

Regione Marche

Relazione generale sul servizio sanitario marchigiano

(c. 7 art. 31 Legge regionale 17 luglio 1996 n. 26 “Riordino del servizio sanitario regionale”)

Anni 2016-2017

Sommario

Introduzione	3
Il sistema sanitario. Anni 2016 e 2017.....	18
L'andamento della spesa sanitaria	35

Introduzione

Il Servizio Sanitario Regionale delle Marche è disciplinato, ai sensi del Decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, dalla Legge regionale 17 luglio 1996 n. 26 “Riordino del servizio sanitario regionale”. Il presente documento costituisce la “relazione generale sulla gestione ed efficienza dei servizi sanitari, sullo stato di salute della popolazione, sullo stato di attuazione del Piano sanitario regionale, sull’andamento della spesa sanitaria e sull’attività dei servizi e presidi della regione che evidenzia il grado di raggiungimento degli obiettivi”, di cui al comma 7 dell’articolo 31 della Legge regionale citata, che la Giunta regionale deve presentare annualmente al Consiglio regionale.

La relazione contiene dati e informazioni relative agli ultimi anni disponibili, di conseguenza è possibile fornire informazioni complete fino all’anno 2016. Per quanto riguarda l’anno 2017 è necessario precisare che la raccolta dei dati è in corso di completamento nonché la loro valutazione ai fini della completezza e della qualità. Con la piena disponibilità dei dati, sarà possibile puntualizzare gli argomenti specifici e integrare la relazione. In particolare, è da sottolineare che i dati definitivi relativi alla mobilità sanitaria richiedono un percorso particolarmente complesso e lungo legato alle verifiche incrociate tra le Regioni e tra Regioni e Ministero.

Poiché la relazione deve contenere lo stato di attuazione del Piano sanitario regionale, il presente documento, ai fini della relazione sullo stato di attuazione e sugli effetti del Piano socio sanitario di cui al punto 2 della Deliberazione Amministrativa n. 38 del 20 dicembre 2011, rinvia alla Relazione predisposta per l’anno 2017 che integra quella presentata per l’anno 2016.

Il Contesto demografico ed epidemiologico

ASPETTI DEMOGRAFICI

La popolazione marchigiana

Al 1 gennaio 2017 la popolazione delle Marche era costituita da 1.538.055 residenti (745.486 maschi, 792.569 femmine).

Nel 2017 la struttura della popolazione marchigiana, relativamente alla cosiddetta *piramide delle età*, mostra una tendenza generale al calo delle nascite ed un progressivo invecchiamento della popolazione: la fascia d'età più rappresentata è infatti, in entrambi i sessi, quella dei 40-49 anni, mentre nel 2002 era quella dei 35-39 anni.

Sempre nel 2017 l'età media dei marchigiani corrisponde a 46,1 anni e la percentuale di individui di 65 anni ed oltre è pari al 24,3% del totale della popolazione (22,3% in Italia), mentre la popolazione di età superiore ai 75 anni è pari al 13,21% del totale rispetto all'11,44% nazionale.

Le stime ISTAT per le Marche evidenziano per i prossimi anni un ulteriore invecchiamento della popolazione con l'aumento dell'aspettativa di vita, congiuntamente ad un rallentamento della natalità, che produrrà nella nostra regione un ulteriore invecchiamento complessivo della popolazione.

Natalità e mortalità

Nel 2017 si conferma la diminuzione del tasso di natalità della Regione Marche (11.482 nati per un tasso di natalità pari al 7,1‰).

Il trend del tasso di natalità, dopo una leggera ripresa nel primo decennio degli anni 2000 presenta un calo, per raggiungere nel 2017 il valore più basso degli ultimi 35 anni.

La mortalità marchigiana dai primi anni 90' fino al 2013 si è assestata attorno al 10‰. Dal 2015 mostra un trend in aumento, nel 2017 ci sono stati 17.322 decessi per un tasso di mortalità pari a 12,2‰. L'aumento, verificatosi in tutt'Italia è spiegato da un insieme di concause (epidemia influenzale, ondate di calore, bassa mortalità nel 2014).

Il Tasso di crescita naturale rappresenta il rapporto tra il saldo naturale (differenza fra nati vivi e morti) e la popolazione media di un determinato anno, per mille individui. Anche in questo caso si evidenzia il trend in diminuzione.

All'invecchiamento generale della popolazione marchigiana corrisponde un cambiamento epidemiologico complessivamente inteso, ad esempio alcuni grandi temi che dovranno essere affrontati saranno probabilmente:

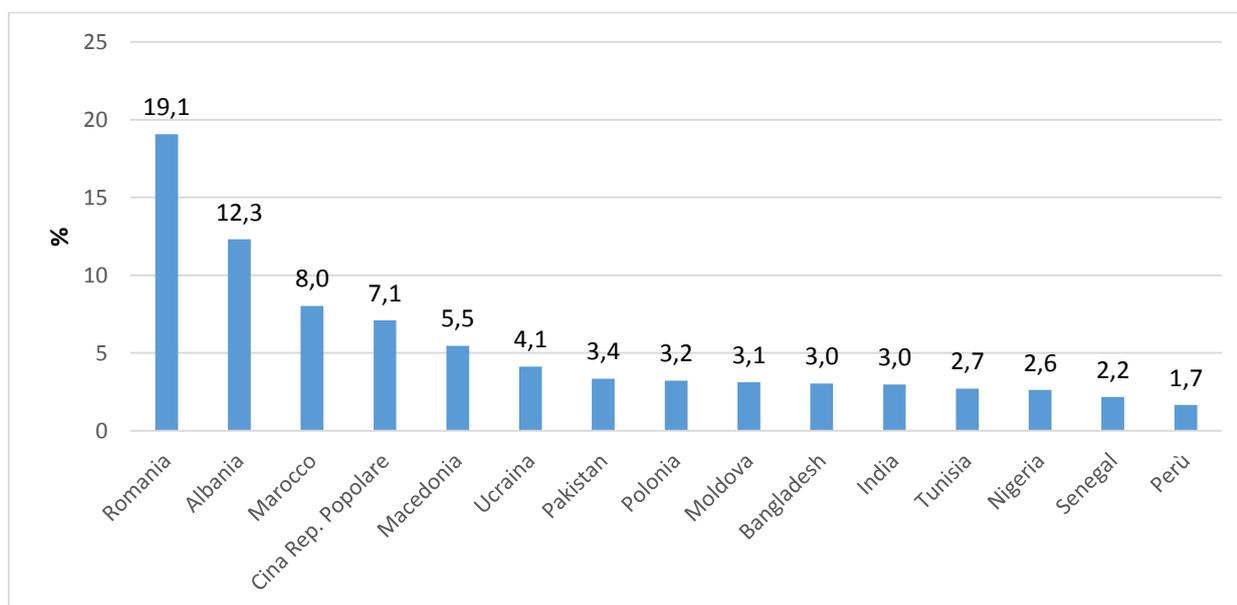
- l'invecchiamento della popolazione attiva e la conseguente riorganizzazione della vita lavorativa;
- l'aumento dell'incidenza delle malattie croniche a cui contribuiscono l'invecchiamento della popolazione e gli stili di vita non salutari. A ciò corrisponderebbe un aumento dei bisogni di salute e la loro traduzione in domanda di servizi sanitari.

Di qui la necessità di pensare ed attuare strategie preventive, diagnostiche e terapeutiche e Politiche a sostegno del mantenimento di una “buona salute” e di una vita lavorativa e indipendente prolungata nel tempo.

La speranza di vita alla nascita (numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere) è aumentata negli ultimi 15 anni di circa 2 anni per le femmine e di circa 3 per gli maschi, arrivando nel 2017 a 85,8 anni per le femmine e 81,1 per i maschi.

Popolazione straniera

Popolazione straniera per cittadinanza (%). Regione Marche, anno 2016.



Fonte: Demostat

Al 01.01.2017 gli stranieri residenti sono 136.199 e rappresentano il 9% della popolazione totale

La popolazione straniera fornisce un apporto fondamentale nel rallentamento del processo di invecchiamento della popolazione; infatti rispetto alla popolazione marchigiana si tratta di una popolazione:

– molto più giovane: il 17% ha meno di 15 anni (13,1% Marche) e solo il 5% ha 65 anni e oltre (vs il 24% Marche),

– con una propensione a fare figli più elevata rispetto alla popolazione italiana: (nel 2016 il tasso di natalità degli stranieri è pari a 12,9% vs 7,1% per gli italiani mentre il numero medio di figli per donna è nelle straniere del 1,88 vs l'1,23 delle italiane). Tuttavia il contributo delle cittadine straniere alla natalità della popolazione residente si va lentamente riducendo.

Le cittadinanze più rappresentate sono quella rumena (19%), albanese (12%) e marocchina (8%).

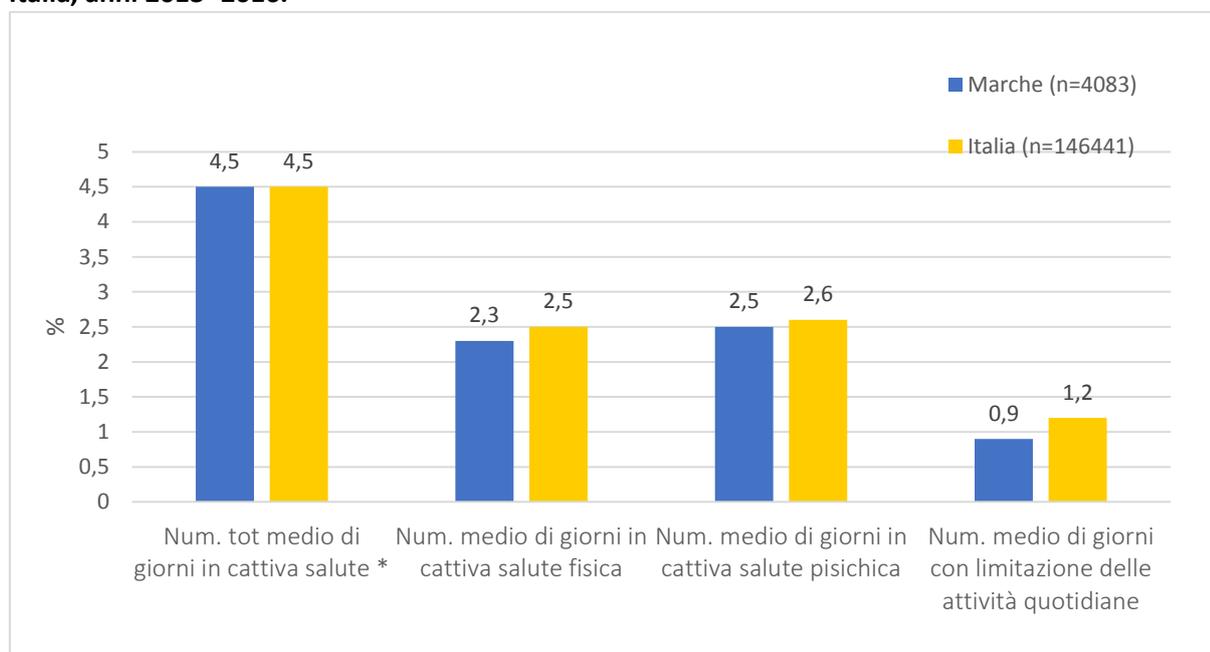
PROBLEMATICHE DI SALUTE

La salute percepita e la qualità della vita

La salute percepita rappresenta la misura di un parametro soggettivo, ma che influenza anche il ricorso ai servizi sanitari e per questo risulta importante la sua valutazione.

I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI (interviste telefoniche ad un campione rappresentativo della popolazione regionale di età 18-69 anni), evidenziano che la gran parte della popolazione adulta marchigiana (circa 7 persone su 10) giudica positivo il proprio stato di salute, dichiarando di sentirsi bene o molto bene. Una piccola percentuale di persone (circa il 3%) riferisce di sentirsi male o molto male; la restante parte degli intervistati dichiara di sentirsi "discretamente".

Percezione dello stato di salute in base al numero riferito di giorni in cattiva salute. Confronto Marche – Italia, anni 2013- 2016.



Fonte: Sistema di Sorveglianza PASSI

* Il numero totale di giorni non in salute è calcolato come la somma dei giorni in cattiva salute fisica e quelli in cattiva salute mentale negli ultimi trenta giorni, fino a un massimo di 30 giorni per intervistato.

