL.	1.070	1.073	20,3%
OTORINOLARINGOIATRIA	99	99	21,6%
PEDIATRIA	479	481	21,5%
PSICHIATRIA	344	344	8,3%
RIEDUCAZIONE FUNZIONALE	12	12	0,0%
TER.INT. - RIANIMAZIONE	105	105	4,8%
TERAPIA SEMINTENSIVA	184	184	6,7%
<b>TOTALI</b>	<b>6.957</b>	<b>8.426</b>	

## 4.2.1. Il ruolo dell'INRCA

### Attività clinico assistenziale INRCA

L'aumento dell'aspettativa di vita a livello della popolazione rende necessario un approccio nuovo, in grado di promuovere il mantenimento della salute e della autonomia funzionale per l'intero arco dell'esistenza. È pertanto di fondamentale importanza affermare il ruolo svolto dall'INRCA nella promozione dell'invecchiamento in salute ed attivo, sia con la componente sanitaria, che con quella di ricerca, contribuendo alla piena implementazione della legge regionale 1/2019 dedicata alla "Promozione dell'invecchiamento attivo".

Gli anziani rappresentano oggi i principali utenti dei servizi sanitari. Tuttavia, i modelli assistenziali tradizionali hanno dimostrato da tempo di non essere adeguati ai complessi bisogni dei pazienti anziani, specialmente se fragili, comportando accessi al pronto soccorso e ricoveri ripetuti, spesso inappropriati, e frammentazione delle cure con risposte spesso non ottimali. L'IRCCS INRCA, per la elevata competenza e professionalità nell'ambito della cura e dell'assistenza a pazienti anziani, costituisce il Centro di riferimento nelle Marche sia per quanto riguarda l'attuale rete ospedaliera dei servizi geriatrici regionali, sia per lo sviluppo, la implementazione e la disseminazione di nuovi modelli assistenziali per la prevenzione e la gestione delle problematiche di salute degli anziani. Relativamente all'attività ospedaliera è necessario focalizzare l'attenzione sull'implementazione di modelli assistenziali innovativi, volti a migliorare l'integrazione tra competenze specialistiche e competenze geriatriche, per garantire la gestione multidisciplinare di problematiche cliniche frequenti in età avanzata, in particolare tramite l'attivazione, presso INRCA, dell'ortogeriatrics, per il trattamento delle fratture di femore, e l'oncogeriatrics, per il trattamento della patologia oncologica nell'anziano, al fine di garantire il migliore percorso terapeutico del paziente, attraverso una valutazione geriatrica multidimensionale.

Sarà inoltre fondamentale sviluppare modelli organizzativi focalizzati sull'integrazione tra assistenza ospedaliera - assistenza territoriale - MMG, per dare risposte concrete ai bisogni di salute del paziente anziano, in un'ottica di gestione ottimale della cronicità e delle sue riacutizzazioni, a livello domiciliare o di strutture residenziali per anziani, prevedendo sia visite in presenza di team multiprofessionali (medico ospedaliero ed infermiere), sia tramite prestazioni erogate con l'ausilio della telemedicina. Tale organizzazione potrà consentire anche interventi volti a garantire le cure palliative di fine vita nella sede di residenza dell'anziano, con la integrazione precoce tra le terapie oncologiche attive e le cure palliative, dal momento della presa in carico del paziente oncologico ed oncoematologico, e la presa in carico delle persone con disturbi cognitivi e/o demenza, anche con l'obiettivo di ridurre l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione in ambienti ospedalieri non idonei.

Va inoltre previsto un potenziamento del ruolo dell'INRCA nella rete dell'emergenza - urgenza, alla luce della costruzione del nuovo ospedale, per cui INRCA rappresenterà un punto di riferimento nella gestione dell'emergenza per l'area "metropolitana" a sud di Ancona, andando ad incorporare anche l'attuale presidio ospedaliero di Osimo e quindi il relativo Pronto Soccorso, determinando di fatto la creazione di un nuovo Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) di I livello, in considerazione dell'introduzione anche dei posti letto di Terapia Intensiva e Rianimazione. INRCA diventerà un punto di riferimento per la gestione in emergenza-urgenza del paziente anziano, anche tramite l'implementazione della "frailty unit", ovvero prevedendo l'integrazione della figura del geriatra con il medico di emergenza-urgenza, al fine di effettuare una valutazione multidimensionale precoce in pronto soccorso, evitando ricoveri inappropriati, ma favorendo, in assenza di patologie acute gravi in atto, il dirottamento verso setting assistenziali adeguati (DH/ ambulatoriale), tramite la definizione di percorso diagnostico-terapeutici.

Va infine confermato il ruolo che INRCA svolge, come promotore, nella stesura e implementazione di PDTA per la gestione delle sindromi geriatriche (ad esempio cadute, delirium) e di collaboratore nella realizzazione di PDTA per le patologie di comune riscontro in età avanzata.

### Attività di Telemedicina e Tecnoassistenza

L'IRCCS INRCA, per la elevata competenza e professionalità nell'ambito della cura e dell'assistenza a pazienti anziani, costituisce il Centro di riferimento nelle Marche sia per quanto riguarda l'attuale rete ospedaliera dei

servizi geriatrici regionali, sia per lo sviluppo, la implementazione e la disseminazione di nuovi modelli assistenziali per la prevenzione e la gestione delle problematiche di salute degli anziani. Pertanto è necessario prevedere il potenziamento delle attività territoriali afferenti all'INRCA, al fine di garantire l'integrazione e la continuità delle cure, e migliorare l'esperienza di cura per gli assistiti, anche alla luce della riorganizzazione dell'assistenza territoriale prevista dal DM 77/2022.

Tali obiettivi di tipo clinico-assistenziale dell'INRCA potranno essere raggiunti tramite nuovi modelli organizzativi, che prevedono il ricorso alle straordinarie potenzialità delle nuove tecnologie, tra cui la telemedicina, di cui l'INRCA dovrà svolgere il ruolo di hub regionale, per la sperimentazione e successiva piena implementazione di una sanità di prossimità rivolta al paziente geriatrico, alla luce della competenza e dell'esperienza maturata dall'IRCCS INRCA attraverso l'implementazione di attività di Telemedicina in ambito clinico e di ricerca.

La sperimentazione iniziale prevederà lo sviluppo di servizi di presa in carico del paziente inizialmente nelle cosiddette aree interne della Regione Marche, caratterizzate da un progressivo e grave fenomeno d'invecchiamento della popolazione residente e caratterizzate dall'essere significativamente distante dai principali centri di servizi socio-sanitari. Tale organizzazione permetterà di rispondere ai bisogni quotidiani di una società sempre più anziana, fragile e con patologie croniche, riducendo al massimo la filiera di accesso dei cittadini ai servizi sanitari, contribuendo a ridurre il numero di accessi impropri in pronto soccorso, alleggerendo la domanda sul sistema ospedaliero, e favorendo l'abbattimento delle liste di attesa di specialistica ambulatoriale. Il servizio potrà poi essere replicato su base regionale, centralizzando presso INRCA una moderna rete di servizi di tecnoassistenza, non solo per la refertazione degli esami più comuni, ma anche per la gestione condivisa e multidisciplinare del paziente anziano fragile.

L'organizzazione prevederà l'implementazione di ambulatori di telemedicina, inizialmente nei Comuni afferenti alle Aree Interne, e poi ampliati su scala regionale, a gestione infermieristica INRCA. Il paziente potrà accedere tramite prescrizione del Medico di Medicina Generale, oppure inviato dagli specialisti ospedalieri INRCA che hanno già effettuato la presa in carico del paziente. Negli ambulatori verranno erogate prestazioni specialistiche a distanza dai professionisti INRCA (ECG, holter pressorio, spirometria, televisita).

Le principali Aree di Interesse, coerentemente alle Indicazioni Agenas per lo sviluppo di Progetti regionali di telemedicina, saranno rappresentate dalle seguenti: Diabete Mellito, Patologie Respiratorie (BPCO), Patologie Cardiache, Insufficienza Renale Cronica, Patologie neurologiche (patologie cerebrovascolari).

Tale organizzazione permetterà l'ingaggio proattivo precoce per l'individuazione delle persone a rischio di malattia e la loro presa in carico negli stadi iniziali delle patologie, e la programmazione delle attività di assistenza, utilizzando gli strumenti di gestione del paziente a disposizione quale i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali attivi presso INRCA.

Tramite telemedicina sarà poi possibile rafforzare la gestione domiciliare dei pazienti fragili, favorendo una sanità di prossimità. In tale ottica è necessario procedere alla valorizzazione delle differenti professioni sanitarie operanti all'interno di INRCA, tra cui quella infermieristica, tramite l'introduzione della figura dell'infermiere di comunità, figura infermieristica di riferimento per la persona anziana e/o fragile (e la sua famiglia) sul territorio, finalizzata alla copertura dell'incremento dei bisogni di continuità dell'assistenza e di aderenza terapeutica, che potrà effettuare accessi domiciliari a casa del paziente, supportato anche dalla sorveglianza attiva con telemonitoraggio mediante device interconnessi ad una centrale operativa, i cui allarmi saranno poi gestiti da specialisti afferenti ad INRCA. Tramite accessi a domicilio sarà inoltre possibile erogare prestazioni assistenziali espletabili a domicilio (prelievi ematici, medicazioni, visita medica specialistica tramite televisita, ecc) e follow up post ricovero per i pazienti dimessi da strutture INRCA, oltre che favorire l'implementazione di strategie di educazione terapeutica ed empowerment del paziente.

E' infine necessario prevedere la collaborazione tra IRCCS INRCA e le Università al fine di sviluppare e studiare soluzioni innovative legate al monitoraggio delle persone fragili, anche tramite lo sviluppo di piattaforme e o sviluppo di prodotti e servizi innovativi per l' Ambient Assisted Living, finalizzati a garantire una migliore qualità della vita e sicurezza alle persone anziane fragili presso le proprie abitazioni, grazie ad una forte integrazione tra servizi sanitari (ambulatori) e socio-sanitari (terzo settore, ADI, etc.).

In conformità alle nuove tendenze ribadite dalla Comunità Europea e in previsione delle evoluzioni previste con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (subinvestimento M6C1 1.2.3 - Telemedicina per un migliore supporto

ai pazienti cronici), le soluzioni tecnologiche che verranno intraprese dovranno in sintesi consentire il coinvolgimento del paziente anziano cronico, degli operatori sanitari, dei care-giver, degli MMG, dell'Assistenza Domiciliare Integrata e del Terzo Settore al fine di sviluppare e potenziare un modello di organizzazione dell'assistenza con caratteristiche innovative, in grado di mettere a frutto le potenzialità dell'innovazione tecnologica con l'IRCCS INRCA quale nodo centrale (HUB) di una tecnoassistenza verso/da varie postazioni territoriali (SPOKES) quali, a titolo di esempio: Postazione presso il domicilio del Paziente; Postazione fissa per Ambulatori di prossimità/strutture residenziali; Postazione mobile per Operatore Sanitario sul Territorio.

### **Attività di ricerca biomedica**

La complessità dell'invecchiamento impone la conoscenza di numerosi determinanti (biologici, sociali, relazionali) che compartecipano al mantenimento dello stato di salute dell'individuo in un'ottica di sistema. Le malattie croniche (o malattie non trasmissibili) che interessano prevalentemente i segmenti di popolazione anziana ed in particolare le donne, hanno un impatto importante sulla qualità e sull'attesa di vita della popolazione. Nell'ambito dei determinanti biologici, l'INRCA ha già sviluppato e nel prossimo triennio implementerà approcci sperimentali innovativi per identificare nuovi biomarcatori (tissutali, cellulari e molecolari) e soprattutto combinazioni di biomarcatori (*signatures*) coinvolti nei processi di invecchiamento e che abbiano al tempo stesso una valenza clinica di tipo diagnostico/prognostico nell'ambito delle più comuni patologie età-associate. I biomarcatori innovativi analizzabili all'INRCA mediante tecnologie avanzate high throughput, includono marcatori genetici, epigenetici e metabolici (genomica, epigenomica, proteomica-lipidomica), che possono essere quantificati su qualsiasi tipologia di campioni biologici umani, tenendo in doveroso conto l'ottica di genere. L'integrazione dei dati relativi ai biomarcatori di invecchiamento/patologie età-associate con dati clinici e socio-psico-sociali consentirà una migliore stratificazione dei profili di rischio di fragilità della popolazione anziana. La stratificazione ed il targeting della popolazione rappresenta uno dei punti chiave per ottimizzare i trattamenti multidisciplinari e personalizzare l'assistenza della popolazione anziana, nel rispetto del principio di equità e centralità del paziente e delle sue scelte, e soprattutto riducendo gli interventi inappropriati. L'INRCA ha maturato expertise specifiche nell'ambito delle analisi predittive dei rischi di invecchiamento in buona e cattiva salute (analisi di predizione delle traiettorie di invecchiamento e esiti delle cure) acquisendo skill bioinformatiche (utilizzo di piattaforme tecnologiche per analisi avanzate con machine-learning, deep learning e AI), expertise clinico-specialistiche incentrate sul paziente geriatrico, ed expertise nell'ambito della ricerca di base e preclinica (analisi di tutte le tipologie di biomarcatori biologici). I risultati di questa linea di ricerca potranno contribuire all'implementazione delle cure integrate per i pazienti affetti da patologie croniche a livello sia regionale (PSSR nel contesto marchigiano) che nazionale, secondo il modello della sanità di iniziativa.

L'IRCCS INRCA è dotato della biobanca BioGer istituita nel 2019 presso la sede INRCA di Ancona. BioGer è un'unità di servizio senza scopi di lucro finalizzata alla raccolta, conservazione e distribuzione di materiale biologico umano e dei dati ad esso associati, per attività di ricerca scientifica nel settore dell'invecchiamento e delle patologie età-correlate. BioGer è una struttura certificata in conformità alla norma ISO 9001:2015 e fa parte della rete BBMRI-ERIC (il Nodo Nazionale della Infrastruttura di Ricerca Europea delle Biobanche e delle Risorse BioMolecolari). BioGer si avvale per l'intero percorso del campione di procedure operative stabilite e documentate (Procedure Operative Standard, SOP) supportate da Linee guida Internazionali. BioGer è coinvolta in progetti riguardanti le biobanche diffuse delle reti degli IRCCS (rete cardiologica e rete aging). La presenza di BioGer apre importanti prospettive di ricerca a livello nazionale ed internazionale. Il biobancaggio è infatti alla base della ricerca traslazionale e della medicina di precisione in quanto il processo di biobanking garantisce l'utilizzo del materiale biologico in conformità ai principi etico-normativi, nonché la qualità dei campioni attraverso l'implementazione di SOPs.

Si prevede nei prossimi anni un importante sviluppo delle potenzialità di BioGer in termini di aumento delle capacità di conservazione dei campioni, utilizzo di sistemi integrati per lo stoccaggio e la tracciabilità dei campioni, nonché per l'associazione univoca del campione biologico ai dati clinici-biologici. Un ulteriore step sarà l'accreditamento di BioGer secondo norma UNI ISO 20387 2019 "Biotecnologie Biobanking Requisiti generali per il biobanking", riconosciuta quale norma internazionale autonoma specifica per le biobanche.

## Ricerche socio-economiche INRCA

In materia di **promozione dell'invecchiamento attivo**, a potenziamento dei sistemi di prevenzione e sicurezza sul territorio previste dal PSSR (sezione 1.1), l'INRCA contribuisce con i seguenti progetti:

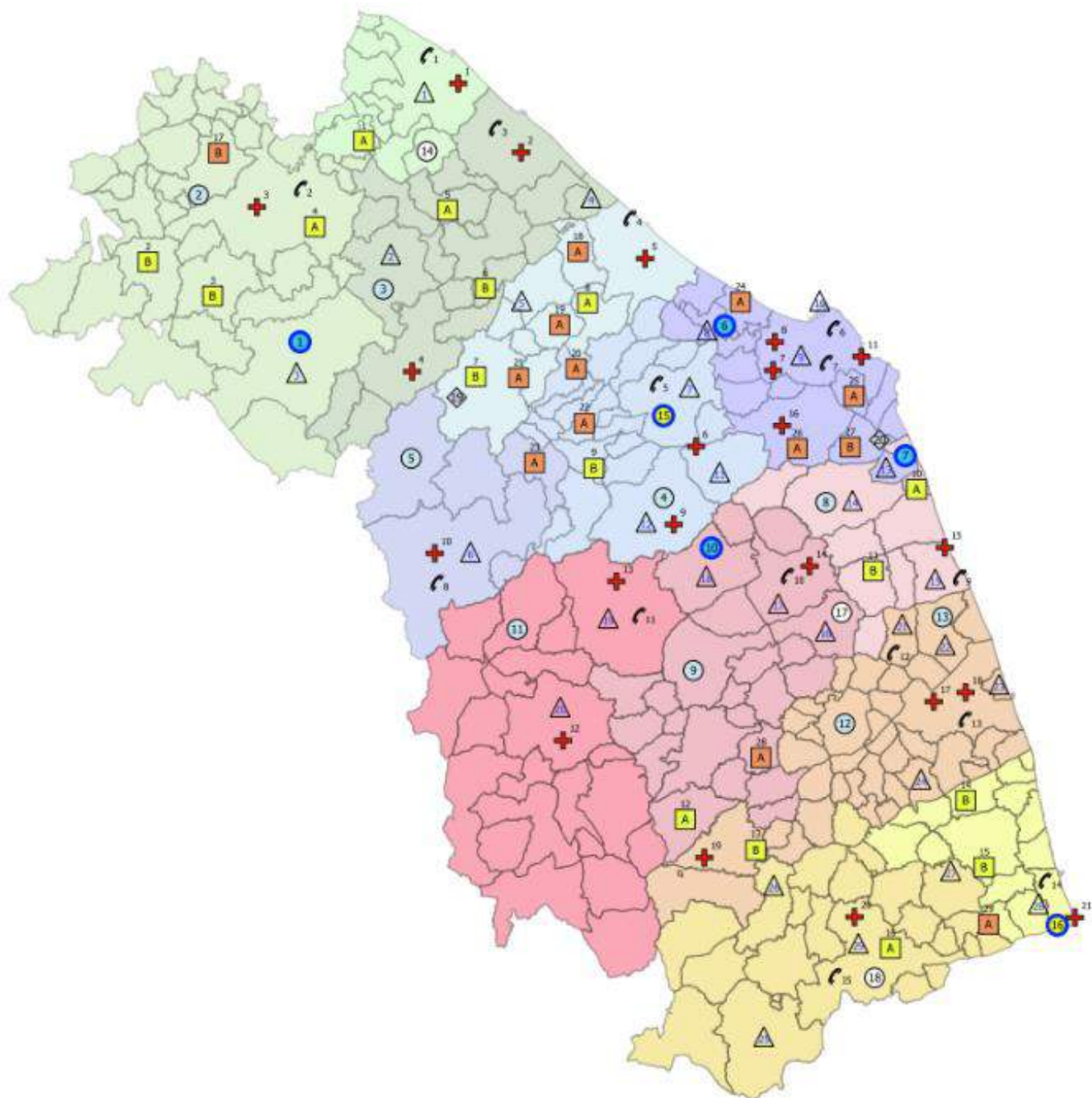
- ✓ **“Progetto di coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo”** (<https://famiglia.governo.it/it/politiche-e-attivita/invecchiamento-attivo/progetto-di-coordinamento-nazionale/>), condotto su mandato del Dipartimento per le Politiche della Famiglia presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, che ha realizzato un'analisi delle politiche in questo settore e l'individuazione degli obiettivi futuri. Ciò si è tradotto nell'adozione della legge regionale 1/2019 per la “Promozione dell'invecchiamento attivo” e l'istituzione del “Tavolo regionale permanente per l'invecchiamento attivo”, che ha steso il primo Programma Annuale sull'Invecchiamento Attivo, approvato a fine 2022 (DGR n.1788 del 27/12/2022). Frutto della consultazione con i principali attori della società civile, questo strumento è importante al fine di potenziare la prevenzione e promozione della salute della popolazione anziana come previsto dal PSSR.
- ✓ Il secondo progetto, che promuove la longevità attiva in ambito rurale, ha prima sviluppato un “Modello di Laboratorio di Longevità Attiva in Ambito Rurale della Regione Marche” (DGR 336 del 18 aprile 2016), a stimolo della multifunzionalità delle aziende agricole marchigiane in tale contesto, e poi una seconda iniziativa incentrata sull'adozione del metodo Montessori a favore di pazienti con deficit cognitivi (e.g. l'Alzheimer). È ora in corso un terzo programma, “SilverAgriAge”, che proseguirà nella sperimentazione, anche alla luce dell'intenzione della Regione Marche di proseguire il proprio impegno su questo filone (Decreto del Dirigente della Direzione Agricoltura e Sviluppo Rurale n. 52 del 2 febbraio 2023).

Sul fronte dell'**assistenza alla popolazione anziana non autosufficiente**, le competenze dell'INRCA possono essere utili agli obiettivi del PSSR in materia di assistenza territoriale (sezione 2), sulla base di tre esperienze in corso. La prima riguarda il contributo che l'INRCA fornisce da tempo al “Gruppo di lavoro per la non autosufficienza”, focalizzato sull'impiego dei finanziamenti previsti da Fondo e Piano Nazionale per la Non Autosufficienza, di recente riconvocato (ai sensi della DGR n.13/2020, Decreto n. 1/POSO del 24/1/2023). La seconda concerne le attività svolte dall'INRCA nell'ambito dello “spoke” 5 (Sostenibilità delle cure in una società che invecchia) del Partenariato Esteso “Age-It”, finanziato dal MUR per le finalità previste dal PNNR, e in cui l'INRCA svolge un ruolo centrale nell'individuare proposte per raccordare domanda e offerta di assistenza. Una terza fonte è la proposta di riforma del settore, dibattuta a livello nazionale, su iniziativa di un'ampia coalizione di organizzazioni (il “Patto per un Nuovo Welfare”), cui l'INRCA è stato chiamato a collaborare come componente della cabina di regia.

Altro settore che per la sua peculiarità merita un'attenzione particolare è quello delle politiche di **supporto ai familiari caregiver**. Anche qui la Regione Marche ha attivato un “Gruppo tecnico regionale caregiver familiare” (ai sensi della DGR n. 1028/2021, DDS n.270/2021), di cui l'INRCA fa parte sin dalla sua prima istituzione. È necessario attuare sinergie a livello nazionale, grazie alla collaborazione con il Dipartimento per le Politiche della Famiglia presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, che fino al 2025 è stata estesa anche a coprire la promozione delle politiche a sostegno dei caregiver informali. In questo ambito l'INRCA può contare inoltre su una lunga esperienza internazionale, tramite il coinvolgimento in progetti europei come DemiCare (per lo sviluppo di app a supporto di caregivers di persone con demenza: <https://demicare.app/>), il training di dottorandi su tematiche del caregiving informale (ENTWINE: <https://entwine-itn.eu/>), e l'essere membro fondatore di Eurocarers, la federazione europea delle associazioni di caregivers e delle organizzazioni che si occupano di caregiving (<https://eurocarers.org/>).


### 4.3 LA RETE DELLE STRUTTURE PRESENTI SUL TERRITORIO

Ospedali di Comunità esistenti e Ospedali di Comunità con interventi PNRR, Case di Comunità, Case della Salute, Ospedali per Acuti e Centrali Operative Territoriali






	<b>CASE DI COMUNITÀ</b>	
1	Pesaro Galantara	Attiva come Servizi territoriali da ampliare/riqualificare
2	Fossombrone	Attiva come OdC (di cui alla DGR 139/2016)
3	Cagli	Attiva come OdC (di cui alla DGR 139/2016)
4	Mondolfo	Attiva come CdS B
5	Corinaldo	Attiva come CdS B
6	Fabriano	Attiva come Servizi territoriali da ampliare/riqualificare
7	Jesi	Nuova
8	Chiaravalle	Attiva come OdC (di cui alla DGR 139/2016)
9	Ancona - ex Crass	Attiva come Servizi territoriali da ampliare/riqualificare
10	Ancona - Umberto 1	Nuova
11	Filottrano	Attiva come Servizi territoriali da ampliare/riqualificare
12	Cingoli	Attiva come OdC (di cui alla DGR 139/2016)
13	Loreto	Attiva come OdC (di cui alla DGR 139/2016)
14	Recanati	Attiva come OdC (di cui alla DGR 139/2016)
15	Civitanova Marche	Nuova
16	Corridonia	Attiva come Servizi territoriali da ampliare/riqualificare
17	Macerata	Attiva come Servizi territoriali da ampliare/riqualificare
18	Treia	Attiva come OdC (di cui alla DGR 139/2016)
19	San Severino Marche	Nuova
20	Camerino	Nuova
21	Montegranaro	Attiva come CdS B
22	Sant'Elpidio a Mare	Attiva come OdC (di cui alla DGR 139/2016)
23	Porto S. Giorgio	Attiva come CdS A
24	Petricoli	Attiva come Servizi territoriali da ampliare/riqualificare
25	Acquasanta Terme	Attiva come Servizi territoriali da ampliare/riqualificare
26	Comunanza	Attiva come Servizi territoriali da ampliare/riqualificare
27	Offida	Attiva come CdS B
28	S. Benedetto del Tronto	Nuova
29	Ascoli Piceno	Attiva come CdS A


	<b>OSPEDALE DI COMUNITÀ (DGR 139/16)</b>	
2	Sassocorvaro	
3	Fossombrone	
4	Cingoli	
5	Sassoferrato	
8	Recanati	
9	Tolentino	
11	Matelica	
12	Montegiorgio	
13	Sant'Elpidio a Mare	


	<b>OSPEDALE DI COMUNITÀ (DGR 139/16 con adeguamenti - fondi PNRR)</b>	
1	Cagli	
6	Chiaravalle	
7	Loreto	
10	Treia	

	<b>CASE DELLA SALUTE attive (Determina DG ASUR n. 469/18)</b>
1	Montecchio - Vallefoglia
2	Sant'Angelo in Vado
3	Urbania
4	Urbino
5	Colli al Metauro
6	Mondavio
7	Arcevia
8	Ostra
9	Cupramontana
10	Porto Recanati
11	Morrovalle
12	Sarnano
13	Amandola
14	Montefiore dell'Aso
15	Ripatransone
16	Ascoli Piceno

	<b>CASE DELLA SALUTE programmate (Determina DG ASUR n. 469/18)</b>
17	Sassocorvaro
18	Trecastelli
19	Ostra Vetere
20	Montecarotto
21	Serra de Conti
22	Moie di Maiolati Spontini
23	Serra San Quirico
24	Falconara M.ma
25	Camerano
26	Osimo
27	Castelfidardo
28	Sant' Angelo in Pontano
29	Ambito Vallata del Tronto

	<b>Struttura residenziale esistente da trasformare in OSPEDALE DI COMUNITÀ (fondi PNRR)</b>
14	Mombaroccio
17	Corridonia
18	Ascoli Piceno

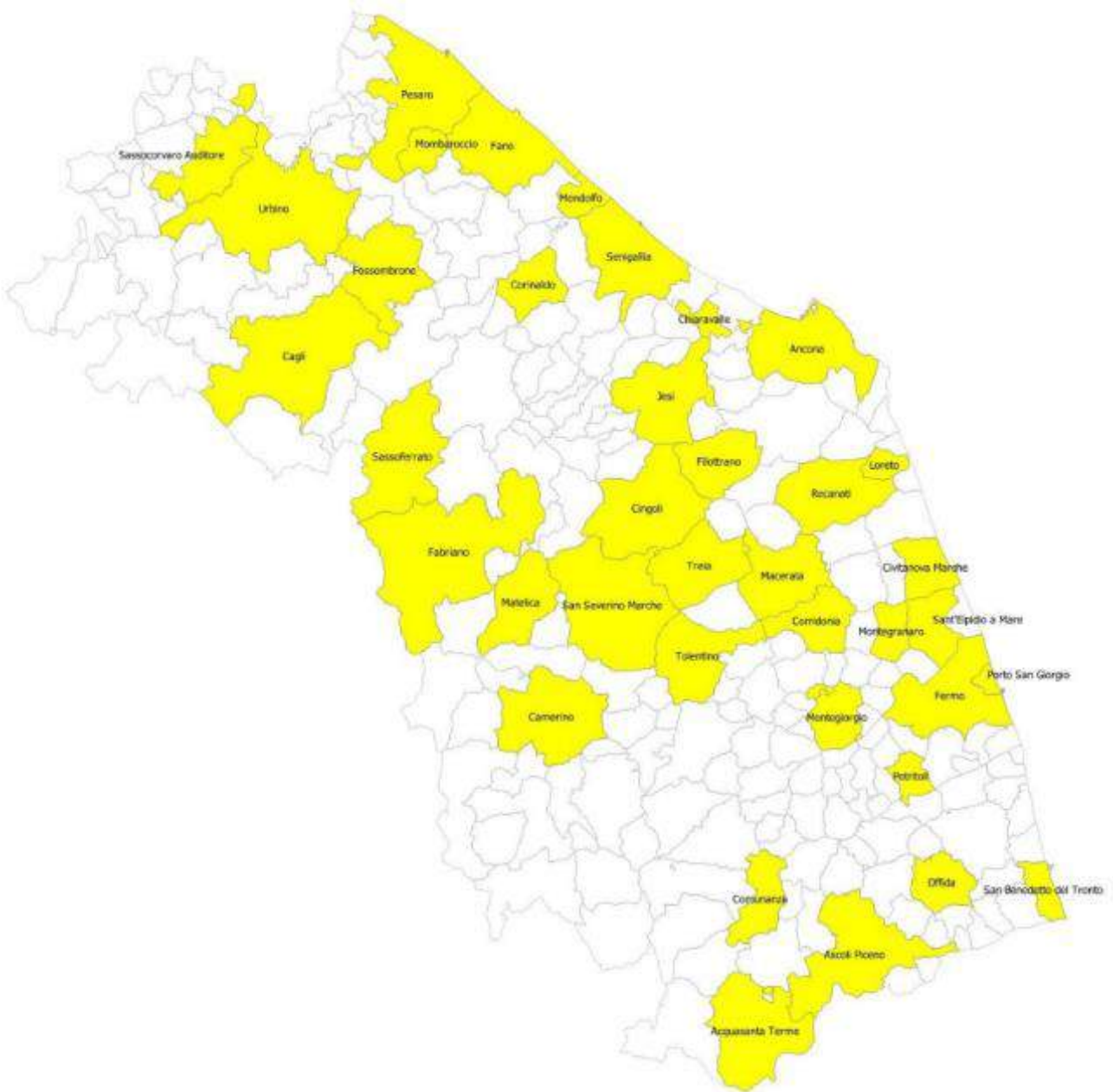
	<b>Nuovo OSPEDALE DI COMUNITÀ (fondi PNRR)</b>
15	Jesi
16	San Benedetto del Tronto

	<b>Country Hospital</b>
19	Arcevia
20	Castelfidardo

	<b>COT (Centrali Operative Territoriali)</b>
1	Pesaro
2	Urbino
3	Fano
4	Senigallia
5	Jesi
6	Ancona 1
7	Ancona 2
8	Fabriano
9	Civitanova Marche
10	Macerata
11	San Severino Marche
12	Montegranaro
13	Fermo
14	San Benedetto Del Tronto
15	Ascoli Piceno

	<b>OSPEDALE PER ACUTI</b>
1	AOMN Stabilimento Pesaro
2	AOMN Stabilimento Fano
3	POU AV1 Stabilimento Urbino
4	POU AV1 Stabilimento Pergola
5	POU AV2 Senigallia
6	POU AV2 Jesi
7	AOUAN Stabilimento G. Salesi
8	AOUAN Stabilimento Umberto I - G.M. Lancisi
9	POU AV2 Cingoli
10	POU AV2 Fabriano
11	INRCA Stabilimento Ancona
12	POU AV3 Stabilimento Camerino
13	POU AV3 Stabilimento San Severino Marche
14	POU AV3 Stabilimento Macerata
15	POU AV3 Stabilimento Civitanova Marche
16	INRCA Stabilimento Osimo
17	POU AV4 Stabilimento Fermo
18	INRCA Stabilimento Fermo
19	POU AV4 Stabilimento Amandola
20	POU AV5 Stabilimento Ascoli Piceno
21	POU AV5 Stabilimento San Benedetto del Tronto

Territori comunali con strutture interessate da fondi PNRR



## APPENDICE 5: RETI CLINICHE – SCHEDE OPERATIVE

### - Scheda operativa 1 -Rete MALATTIE DEGLI ORGANI EMOPOIETICI E SISTEMA IMMUNITARIO –

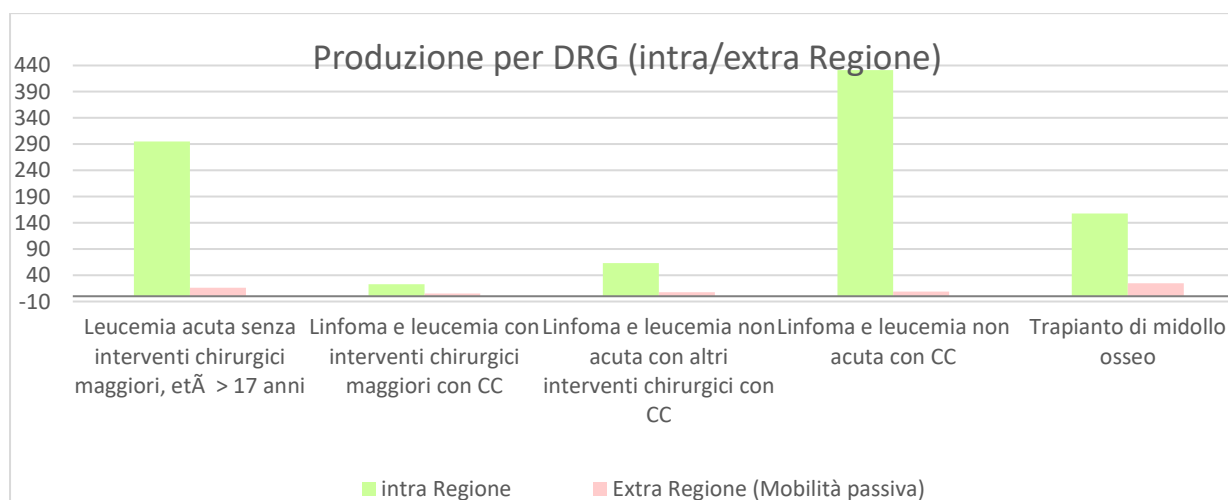
#### ADULTO E PEDIATRICO

La rete regionale mostra una capacità di soddisfazione dei bisogni regionali **pari al 94%** (solo il 6% dei marchigiani afferrisce a strutture extraregionali per ottenere una risposta in regime di ricovero ospedaliero). Sia in diagnosi principale che in secondaria le leucemie hanno mostrato un trend in aumento nella mobilità passiva con cifre che si attestano al 6.7% (39/578 ricoveri) ed 8.1% (41/506 ricoveri). Principali strutture extra-regionali di ricovero: Lazio: O. pediatrico Bambin Gesù (11); Calabria: PO Riuniti (9); Umbria: AO Perugia (7). La mobilità attiva ha mostrato nel triennio: una riduzione nel campo diagnosi principale ed una certa stabilità nel campo della diagnosi secondaria, attestandosi rispettivamente al 7.2% (42/581 ricoveri solo pubblico) e 9% (46/511 ricoveri, solo pubblico) nel 2019. Il bilancio tra passiva e attiva mostra 0.5 punti percentuali a favore della passiva. Per ciò che attiene il linfoma di Hodgkin, la mobilità passiva mostra un trend in riduzione che si attesta nel 2019 al 5.5% (43/776 ricoveri) per la diagnosi principale e al 4.2% (29/688 ricoveri) per la diagnosi secondaria. Principali strutture extra-regionali di ricovero: Umbria: AO Perugia (8); Emilia-Romagna: AOU Bologna (7 casi). La mobilità attiva registra un trend stabile con valori di 4.6% (35/768 ricoveri, di cui nel privato) e 5.9% (41/700 ricoveri, solo pubblico) in diagnosi primaria e secondaria nel 2019. Lieve prevalenza della mobilità passiva con 0.9 punti percentuali in più in diagnosi principale.

#### ADULTO

Descrizione DRG	Numero ricoveri			
	intra Regione	Extra Regione (Mobilità passiva)	per residenti Marche	% di mobilità passiva
Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, Età > 17 anni	295	16	311	5%
Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	23	5	28	18%
Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC	63	8	71	11%
Linfoma e leucemia non acuta con CC	431	9	440	2%
Trapianto di midollo osseo	158	25	183	14%
<b>Totali/Media</b>	<b>970</b>	<b>63</b>	<b>1.033</b>	<b>6%</b>

L'offerta prevalente si registra per "linfomi e leucemie non acute con complicanze" e "leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori"



L'attività viene erogata dagli Enti del SSR (**pubblici**) in regime di ricovero ospedaliero:

- AOU delle Marche sede della U.O. universitaria: struttura Umberto I-Lancisi (adulti) e Salesi (infantile)
- AST PU: stabilimento di Pesaro
- AST MC: stabilimento di Civitanova
- AST AP: stabilimento di Ascoli Piceno

DM 70/2015: il bacino di utenza per la disciplina è compreso tra 0,6 e 1,2 milioni di abitanti e pertanto sono previste 1-3 strutture di degenza.

In ogni struttura della rete è presente un Centro accreditato Trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche; l'attività trapiantologica dei centri è documentata annualmente dal report CNT, con oltre 150 trapianti all'anno.

### Numero ricoveri per DRG e principali strutture di erogazione

Descrizione DRG	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, Età > 17 anni	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC	Linfoma e leucemia non acuta con CC	Trapianto di midollo osseo	Totale	%	
STABILIMENTO UMBERTO IÂ° - G.M.LANCISI	115	3	20	114	62	314	30%	
STABILIMENTO DI PESARO	77	10	9	140	41	277	27%	
STABILIMENTO DI CIVITANOVA	45	2	2	23	14	86	8%	
STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO	21		2	16	36	75	7%	
EXTRA REGIONE	16	5	8	9	25	63	6%	
STABILIMENTO DI FANO	4		7	31		42	4%	
STABILIMENTO DI JESI	9	1	3	23		36	3%	
STABILIMENTO DI SENIGALLIA	7		4	13		24	2%	
STABILIMENTO DI MACERATA	2	5	6	7		20	2%	
ALTRE STRUTTURE	15	2	10	64	5	96	9%	
						<b>Totale</b>	<b>1033</b>	<b>100%</b>

### PEDIATRICO

L'Oncoematologia Pediatrica, Centro di Riferimento Regionale presso lo stabilimento Salesi dell'AOU delle Marche, eroga prestazioni per le patologie ematologiche maligne e non maligne, somministra cure palliative e di fine vita ed esegue trattamenti ad alte dosi con reinfusione di cellule staminali.

Descrizione DRG	intra Regione	Extra Regione (Mobilità passiva)	per residenti Marche	% di mobilità passiva
Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni	30	11	41	27%

L'Hub pediatrico mostra una capacità di soddisfazione dei bisogni regionali **pari al 73%** (il 27% dei marchigiani afferrisce a strutture extraregionali per ottenere una risposta in regime di ricovero ospedaliero).

### - Scheda operativa 2 - Rete CHIRURGIA - INTESTINALE, EPATOBILIARE, GINECOLOGICA

Numerosi dati della letteratura scientifica dimostrano come l'alto volume chirurgico correli con una maggiore sopravvivenza, un minor numero di complicanze e re-interventi e minore durata del ricovero; l'associazione tra volume ed esiti per diverse condizioni è confermata anche dall'analisi dei dati empirici nazionali.

Si dettagliano di seguito le attività chirurgiche di alta complessità.

DM 70/2015: il bacino di utenza per la chirurgia generale è compreso tra 0,1 e 0,2 milioni di abitanti e pertanto sono previste 8-16 strutture di degenza; per la ginecologia e ostetricia il bacino di utenza è compreso tra 0,15 e 0,3 (previste 5-10 strutture).