I dati evidenziano come sia leggermente peggiore la percezione positiva complessiva dei marchigiani rispetto alla media italiana; migliore invece la quota media di giornate in cui dichiarano di aver avuto limitazione delle attività quotidiane a causa della propria salute. Per quanto riguarda i giorni trascorsi non in salute ed i giorni con limitazione delle attività nei 30 giorni antecedenti l'intervista, essi sono risultati più frequenti nei soggetti di età avanzata, sesso femminile, livello di istruzione basso, difficoltà economiche e presenza di patologie croniche. Va evidenziato come le problematiche di carattere psicologico siano risultate più rilevanti di quelle di carattere fisico, nella quasi totalità delle categorie.

Cause di morte

Per quanto riguarda la mortalità, nel 2015 nelle Marche sono stati rilevati 18.105 decessi.

Le principali cause di morte sono rappresentate dalle malattie del sistema circolatorio (38,1% sul totale) e dai tumori (24,5%), dati in linea con quelli nazionali. A seguire, malattie ischemiche del cuore (12,9%) e malattie cerebrovascolari (9,8%).

Stima dell'incidenza dei tumori nelle Marche

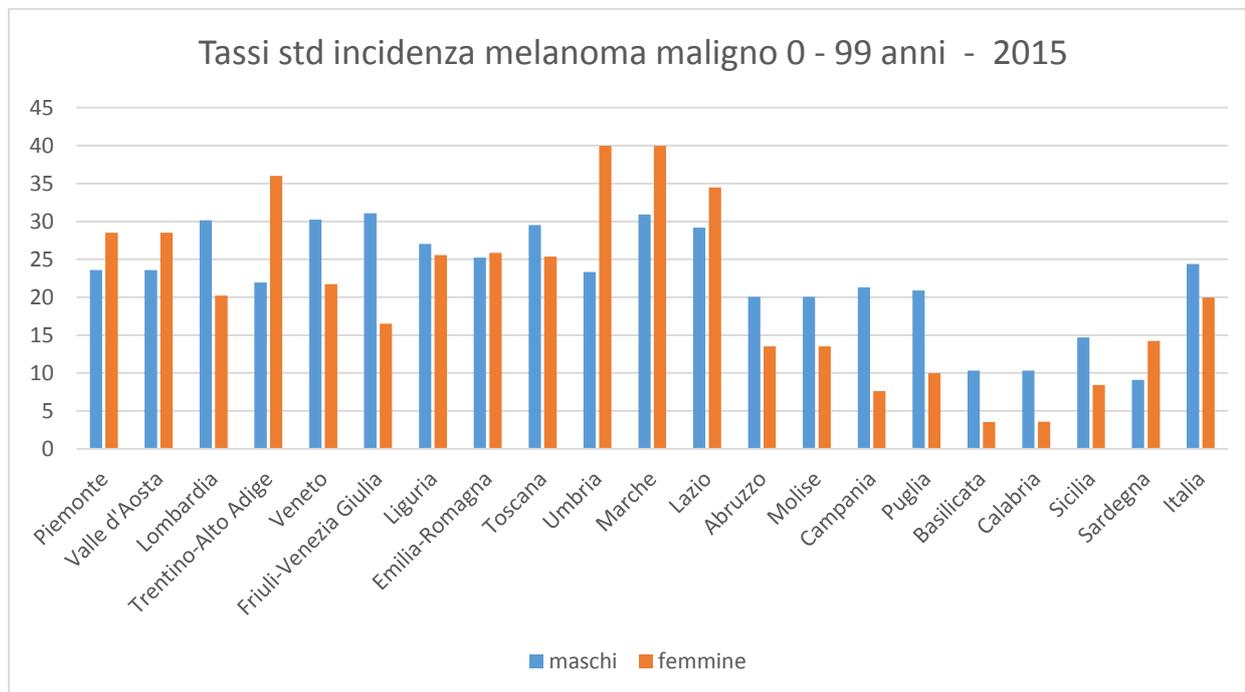
Nelle Marche è attivo il Registro Tumori Regionale che sta completando l'analisi del triennio 2010-2012. Trattandosi del primo periodo esaminato le procedure sono risultate piuttosto complesse: sono stati esaminati circa 50.000 casi e sono state controllate numerose cartelle cliniche (10% dei casi) per escludere i casi prevalenti (casi già presenti e non nuovi casi). Nel corso del 2017 è stata completata l'attività di codifica e controllo per le Aree Vaste 1 e 2 e avviate le attività relative alle altre Aree Vaste. Il Registro rappresenta uno strumento importante per le valutazioni epidemiologiche: è in fase conclusiva un report preliminare relativo all'area Ex AERCA che rappresenta uno degli elementi di un modello di sorveglianza riferito ad uno specifico ambito territoriale (Dgr 340/2017).

Di seguito si riporta un'analisi effettuata dall'Istituto Superiore Sanità che applica una metodologia statistica che utilizza come fonti i dati di incidenza dei Registri che operano sul territorio nazionale e che hanno già fornito il primo triennio di indagine.

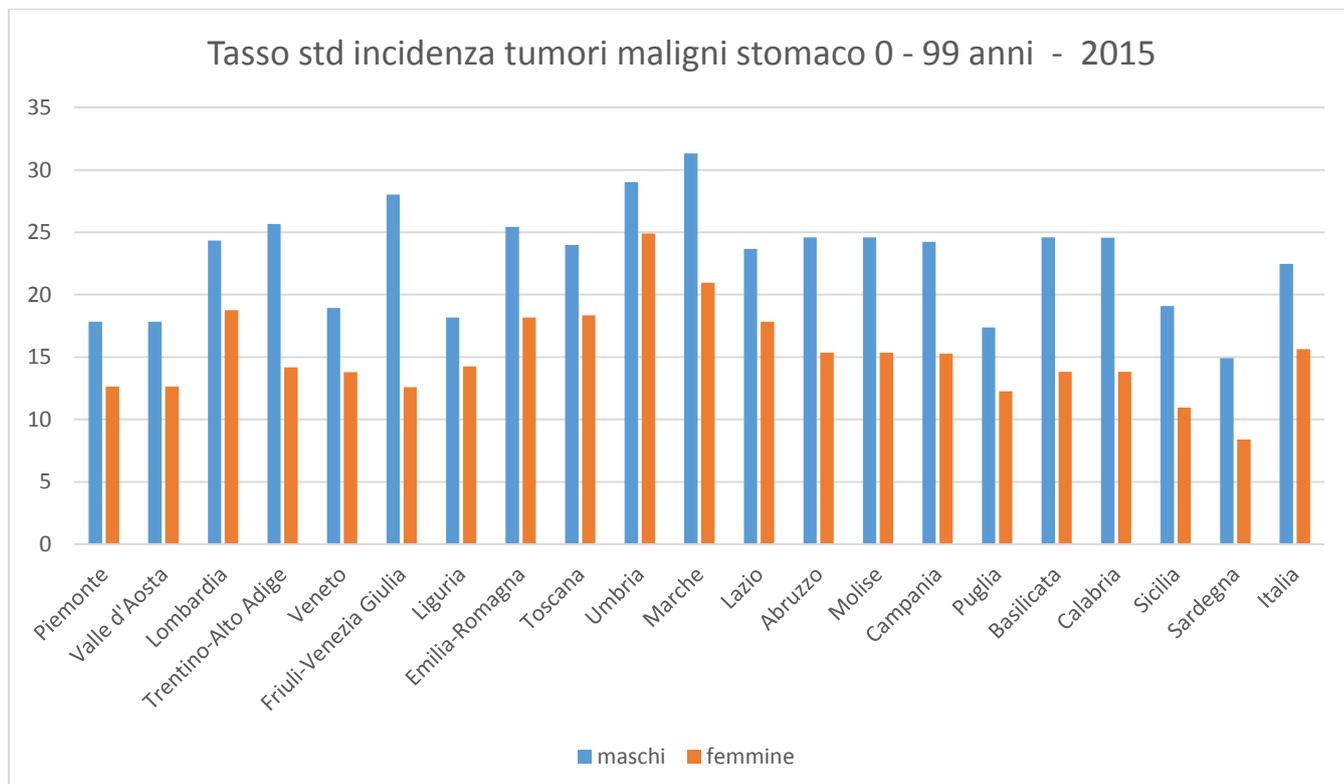
Si tratta quindi di una stima dei tassi di incidenza. Si riporta di seguito il confronto dei tassi di incidenza tra le Regioni (anno 2015) per le seguenti patologie:

- MELANOMA MALIGNO
- TUMORE dello STOMACO
- TUMORE del COLON-RETTO
- TUMORE del POLMONE
- TUMORE della MAMMELLA
- TUMORE della PROSTATA