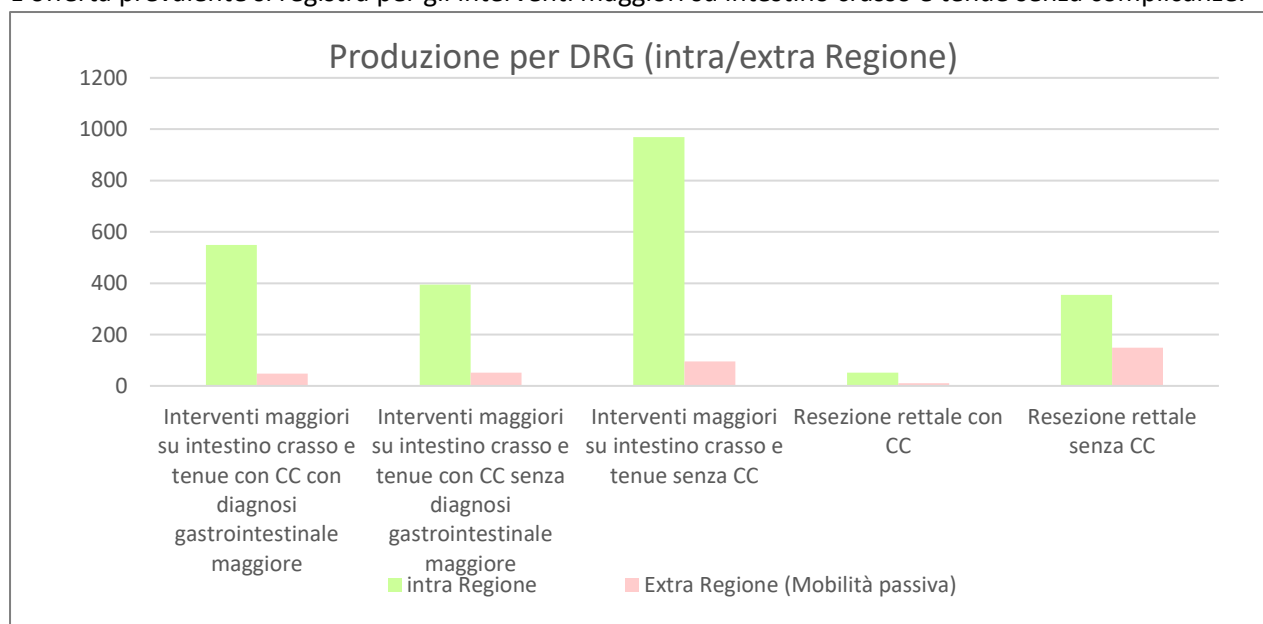
## INTESTINALE

La rete regionale chirurgica per la presa in carico delle patologie intestinali (tenue, crasso, retto) mostra una capacità di soddisfazione dei bisogni regionali pari al 87% (il 13% dei marchigiani affersisce a strutture extraregionali per ottenere una risposta in regime di ricovero ospedaliero).

La mobilità passiva ha mostrato un trend in aumento tra il 2017 ed i 2019 con delle punte di 8.7% (98/1126 ricoveri) e 2.8% (22/791 ricoveri) nel 2019 per diagnosi primaria e secondaria. Principali strutture extra-regionali di ricovero: Emilia-Romagna: AOU Modena (10), AOU Bologna (7), Ospedale Rimini (6 casi); Lombardia: IEO (6), Humanitas (7), Niguarda (6); Veneto: AO Padova (5); Abruzzo: Osp. Mazzini (6); Lazio: Osp Gemelli (5). La mobilità attiva ha mostrato un trend in riduzione nel triennio con un valore del 6.6% (73/1101 ricoveri, di cui 33 privato) per diagnosi primaria e 5.4% (44/813 ricoveri di cui 2 privato) per diagnosi secondaria nel 2019. In diagnosi primaria, la mobilità passiva supera di 2.1 punti l'attiva.

Descrizione DRG	Numero ricoveri			
	intra Regione	Extra Regione (Mobilità passiva)	per residenti Marche	% di mobilità passiva
Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	549	48	597	8%
Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	395	51	446	11%
Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	969	95	1064	9%
Resezione rettale con CC	51	10	61	16%
Resezione rettale senza CC	355	149	504	30%
<b>Totali/Media</b>	<b>2.319</b>	<b>353</b>	<b>2.672</b>	<b>13%</b>

L'offerta prevalente si registra per gli interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza complicanze.



Le prestazioni specialistiche di chirurgia intestinale (tenue, crasso, retto) sono erogate in regime di ricovero ospedaliero per il 87% dagli Enti del SSR:

- AOU delle Marche: stabilimento Umberto I – Lancisi (13%)
- AST PU: stabilimento di Pesaro (15%), Urbino (2%)
- AST AN: stabilimento di Senigallia (3%), Fabriano (4%), Jesi (4%)
- AST MC: stabilimento di Macerata (7%), Civitanova (3%), Camerino (2%)
- AST FM: stabilimento di Fermo (6%)
- AST AP: stabilimento di S. Benedetto (3%), Ascoli Piceno (3%)

La struttura privata convenzionata che eroga il 10% delle prestazioni e quasi esclusivamente interventi di resezione rettale senza complicanze per prolasso rettale:

- Villa Pini (AST MC)

Descrizione DRG	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	Resezione rettale con CC	Resezione rettale senza CC	Totale	%	
STABILIMENTO DI PESARO	140	76	187	6	5	414	15%	
EXTRA REGIONE	48	51	95	10	149	353	13%	
STABILIMENTO UMBERTO IÀ° - G.M. LANCISI	88	49	164	13	35	349	13%	
CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION	4	5	20	3	247	279	10%	
STABILIMENTO DI MACERATA	51	50	84	4	3	192	7%	
STABILIMENTO DI FERMO	46	40	60	3	7	156	6%	
STABILIMENTO DI JESI	27	22	68	1		118	4%	
STABILIMENTO DI FABRIANO	26	21	46	4	7	104	4%	
STABILIMENTO DI CIVITANOVA	29	22	33	1	5	90	3%	
STABILIMENTO DI SENIGALLIA	21	12	53		4	90	3%	
STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO	21	28	33	2	2	86	3%	
STABILIMENTO DI S. BENEDETTO	20	5	52	1	4	82	3%	
STABILIMENTO DI URBINO	21	13	23	1	4	62	2%	
STABILIMENTO DI CAMERINO	12	4	34	1	5	56	2%	
ALTRE STRUTTURE	43	48	112	11	27	241	9%	
						<b>Totale</b>	<b>2672</b>	<b>100%</b>

## EPATOBILIARE/PACREATICA

La rete regionale chirurgica rivolta a patologie ad alta complessità del pancreas, fegato, vie biliari (eccetto colecistectomia isolata) mostra una capacità di soddisfazione dei bisogni regionali pari al 74% (il 26% dei marchigiani afferisce a strutture extraregionali per ottenere una risposta in regime di ricovero ospedaliero).

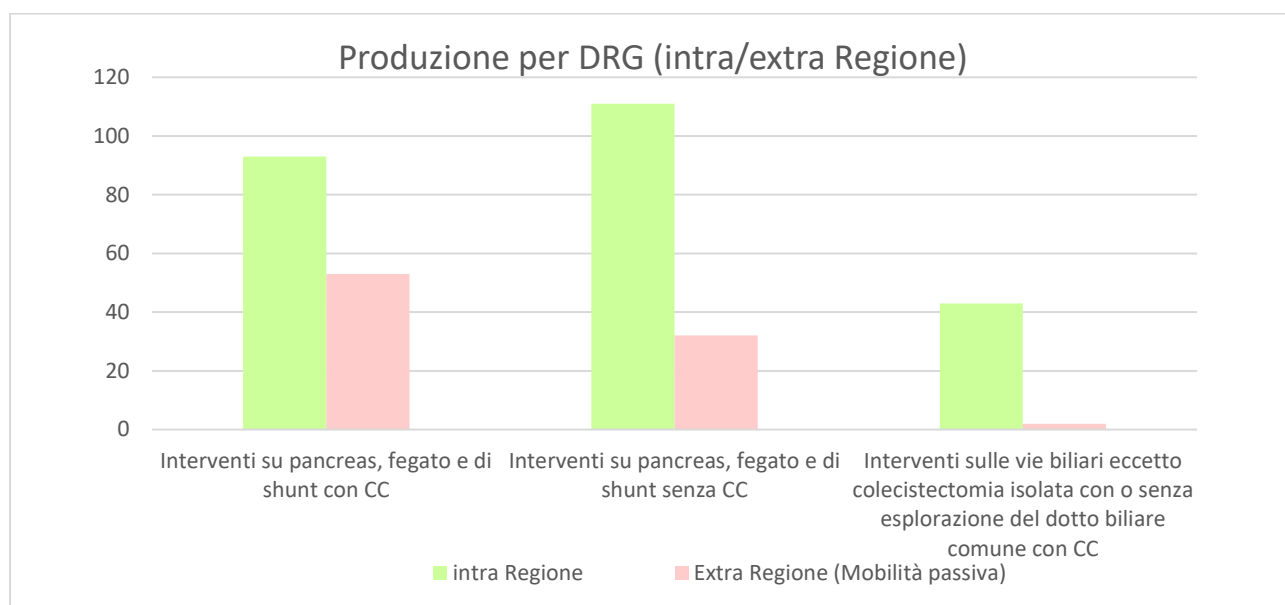
La mobilità passiva per la chirurgia epato-biliare ha mostrato un trend in diminuzione nel triennio in studio attestandosi a valori di 18.2% (61/335 ricoveri) e 3.3% (7/209 ricoveri) nel 2019 per diagnosi principale e secondaria. Principali strutture extra-regionali di ricovero: Lombardia: S. Raffaele (6); Lazio: Pol. Univ Gemelli (5); Veneto: AO Padova (5); Emilia-Romagna: AO Bologna (11 casi). La mobilità attiva mostra un trend in aumento sia in diagnosi principale che secondaria attestandosi al 18.5% (62/336 ricoveri, solo pubblico) e al 16.2% (39/241 ricoveri, solo pubblico). La mobilità attiva e passiva si bilanciano.



Per ciò che attiene la chirurgia pancreatico biliare, la mobilità passiva nel 2019 si attesta al 16.4% (98/599 ricoveri) per diagnosi principale ed un 7.2% (45/623 ricoveri) per diagnosi secondaria con un trend in aumento dal 2017 al 2019. Principali strutture extra-regionali di ricovero: Lombardia: S. Raffaele (30); Veneto: AOU Verona (17), CdC Pederzoli (7); Emilia-Romagna: Ospedale Rimini (6 casi), AOU Bologna (5). In termini di mobilità attiva si sono riscontrati valori di 5.6% (30/531 ricoveri, solo pubblico) e di 7.4% (46/624 ricoveri, di cui 1 privato) in diagnosi primaria e secondaria, valori in linea con le annate 2017 e 2018. In questa area vi è una netta preponderanza della mobilità passiva sulla attiva, essendoci a favore della prima, in termini di diagnosi primaria, 11.1 punti percentuali in più.

Descrizione DRG	Prestazioni eseguite			
	intra Regione	Extra Regione (Mobilità passiva)	per residenti Marche	% di mobilità passiva
Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	93	53	146	36%
Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	111	32	143	22%
Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	43	2	45	4%
<b>Totali/Media</b>	<b>247</b>	<b>87</b>	<b>334</b>	<b>26%</b>

L'offerta prevalente si registra per interventi su pancreas e fegato.



Le prestazioni specialistiche di chirurgia epatobiliare sono erogate in regime di ricovero ospedaliero dagli Enti del SSR, in particolare:

- AOU delle Marche: stabilimento Umberto I – Lancisi (33%)
- AST PU: stabilimento di Pesaro (14%),
- AST AN: stabilimento di Fabriano (4%),
- AST MC: stabilimento di Macerata (5%),
- AST FM: stabilimento di Fermo (4%)
- AST AP: stabilimento di Ascoli Piceno (6%)

Descrizione DRG	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	Totale	%
STABILIMENTO UMBERTO IÂ° - G.M. LANCISI	25	80	4	109	33%
EXTRA REGIONE	53	32	2	87	26%
STABILIMENTO DI PESARO	27	14	6	47	14%
STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO	3	3	13	19	6%
STABILIMENTO DI MACERATA	9	5	4	18	5%
STABILIMENTO DI FERMO	8	2	3	13	4%
STABILIMENTO DI FABRIANO	7	1	4	12	4%
ALTRE STRUTTURE	14	6	9	29	9%
<b>Totale</b>				<b>334</b>	<b>100%</b>

### TRAPIANTO FEGATO

La rete chirurgica regionale dei trapianti mostra una mobilità passiva del 22% per i trapianti renali e del 13% per i trapianti di fegato che dipende in parte dalla scelta del paziente di iscrizione alle liste trapianto regionali e alla identificazione di un donatore compatibile.

Descrizione DRG	Numero ricoveri			
	intra Regione	Extra Regione (Mobilità passiva)	per residenti Marche	% di mobilità passiva
Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	39	6	45	13%
Trapianto renale	50	14	64	22%
<b>Totali/Media</b>	<b>89</b>	<b>20</b>	<b>109</b>	<b>18%</b>

Si evidenzia altresì una mobilità del 100% verso strutture extraregionali per i trapianti di cuore, polmone e pancreas. La struttura ospedaliera di riferimento regionale per i trapianti di fegato e rene è l'AOU delle Marche.

Descrizione DRG	Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	Trapianto renale	Totale	%
STABILIMENTO UMBERTO I° - G.M. LANCISI	39	50	89	82%
EXTRA REGIONE	6	14	20	18%

### GINECOLOGICA

La rete regionale chirurgica di alta specialità per la presa in carico delle patologie ginecologiche mostra una capacità di soddisfazione dei bisogni regionali pari al 87% (il 15% delle donne marchigiane afferisce a strutture extraregionali per ottenere una risposta in regime di ricovero ospedaliero).

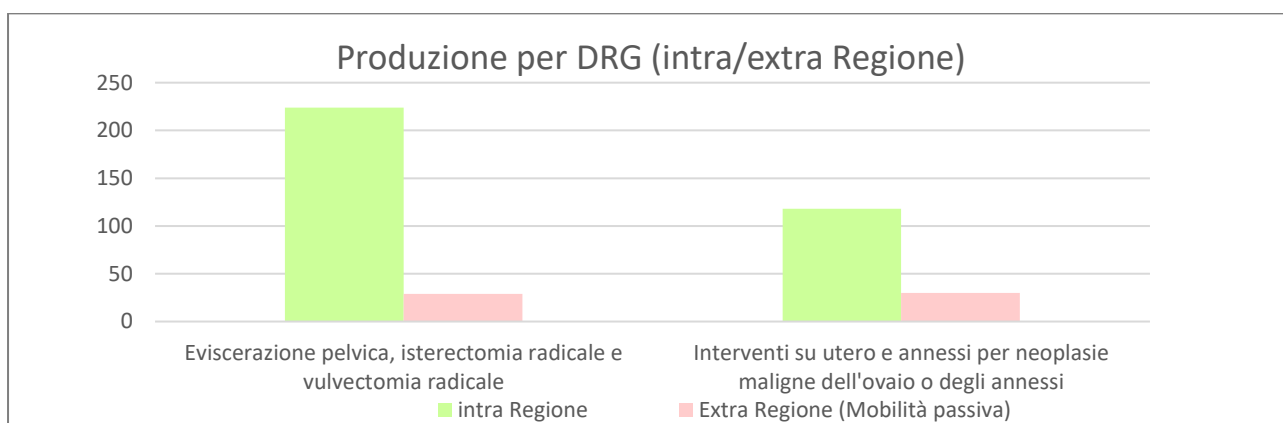
In termini di mobilità passiva il trend è risultato essere stabile in diagnosi primaria al 22.6% (132/584 ricoveri) nel 2019 ed in aumento in diagnosi secondaria attestandosi all'11% (67/576 ricoveri) nel 2019. Principali strutture extra-regionali di ricovero: Lazio: Policlinico Universitario A. Gemelli (47); Emilia-Romagna: Azienda Ospedaliero-Universitaria Di Bologna (9), Ospedale "Infermi" Rimini (9); Lombardia: Fondazione IRCCS "Istituto Nazionale Tumori" Milano (9), Istituto Europeo Di Oncologia-Milano (9), IRCCS S. Raffaele – Milano (8). La mobilità attiva risulta caratterizzata da un trend sostanzialmente stabile nel triennio per la diagnosi primaria con cifre che si

attestano al 5.2% (25/477 ricoveri, di cui 9 privato) nel 2019 ed in aumento nel triennio per la diagnosi secondaria con il 6.6% (36/548 ricoveri, di cui 2 privato) nel 2019.

La mobilità passiva supera di 17.4 punti percentuali l'attiva.

Descrizione DRG	Numero ricoveri			
	intra Regione	Extra Regione (Mobilità passiva)	per residenti Marche	% di mobilità passiva
Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomy radicale	224	29	253	11%
Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi	118	30	148	20%
<b>Totali/Media</b>	<b>342</b>	<b>59</b>	<b>401</b>	<b>15%</b>

L'offerta prevalente si registra per interventi di eviscerazione pelvica, isterectomia e vulvectomy radicale.



Le prestazioni di chirurgia ginecologica di alta specialità sono erogate in regime di ricovero ospedaliero dagli Enti del SSR, in particolare:

- AOU delle Marche: stabilimento Salesi (18%)
- AST PU: stabilimento di Pesaro (8%), Urbino (5%), Fano (3%)
- AST AN: stabilimento di Jesi (4%), Senigallia (4%)
- AST MC: stabilimento di Macerata (28%),
- AST AP: stabilimento di S. Benedetto (5%)

Descrizione DRG	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomy radicale	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi	Totale	%
STABILIMENTO DI MACERATA	96	17	113	28%
STABILIMENTO G. SALESÌ	24	48	72	18%
EXTRA REGIONE	29	30	59	15%
STABILIMENTO DI PESARO	19	14	33	8%
STABILIMENTO DI S. BENEDETTO	14	8	22	5%
STABILIMENTO DI URBINO	17	2	19	5%
STABILIMENTO DI JESI	10	8	18	4%
STABILIMENTO DI SENIGALLIA	18		18	4%
STABILIMENTO DI FANO	1	11	12	3%
ALTRE STRUTTURE	25	10	35	9%
		<b>Totale</b>	<b>401</b>	<b>100%</b>

### - Scheda operativa 3 - Rete CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA, EMODINAMICA, CARDIOCHIRURGIA

L'area cardiocirurgica e interventistica cardiologica mostra un'incidenza significativa nella mobilità passiva sanitaria ospedaliera.

#### CARDIOCHIRURGIA

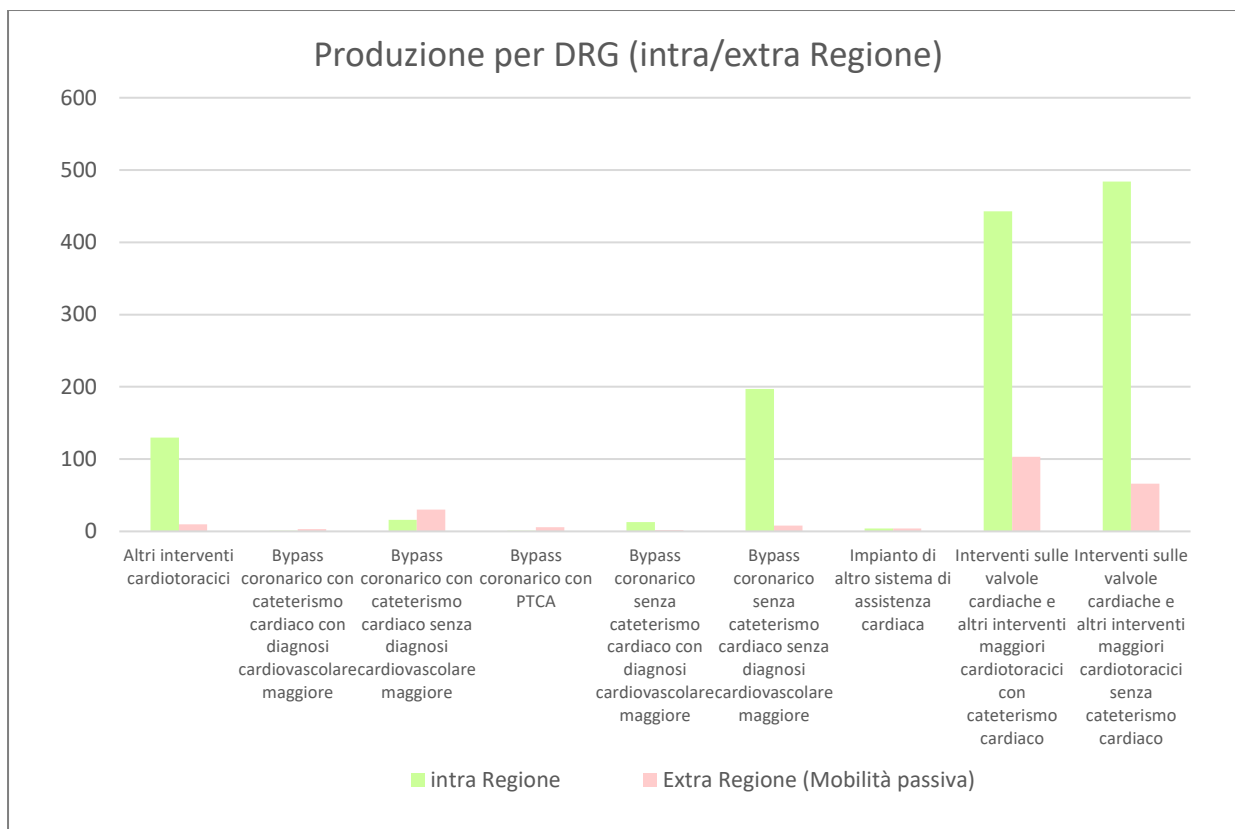
La capacità attrattiva regionale è maggiore per il DRG 105 (Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco) rispetto al 104 (Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco) che invece mostra una maggiore prevalenza di mobilità passiva, nonostante l'elevato numero di ricoveri erogati ai cittadini marchigiani.