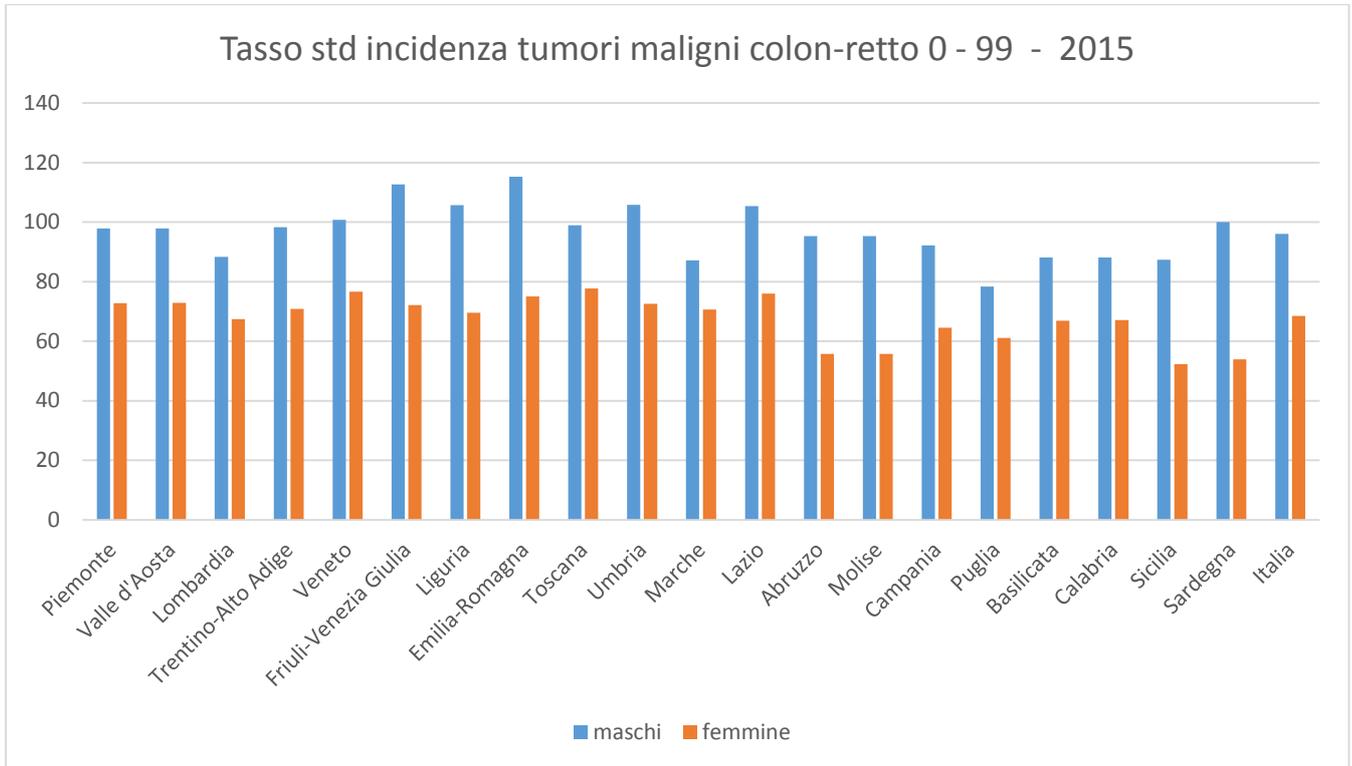
Melanoma Maligno



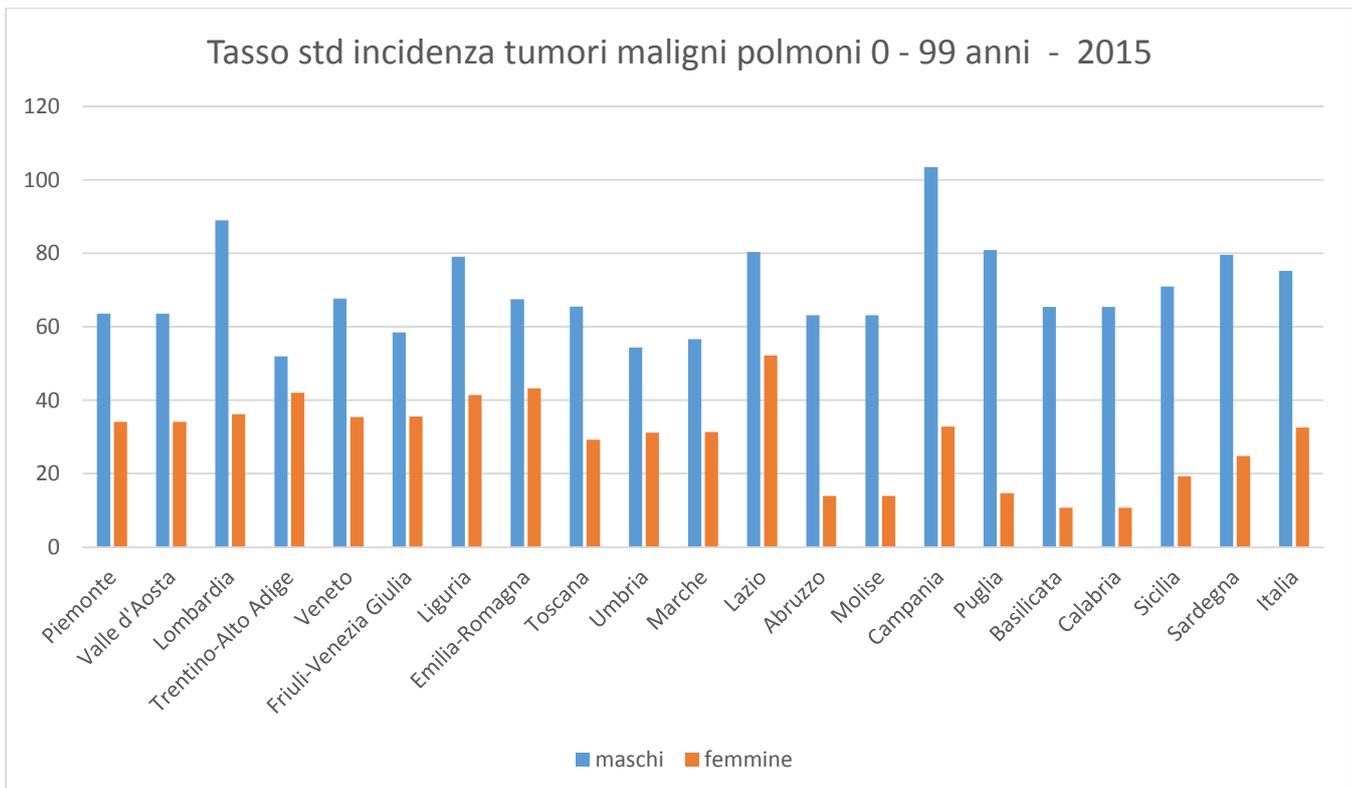
Tumore maligno dello stomaco



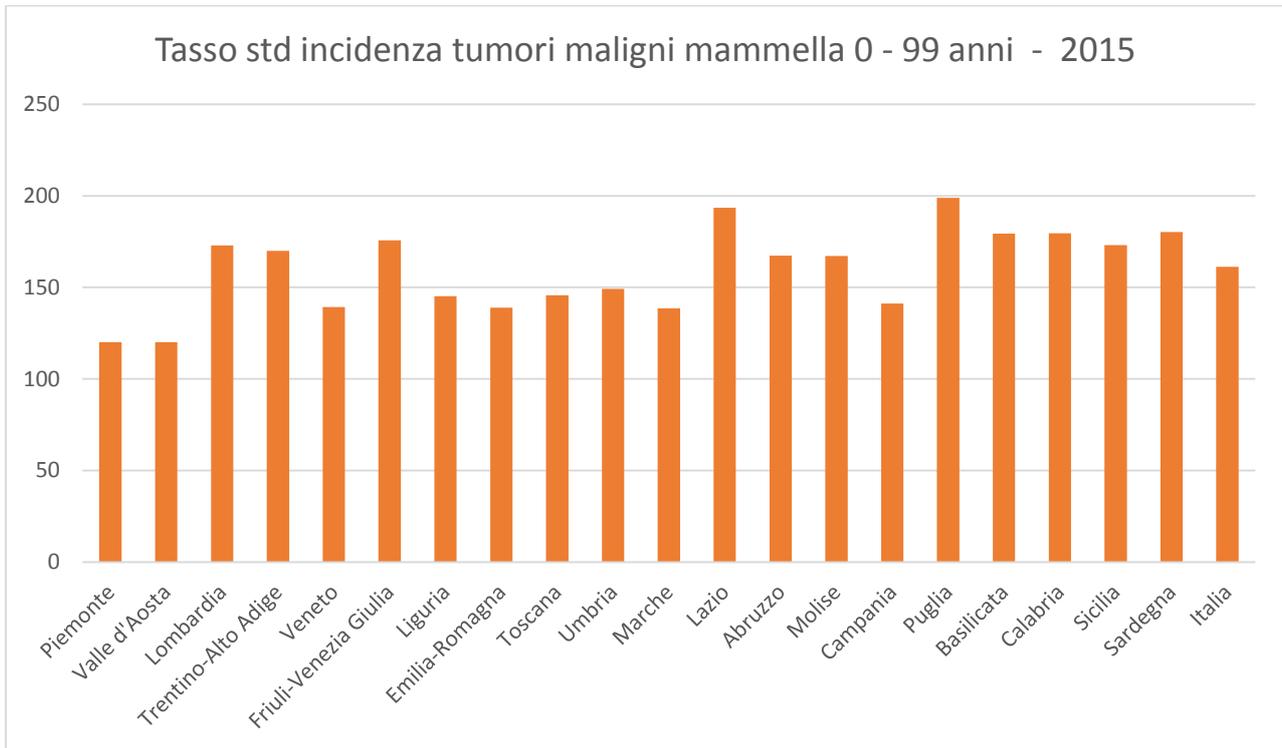
Tumore maligno del colon-retto



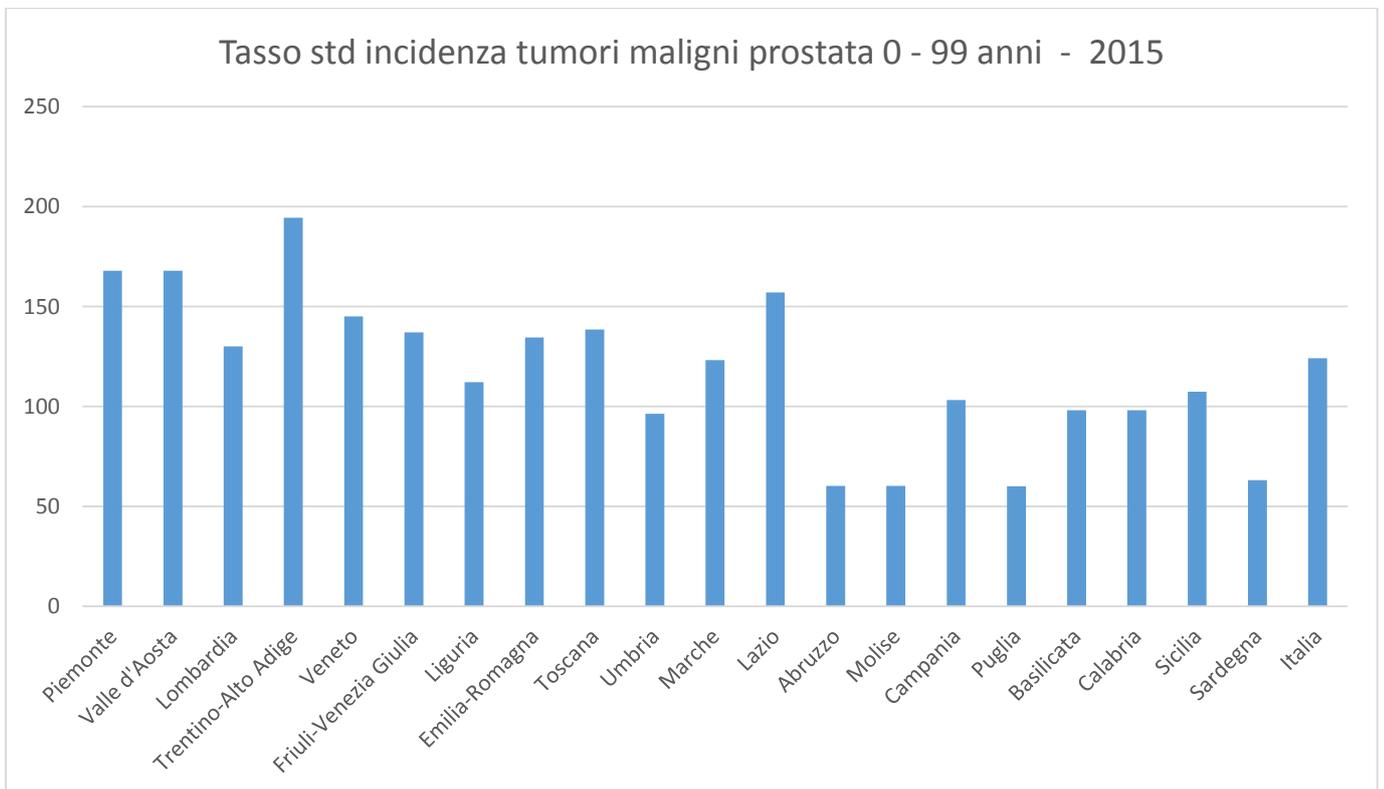
Tumore maligno del polmone



Tumore maligno della mammella



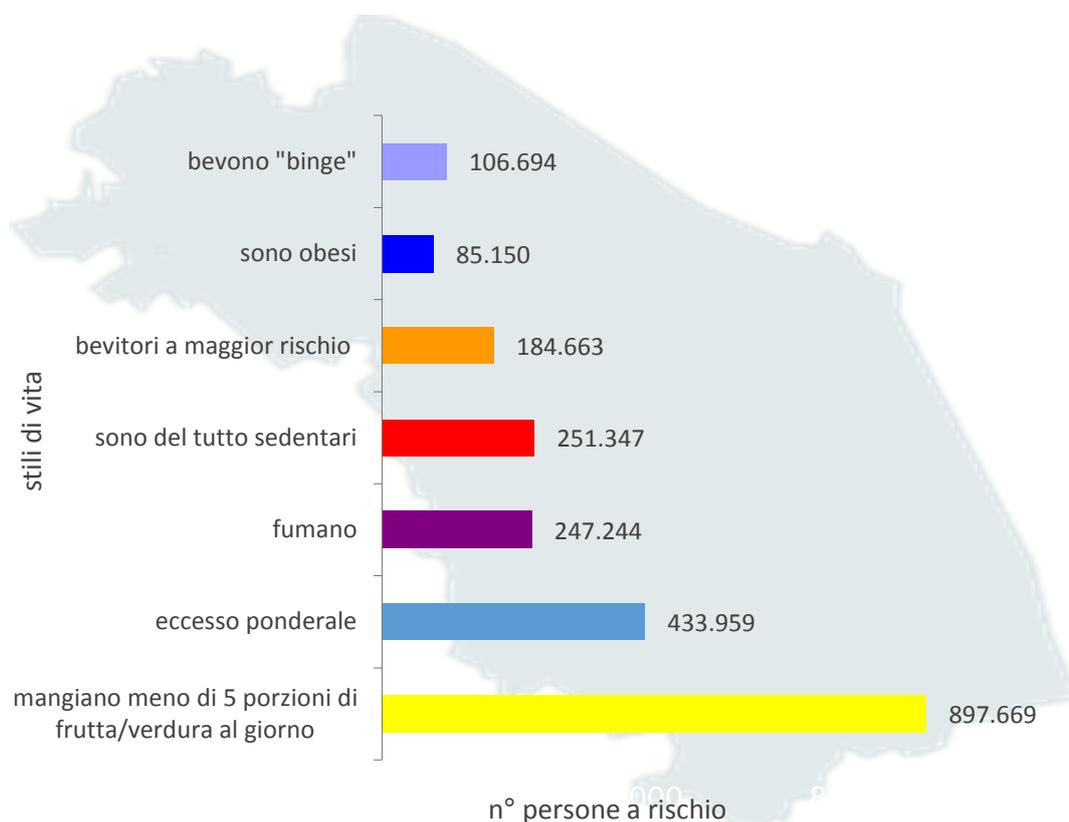
Tumore maligno della prostata



GLI STILI DI VITA

Negli ultimi anni i Piani Sanitari Nazionali ed i Piani per la Prevenzione, sviluppati anche nella nostra regione, affrontano il tema della Prevenzione sanitaria e della Promozione della salute dedicando un'apposita sezione agli stili di vita sani e all'importanza per la popolazione adulta di sottoporsi a periodici controlli e test di screening. E' noto che gli stili di vita non salutari quali fumo, alcool, alimentazione scorretta, sedentarietà svolgono un ruolo importante nella genesi delle malattie croniche non trasmissibili e costituiscono una rilevante causa di mortalità e morbosità nella popolazione, con elevati costi sanitari e sociali. Quindi, risulta fondamentale investire nella prevenzione e nel controllo delle malattie croniche per migliorare la qualità della vita e il benessere degli individui e della società in generale, promuovendo stili di vita sani e agendo in particolare sui principali fattori di rischio delle malattie cronicodegenerative di grande rilevanza epidemiologica.