DRG	Numero ricoveri in mobilità attiva (A)	Numero ricoveri erogati a residenti marchigiani	Numero ricoveri in mobilità passiva (B)	Differenza A-B
DRG 104	46	306	140	-94
DRG 105	91	464	65	26
Numero ricoveri totali	137	770	205	-68

La rete regionale mostra una capacità di soddisfazione dei bisogni regionali **pari al 85%** (il 15% dei marchigiani afferrisce a strutture extraregionali per ottenere una risposta in regime di ricovero ospedaliero).

Descrizione DRG	Numero ricoveri			
	intra Regione	Extra Regione (Mobilità passiva)	per residenti Marche	% di mobilità passiva
Altri interventi cardiotoracici	130	10	140	7%
Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	1	3	4	75%
Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	16	30	46	65%
Bypass coronarico con PTCA	1	6	7	86%
Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	13	2	15	13%
Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	197	8	205	4%
Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	4	4	8	50%
Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	443	103	546	19%
Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	484	66	550	12%
<b>Total/Mediai</b>	<b>1.289</b>	<b>232</b>	<b>1.521</b>	<b>15%</b>

L'offerta prevalente si registra per "Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con e senza cateterismo cardiaco".



L'attività viene erogata in regime di ricovero ospedaliero:

- AOU delle Marche; stabilimento Umberto I-Lancisi (85%)

DM 70/2015: il bacino di utenza per la disciplina è compreso tra 0,6 e 1,2 milioni di abitanti e pertanto sono previste 1-3 strutture di degenza.

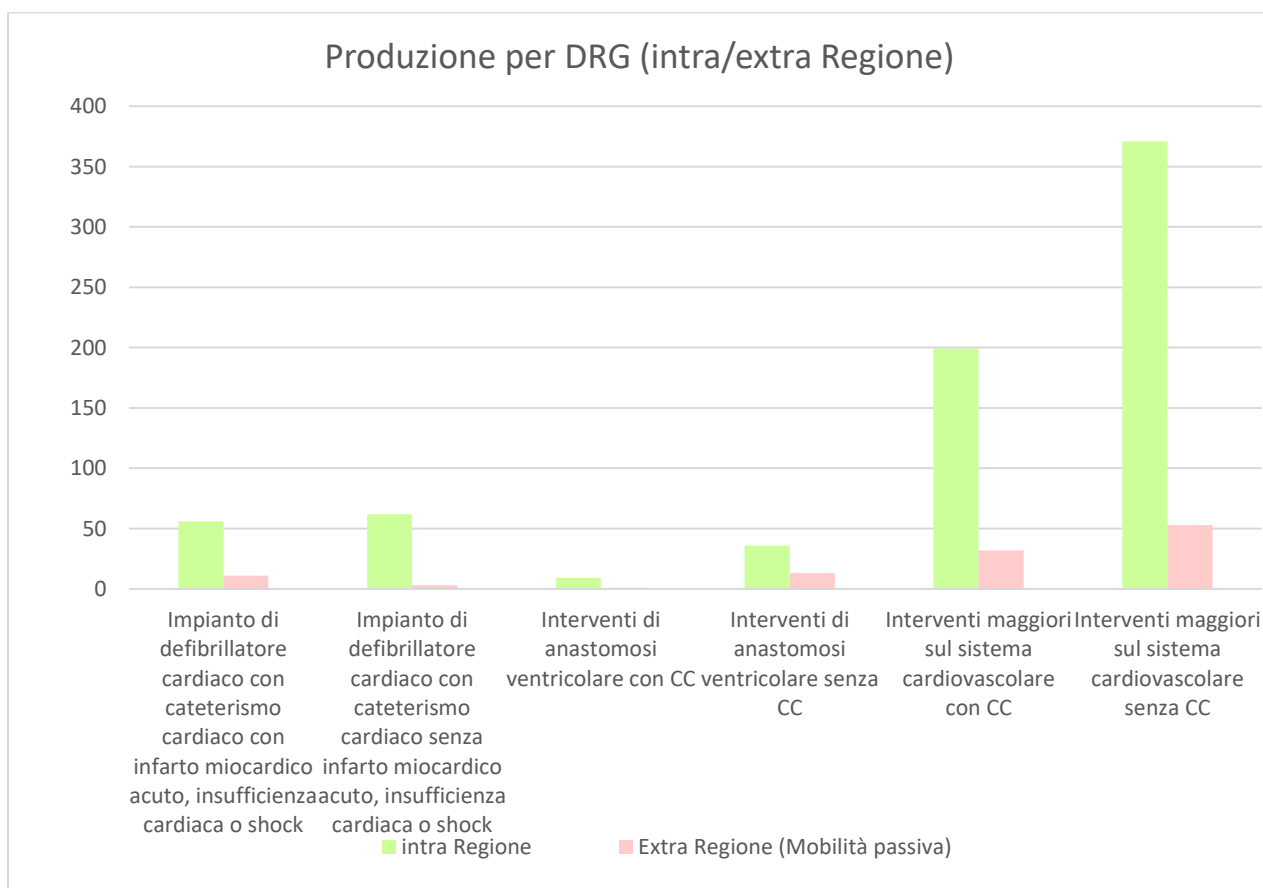
Descrizione DRG	Altri interventi cardiotoracici	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	Bypass coronarico con PTCA	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	Totale	%	
STABILIMENTO UMBERTO I - G.M.LANCISI	126	1	16	1	13	197	4	440	484	1282	84%	
EXTRA REGIONE	10	3	30	6	2	8	4	103	66	232	15%	
ALTRE STRUTTURE	4							3		7	0%	
										<b>Totale</b>	<b>1.521</b>	<b>100%</b>

## CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA/EMODINAMICA/CHIRURGIA VASCOLARE

La rete regionale mostra una capacità di soddisfazione dei bisogni regionali pari al 87% (il 13% dei marchigiani affерisce a strutture extraregionali per ottenere una risposta in regime di ricovero ospedaliero).

Descrizione DRG	Numero ricoveri			
	intra Regione	Extra Regione (Mobilità passiva)	per residenti Marche	% di mobilità passiva
Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	56	11	67	16%
Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	62	3	65	5%
Interventi di anastomosi ventricolare con CC	9	1	10	10%
Interventi di anastomosi ventricolare senza CC	36	13	49	27%
Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	199	32	231	14%
Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	371	53	424	13%
<b>Totali/Media</b>	<b>733</b>	<b>113</b>	<b>846</b>	<b>13%</b>

L'offerta prevalente si registra per "Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con e senza complicanze" per aneurismi aortici e dissezioni, erogati presso le UO di emodinamica e chirurgia vascolare.



L'attività viene erogata in regime di ricovero ospedaliero dagli Enti del SSR (pubblici):

- AOU delle Marche: stabilimento Umberto I-Lancisi (67%)
- AST PU: stabilimento di Pesaro (7%)

- AST MC: stabilimento di Macerata (2%)
- AST AP: stabilimento di Ascoli Piceno (5%)

DM 70/2015: il bacino di utenza per il servizio di emodinamica è compreso tra 0,3 e 0,6 milioni di abitanti e pertanto sono previste 3-5 servizi senza posti letto; le degenze sono ricomprese nelle cardiologie/UTIC.

Descrizione DRG	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	Interventi di anastomosi ventricolare con CC	Interventi di anastomosi ventricolare senza CC	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	Totale	%	
STABILIMENTO UMBERTO I° - G.M.LANCISI	39	23	3	31	123	347	566	67%	
EXTRA REGIONE	11	3	1	13	32	53	113	13%	
STABILIMENTO DI PESARO		3	6	5	43	3	60	7%	
STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO	7	13			15	11	46	5%	
ALTRE STRUTTURE	10	23			18	10	61	7%	
							<b>Totale</b>	<b>846</b>	<b>100%</b>

#### - Scheda operativa 4 - Rete UROLOGIA

Rene e vie urinarie: la mobilità passiva mostra una lieve riduzione attestandosi nel 2019 al 15.6% (90/578 ricoveri) in diagnosi principale e al 4% in diagnosi secondaria (11/273 ricoveri). Principali strutture extra-regionali di ricovero: Emilia-Romagna: AOU Bologna (13); Veneto: AO Padova (10); Lombardia: IEO (6); Umbria: AO Perugia (5). La mobilità attiva ha mostrato un trend in riduzione in diagnosi primaria così come in secondaria attestandosi rispettivamente al 7% (37/525 ricoveri, di cui 10 privato) e al 1.9% (5/267 ricoveri solo pubblico) nel 2019. La mobilità passiva supera di 8.6 punti percentuali quella attiva.

Tumore maligno della prostata: la mobilità passiva ha mostrato un trend in riduzione nel triennio 2017-2019 attestandosi al 14.4% (142/986 ricoveri) nel 2019 per la diagnosi primaria e al 2.3% (15/643 ricoveri) per la diagnosi secondaria. Principali strutture extra-regionali di ricovero: Lombardia: S. Raffaele (11), IEO (19), Humanitas (7), Niguarda (6); Emilia-Romagna: AOU Bologna (13), Ospedale Pizzardi (6 casi), CdC Montanari (11), Ospedale Forlì (9); Umbria: AO Perugia (6); Veneto: CdC Pederzoli (6); Toscana: AOU Careggi (6).

La mobilità attiva sia in diagnosi primaria che secondaria ha mostrato una certa stabilità nel triennio raggiungendo rispettivamente i valori del 13.7% (134/978, di cui 77 privato) e del 4.3% (28/656 ricoveri di cui 3 privato) nel 2019. Il bilancio tra attiva e passiva è a favore della passiva con un 0.7% in più (in diagnosi primaria).

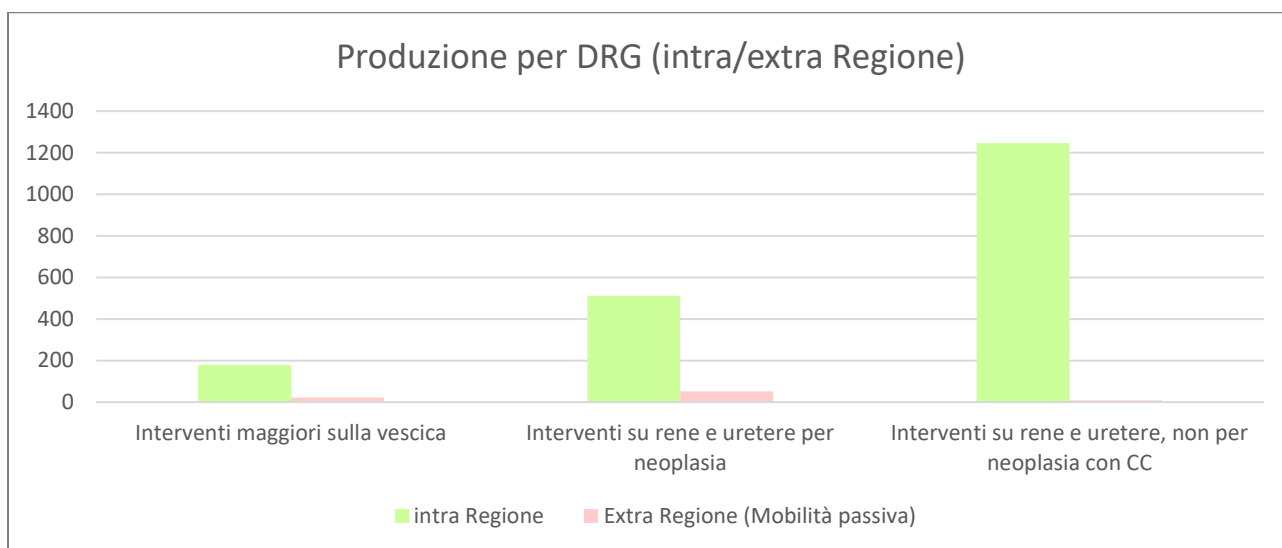
Vescica: per la mobilità passiva si riscontra una lieve riduzione nel triennio 2017-2019 con un 8.5% (183/2151 interventi) riscontrato nel 2019 per diagnosi primaria ed un 2.3% (10/432 interventi) per diagnosi secondaria. Principali strutture extra-regionali di afferenza: Veneto: AO Padova (11 casi), CdC Abano Terme (7); Umbria: Osp. Città di Castello (15 casi), AO Perugia (6); Emilia-Romagna: Ospedale Rimini (18 casi), CdC Montanari (11), Ospedale Forlì (9), AOU Bologna (5); Lombardia: S. Raffaele (10), IEO (7); Abruzzo: Ospedale Mazzini (9 casi), CdC Villa Serena (5). La mobilità attiva risulta stabile nel triennio sia per diagnosi primaria che secondaria attestandosi nel 2019 rispettivamente al 7.9% (168/2136 ricoveri, 82 privato) e al 4.5% (13/435 ricoveri, 3 privato). La mobilità passiva (8.5%), per la diagnosi principale, è poco superiore all'attiva (7.9%).

La rete regionale dell'urologia mostra una capacità di soddisfazione dei bisogni regionali pari al 96% (il 4% dei marchigiani afferisce a strutture extraregionali per ottenere una risposta in regime di ricovero ospedaliero).

Descrizione DRG	Numero ricoveri			
	intra Regione	Extra Regione (Mobilità passiva)	per residenti Marche	% di mobilità passiva
Interventi maggiori sulla vescica	179	23	202	11%
Interventi su rene e uretere per neoplasia	512	51	563	9%
Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC	1246	9	1255	1%
<b>Totali/Media</b>	<b>1.937</b>	<b>83</b>	<b>2.020</b>	<b>4%</b>

Le performance migliori si hanno nell'ambito degli interventi per patologie non neoplastiche (calcolosi renale ed ureterale, idronefrosi, stenosi ureterale, cisti renale, etc.) con mobilità passiva dell'1%.

Maggiore mobilità passiva (9-11%) si registra per interventi su rene, uretere, vescica per patologie neoplastiche.



Le prestazioni specialistiche in regime di ricovero ospedaliero sono erogate dagli Enti (pubblici) del SSR:

- AOU delle Marche: stabilimento Umberto I-Lancisi;
- AST PU: stabilimento di Pesaro;
- AST AN: stabilimento di Jesi;
- AST MC: stabilimento di Macerata e Civitanova Marche;
- AST FM: stabilimento di Fermo;
- AST AP: stabilimento di Ascoli Piceno

DM 70/2015: il bacino d'utenza previsto per la disciplina è pari a 0,3-0,5 milioni di abitanti e pertanto sono previste 3-5 strutture di degenza.

Descrizione DRG	Interventi maggiori sulla vescica	Interventi su rene e uretere per neoplasia	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC	Totale	%
STABILIMENTO DI PESARO	37	114	353	504	25%
STABILIMENTO UMBERTO IÂ° - G.M. LANCISI	49	136	219	404	20%
STABILIMENTO DI FERMO	28	56	272	356	18%
STABILIMENTO DI MACERATA	21	64	94	179	9%



STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO	1	10	159	170	8%
STABILIMENTO DI CIVITANOVA	2	27	88	117	6%
EXTRA REGIONE	23	51	9	83	4%
STABILIMENTO DI JESI	13	49	8	70	3%
ALTRE STRUTTURE	28	56	53	137	7%
<b>Totale</b>				<b>2020</b>	<b>100%</b>

### - Scheda operativa 5 - Rete ORTOPEDICO-TRAUMATOLOGICA

Per numerosità, sono stati il DRG 544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianti degli arti inferiori e il DRG 503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi precoce di infezione. In particolare, il DRG 544 mostra la maggiore incidenza in termini di valore economico. Gli stessi DRG di area ortopedico-traumatologica che generano i principali ricoveri in mobilità passiva, sono alla base della mobilità attiva.

DRG	Produzione regionale	Numero ricoveri erogati a residenti marchigiani	Numero ricoveri in mobilità attiva (A)	Numero ricoveri in mobilità passiva (B)	Differenza (A-B)
DRG 224	1.615	1.270	345	796	-451
DRG 225	3.338	1.371	1.967	812	1155
DRG 498	510	148	362	191	171
DRG 503	2.641	1.691	950	1598	-648
DRG 544	4.122	3.366	756	1821	-1065
DRG 545	290	222	68	150	-82
<b>Numero ricoveri totali</b>	<b>12.516</b>	<b>8.068</b>	<b>4.448</b>	<b>5.368</b>	<b>-920</b>

I DRG 225 (Interventi sul piede) e 498 (Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC) sono prevalentemente erogati in mobilità attiva piuttosto che ai cittadini marchigiani, in particolare dai privati di AV3 e AV5.

Per quanto attiene l'incidenza dei tumori maligni delle ossa e cartilagini articolari si rilevano bassi livelli di incidenza, con trend di mobilità passiva in diminuzione dal 2017 al 2019 con percentuale del 51.2% (44/86 ricoveri) in diagnosi principale e 68.3% (43/63 ricoveri) in diagnosi secondaria. Principale struttura extra-regionali di ricovero: Emilia-Romagna: IST. ORTOP. Rizzoli (32).

La mobilità attiva risulta anch'essa caratterizzata da livelli bassi in termini assoluti e stabili nel triennio con valori che si attestano al 4.5% 2/44 ricoveri (solo pubblico) in diagnosi primaria. Sebbene questa area oncologica sia caratterizzata da cifre basse in termini assoluti, il bilancio risulta essere nettamente a favore della mobilità passiva con 46.7 punti percentuale in più rispetto alla attiva.

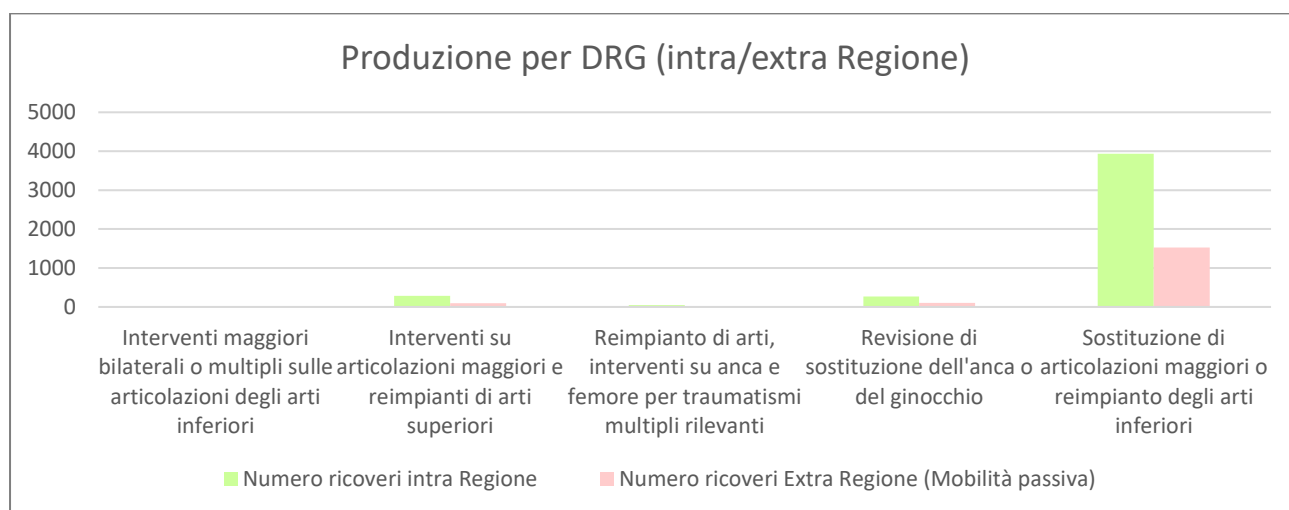
DM 70/2015: il bacino di utenza per la disciplina è compreso tra 0,1 e 0,2 milioni di abitanti e pertanto sono previste 7-15 strutture di degenza.

### - PROTESICA

La rete regionale ortopedica per la presa in carico delle patologie articolari con necessità di artroprotesi, soprattutto anca e ginocchio, mostra una capacità di soddisfazione dei bisogni regionali pari al 72% (il 28% dei marchigiani affersce a strutture extraregionali per ottenere una risposta in regime di ricovero ospedaliero).