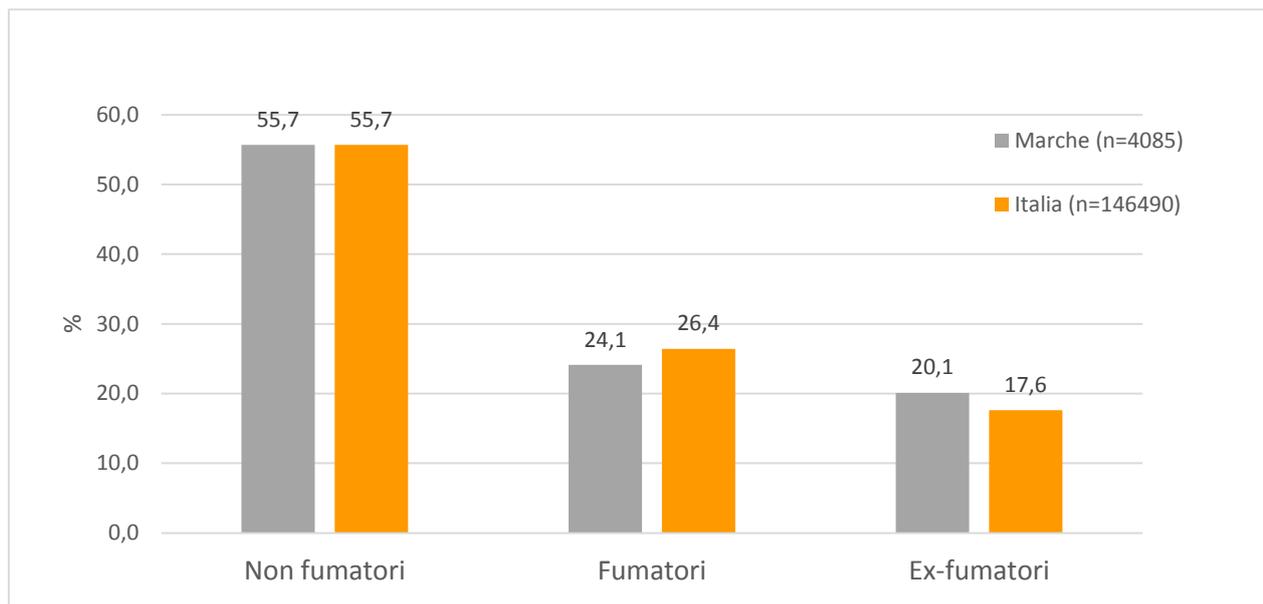
Stima del numero di persone con stili di vita non salutari. Regione Marche, anni 2013-2016.



Fonte: Sistema di Sorveglianza PASSI

Abitudine al fumo

Percentuale di soggetti classificati secondo l'abitudine al fumo*. Confronto Marche- Italia, anni 2013-2016.



Fonte: Sistema di Sorveglianza PASSI

*Fumatore: persona che ha fumato 100 o più sigarette nella sua vita e che fuma tuttora (o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi).

Ex fumatore: persona che attualmente non fuma e che ha smesso da almeno 6 mesi.

Non fumatore: soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e che attualmente non fuma.

Fumatore in astensione: fumatore che ha smesso di fumare da meno di sei mesi .

Fumatore occasionale: fumatore che non fuma tutti i giorni.

Fumatore quotidiano: fumatore che fuma almeno una sigaretta ogni giorno.

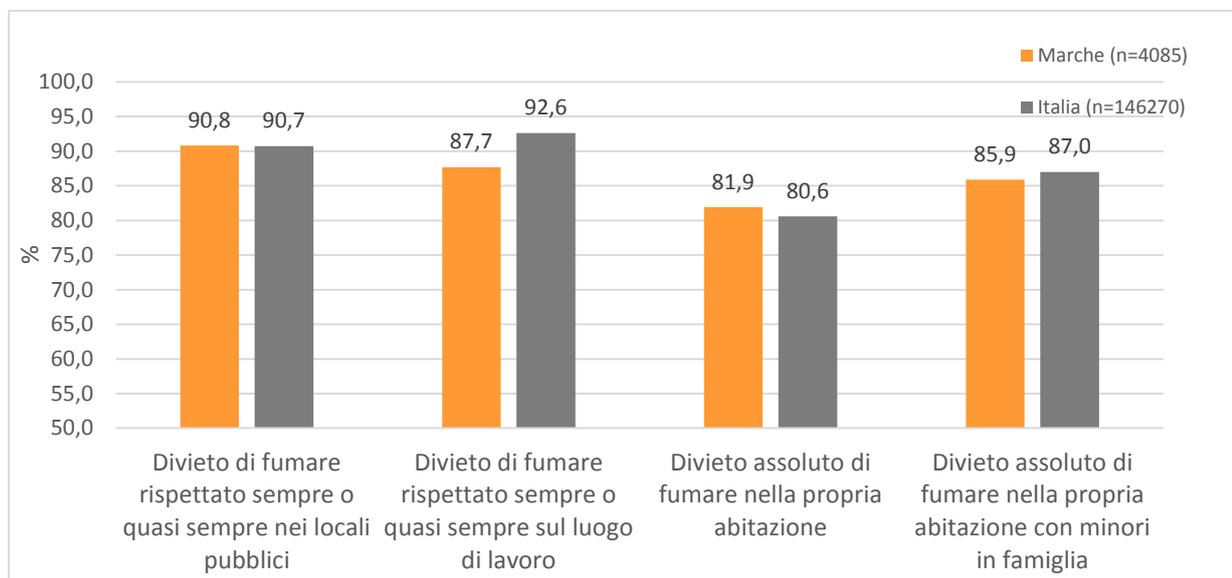
Nelle Marche il 23% degli intervistati ha dichiarato di essere un fumatore abituale con consumo quotidiano, valore identico alla media nazionale; lo 0,6% è un fumatore occasionale e lo 0,7% è in astensione.

Le fasce di popolazione in cui è più frequente l'abitudine al fumo sono gli uomini di età compresa tra i 18 ed i 24 anni, con livello di istruzione medio-basso e molte difficoltà economiche. L'abitudine tabagica tende a diminuire con l'età, infatti il 27% degli individui di età compresa tra i 50 e i 69 anni dichiara di aver smesso di fumare negli ultimi sei mesi.

Rispetto al resto del Paese, nelle Marche si fumano in media meno sigarette al giorno, ovvero 11,6 rispetto alle 12,4 italiane.

Fumo passivo

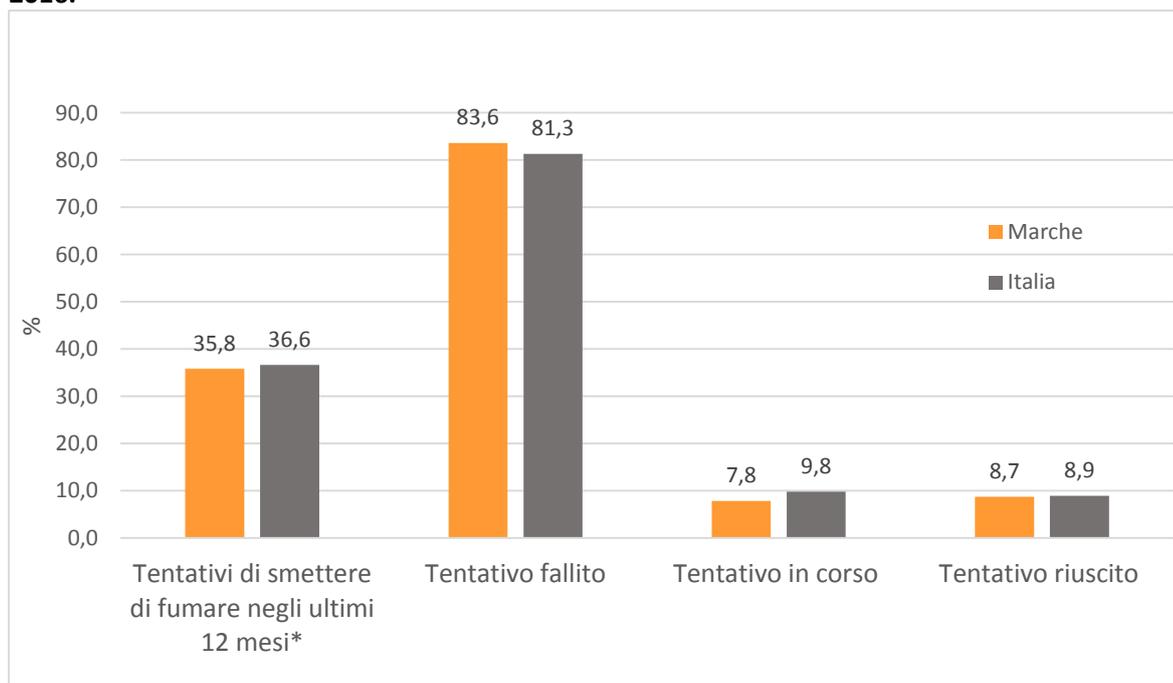
Percentuale di soggetti che dichiarano di rispettare il divieto di fumare nei locali o che non fumano nella propria abitazione. Confronto Marche – Italia, anni 2013- 2016.



Fonte: Sistema di Sorveglianza PASSI

Smettere di fumare

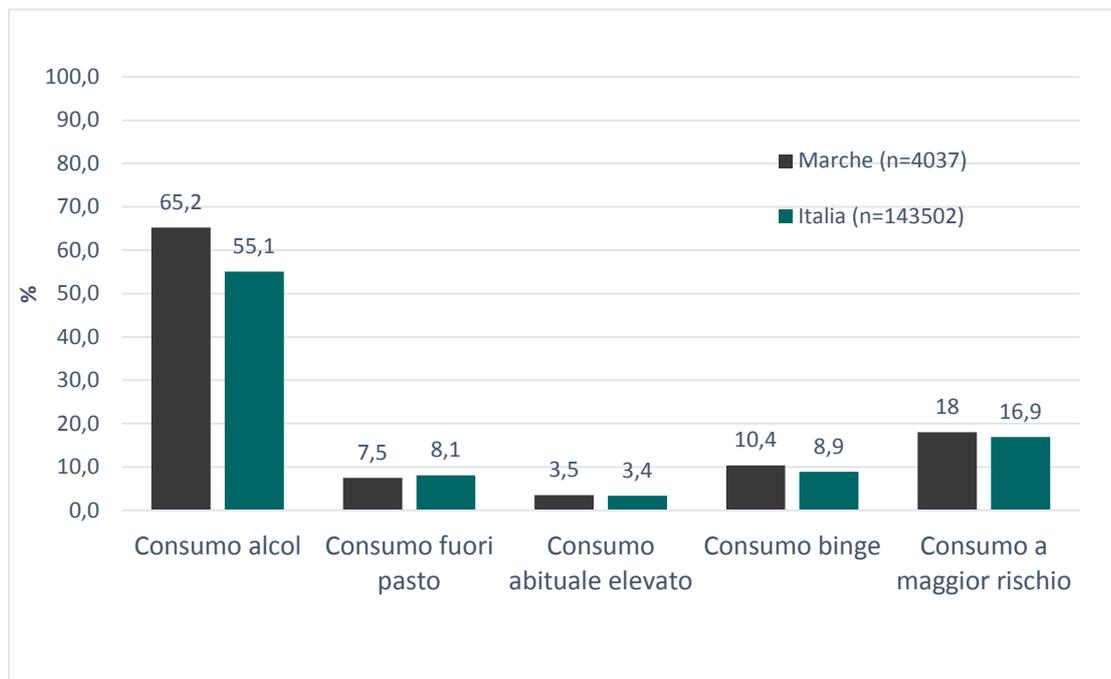
Percentuale di soggetti per esito del tentativo di smettere di fumare. Confronto Marche – Italia, anni 2013-2016.