Descrizione DRG	Numero ricoveri			
	intra Regione	Extra Regione (Mobilità passiva)	per residenti Marche	% di mobilità passiva
Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	4	16	20	80%
Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	286	99	385	26%
Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti	50	4	54	7%
Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	266	106	372	28%
Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	3933	1525	5458	28%
<b>Totale/media</b>	<b>4.539</b>	<b>1.750</b>	<b>6.289</b>	<b>28%</b>

L'offerta prevalente si registra per gli interventi di Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori.



Le prestazioni specialistiche di artroprotesi della spalla, anca e ginocchio sono erogate in regime di ricovero ospedaliero per il 36% dalle strutture private (Casa di Cura) convenzionate:

- Villa Igea (12% - AST AN);
- Villa Pini (9% - AST MC);
- Villa Anna (8%), S. Marco (3%) e S. Benedetto (4%) (AST AP);
- Villa Verde (3% - AST FM).

Il restante 64% dei ricoveri viene erogato dagli Enti del SSR (pubblici):

- AOU delle Marche: stabilimento Umberto I – Lancisi (5%)
- AST PU: stabilimento di Pesaro (4%), Urbino (1%)
- AST AN: stabilimento di Senigallia (3%), Fabriano (3%), Jesi (3%)
- AST MC: stabilimento di Macerata (3%), Civitanova (2%)
- AST FM: stabilimento di Fermo (3%)
- AST AP: stabilimento di S. Benedetto (3%), Ascoli Piceno (2%)

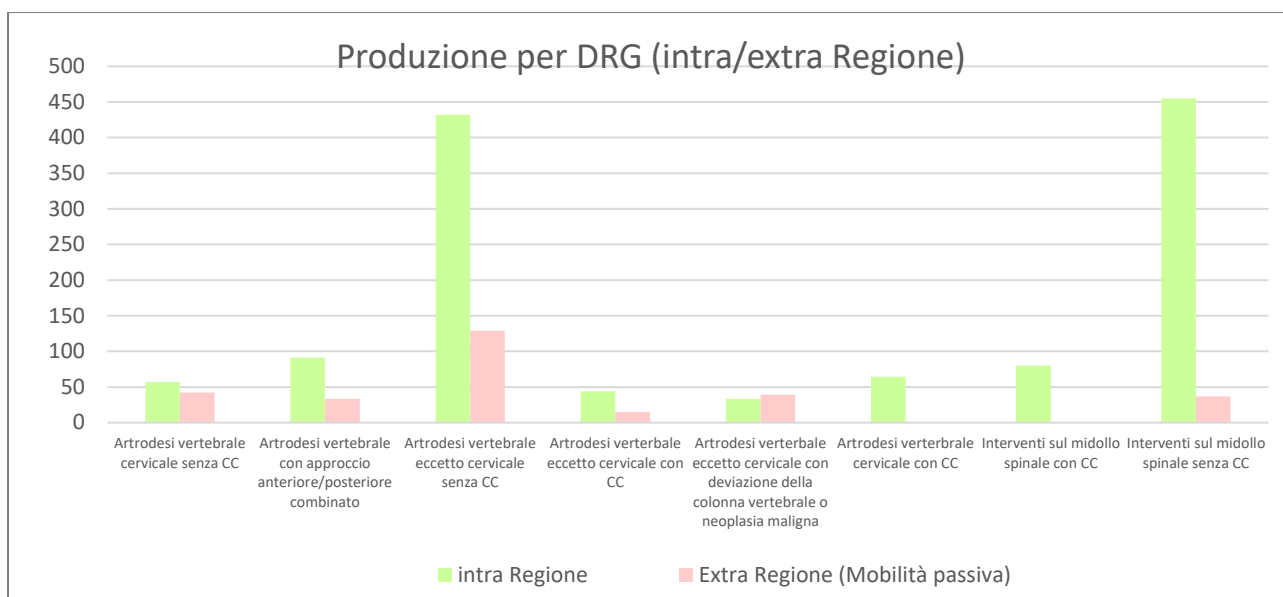
Descrizione DRG	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	Totale	%
EXTRA REGIONE	16	99	4	106	1525	1750	28%
CASA DI CURA VILLA IGEA		29		33	694	756	12%
CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION		16		36	542	594	9%
CASA DI CURA VILLA ANNA SRL		12		27	452	491	8%
STABILIMENTO UMBERTO I° - G.M. LANCISI		12	21	34	270	337	5%
STABILIMENTO DI PESARO	2	12	3	21	240	278	4%
CASA DI CURA SAN BENEDETTO SPA		25		23	191	239	4%
STABILIMENTO DI SENIGALLIA		16	1	8	187	212	3%
STABILIMENTO DI FABRIANO	1	1	2	12	190	206	3%
STABILIMENTO DI JESI	1	14	2	6	177	200	3%
RITA SRL CASA DI CURA PRIVATA VILLAVERDE		71			124	195	3%
STABILIMENTO DI S. BENEDETTO		21	2	5	164	192	3%
STABILIMENTO DI FERMO		18	4	16	142	180	3%
ALTRE STRUTTURE	0	39	15	45	560	659	10%
					<b>Totale</b>	<b>6289</b>	<b>100%</b>

#### - ARTRODESI VERTEBRALE

La rete regionale ortopedica per la presa in carico delle patologie della colonna vertebrale (prevalentemente cervicale e lombosacrale) con necessità di artrodesi, mostra una capacità di soddisfazione dei bisogni regionali pari al 81% (il 19% dei marchigiani afferrisce a strutture extraregionali per ottenere una risposta in regime di ricovero ospedaliero).

Descrizione DRG	Numero ricoveri			
	intra Regione	Extra Regione (Mobilità passiva)	per residenti Marche	% di mobilità passiva
Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	57	42	99	42%
Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	91	33	124	27%
Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	432	129	561	23%
Artrodesi verterbale eccetto cervicale con CC	44	15	59	25%
Artrodesi verterbale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	33	39	72	54%
Artrodesi verterbale cervicale con CC	64	1	65	2%
Interventi sul midollo spinale con CC	80	1	81	1%
Interventi sul midollo spinale senza CC	455	37	492	8%
<b>Totali/Media</b>	<b>1256</b>	<b>297</b>	<b>1553</b>	<b>19%</b>

L'offerta prevalente si registra per Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC. e per gli Interventi sul midollo spinale senza CC



Le prestazioni specialistiche di artrodesi vertebrale sono erogate in regime di ricovero ospedaliero per il 45% dalle strutture private (Casa di Cura) convenzionate:

- Villa Pini (15% - AST MC);
- Villa Igea (7% - AST AN);
- Villa S. Marco (9%), S. Benedetto (8%), Villa Anna (6%) (AST AP);

Il restante 55% dei ricoveri viene erogato dagli Enti del SSR (pubblici):

- AOU delle Marche: stabilimento Umberto I – Lancisi (16%) erogato da ortopedia e neurochirurgia
- AST PU: stabilimento di Pesaro (9%), erogato da ortopedia e neurochirurgia

Descrizione DRG	Arthrodesi vertebrale cervicale e senza CC	Arthrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore comb.	Arthrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	Arthrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	Arthrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	Arthrodesi vertebrale e cervicale con CC	Interventi sul midollo spinale con CC	Interventi sul midollo spinale senza CC	Totale	%
EXTRA REGIONE	42	33	129	15	39	1	1	37	297	19%
STABILIMENTO UMBERTO I - G.M.LANCISI	19	2	53	6	10	2	16	136	244	16%
CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION	29	89	99	12	5	1	3	2	240	15%
CASA DI CURA VILLA SAN MARCO			145	1					146	9%
STABILIMENTO DI PESARO	8		39	6		61	7	19	140	9%
CASA DI CURA SAN BENEDETTO SPA			10	7	6		2	95	120	8%
CASA DI CURA VILLA IGEA							19	92	111	7%
CASA DI CURA VILLA ANNA SRL	1		72	12	12		1	1	99	6%
ALTRE STRUTTURE			14				3	110	156	10%
<b>Totale</b>									<b>1553</b>	<b>100%</b>

## - Scheda operativa 6 - Rete MEDICINA E CHIRURGIA VASCOLARE

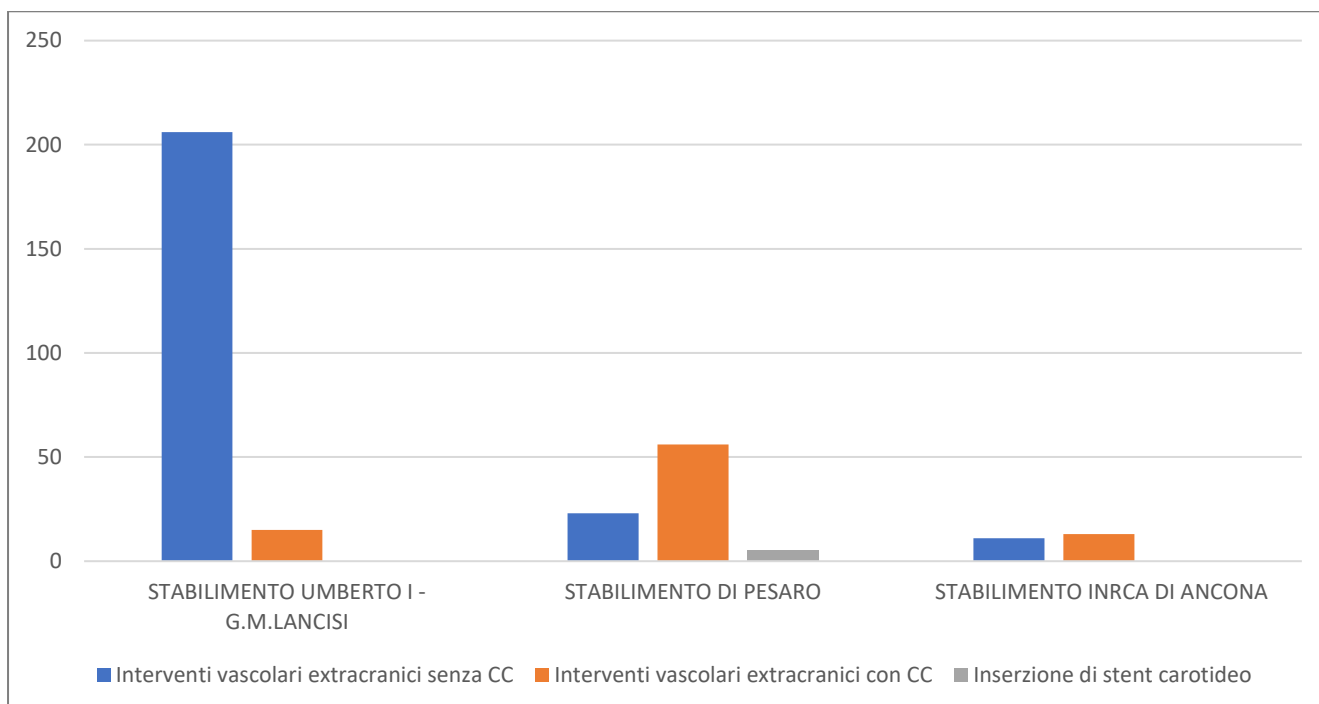
La rete di chirurgia vascolare, integrata con quella di medicina vascolare, per la gestione delle patologie vascolari, è organizzata in modalità Hub (SOC dell'AOU delle Marche) e Spoke (Aree Funzionali Omogenee dell'AST1, INRCA Ancona, Punto di erogazione unico con radiologia interventistica in AST MC-4-5). In base al livello organizzativo, presso l'hub vengono centralizzati gli accessi vascolari caratterizzati da particolare complessità, mentre presso gli spoke viene indirizzata la patologia venosa ed arteriosa minore. La localizzazione dei nodi della rete è subordinata al rispetto dei volumi minimi di attività.

Il DM 70/2015 prevede per la chirurgia vascolare un bacino di utenza compreso tra 400.000 e 800.000 abitanti e 2-4 strutture di degenza distribuite sull'intero territorio regionale.

### STENOSI CAROTIDEE

DRG	Descrizione DRG	STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO	STABILIMENTO DI FERMO	STABILIMENTO DI MACERATA	STABILIMENTO DI PESARO	STABILIMENTO UMBERTO I - G.M.LANCISI	STABILIMENTO INRCA DI ANCONA	TOTALE	%
534	Interventi vascolari extracranici senza CC	0	6	2	23	206	11	<b>248</b>	<b>73%</b>
533	Interventi vascolari extracranici con CC	1	1	1	56	15	13	<b>87</b>	<b>26%</b>
577	Inserzione di stent carotideo	0	0	1	5	0	0	<b>6</b>	<b>2%</b>
	<b>Totale %</b>	<b>0%</b>	<b>2%</b>	<b>1%</b>	<b>25%</b>	<b>65%</b>	<b>7%</b>	<b>100%</b>	

L'offerta prevalente si registra per gli interventi vascolari extracranici senza CC



Le prestazioni specialistiche di chirurgia vascolare sono erogate in regime di ricovero ospedaliero dagli Enti del SSR (pubblici)

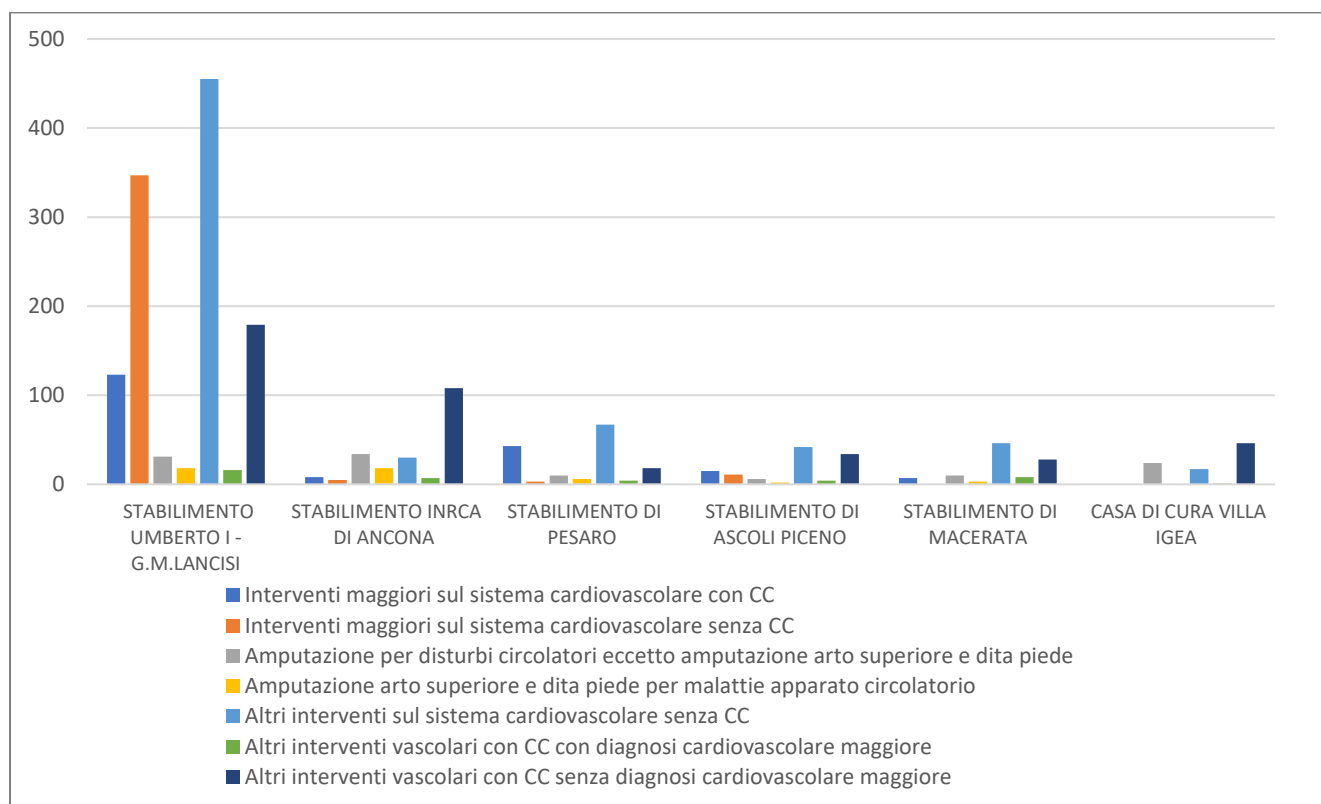
- AOU delle Marche: stabilimento Umberto I – Lancisi (65%)

- AST PU: stabilimento di Pesaro (25%)
- INRCA di Ancona (7%)

## STENOSI ARTI INFERIORI

Descrizione DRG	UMBERTO I LANCISI	INRCA ANCONA	PESARO	ASCOLI PICENO	MACE RATA	VILLA IGEEA	FANO	FERMO	SANBENE	URBINO	JESI	SENIGALLIA	TOTALE	%
Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	455	30	67	42	46	17	22	14		1	3	5	702	35%
Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	179	108	18	34	28	46	26	19	26	11	6	2	503	25%
Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	347	5	3	11				3	1				370	18%
Interventi maggiori sul sistema cardio vascolare con CC	123	8	43	15	7				2			1	199	10%
Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede	31	34	10	6	10	24		5	1	7	7	3	138	7%
Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	18	18	6	2	3		4	3	2	5	3	1	65	3%
Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore	16	7	4	4	8	1	1	6		1	1		49	2%
<b>Totale</b>	<b>1169</b>	<b>210</b>	<b>151</b>	<b>114</b>	<b>102</b>	<b>88</b>	<b>53</b>	<b>50</b>	<b>32</b>	<b>25</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	<b>2026</b>	
<b>%</b>	<b>58%</b>	<b>10%</b>	<b>7%</b>	<b>6%</b>	<b>5%</b>	<b>4%</b>	<b>3%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>100%</b>	

L'offerta prevalente si registra per Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC, Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore, Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con e senza CC.



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Le prestazioni specialistiche di stenosi arti inferiori sono erogate in regime di ricovero ospedaliero dagli Enti del SSR (pubblici):

- AOU delle Marche: stabilimento Umberto I – Lancisi (58%)
- INRCA di Ancona (10%)

Il 4% dalle strutture private (Casa di Cura) convenzionate:

- Villa Igea (AST AN).

### - Scheda operativa 7 - Rete MATERNO INFANTILE

La rilevazione di informazioni sanitarie, epidemiologiche e socio-demografiche relative all'evento nascita, rappresenta uno strumento essenziale per la programmazione sanitaria nazionale e regionale, come previsto dal decreto del Ministro della sanità 16 luglio 2001, n. 349.