Fonte: Sistema di Sorveglianza PASSI

Consumo di alcol

Percentuale di soggetti secondo la tipologia di consumo di alcol. Confronto Marche – Italia, anni 2013 – 2016.



Fonte: Sistema di Sorveglianza PASSI

***Consumo a maggior rischio**: che, per quantità o modalità di assunzione, aumenta i rischi per la salute. Include consumo abituale elevato, binge drinking (consumo episodico eccessivo) e consumo fuori pasto

***Consumo binge** o “binge drinking”: consumo, anche in una singola occasione, di 5 o più UA (per gli uomini) o 4 o più UA (per le donne).

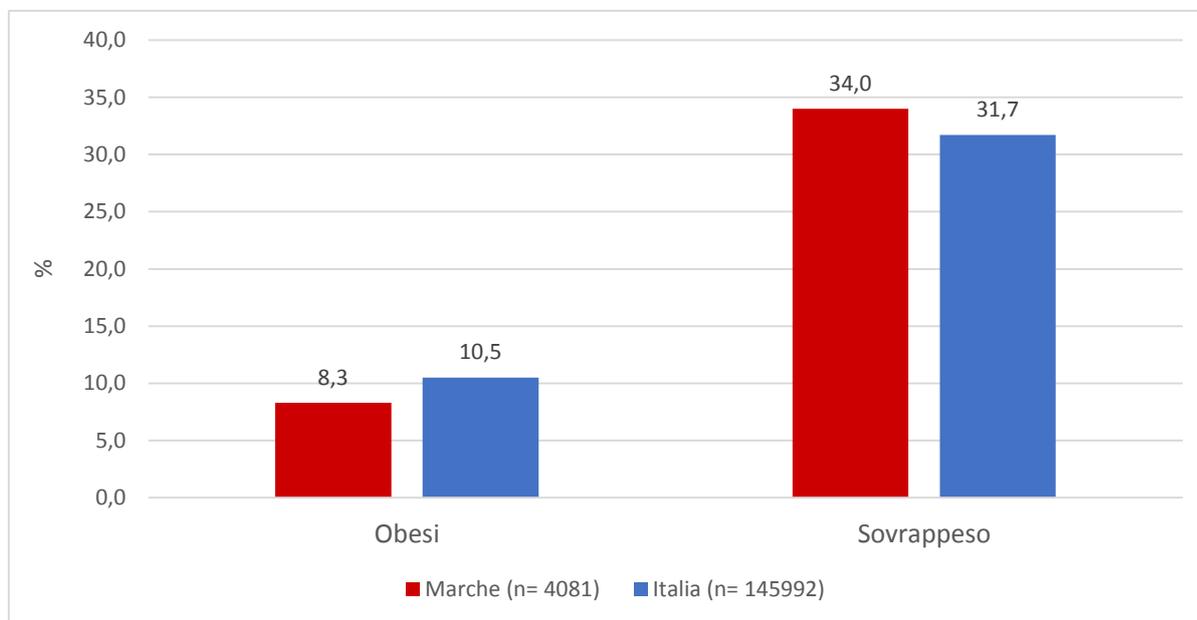
Il consumo di alcol nella popolazione marchigiana è superiore rispetto al valore nazionale, in linea col gradiente nazionale, che vede un consumo maggiore nelle regioni del centro-nord rispetto al sud.

Sia per quanto riguarda il “binge drinking” che il consumo di alcol a maggior rischio, risulta che sono soprattutto gli uomini in giovane età e con livello di istruzione medio-alto, a bere alcolici.

Tra i bevitori a maggior rischio, solo una piccola percentuale ha ricevuto il consiglio medico di ridurre l’assunzione di alcol, in particolare il 2% di coloro che bevono fuori pasto, il 4% dei consumatori “binge” ed un altro 4% di coloro che riferiscono un consumo abituale elevato.

Eccesso ponderale

Percentuale di soggetti per categoria di eccesso ponderale*. Confronto Marche- Italia, anni 2013-2016.



Fonte: Sistema di Sorveglianza PASSI

*L'eccesso ponderale viene misurato tramite calcolo dell'Indice di Massa Corporea (BMI), definito come kg di peso corporeo/altezza in m². Sulla base di questo calcolo, si individuano quattro categorie di peso:

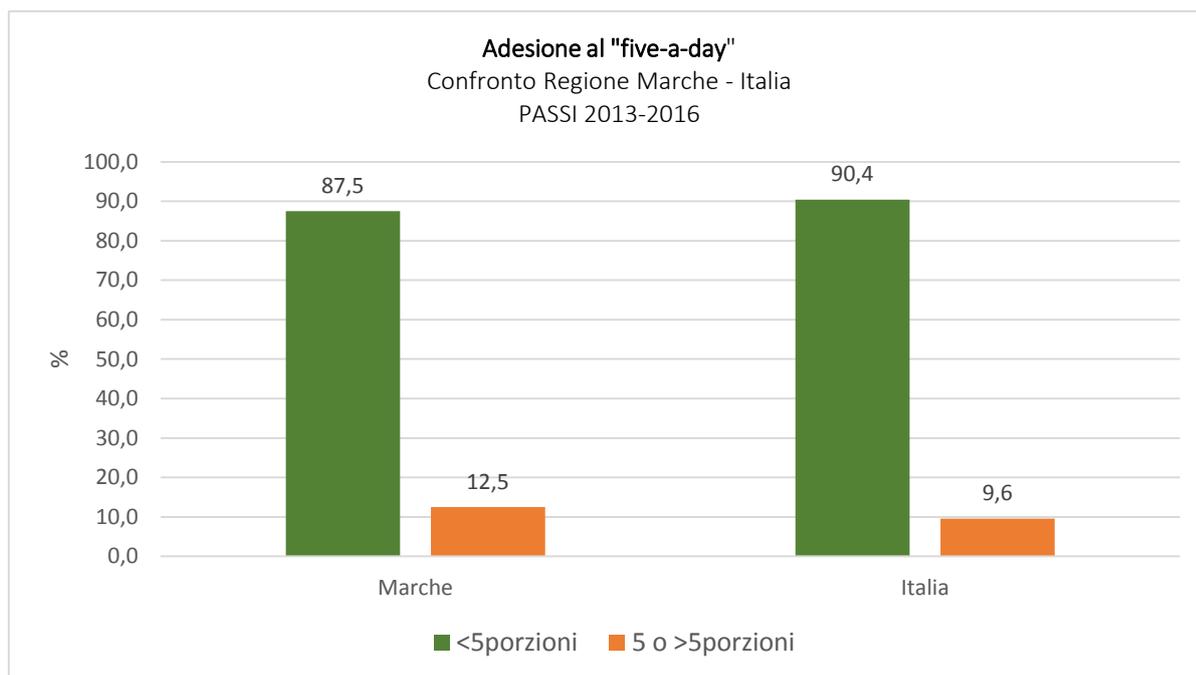
- BMI <18,5 = sottopeso
- BMI 18,5-24,9 = normopeso
- BMI 25,0-29,9 = sovrappeso
- BMI ≥30 = obesità

Nelle Marche, la percentuale degli obesi risulta essere leggermente inferiore rispetto all'Italia (8% contro l'11% nazionale), mentre la quota degli individui in sovrappeso è maggiore (34% contro il 32%). L'eccesso ponderale risulta più frequente in soggetti di sesso maschile, di età superiore ai 50 anni, con livello di istruzione bassa e difficoltà economiche.

Il 41% dei sovrappeso e il 5% degli obesi non è consapevole del problema, ritenendo giusto il proprio peso corporeo; infatti, meno di una persona su tre segue una dieta per perdere peso.

Solo il 47% degli individui in sovrappeso dichiara di aver ricevuto la raccomandazione di perdere peso da parte di operatori sanitari; di questi solo quattro individui su dieci hanno iniziato a seguire una dieta.

Percentuale di soggetti che aderiscono al "five a day"*



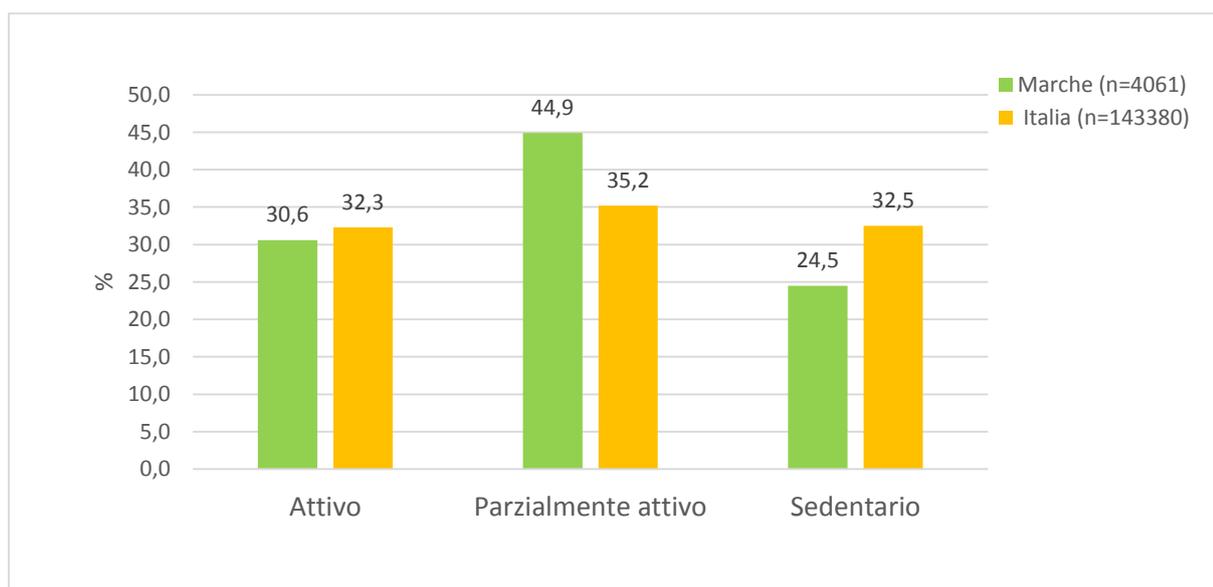
Fonte: Sistema di Sorveglianza PASSI

*"Five-a-day": consumo giornaliero di almeno 5 porzioni di frutta e/o verdura

Circa il 13% della popolazione consuma più di 5 porzioni giornaliere di frutta e verdura, un valore più alto del dato nazionale. Sono soprattutto le donne con più di 50 anni e con basso livello di istruzione, a rispettare le dosi raccomandate; al contrario, solo il 6% dei marchigiani tra i 18 e i 34 anni aderisce al five-a-day. E' evidente la necessità di diffondere con maggiore incisività le raccomandazioni ministeriali, relative all'importanza del consumo di frutta e verdura.

Attività fisica

Percentuale di soggetti secondo il livello attività fisica. Confronto Marche – Italia, anni 2013-2016.



Fonte: Sistema di Sorveglianza PASSI

* Persona fisicamente attiva è una persona che:

- svolge un lavoro pesante, cioè un lavoro che richiede un notevole sforzo fisico (ad esempio il manovale, il muratore, l'agricoltore) e/o

- aderisce alle linee guida sulla attività fisica:

- 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, e/o

- attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni settimanali.

Persona parzialmente attiva: è una persona che non svolge un lavoro pesante dal punto di vista fisico, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati dalle linee guida.

Persona sedentaria: è una persona che non fa un lavoro pesante e che, nel tempo libero, non svolge attività fisica moderata o intensa.

Nelle Marche, il 75% degli intervistati si definisce attivo o parzialmente attivo, e solo il 25 % è sedentario (33% in Italia).

I soggetti che hanno dichiarato di avere uno stile di vita sedentario sono soprattutto le donne di età superiore ai 50 anni, con basso livello di istruzione e molte difficoltà economiche.

Il 30% degli intervistati dichiara di aver ricevuto il consiglio da parte di un Operatore Sanitario di fare più attività fisica; la percentuale sale al 39% nel caso di persone in eccesso ponderale e al 44% per soggetti portatori di almeno una patologia cronica.

Il 20% dei sedentari ritiene che il proprio livello di attività fisica sia sufficiente; invece, quasi il 30% degli individui attivi ritiene che il livello di attività fisica svolta non sia sufficiente.

Il sistema sanitario. Anni 2016 e 2017

L'anno 2016 si è rivelato particolarmente critico per la Regione Marche per il verificarsi di eventi sismici, che hanno comportato l'adozione di misure di carattere straordinario, in generale oltre che in campo socio-sanitario, aldilà di quanto rientrante nella normale programmazione.

A seguito degli eventi sismici che hanno colpito diversi comuni della Regione Marche nel corso dell'anno, la Giunta regionale ha adottato la DGR n. 986/2016 con la quale ha stabilito i primi interventi a sostegno delle famiglie e delle persone più deboli e vulnerabili per garantire, in particolare, la salute delle persone coinvolte. Successivamente, dopo gli eventi sismici del mese di ottobre 2016, è stata adottata la DGR n. 1340/2016, che ha integrato e meglio declinato quanto stabilito con la precedente DGR 986/2016.

Successivamente con la DGR 265/2017 si è provveduto alla rimodulazione degli interventi e alla ridefinizione delle condizioni per poter avvalersi dell'esenzione regionale T16 con termine di validità 30.09.2017, salvo proroghe.

L'esenzione regionale T16, di cui alle deliberazioni di Giunta regionale n. 986/2016 e n. 1340/2016, ha consentito per l'assistenza farmaceutica convenzionata:

- il riconoscimento dell'esenzione dal pagamento della differenza di prezzo tra il farmaco prescritto ed il prezzo di riferimento/rimborso fissato per quel principio attivo nella lista di trasparenza AIFA per quanto riguarda i farmaci di Classe A;
- la dispensazione dei farmaci di Classe A/PHT anche in assenza di Piano terapeutico;
- il riconoscimento dell'erogazione gratuita dei farmaci di Classe C:
 - con obbligo di ricetta;
 - senza obbligo di ricetta OTC (C bis o di automedicazione);
 - senza obbligo di ricetta SOP.
- l'erogazione dei prodotti di assistenza integrativa regionale (AIR);
- l'erogazione di latti artificiali per la prima infanzia;
- l'erogazione degli alimenti per pazienti affetti da morbo celiaco anche in assenza dell'autorizzazione del competente servizio predisposto alla fase autorizzativa.

Per l'assistenza specialistica ambulatoriale si è garantita e si garantisce tuttora l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa per le prestazioni usufruite presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e con rapporto contrattuale con il SSN. Con la DGR 1552/2016, in continuità con i provvedimenti correlati al sisma, è stata autorizzata l'ASUR all'adozione di un Piano straordinario di assunzioni a tempo determinato per gli anni 2016/2017 relativo a personale, sanitario e tecnico, necessario per dare continuità ai servizi necessari per garantire i LEA in occasione dell'emergenza sismica. Con la deliberazione di Giunta regionale n. 27/2017 è stato approvato il Piano straordinario assunzioni 2016/2017 dell'ASUR, lo stesso comporta l'assunzione, a tempo determinato, di n. 68 unità di personale sanitario e tecnico, come di seguito specificato:

- n. 6 Psichiatri;
- n. 3 Neuropsichiatri infantili;
- n. 14 Psicologi;
- n. 7 Educatori Professionali;
- n. 4 Assistenti sociali;
- n. 3 Medici di Igiene e sanità Pubblica;
- n. 3 Medici SPSAL (Servizi Prevenzione Sicurezza Ambienti Lavoro);

- n. 4 Veterinari;
- n. 1 Ingegnere civile;
- n. 1 ingegnere ambientale;
- n. 13 Tecnici della prevenzione;
- n. 9 Assistenti sanitari/infermieri.

Tale personale si è reso necessario per fornire risposte aggiuntive al nuovo fabbisogno assistenziale determinato dall'emergenza e garantire l'erogazione dei LEA in particolare per le Aree Vaste n. 3, 4 e 5. Inoltre le assunzioni sono state individuate anche al fine di integrare ed in parte sostituire i volontari che, fino al 31.12.2016, hanno supportato i servizi esistenti.

Con DGR 962 del 07.08.2017 "Modalità attuative della DGR 820 del 12.07.2017 - Disposizioni per l'attuazione dell'articolo 1, comma 712 ter, della Legge 28.12.2015, n. 208 ai fini dell'utilizzo del risultato di amministrazione relativo alla gestione sanitaria - in relazione agli interventi in ambito sanitario connessi agli eventi sismici" è stata messa a disposizione del sistema sanitario la somma complessiva di € 19.916.000,00 per l'attuazione degli interventi in ambito sanitario, connessi agli eventi sismici che hanno colpito la Regione Marche.

Secondo quanto stabilito dalle deliberazioni di Giunta regionale n. 146/2017 e n. 243/2017, la rendicontazione delle spese per il sisma rientra nell'ambito degli obiettivi degli Enti SSR, da tale rendicontazione sono escluse le tipologie di spesa, con stretto nesso di causalità alla fase emergenziale collegata agli eventi sismici, finalizzate alle attività di cui all'art. 1, comma 2 dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile del 26.08.2016, n. 388.

Per quanto riguarda l'anno 2017, in attesa di completare la raccolta di dati e informazioni, è possibile osservare che è proseguito il consolidamento, a livello strutturale e di funzionamento, del SSR marchigiano, in coerenza con le indicazioni provenienti dal livello centrale e che costituiscono adempimento specifico a cui si deve attenere la Regione.

Entrando nel merito dell'offerta presente nel sistema sanitario marchigiano e nell'insieme di attività svolte, con i dati più recenti al momento disponibili, si evidenzia quanto segue.

Assistenza ospedaliera.

Di seguito è rappresentata la dotazione di posti letto ospedalieri che si è andata consolidando nel corso del 2017, in cui è stato inoltre portato a termine il percorso di ridefinizione che si è concluso con l'emanazione della DGR n. 2/2018.

Assistenza ospedaliera - Dotazione Posti Letto per Acuti (DGR 2/2018)

	ACUTI					
	ATTUALE	Tasso PL / 1000 ab. ATTUALE	A tendere	Tasso PL / 1000 ab (a tendere)	Δ	Δ tasso PL / 1000 ab
AV1	798	2,17	848	2,31	50	0,14
AV2	1.831	3,66	1.831	3,66	0	0,00
AV3	772	2,45	782	2,48	10	0,03
AV4	386	2,14	416	2,31	30	0,17
AV5	673	3,12	673	3,12	0	0,00
REGIONE	4.460	2,82	4.550	2,88	90	0,06

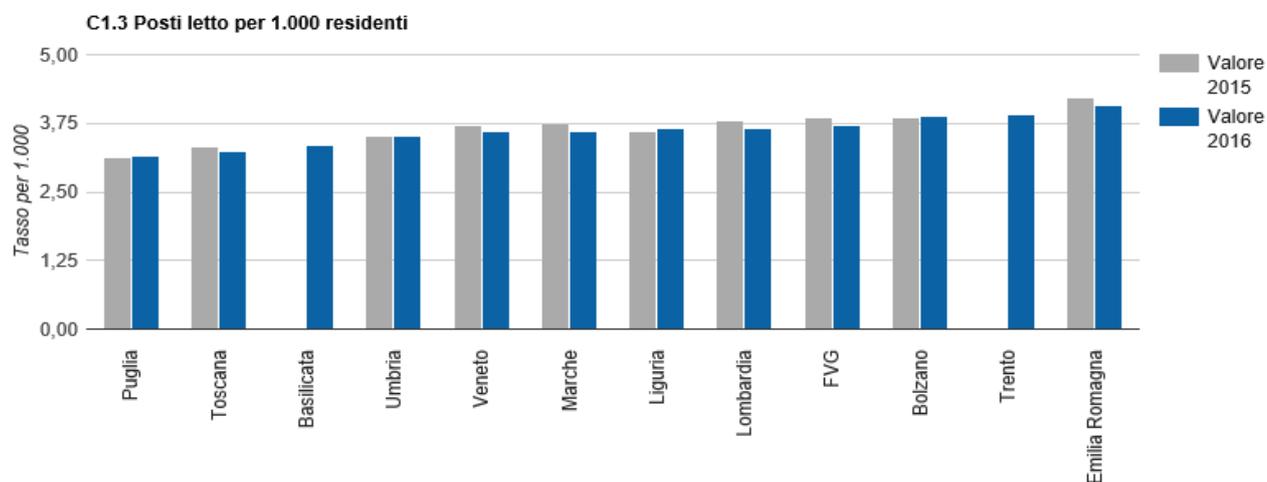
Assistenza ospedaliera - Dotazione Posti Letto per Post-Acuti (DGR 2/2018)

	POST - ACUTI					
	ATTUALE	Tasso PL / 1000 ab ATTUALE	A tendere	Tasso PL / 1000 ab (a tendere)	Δ	Δ tasso PL / 1000 ab.
AV1	87	0,24	117	0,32	30	0,08
AV2	309	0,62	329	0,66	20	0,04
AV3	164	0,52	164	0,52	0	0,00
AV4	64	0,35	64	0,35	0	0,00
AV5	120	0,56	120	0,56	0	0,00
REGIONE	744	0,47	794	0,50	50	0,03

Riepilogo Totale Posti Letto DGR 2/2018

	TOTALE COMPLESSIVO					
	<i>ATTUALE</i>	<i>Tasso PL / 1000 ab. ATTUALE</i>	<i>A tendere</i>	<i>Tasso PL / 1000 ab. (a tendere)</i>	Δ	Δ tasso PL / 1000 ab.
AV1	1.010	2,75	1.090	2,97	80	0,22
AV2	2.193	4,38	2.213	4,42	20	0,04
AV3	1.185	3,76	1.195	3,79	10	0,03
AV4	502	2,78	532	2,95	30	0,17
AV5	812	3,76	812	3,76	0	0
REGIONE	5.702	3,61	5.842	3,7	140	0,09

Dotazione Posti letto per 1000 abitanti – Confronto con le Regioni del Network “Valutazione performance” del S.Anna di Pisa



Per quanto riguarda l'attività delle strutture ospedaliere, si evidenzia nelle seguenti tabelle, la "produzione" ospedaliera delle strutture pubbliche e private, intesa come numero di ricoveri effettuati da ciascuna struttura nei confronti della popolazione marchigiana e dei residenti di altre Regioni.