Di seguito il dato raccolto dal flusso SDO 2021 nell'ambito del monitoraggio del Nuovo Sistema di Garanzia (indicatore H17C) che prevede un sistema di algoritmi indicati nel disciplinare NSG. *I dati si riferiscono all'articolazione organizzativa precedente alla l.r. 19/2022:*

NSG-LEA indicatore H17C: PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO: strutture con % di cesarei primari ≤25% (strutture con attività ≥1000 parti annui) o ≤15% (strutture con attività <1000 parti annui) sul totale delle strutture valutate nel PNE.				
Area Vasta	Descrizione	Nr Parti	Nr Cesarei Primari	% Cesarei Primari
Area Vasta 1 Pesaro	STABILIMENTO DI URBINO	541	132	24,40%
	<b>Totale Area Vasta / Azienda</b>	<b>541</b>	<b>132</b>	<b>24,40%</b>
	<b>Totale Strutture Valutate</b>	<b>1</b>		
	<b>% strutture entro soglia</b>	<b>0,00%</b>		
Area Vasta 2 Ancona	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	537	81	15,10%
	STABILIMENTO DI JESI	753	178	23,60%
	<b>Totale Area Vasta / Azienda</b>	<b>1.290</b>	<b>259</b>	<b>20,10%</b>
	<b>Totale Strutture Valutate</b>	<b>2</b>		
	<b>% strutture entro soglia</b>	<b>0,00%</b>		
Area Vasta 3 Macerata	STABILIMENTO DI CIVITANOVA	650	161	24,80%
	STABILIMENTO DI MACERATA	1.127	192	17,00%
	<b>Totale Area Vasta / Azienda</b>	<b>1.777</b>	<b>353</b>	<b>19,90%</b>
	<b>Totale Strutture Valutate</b>	<b>2</b>		
	<b>% strutture entro soglia</b>	<b>50,00%</b>		
Area Vasta 4 Fermo	STABILIMENTO DI FERMO	526	149	28,30%
	<b>Totale Area Vasta / Azienda</b>	<b>526</b>	<b>149</b>	<b>28,30%</b>
	<b>Totale Strutture Valutate</b>	<b>1</b>		
	<b>% strutture entro soglia</b>	<b>0,00%</b>		
Area Vasta 5 Ascoli	STABILIMENTO DI S. BENEDETTO	554	119	21,50%
	STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO	441	100	22,70%
	<b>Totale Area Vasta / Azienda</b>	<b>995</b>	<b>219</b>	<b>22,00%</b>
	<b>Totale Strutture Valutate</b>	<b>2</b>		
	<b>% strutture entro soglia</b>	<b>0,00%</b>		
Az. Osp. Marche Nord	STABILIMENTO DI PESARO	45	20	44,40%
	STABILIMENTO DI FANO	886	172	19,40%
	<b>Totale Area Vasta / Azienda</b>	<b>931</b>	<b>192</b>	<b>20,60%</b>
	<b>Totale Strutture Valutate</b>	<b>2</b>		
	<b>% strutture entro soglia</b>	<b>0,00%</b>		
Az. Osp. Ospedali Riuniti Ancona	STABILIMENTO G. SALES	1.365	318	23,30%
	<b>Totale Area Vasta / Azienda</b>	<b>1.365</b>	<b>318</b>	<b>23,30%</b>
	<b>Totale Strutture Valutate</b>	<b>1</b>		
	<b>% strutture entro soglia</b>	<b>100,00%</b>		
<b>Totale Regionale</b>		<b>7.425</b>	<b>1.622</b>	<b>21,80%</b>
<b>Totale Strutture Valutate</b>		<b>11</b>		
<b>% strutture entro soglia</b>		<b>18,20%</b>		

Ulteriore debito informativo della Regione nei confronti del Ministero della Salute, per quanto attiene l'evento nascita, è rappresentato dal flusso CEDAP (Certificato Di Assistenza al Parto) che raccoglie dati di natura sanitaria, epidemiologica e socio-demografica. Oggetto della rilevazione sono le informazioni sulle modalità del parto, la durata della gestazione, la presentazione del neonato e l'età della madre oltre a informazioni socio-demografiche sul/i genitore/i, sulle cause di nati-mortalità e sulla presenza di malformazioni. Ogni scheda di dimissione ospedaliera riguardante un parto deve essere accompagnata dal corrispondente invio del flusso informatizzato relativo al corrispondente CeDAP ai fini della remunerazione del relativo ricovero. Di seguito si riporta il dato relativo all'anno 2021:

Struttura	Nr Schede CEDAP	Nr Schede SDO	Differenza	%	
DOMICILIO	10		10	100,0%	✘
STABILIMENTO DI URBINO	606	589	17	2,8%	✘
STABILIMENTO DI SENIGALLIA	616	604	12	1,9%	✔
STABILIMENTO DI JESI	882	855	27	3,1%	✘
STABILIMENTO DI CIVITANOVA	757	766	-9	-1,2%	✔
STABILIMENTO DI MACERATA	1.292	1.294	-2	-0,2%	✔
STABILIMENTO DI FERMO	642	642	0	0,0%	✔
STABILIMENTO DI S. BENEDETTO	615	644	-29	-4,7%	✘
STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO	501	488	13	2,6%	✘
STABILIMENTO DI PESARO	59	52	7	11,9%	✘
STABILIMENTO DI FANO	1.061	1.059	2	0,2%	✔
STABILIMENTO UMBERTO I° - G.M. LANCISI		1	-1	0,0%	✔
STABILIMENTO G. SALESÌ	1.629	1.612	17	1,0%	✔
<b>Totale</b>	<b>8.670</b>	<b>8.606</b>	<b>64</b>	<b>0,7%</b>	✔

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Note: Sono state conteggiate le SDO con DRG compreso tra 370 e 375

## - Scheda operativa 8 - Rete CHIRURGIA ONCOLOGICA – MAMMELLA, STOMACO, POLMONE, TIROIDE, ENCEFALO

Con l'obiettivo di individuare margini di miglioramento della risposta ai bisogni sanitari per la presa in carico chirurgica delle patologie neoplastiche della mammella, stomaco, polmone, tiroide ed encefalo è stata condotta un'analisi aggregata del numero complessivo di accessi alle strutture sanitarie regionali, stratificato per tipologia di patologia oncologica. L'analisi aggregata sulle principali patologie tumorali ha riguardato le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del triennio 2017-2019 e registrato il numero complessivo di accessi alle strutture sanitarie regionali, stratificato per tipologia di patologia oncologica, non il numero di persone che hanno richiesto tali prestazioni. Ciò significa che nel conteggio delle SDO possono rientrare più ricoveri che fanno capo alla stessa persona, soprattutto per alcune tipologie di tumori quali i tumori vescicali che hanno un alto tasso di recidiva.

Nel contesto delle strutture che hanno assorbito le varie mobilità passive del 2019, ascrivibili alle diverse categorie patologiche, sono state riportate solo le strutture che si sono fatte carico di un numero di SDO maggiore o uguale a 4. Per il confronto tra la mobilità passiva e la attiva si è deciso di utilizzare quali termini di paragone le percentuali delle due mobilità riscontrate nel campo della diagnosi primaria per ogni area oncologica. La diagnosi secondaria potrebbe includere per ogni SDO condizioni cliniche estremamente eterogenee tra loro; pertanto, inserire le suddette cifre nel computo finale potrebbe indurre errori di interpretazione.

### MAMMELLA

Per quanto riguarda la mobilità passiva i dati delle SDO di tumore maligno della mammella della donna hanno mostrato una certa stabilità nel corso del triennio sia per quanto riguarda la diagnosi primaria che per quanto



riguarda la diagnosi secondaria. La mobilità passiva risulta attestarsi all'11% in diagnosi primaria (200/1816 ricoveri) e all' 1.4% (18/1265 ricoveri) in diagnosi secondaria. Le principali strutture extra-regionali di ricovero sono localizzate in: Lombardia: IEO Milano (84 casi), Ist. Nazionale tumori (6 casi), S. Raffaele (5 casi); Emilia-Romagna: Ospedale Sant'Arcangelo (27), AOU Bologna (6), Ospedale Forlì (4); Lazio: Policlinico Gemelli (4 casi); Umbria: AO Perugia (5 casi); Abruzzo: PO Aquila (5 casi). La mobilità attiva invece ha mostrato, sia nel contesto di diagnosi primaria che nel contesto di diagnosi secondaria, una diminuzione nel triennio preso in considerazione passando da un 8.6% nel 2017 fino ad un 7.6% (132/1748 ricoveri) nel 2019 per quanto riguarda la diagnosi primaria ed una diminuzione dal 5.8% del 2017 al 5% (66/1313 ricoveri) nel 2019 per la diagnosi secondaria, quasi tutti erogati dal pubblico. Le prestazioni specialistiche di presa in carico delle patologie tumorali della mammella sono erogate in regime di ricovero ospedaliero dagli Enti del SSR (pubblici)

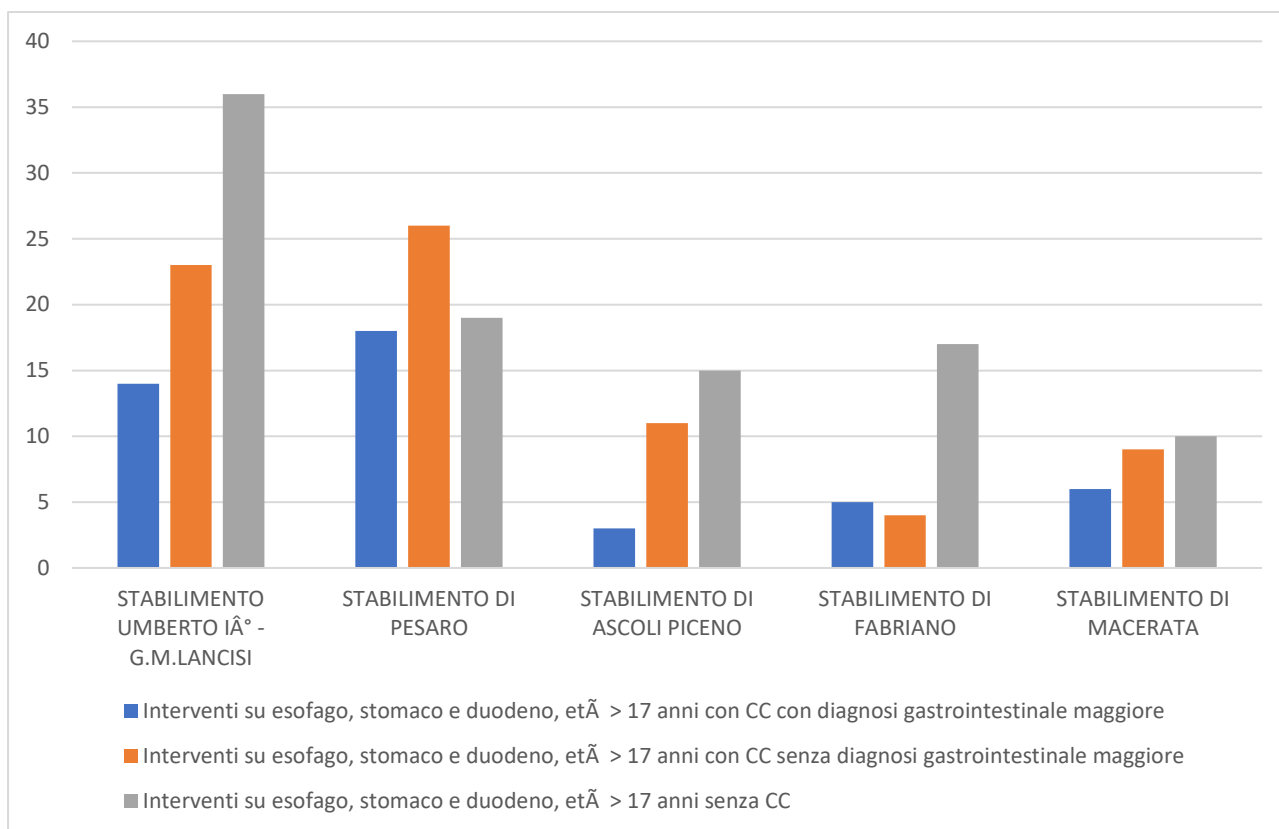
- AOU delle Marche: stabilimento Umberto I – Lancisi (27%)
- AST PU: stabilimento di Fano (24%), Urbino (9%)
- AST AN: stabilimento di Senigallia (10%), Fabriano (1%)
- AST MC: stabilimento di Macerata (18%)
- AST AP: stabilimento di S. Benedetto (10%).

## STOMACO

La mobilità passiva per il tumore maligno dello stomaco ha evidenziato valori di 11.2% (63/563 ricoveri) e di 1.4% (6/444 ricoveri) per diagnosi primaria e secondaria riflettendo un trend sostanzialmente stabile nel triennio. Principali strutture extra-regionali di ricovero: Lombardia: S. Raffaele (5), IEO (5); Veneto: AOU Verona (9), AO Padova (6); Emilia-Romagna: Ospedale Riccione (9 casi). La mobilità attiva ha mostrato sia in diagnosi principale che secondaria un trend in diminuzione con valori nel 2019 di 6.2% (33/533 ricoveri, di cui 10 privato) per diagnosi primaria e 3.7% (17/455 ricoveri di cui 1 privato) per diagnosi secondaria. Anche questa rete mostra una maggiore rappresentazione della mobilità passiva che risulta superare la attiva i termini di 5 punti percentuali nel campo della diagnosi primaria.

Descrizione DRG	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	Totale	%
STABILIMENTO UMBERTO I - G. M. LANCISI	14	23	36	73	22%
STABILIMENTO DI PESARO	18	26	19	63	19%
STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO	3	11	15	29	9%
STABILIMENTO DI FABRIANO	5	4	17	26	8%
STABILIMENTO DI MACERATA	6	9	10	25	7%
STABILIMENTO DI FERMO	5	13	1	19	6%
STABILIMENTO DI JESI	1	4	12	17	5%
STABILIMENTO DI URBINO	3	6	6	15	4%
STABILIMENTO DI CIVITANOVA	1	6	7	14	4%
STABILIMENTO INRCA DI ANCONA	3	7	2	12	4%
STABILIMENTO DI S. BENEDETTO	4	1	6	11	3%
STABILIMENTO DI SENIGALLIA	3	5	3	11	3%
CDC VILLA PINI SANATRIX GESTION		3	4	7	2%
CDC VILLA ANNA SRL		2	4	6	2%
STABILIMENTO DI CAMERINO			5	5	1%
STABILIMENTO INRCA DI OSIMO		2	1	3	1%
CDC VILLA IGEA			2	2	1%
STABILIMENTO DI FANO			1	1	0%
<b>Totale</b>	<b>66</b>	<b>122</b>	<b>151</b>	<b>339</b>	
<b>%</b>	<b>19%</b>	<b>36%</b>	<b>45%</b>	<b>100%</b>	

L'offerta prevalente si registra per gli interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Le prestazioni specialistiche di presa in carico delle patologie tumorali dello stomaco sono erogate in regime di ricovero ospedaliero dagli Enti del SSR (pubblici)

- AOU delle Marche: stabilimento Umberto I – Lancisi (22%)
- AST PU: stabilimento di Pesaro (19%)
- AST PU: stabilimento di Urbino (4%)
- AST AN: stabilimento di Senigallia (3%), Fabriano (8%), Jesi (5%)
- AST MC: stabilimento di Macerata (7%), Civitanova (4%), Camerino (1%)
- AST FM: stabilimento di Fermo (6%)
- AST AP: stabilimento di S. Benedetto (3%), Ascoli Piceno (9%)
- INRCA di Ancona (4%)
- INRCA di Osimo (1%).

## POLMONE

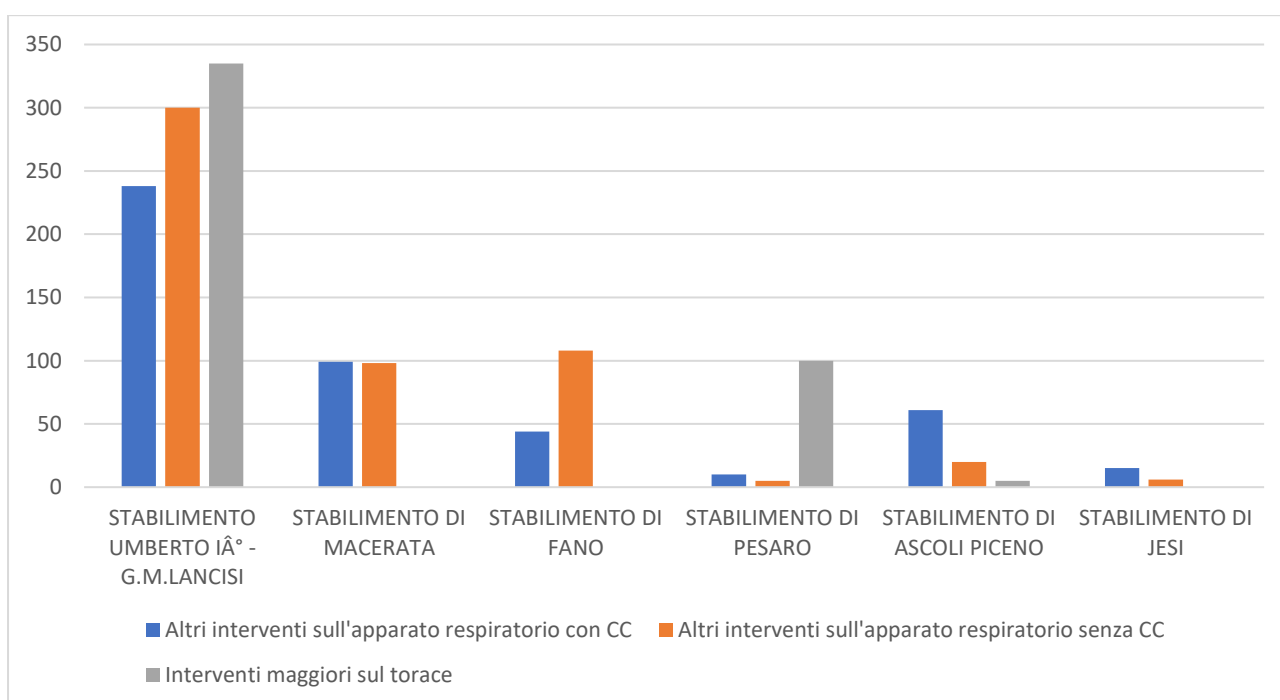
La mobilità passiva ha mostrato una certa stabilità nel triennio 2017-2019 sia per la diagnosi primaria che per la diagnosi secondaria attestandosi nel 2019 al 10.6% per la prima (156/1471 ricoveri) e al 3.1% nella seconda (46/1489 ricoveri). Le Principali strutture extra-regionali di attrazione: Veneto: AO Padova (19 casi), Umbria: AO Perugia (15 casi); Emilia-Romagna: Ospedale Riccione (9 casi), Ospedale Cattolica (7), Ospedale Forlì (7), AOU Bologna (6), AOU Modena (5), Ospedale Ravenna (6); Abruzzo: Ospedale Mazzini (9 casi); Lombardia: IEO Milano (8 casi), Lazio: AO S. Andrea (7 casi); Toscana: AO Pisa (6 casi)

Anche la mobilità attiva ha mostrato una certa stabilità nel triennio sia in diagnosi primaria che secondaria. I dati percentuali mostrano un valore al 10.1% nel 2019 (148/1463 ricoveri) per la diagnosi primaria e al 4.5% (68/1511 ricoveri) nel 2019 per la diagnosi secondaria, erogati per la quasi totalità da strutture pubbliche.

Descrizione DRG	Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	Interventi maggiori sul torace	Totale	%
STABILIMENTO UMBERTO I- G.M. LANCISI	238	300	335	<b>873</b>	<b>58%</b>
STABILIMENTO DI MACERATA	99	98		<b>197</b>	<b>13%</b>
STABILIMENTO DI FANO	44	108		<b>152</b>	<b>10%</b>
STABILIMENTO DI PESARO	10	5	100	<b>115</b>	<b>8%</b>
STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO	61	20	5	<b>86</b>	<b>6%</b>
STABILIMENTO DI JESI	15	6		<b>21</b>	<b>1%</b>
STABILIMENTO DI FABRIANO	11	1		<b>12</b>	<b>1%</b>
STABILIMENTO DI SENIGALLIA	10	1		<b>11</b>	<b>1%</b>
STABILIMENTO DI URBINO	4	3	1	<b>8</b>	<b>1%</b>
ALTRE STRUTTURE	11	6	5	<b>22</b>	<b>0,015</b>
<b>Totale</b>	<b>503</b>	<b>548</b>	<b>446</b>	<b>1497</b>	
<b>%</b>	<b>34%</b>	<b>37%</b>	<b>30%</b>	<b>100%</b>	

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

L'offerta prevalente si registra per altri interventi sull'apparato respiratorio senza complicanze



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Le prestazioni specialistiche di presa in carico delle patologie tumorali del polmone sono erogate in regime di ricovero ospedaliero dagli Enti del SSR (pubblici)

- AOU delle Marche: stabilimento Umberto I – Lancisi (58%)
- AST PU: stabilimento di Pesaro (8%), Fano (10%)
- AST PU: stabilimento di Urbino (1%)
- AST AN: stabilimento di Senigallia (1%), Fabriano (1%), Jesi (1%)
- AST MC: stabilimento di Macerata (13%)
- AST AP: stabilimento di Ascoli Piceno (6%).

## TIROIDE/PARATIROIDE

La rete dei tumori della ghiandola tiroide che mostra un trend in aumento, per quanto attiene la mobilità passiva, nel triennio dal 2017 al 2019 con valori percentuali che si attestano al 43.5% (121/278 ricoveri) in diagnosi primaria e al 33.3% (13/39 ricoveri) in diagnosi secondaria nel 2019. Principali strutture extra-regionali di ricovero: Toscana: AOU Pisa (69); Umbria: AO Perugia (7); Toscana: AOU Siena (5). La patologia oncologica tiroidea mostra un significativo squilibrio in termini percentuali a favore della mobilità passiva che tocca nel 2019 la cifra del 43.5% sul numero dei residenti con 34.5 punti percentuali in più rispetto alla mobilità attiva.