«Produzione» ospedaliera – Strutture pubbliche

Descrizione Stabilimento	2015			2016			2017		
	N. Ricoveri	Peso Medio in Regime Ordinario	Degenza Media in Regime Ordinario	N. Ricoveri	Peso Medio in Regime Ordinario	Degenza Media in Regime Ordinario	N. Ricoveri	Peso Medio in Regime Ordinario	Degenza Media in Regime Ordinario
A.O. OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD - STAB. DI PESARO	16.093	1,25	7,00	16.158	1,27	7,29	17.372	1,33	6,50
A.O. OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD - STAB. DI FANO	14.092	0,90	6,47	14.024	0,92	6,57	14.736	1,00	7,02
A.O.U. OSPEDALI RIUNITI ANCONA - STAB. "UMBERTO I - G.MLA	32.536	1,67	9,04	33.054	1,70	8,89	34.604	1,74	8,89
A.O.U. OSPEDALI RIUNITI ANCONA - STAB. "M. SALES"	12.420	0,71	5,66	13.002	0,69	5,43	13.335	0,71	5,29
OSPEDALI INRCA MARCHE - STAB. DI ANCONA	5.676	1,31	10,84	5.661	1,29	10,77	5.706	1,28	10,59
OSPEDALI INRCA MARCHE - STAB. DI FERMO	978	1,02	17,29	1.031	0,99	18,98	923	1,03	20,90
P.O.U. AV1 - STAB. URBINO	9.526	0,98	5,78	9.526	0,97	6,30	9.487	1,01	6,66
P.O.U. AV1 - STAB. PERGOLA	1.754	0,98	11,04	1.753	0,95	11,52	1.606	0,93	12,27
P.O.U. AV2 - STAB. SENIGALLIA	9.750	0,97	7,70	9.599	0,99	8,07	9.609	0,98	8,48
P.O.U. AV2 - STAB. JESI	11.649	1,02	7,29	12.027	1,02	7,33	12.669	1,03	7,07
P.O.U. AV2 - STAB. CINGOLI	578	0,86	19,01	415	0,81	27,09	251	0,80	34,74
P.O.U. AV2 - STAB. FABRIANO	6.922	0,99	5,49	6.927	1,01	6,11	7.053	0,98	6,05
P.O.U. AV2 - STAB. OSIMO	4.551	0,80	5,63	3.663	0,96	6,77	3.255	1,05	8,35
P.O.U. AV3 - STAB. CIVITANOVA	9.120	0,99	6,10	9.555	1,02	6,18	9.545	1,03	6,65
P.O.U. AV3 - STAB. MACERATA	15.562	1,06	7,41	15.735	1,04	7,45	16.031	1,02	7,82
P.O.U. AV3 - STAB. S.SEVERINO M.	4.459	0,74	4,65	3.225	0,94	5,45	2.876	0,97	5,78
P.O.U. AV3 - STAB. CAMERINO	3.113	1,28	8,41	3.063	1,29	8,49	2.953	1,28	8,94
P.O.U. AV4 - STAB. FERMO	13.065	1,09	7,47	13.169	1,04	7,43	13.353	1,06	7,39
P.O.U. AV4 - STAB. AMANDOLA	1.508	0,89	6,20	1.039	0,94	7,45	519	1,18	12,14
P.O.U. AV5 - STAB. S.BENEDETTO	8.838	0,96	7,26	9.528	0,93	6,82	10.155	0,95	7,00
P.O.U. AV5 - STAB. ASCOLI P.	12.296	1,14	7,32	12.557	1,15	7,45	12.385	1,17	7,73
TOTALE STRUTTURE PUBBLICHE	194.486	1,12	7,38	194.711	1,13	7,55	198.423	1,16	7,66

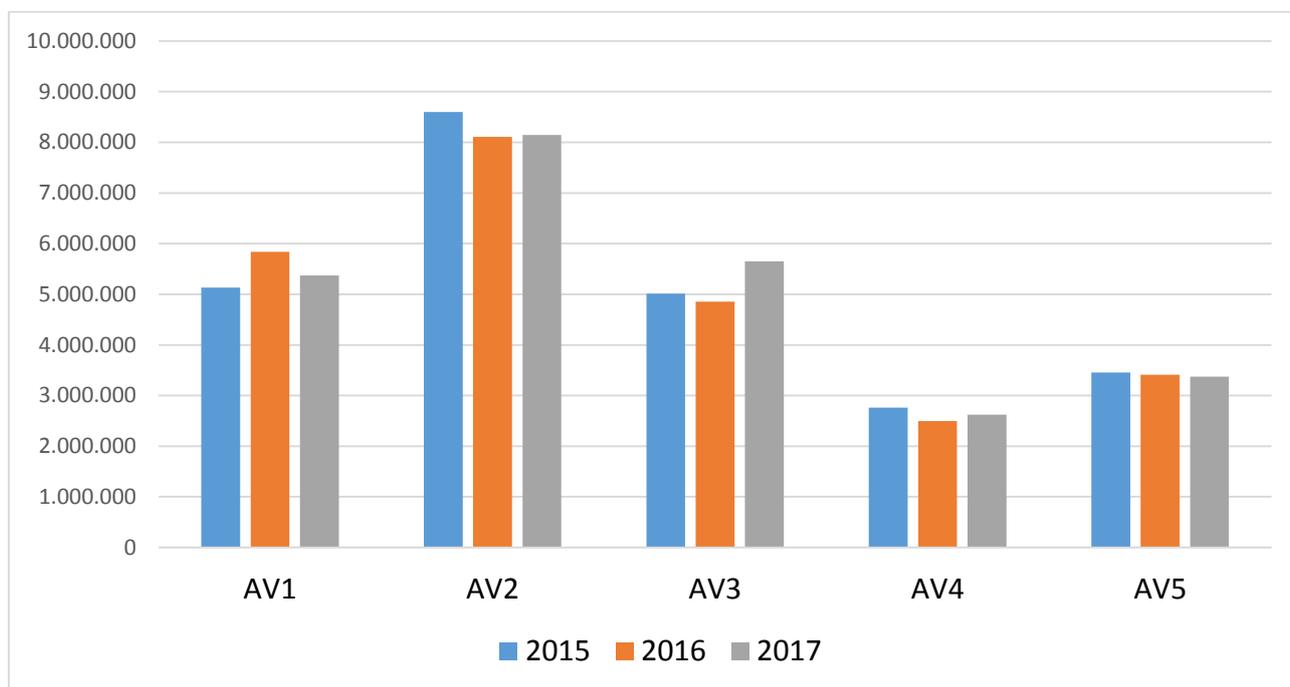
I dati di produzione si riferiscono alle strutture erogatrici che risultavano ufficialmente nell'anno 2017.

«Produzione» ospedaliera – Strutture private

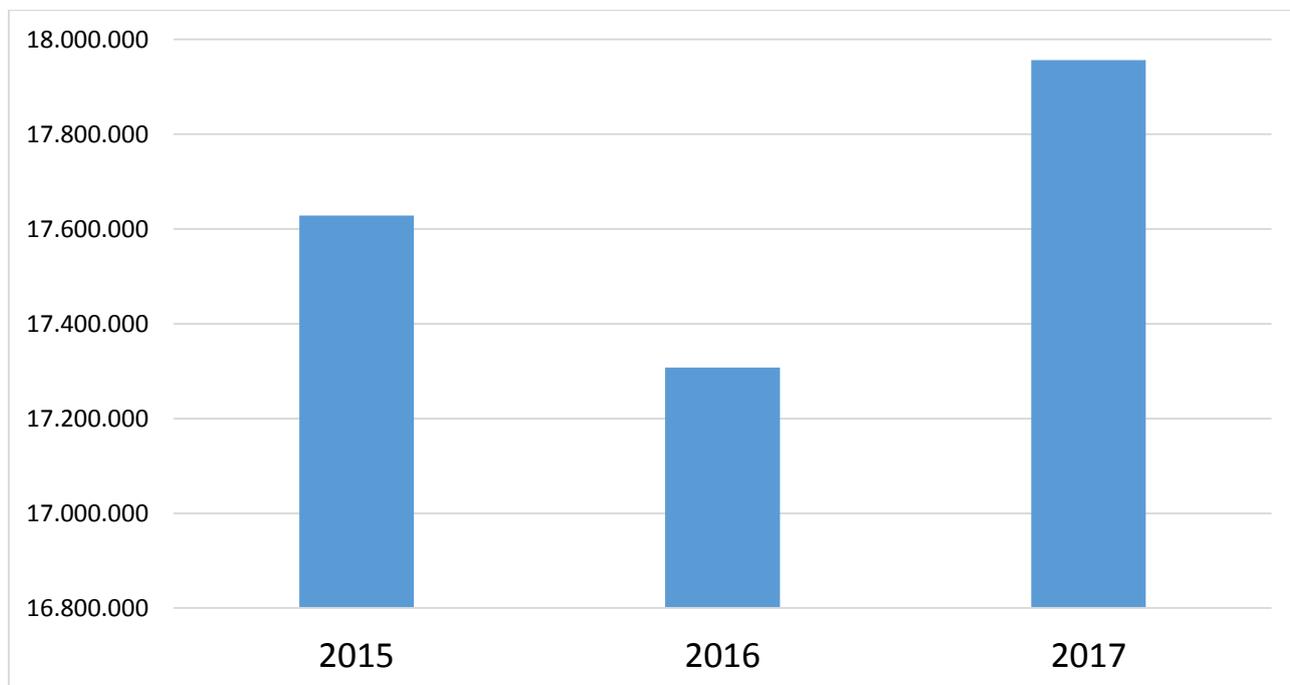
Descrizione Stabilimento	2015			2016			2017		
	N. Ricoveri	Peso Medio in Regime Ordinario	Degenza Media in Regime Ordinario	N. Ricoveri	Peso Medio in Regime Ordinario	Degenza Media in Regime Ordinario	N. Ricoveri	Peso Medio in Regime Ordinario	Degenza Media in Regime Ordinario
CASA DI CURA DELLE MARCHE - RETE D'IMPRESA AV2	4.159	1,22	8,39	4.864	1,21	8,64	5.888	1,23	7,97
CASA DI CURA DELLE MARCHE - RETE D'IMPRESA AV3	8.139	1,05	5,57	8.079	1,07	6,52	8.421	1,07	6,04
CASA DI CURA DELLE MARCHE - RETE D'IMPRESA AV4/5	13.167	1,12	5,34	12.526	1,10	5,39	12.975	1,29	7,37
CENTRO OSPEDALIERO S.STEFANO	1.407	0,76	41,06	1.450	0,75	42,71	1.595	0,75	43,90
CASA DI CURA VILLA SILVIA	713	0,79	21,35	631	0,79	22,78	557	0,79	22,54
CASA DI CURA VILLA JOLANDA	301	0,72	52,87	222	0,72	27,00	204	0,74	25,90
CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'	394	0,75	29,78	398	0,80	30,74	404	0,61	29,94
TOTALE STRUTTURE PRIVATE	28.280	1,07	9,61	28.170	1,07	9,84	30.044	1,13	11,01