Descrizione DRG	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC	Interventi sul dotto tireoglossa	Interventi sulla tiroide	Interventi sulle paratiroidi	Totale	%
STABILIMENTO UMBERTO I - G.M. LANCISI		1		96	6	103	22%
STABILIMENTO DI FANO	1		1	81	14	97	20%
STABILIMENTO DI MACERATA	4	33		28	4	69	14%
STABILIMENTO DI CIVITANOVA		8		28		36	8%
STABILIMENTO DI JESI				24	2	26	5%
STABILIMENTO DI CAMERINO				24	1	25	5%
STABILIMENTO DI FABRIANO				21	1	22	5%
CASA DI CURA VILLA ANNA SRL			1	19		20	4%
STABILIMENTO DI FERMO				19		19	4%
STABILIMENTO DI PESARO				17		17	4%
STABILIMENTO DI SENIGALLIA				15		15	3%
STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO				7	1	8	2%
CASA DI CURA VILLA IGEA	2	1		4		7	1%
CASA DI CURA SAN BENEDETTO SPA				5	1	6	1%
ALTRE STRUTTURE			1	5		6	0%
<b>Totale</b>	<b>7</b>	<b>43</b>	<b>3</b>	<b>393</b>	<b>30</b>	<b>476</b>	
<b>%</b>	<b>1%</b>	<b>9%</b>	<b>1%</b>	<b>83%</b>	<b>6%</b>	<b>100%</b>	

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Le prestazioni specialistiche di presa in carico delle patologie tumorali della tiroide e paratiroide sono erogate in regime di ricovero ospedaliero dagli Enti del SSR (pubblici)

- AOU delle Marche: stabilimento Umberto I – Lancisi (22%)
- AST PU: stabilimento di Fano (20%), Pesaro (4%)
- AST AN: stabilimento di Senigallia (3%), Fabriano (5%), Jesi (5%)
- AST MC: stabilimento di Macerata (14%), Civitanova (8%), Camerino (5%)
- AST FM: stabilimento di Fermo (4%)
- AST AP: stabilimento di Ascoli Piceno (2%).

## ENCEFALO

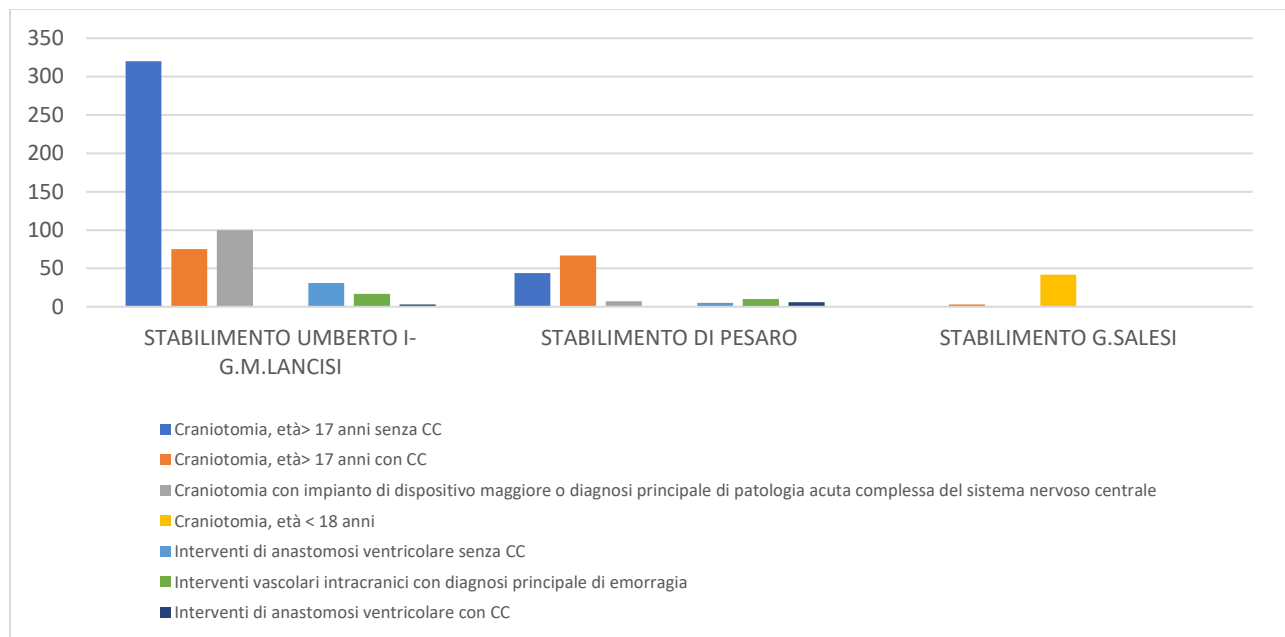
I tumori dell'encefalo comprendono numerose patologie cosiddette benigne che, seppur possano non presentare caratteristiche di invasività locale e/o metastasi, data la particolare struttura anatomica coinvolta e la rapidità di crescita, possono porre il paziente in pericolo di vita e/o lesioni permanenti. La mobilità passiva risulta stabile nel triennio e pari al 27.5% (188/683 ricoveri) nella diagnosi principale, in aumento fino al 16.9% (45/266 ricoveri) in diagnosi secondaria nel 2019. Principali strutture extra-regionali di ricovero: Lombardia: IST. Besta (17), S. Raffaele (12), Humanitas (10), Policl. Pavia (5); Emilia-Romagna: CdC Villa Maria Cecilia (27), Osp. Cesena (16), IST Scienze neurologiche (8); Lazio: O. ped. Bambin Gesù (9); Veneto: AOU Verona (8), Osp. Vicenza (7); Toscana: AO Meyer (5). La mobilità attiva mostra un aumento nel triennio in diagnosi principale ed una riduzione in diagnosi

secondaria attestandosi rispettivamente all'11% (61/566 ricoveri, di cui 2 nel privato) e al 3.5% (8/229 ricoveri, di cui 2 nel privato) nel 2019. La mobilità passiva supera l'attiva di 16.5 punti percentuali in più.

Descrizione DRG	CDC VILLA PINI SANATRIX GESTION	STABILIMENTO DI PESARO	STABILIMENTO DI FANO	STABILIMENTO UMBERTO I-G.M.LANCISI	STABILIMENTO G.SALESI	STABILIMENTO DI CIVITANOVA	Totale	%
Craniotomia, età > 17 anni senza CC	1	44	1	320			366	50%
Craniotomia, età > 17 anni con CC		67		75	3	1	146	20%
Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale		7		100			107	15%
Craniotomia, età < 18 anni		1			42		43	6%
Interventi di anastomosi ventricolare senza CC		5		31			36	5%
Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia		10		17			27	4%
Interventi di anastomosi ventricolare con CC		6		3			9	1%
<b>Totale</b>	<b>1</b>	<b>140</b>	<b>1</b>	<b>546</b>	<b>45</b>	<b>1</b>	<b>734</b>	<b>100%</b>
<b>%</b>	<b>0%</b>	<b>19%</b>	<b>0%</b>	<b>74%</b>	<b>6%</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>	

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

L'offerta prevalente si registra per gli interventi di craniotomia su adulti senza CC e la casistica si concentra dove è presente la neurochirurgia (AOU delle Marche per adulto e bambino, AST1 per adulto). Il DM 70/2015 prevede 1-3 strutture di neurochirurgia per la Regione Marche, nell'ambito di un DEA di II livello.



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Le prestazioni specialistiche di presa in carico delle patologie tumorali dell'encefalo sono erogate in regime di ricovero ospedaliero dagli Enti del SSR (pubblici)

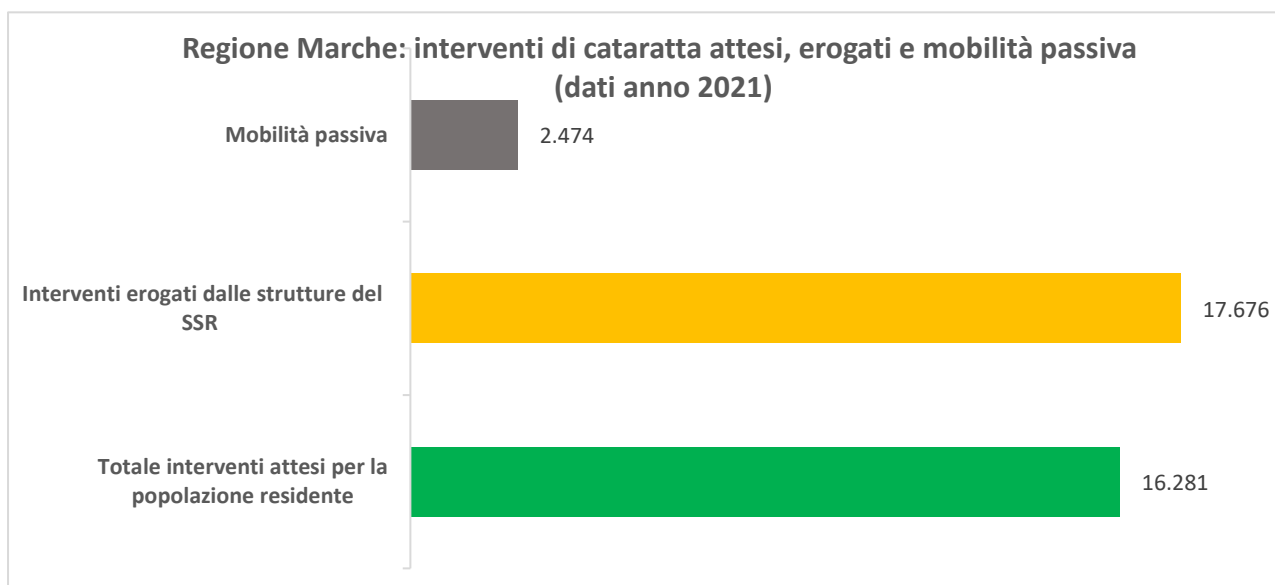
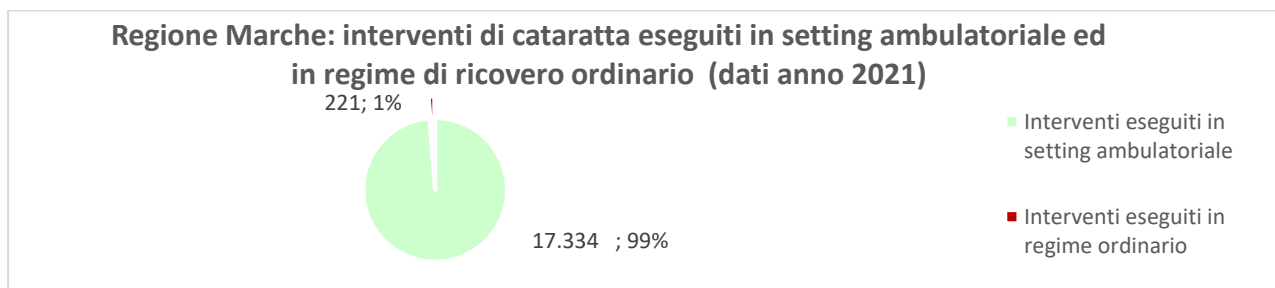
- AOU delle Marche: stabilimento Umberto I – Lancisi (74%); Stabilimento G. Salesi (6%)
- AST PU: stabilimento di Pesaro (19%)

## - Scheda operativa 9 - Rete OCULISTICA

Il DM 70/2015 prevede un bacino di utenza per la disciplina di oculistica pari a 0,15-0,30 milioni di abitanti (5-10 strutture di degenza per la nostra Regione).

### ATTIVITA' CHIRURGICA EROGATA PER LA CURA DELLA CATARATTA

L'analisi delle prestazioni erogate per la cura della cataratta è stata eseguita separatamente per le caratteristiche del setting di erogazione che è prevalentemente di tipo ambulatoriale. Il numero delle prestazioni effettuate in setting ambulatoriale nell'anno 2021 nella Regione Marche è pari a 17.334 per un valore percentuale sul totale degli interventi del 98,7% a fronte di 231 interventi effettuati in regime di ricovero (1,3%).



RILEVAZIONE DATI SDO ANNO 2021 CON CODICI PROCEDURA PRINCIPALE AD ALTO RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA IN REGIME DI DAY SURGERY (ALL.6B DPCM LEA 2017)			
STRUTTURE	Impianto secondario di cristallino artificiale (COD. PR.PRINC. 1372)	Rimozione di cristallino impiantato (COD. PR.PRINC. 138)	Totale complessivo
Casa Di Cura Villa Anna ' Srl	4	4	8
Casa Di Cura Villa Igea	2		2
Casa Di Cura Villa Pini Sanatrix Gestion	5	2	7
Casa Di Cura 'Villa San Marco'	1		1
Rita Srl Casa Cura Privata Villaverde	1		1
Stabilimento di Ascoli Piceno	2	10	12
Stabilimento di Fabriano	1	6	7
Stabilimento di Fano		1	1
Stabilimento di Fermo	8		8
Stabilimento di S. Severino M.	3	8	11

Stabilimento di S. Benedetto	3	8	11
Stabilimento di Senigallia		4	4
Stabilimento di Umberto I° - G.M. Lancisi	7	6	13
<b>Totale complessivo</b>	<b>37</b>	<b>49</b>	<b>86</b>

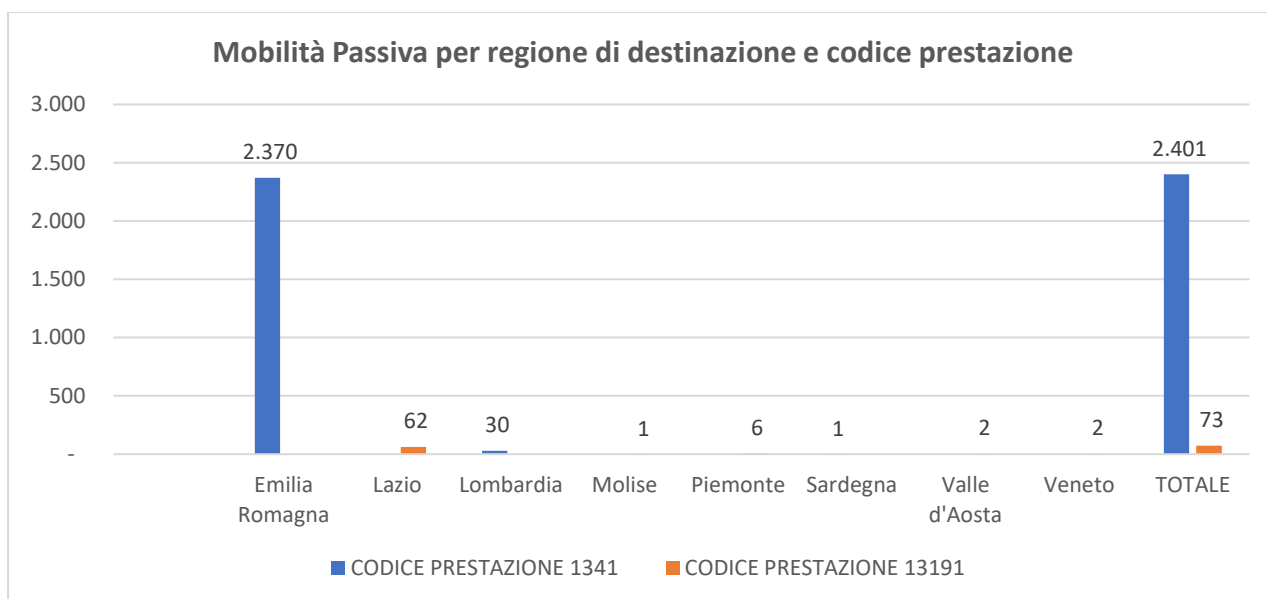
**Presidi pubblici che realizzano interventi di cataratta per tipologia di presidio, dati sulle prestazioni effettuate e sulle liste di attesa secondo i dati rilevati nella survey**

Struttura		Prestazioni effettuate setting ambulatoriale	Lista attesa	Pazienti in lista attesa/prestazioni effettuate
Area Vasta 1	STABILIMENTO DI URBINO	783	475	60,7%
Area Vasta 2	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	740	385	52,0%
Area Vasta 2	STABILIMENTO DI JESI	332	690	207,8%
Area Vasta 2	STABILIMENTO DI FABRIANO	993	821	82,7%
Area Vasta 3	STABILIMENTO DI MACERATA	725	620	85,5%
Area Vasta 3	STABILIMENTO DI S. SEVERINO M.	864	751	86,9%
Area Vasta 3	108 - RECANATI - 004501 - AMBULATORI H RECANATI	557	563	101,1%
Area Vasta 4	STABILIMENTO DI FERMO	2200	1000	45,5%
Area Vasta 5	STABILIMENTO DI S. BENEDETTO	470	364	77,4%
Area Vasta 5	STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO	292	97	33,2%
Area Vasta 1	AOMN STABILIMENTO DI FANO	1236	1052	85,1%
Area Vasta 2	AOU STAB. UMBERTO I° - G.M. LANCISI	594	663	111,6%
Area Vasta 2	STABILIMENTO INRCA DI OSIMO	247	13	5,3%
<b>Totale</b>		<b>10.033</b>	<b>7.494</b>	
<b>Media</b>				<b>79,6%</b>

AST	Liste attesa per interventi setting ambulatoriale (strutture pubbliche) al 30/06/2022
1	1.527
2	2.572
3	1.934
4	1.000
5	461
<b>Totale</b>	<b>7.494</b>

\* dato raccolto con survey

Per quel che riguarda la mobilità passiva totale è risultata pari a 2474 interventi (flussi regionali) e la quasi totalità (95.8%) è localizzata in Emilia-Romagna.



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

#### ATTIVITA' CHIRURGICA EROGATA PER PATOLOGIE OCULARI NEL SETTING DI RICOVERO OSPEDALIERO

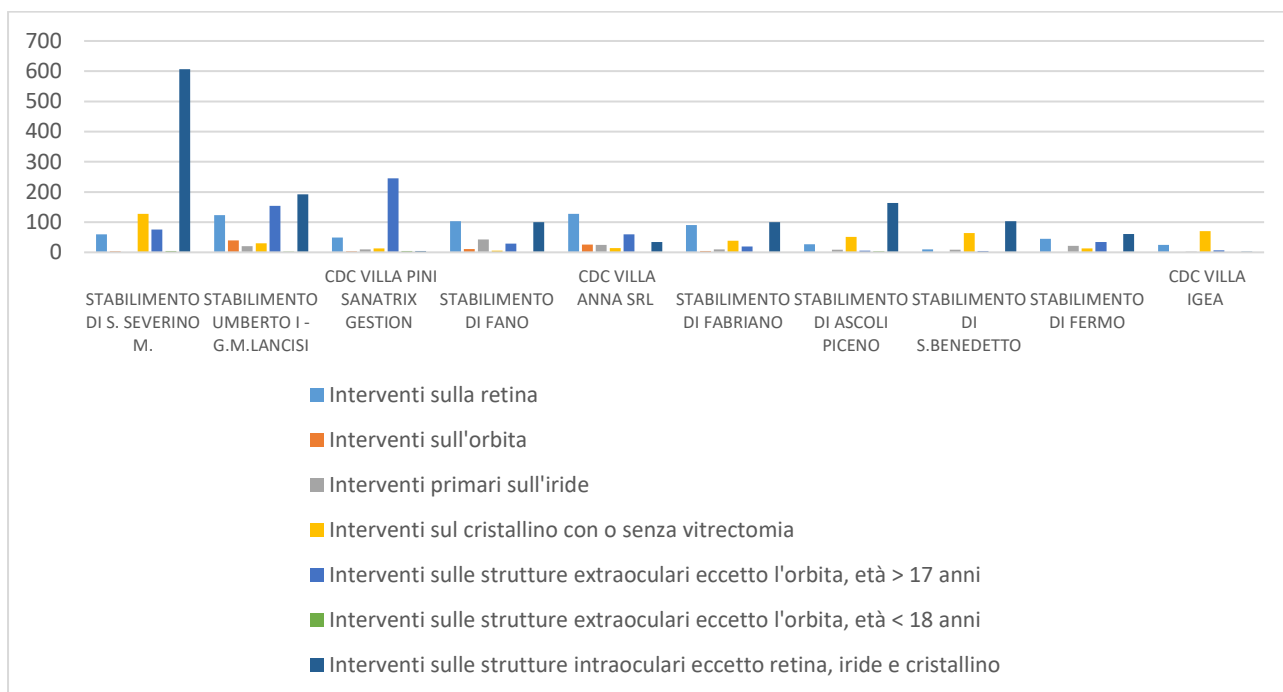
Sono stati selezionati i DRG appartenenti all'MDC 2 (malattie e disturbi dell'occhio) che sono rappresentativi dell'attività chirurgica di pertinenza oculistica.

Descrizione DRG	Interventi sulla retina	Interventi sull'orbita	Interventi primari sull'iride	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	Totale	%
STABILIMENTO DI S. SEVERINO M.	60	3		127	76	4	607	877	25%
AOU UMBERTO I - G.M. LANCISI	123	39	20	30	154	2	192	560	16%
CDC VILLA PINI	49	3	10	13	245	5	5	330	9%
STABILIMENTO DI FANO	103	11	43	6	29		100	292	8%
CDC VILLA ANNA SRL	128	26	25	14	60		34	287	8%
STABILIMENTO DI FABRIANO	90	4	10	38	19		100	261	7%
STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO	27	1	9	51	6	3	163	260	7%
STABILIMENTO DI S. BENEDETTO	10		9	64	4		103	190	5%
STABILIMENTO DI FERMO	45	1	21	13	34		61	175	5%
CDC VILLA IGEA	25		2	70	7		2	106	3%
STABILIMENTO G. SALES		2			1	51	1	55	2%
CDC VILLA MONTEFELTRO							53	53	1%
CDC VILLA SAN MARCO				24	5		3	32	1%
STABILIMENTO DI SENIGALLIA				4	1		18	23	1%
CDC PRIVATA VILLVERDE	1			1	11		2	15	0%
STABILIMENTO DI URBINO			5	5				10	0%
STABILIMENTO DI MACERATA					7	2		9	0%
STABILIMENTO DI CIVITANOVA		1			5			6	0%
STABILIMENTO DI JESI					1			1	0%
STABILIMENTO INRCA DI OSIMO					1			1	0%
<b>TOTALE</b>	<b>661</b>	<b>91</b>	<b>154</b>	<b>460</b>	<b>666</b>	<b>67</b>	<b>1444</b>	<b>3543</b>	
<b>%</b>	<b>19%</b>	<b>3%</b>	<b>4%</b>	<b>13%</b>	<b>19%</b>	<b>2%</b>	<b>41%</b>	<b>100%</b>	

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)



L'offerta prevalente si registra per gli interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino (prevalentemente per glaucoma).



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Le prestazioni specialistiche di chirurgia vascolare sono erogate in regime di ricovero ospedaliero dagli Enti del SSR (pubblici)

- AOU delle Marche: stabilimento Umberto I – Lancisi (16%)
- AST PU: stabilimento di Fano (8%)
- AST AN: stabilimento di Senigallia (1%), Fabriano (7%)
- AST MC: stabilimento di S. Severino (25%)
- AST FM: stabilimento di Fermo (5%)
- AST AP: stabilimento di S. Benedetto (5%), Ascoli Piceno (7%)

La percentuale delle strutture private (Casa di Cura) convenzionate:

- Villa Montefeltro (1%-AST PU)
- Villa Igea (2% - AST AN);
- Villa Pini (9% - AST MC);
- Villa Anna (8%), S. Marco (1%) (AST AP).

## - Scheda operativa 10 - Rete OTORINOLARINGOIATRIA

La distribuzione diffusa delle strutture specialistiche di ORL conferma un tasso di mobilità passiva extraregionale inferiore al 10% tranne che per i residenti in AST5 dove è pari al 15% e un tasso di mobilità intraregionale (presso altra AST) con una media del 30% dei casi tranne che per i residenti dell'AST4 dove la percentuale sale al 54%. Il DM 70/2015 prevede un bacino di utenza per la disciplina pari a 0,15-0,30 milioni di abitanti (5-10 strutture di degenza per la nostra Regione).

L'attività specialistica otorinolaringoiatrica (ORL) è presente diffusamente sul territorio regionale. Il DM 70/2015 prevede un bacino di utenza pari a 0,15-0,30 milioni di abitanti (5-10 strutture di degenza per la nostra Regione).

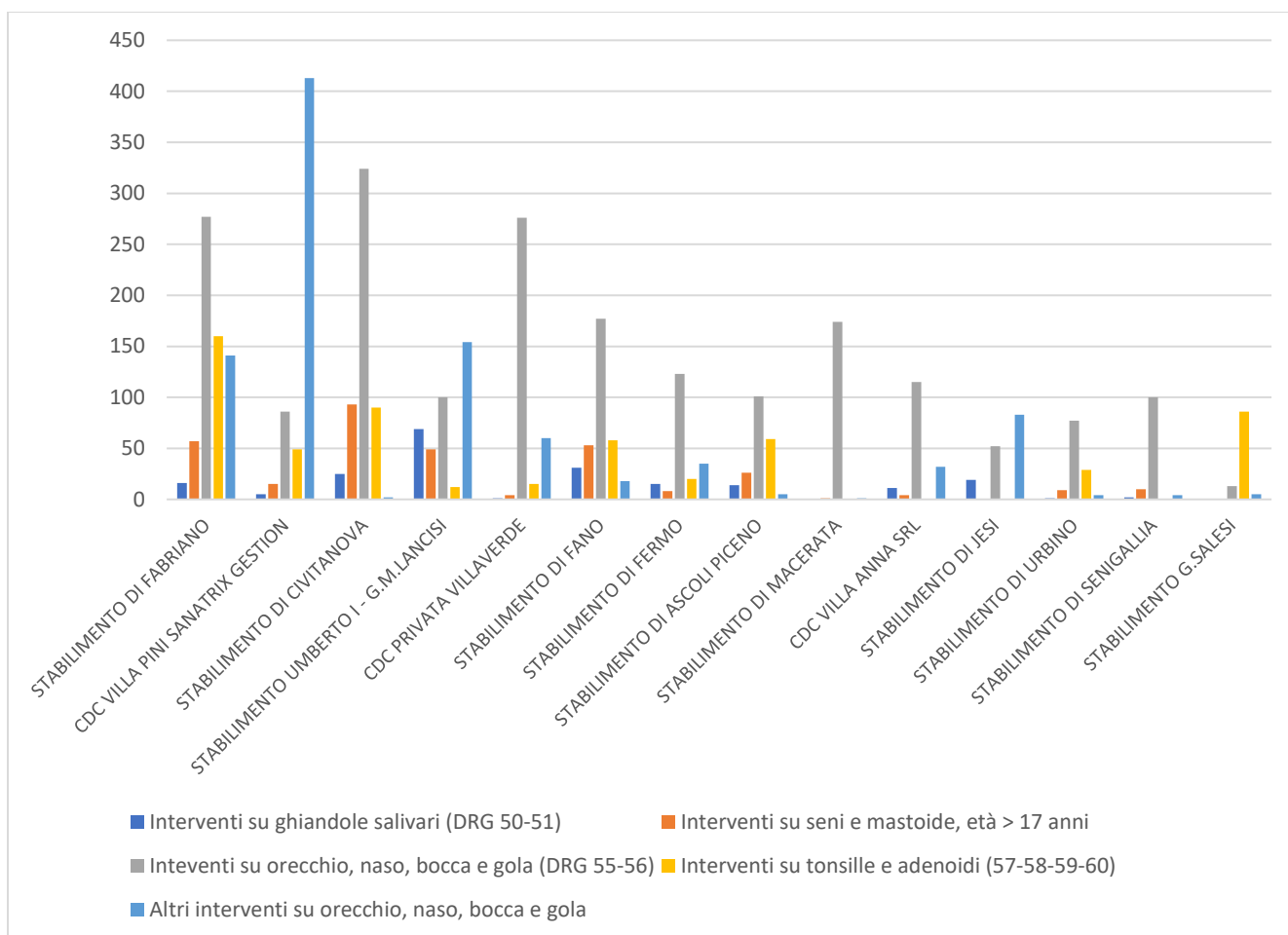
L'attività viene erogata in ambito chirurgico, in regime di ricovero ordinario/diurno e ambulatoriale, per varie patologie a carico di tonsille/adenoidi, naso e seni paranasali, corde vocali, laringe (attività chirurgica) e per sordità/acufeni, paralisi facciali, ascessi, vertigini, dispnee e disfagie (attività medica).

Descrizione DRG	Interventi su ghiandole salivari (DRG 50-51)	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	Interv. su orecchio, naso, bocca e gola (DRG 55-56)	Interventi su tonsille e adenoidi (57-58-59-60)	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	Totale	%
STABILIMENTO DI FABRIANO	16	57	277	160	141	<b>651</b>	<b>15%</b>
CDC VILLA PINI SANATRIX GESTION	5	15	86	49	413	<b>568</b>	<b>13%</b>
STABILIMENTO DI CIVITANOVA	25	93	324	90	2	<b>534</b>	<b>12%</b>
STABILIMENTO UMBERTO I - LANCISI	69	49	100	12	154	<b>384</b>	<b>9%</b>
CDC PRIVATA VILLAVERDE	1	4	276	15	60	<b>356</b>	<b>8%</b>
STABILIMENTO DI FANO	31	53	177	58	18	<b>337</b>	<b>8%</b>
STABILIMENTO DI FERMO	15	8	123	20	35	<b>201</b>	<b>5%</b>
STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO	14	26	101	59	5	<b>205</b>	<b>5%</b>
STABILIMENTO DI MACERATA	0	1	174	0	1	<b>176</b>	<b>4%</b>
CDC VILLA ANNA SRL	11	4	115	0	32	<b>162</b>	<b>4%</b>
STABILIMENTO DI JESI	19		52	0	83	<b>154</b>	<b>4%</b>
STABILIMENTO DI URBINO	1	9	77	29	4	<b>120</b>	<b>3%</b>
STABILIMENTO DI SENIGALLIA	2	10	100	0	4	<b>116</b>	<b>3%</b>
STABILIMENTO G. SALES	0		13	86	5	<b>104</b>	<b>2%</b>
CDC SAN BENEDETTO SPA	3		78	1	13	<b>95</b>	<b>2%</b>
STABILIMENTO DI S. BENEDETTO	4	19	45	10	2	<b>80</b>	<b>2%</b>
CDC VILLA IGEA	4	10	26	0		<b>40</b>	<b>1%</b>
CDC VILLA SAN MARCO	0	3	26	0	2	<b>31</b>	<b>1%</b>
CDC VILLA MONTEFELTRO	0		9	0	1	<b>10</b>	<b>0%</b>
STABILIMENTO DI PESARO	0		0	1	1	<b>2</b>	<b>0%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>220</b>	<b>361</b>	<b>2179</b>	<b>590</b>	<b>976</b>	<b>4326</b>	
<b>%</b>	<b>5%</b>	<b>8%</b>	<b>50%</b>	<b>14%</b>	<b>23%</b>	<b>100%</b>	

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

L'offerta prevalente si registra per gli interventi su orecchio, naso, bocca e gola (DRG 55-56) specificando che gli interventi per ipertrofia dei turbinati e deviazione setto nasale sono effettuati per la quasi totalità dalle strutture private e che interventi per patologie tumorali (circa il 15%) sono erogati in prevalenza dagli Enti del SSR.

Per ciò che attiene il DRG "Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola" si precisa che comprende per il 70% da interventi a carico della bocca per disturbi dell'eruzione dentaria (in prevalenza dal privato convenzionato Villa dei Pini) e interventi per sinusiti mascellari (in prevalenza strutture pubbliche e CdC Villa Verde). La restante quota di attività chirurgica su orecchio/naso/gola è erogata in prevalenza dal privato convenzionato (in particolare Cdc Villa Anna per epistassi).



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Le prestazioni specialistiche di chirurgia vascolare sono erogate in regime di ricovero ospedaliero dagli Enti del SSR (pubblici)

- AOU delle Marche: stabilimento Umberto I – Lancisi (9%), Salesi (2%)
- AST PU: stabilimento di Fano (8%), Urbino (3%)
- AST AN: stabilimento di Senigallia (3%), Fabriano (15%), Jesi (4%)
- AST MC: stabilimento di Macerata (4%), Civitanova (12%)
- AST FM: stabilimento di Fermo (5%)
- AST AP: stabilimento di S. Benedetto (2%), Ascoli Piceno (5%)

Il 30 % dalle strutture private (Casa di Cura) convenzionate:

- Villa Igea (1% - AST AN);
- Villa Pini (13% - AST MC);
- Villa verde (8% - AST FM)
- Villa Anna (4%), S. Marco (1%), S. Benedetto (2%) (AST AP).

## APPENDICE 6: LE STRUTTURE TERRITORIALI

La rete delle unità d'offerta sanitarie e sociosanitarie, di cui al Regolamento regionale n.1/2018, comprende servizi residenziali e semiresidenziali rivolti agli utenti delle diverse aree assistenziali previste dai LEA:

- ANZIANI attraverso residenze sanitarie assistenziali (RSA), Residenze Protette (RP) e centri diurni (SR) sia per persone non autosufficienti che per persone con demenza;
- DISABILI, mediante residenze sanitarie e sociosanitarie per disabili (RD), Gruppi appartamento e centri diurni (SRDis);
- SALUTE MENTALE, attraverso residenze terapeutiche per la Salute mentale e Comunità protette (SRP) e gruppi appartamento per la salute mentale (SRP4), residenziale per la Salute mentale - Infanzia e Adolescenza (SRT-IA) e centri diurni (SSRP) sia per adulti che per adolescenti;
- DIPENDENZE PATOLOGICHE, attraverso residenze terapeutico riabilitative (STD), centri diurni (CDT);
- MINORENNI attraverso Comunità socio-psico-educativa integrata per Minorenni (CPEM) e centri diurni (SPEM);

Per la fase terminale della vita, si evidenziano le strutture residenziali quali gli hospice e le cure palliative domiciliari.

### Numero Soggetti presenti nelle strutture di assistenza con distribuzione per tipologia assistenza (anno 2020/2022) per provincia di residenza - conteggio sulle teste

provincia	1) Assistenza Intensiva			2) Assistenza Specialistica			3) Polipatologia con Complessità Clinica		
	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
1) Ancona	203	353	667	100	183	291	94	178	432
2) Pesaro-Urbino	221	446	1.184	55	144	438	65	165	595
3) Macerata	44	145	277	33	78	163	32	92	150
4) Ascoli Piceno	32	59	197	19	49	83	20	56	75
5) Fermo	19	57	173	2	30	70	5	25	91
6) Fuori Regione	3	10	14		3	7	3	10	9
<b>Totale</b>	<b>522</b>	<b>1.070</b>	<b>2.512</b>	<b>209</b>	<b>487</b>	<b>1.052</b>	<b>219</b>	<b>526</b>	<b>1.352</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

provincia	4) Deficit Cognitivi			5) Deficit Comportamentali			6) Funzione Fisica Ridotta			Totale generale
	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	
1) Ancona	74	232	454	6	20	37	359	766	1.424	5.873
2) Pesaro-Urbino	34	136	354	2	1	31	207	411	874	5.363
3) Macerata	42	128	249	1	10	16	161	475	852	2.948
4) Ascoli Piceno	38	58	126	4	8	8	78	153	281	1.344
5) Fermo	11	33	72	2	1	5	92	148	369	1.205
6) Fuori Regione	1	2	7			1	4	44	39	157
<b>Totale</b>	<b>200</b>	<b>589</b>	<b>1.262</b>	<b>15</b>	<b>40</b>	<b>98</b>	<b>901</b>	<b>1.997</b>	<b>3.839</b>	<b>16.890</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

**Analisi Flussi FAR (Anziani):** rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali, legate al set di informazioni relative a soggetti anziani o soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche.

<b>ASSISTITI FAR - PER 1000 ABITANTI (Questo su popolazione generale)</b>				
Regione	Descrizione	Assistiti	Popolazione	Ass. *1.000 ab.
42	PROV. AUTON. TRENTO	10240	542166	18,89
10	PIEMONTE	50041	4274945	11,71
30	LOMBARDIA	101693	9981554	10,19
50	VENETO	45604	4869830	9,36
70	LIGURIA	12782	1518495	8,42
100	UMBRIA	7168	865452	8,28
90	TOSCANA	30525	3692865	8,27
60	FRIULI VENEZIA GIULIA	9431	1201510	7,85
110	MARCHE	10934	1495820	7,31
80	EMILIA ROMAGNA	30877	4441353	6,95
41	PROV. AUTON. BOLZANO	2980	534912	5,57
130	ABRUZZO	3690	1281012	2,88
20	VALLE D'AOSTA	321	124089	2,59
160	PUGLIA	9348	3933777	2,38
180	CALABRIA	4173	1860601	2,24
120	LAZIO	11060	5730399	1,93
190	SICILIA	8212	4833705	1,7
140	MOLISE	480	294294	1,63
170	BASILICATA	489	545130	0,9
150	CAMPANIA	4140	5624260	0,74
200	SARDEGNA	0	1590044	0
<b>TOTALE</b>		<b>354188</b>	<b>59236213</b>	<b>5,9</b>

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

## Analisi Flussi FAR (Anziani): Cure Intermedie e Strutture Residenziali

Cure Intermedie			
Etichette di riga	UTENTI PRESENTI NEL 2021	di cui ammissioni nel 2021	Dimissioni nel 2021
Distretto Urbino	201	187	187
Distretto Fano	351	314	345
Distretto Senigallia	36	35	33
Distretto Jesi	86	70	77
Distretto Fabriano	91	74	81
Distretto Ancona	271	207	233
Distretto Civitanova Marche	119	80	86
Distretto Macerata	190	166	156
Distretto Camerino	78	66	66
Distretto Fermo	131	108	108
<b>Totale complessivo</b>	<b>1554</b>	<b>1307</b>	<b>1372</b>

Popolazione target	
Popolazione >=65 anni	Tasso su 1000
20992	9,58
33098	10,60
20355	1,77
26575	3,24
11942	7,62
62596	4,33
28483	4,18
34675	5,48
12952	6,02
43464	3,01
295132	5,27

Strutture Residenziali			
Etichette di riga	UTENTI PRESENTI NEL 2021	di cui ammissioni nel 2021	Dimissioni nel 2021
Distretto Pesaro	1037	732	670
Distretto Urbino	852	399	411
Distretto Fano	841	405	380
Distretto Senigallia	816	362	378
Distretto Jesi	984	421	350
Distretto Fabriano	213	117	80
Distretto Ancona	1581	469	460
Distretto Civitanova Marche	525	233	209
Distretto Macerata	659	256	205
Distretto Camerino	482	138	123
Distretto Fermo	577	245	214
Distretto san Benedetto	679	370	346
Distretto Ascoli Piceno	394	147	161
<b>Totale complessivo</b>	<b>9653</b>	<b>4294</b>	<b>3987</b>

Popolazione target	
Popolazione >=65 anni	Tasso su 1000
33121	31,31
20992	40,59
33098	25,41
20355	40,09
26575	37,03
11942	17,84
62596	25,26
28483	18,43
34675	19,01
12952	37,21
43464	13,28
25161	26,99
27612	14,27
381026	25,33

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

### Analisi Flussi FAR (Anziani): Strutture Semi-Residenziali e Totale (Cure intermedie + Residenziale + Semi-Residenziale)

Strutture Semi-Residenziale			
Etichette di riga	UTENTI PRESENTI NEL 2021	di cui ammissioni nel 2021	Dimissioni nel 2021
Distretto Senigallia	37	16	15
Distretto fabriano	38	12	14
Distretto Ancona	36	1	2
Distretto Macerata	14	0	2
Distretto Fermo	14	0	2
Distretto san Benedetto	15	4	4
Distretto Ascoli Piceno	51	28	22
921	28	0	0
<b>Totale complessivo</b>	<b>233</b>	<b>61</b>	<b>61</b>

Popolazione target	
Popolazione >=65 anni	Tasso su 1000
20355	1,82
11942	3,18
62596	0,58
34675	0,40
43464	0,32
25161	0,60
27612	1,85
	-
225805	1,03

Complessivo (cure intermedie + Residenziale + semi-residenziale)			
Etichette di riga	UTENTI PRESENTI NEL 2021	di cui ammissioni nel 2021	Dimissioni nel 2021
Distretto Pesaro	1037	732	670
Distretto Urbino	1053	586	598
Distretto Fano	1192	719	725
Distretto Senigallia	889	413	426
Distretto Jesi	1070	491	427
Distretto fabriano	342	203	175
Distretto Ancona	1888	677	695
Distretto Civitanova Marche	644	313	295
Distretto Macerata	863	422	363
Distretto Camerino	560	204	189
Distretto Fermo	722	353	324
Distretto san Benedetto	694	374	350
Distretto Ascoli Piceno	445	175	183
<b>Totale complessivo</b>	<b>11440</b>	<b>5662</b>	<b>5420</b>

Popolazione target	
Popolazione >=65 anni	Tasso su 1000
33121	31,94
20992	19,94
33098	27,77
20355	22,90
26575	24,84
11942	34,92
62596	33,15
28483	44,23
34675	40,18
12952	23,13
43464	60,20
25161	36,26
27612	62,05
381026	33,31

Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)