Attività specialistica

N. Prestazioni specialistiche per AV di residenza

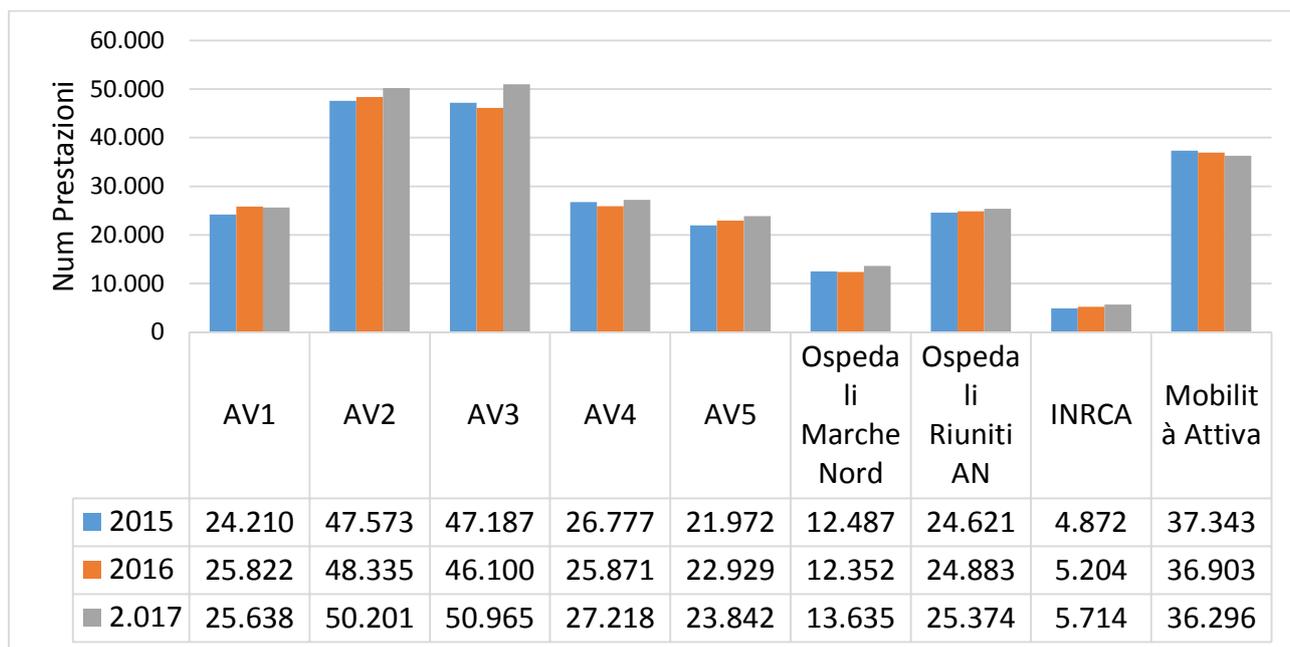


Numero Prestazioni specialistiche di laboratorio

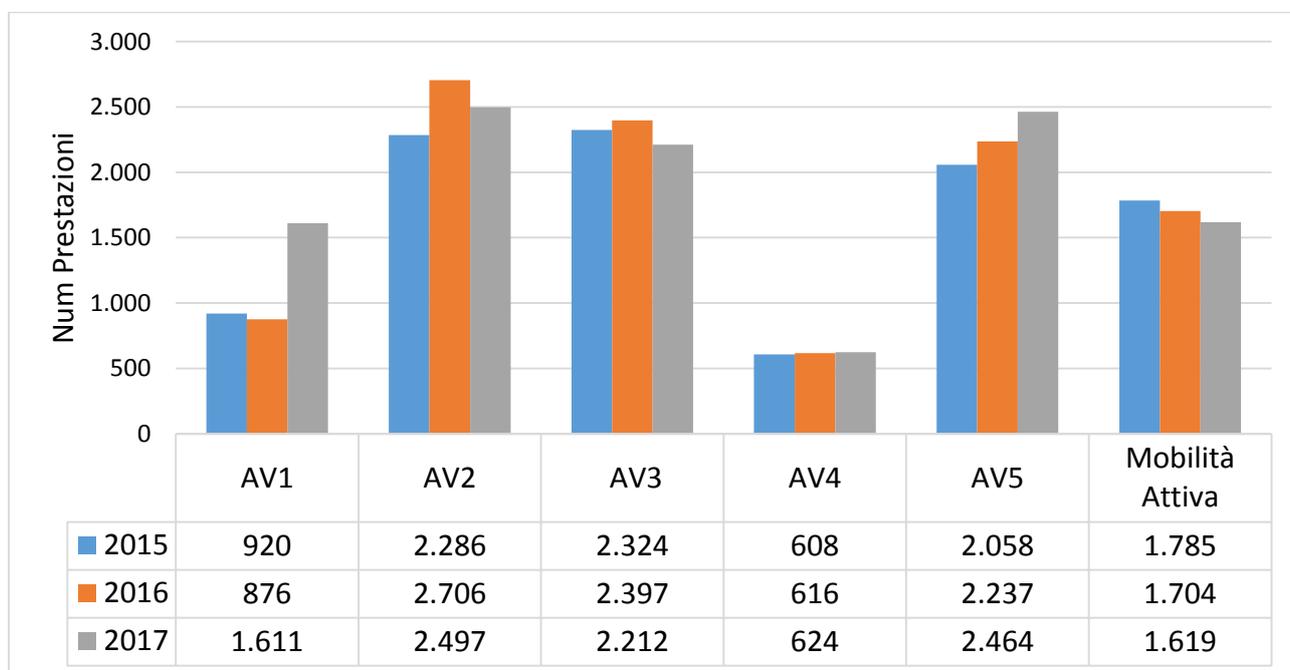


Laboratorio analisi, microbiologia, virologia, anatomia patologica, genetica, immunoematologia, servizio trasfusionale

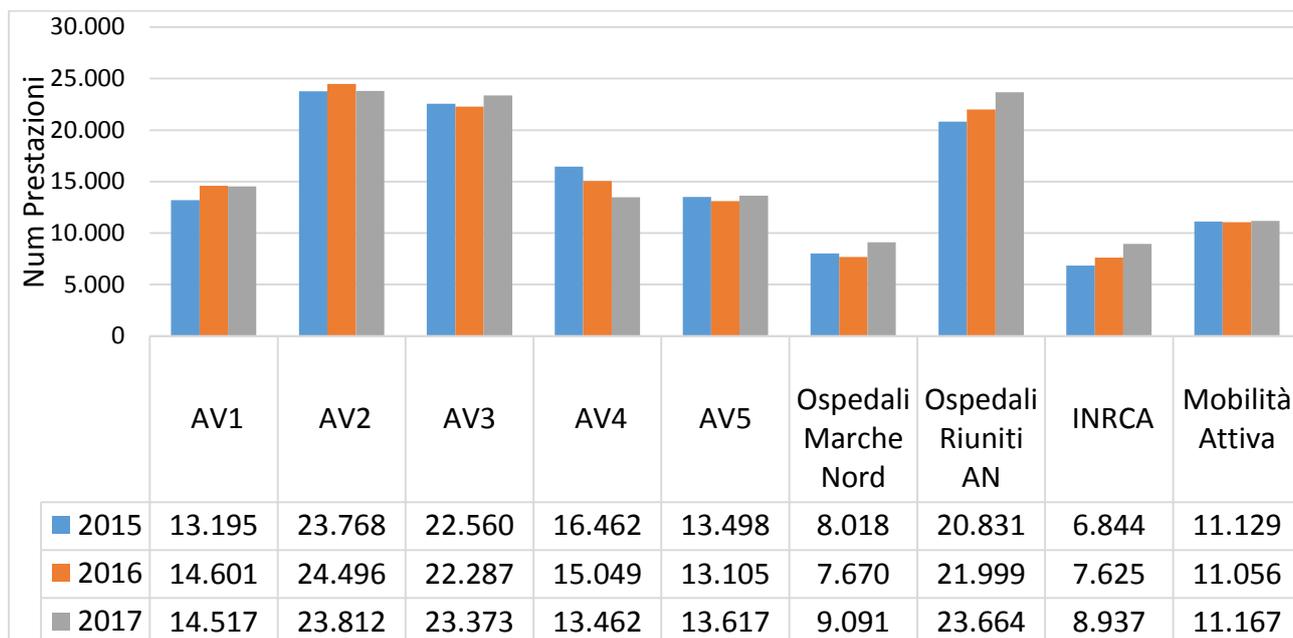
Visite Ambulatoriali (anni 2015-2017) - Strutture Pubbliche



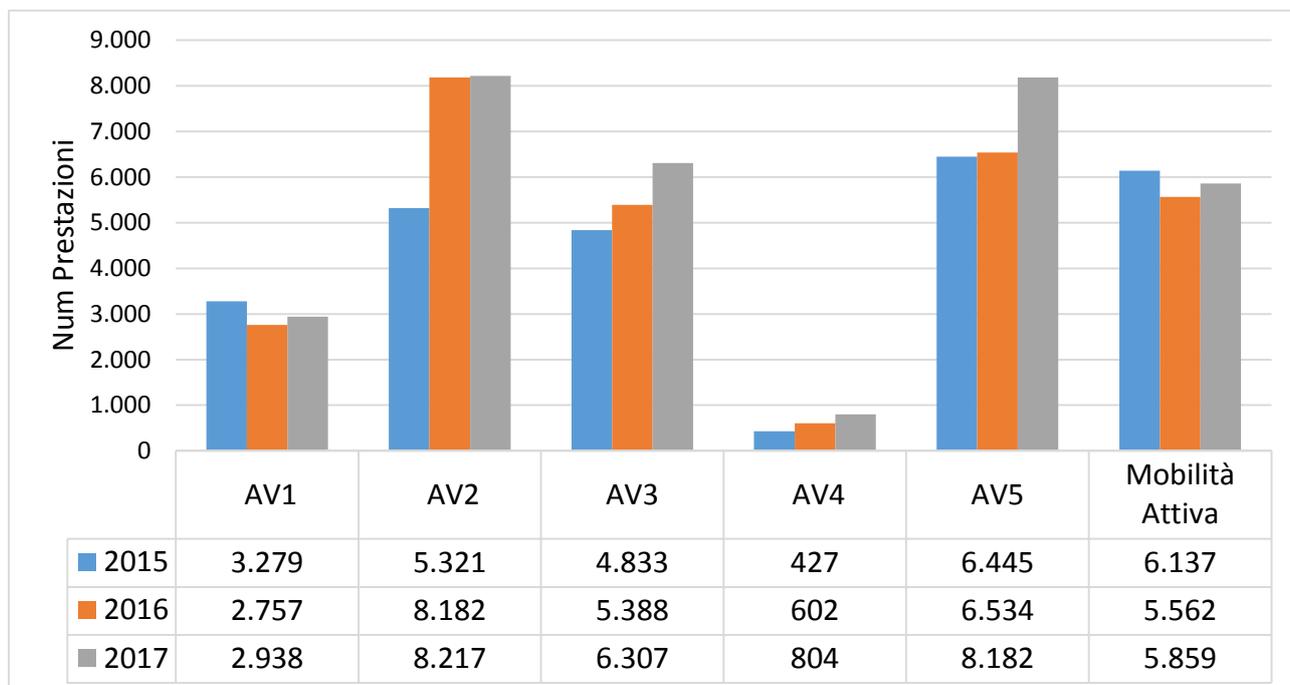
Visite Ambulatoriali (anni 2015-2017) - Strutture Private



Prestazioni Strumentali (anni 2015-2017) - Strutture Pubbliche



Prestazioni Strumentali (anni 2015-2017) - Strutture Private



I servizi territoriali

Di seguito è rappresentata la dotazione dei posti autorizzati, per Area vasta, relativi alle diverse tipologie di servizi territoriali, residenziali e semiresidenziali. Nel corso degli anni 2016 e 2017, è stato avviato il percorso di ridefinizione e potenziamento delle diverse dotazioni, che si è concluso con l'emanazione dell'atto di fabbisogno, DGR n. 1105/2017.

Utenza: Anziani - Posti autorizzati al 31/12/2017

Intervento	A.V. 1	A.V. 2	A.V. 3	A.V. 4	A.V. 5	Totale	Posti previsti da DGR 1105/17
CI - Cure Intermedie	30	60	92	40	-	222	551
RS2 - RSA per Anziani non autosufficienti	275	483	213	39	220	1.230	1.508
RPDEM - Residenza Protetta Demenze	106	176	50	10	75	417	860
RPA - Residenza Protetta per Anziani	1.215	2.002	1.010	388	424	5.039	4.952
CR - Casa di Riposo	445	731	439	173	154	1.942	2.314
CA - Casa Albergo	52	42	28	-	100	222	227
CAA - Comunità Alloggio per Anziani	15	12	35	24	6	92	108
CDD - Centro diurno demenze	69	90	10	20	-	189	399
CDA - Centro Diurno per Anziani	127	190	119	59	133	628	547
Totale complessivo	2.334	3.786	1.996	753	1.112	9.981	11.466

Se i posti operativi superano i previsti non saranno comunque diminuiti

Utenza: Disabilità - Posti autorizzati al 31/12/2017

Intervento	A.V. 1	A.V. 2	A.V. 3	A.V. 4	A.V. 5	Totale	Posti previsti da DGR 1105/17
PRF1 - Residenze Sanitarie Riabilitazione (RSR) intensiva	49	50	54	-	10	163	176
PRF4 - Unità speciali residenziali	10	96	48	-	-	154	306
PRF2 - Residenze Sanitarie Riabilitazione (RSR) estensiva -RD1.2	19	61	232	30	32	374	378
PRF2 - Residenze Sanitarie Riabilitazione (RSR) estensiva -RD1.3	-	-	-	4	-	4	54
PRF3 - Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) disabili	55	36	60	41	20	212	288
RPD - Residenza Protetta per Disabili	89	36	-	8	30	163	173
COSER - Comunità Socio Educativo Riabilitativa	57	136	45	8	51	297	355
CAD - Comunità Alloggio per Disabili	12	-	-	-	-	12	141
PRF6 - Centro diurno per Disabili psico-fisico-sensoriali	85	103	144	70	7	409	441
CSER - Centro Diurno Socio Educativo Riabilitativo	390	387	177	184	160	1.298	1.400
Totale complessivo	766	905	760	345	310	3.086	3.712

Utenza: Salute mentale - Posti autorizzati al 31/12/2017

Intervento	A.V. 1	A.V. 2	A.V. 3	A.V. 4	A.V. 5	Totale	Posti previsti da DGR 1105/17
SRP1 - Strutture residenziali terapeutiche (SRT)	5	30	-	-	20	55	172
SRP5 - Modulo sperimentale residenziale per pazienti adolescenti	20	-	20	-	-	40	65
SRP2 - Strutture Riabilitative Residenziali (SRR)	81	82	45	30	25	263	302
SRP3 - Comunità Protetta (CP)	85	104	60	60	30	339	721
SRP4 - Gruppo Appartamento	22	5	6	10	5	48	237
CADM - Comunità Alloggio per persone con disturbi mentali	120	39	12	8	6	185	
CD - Centro Diurno psichiatrico	95	91	73	51	55	365	431
Semiresidenziale per adolescenti con problemi psichiatrici (SSRT-IA)						0	54
Totale complessivo	428	351	216	159	141	1.295	1.982

Utenza: Dipendenze - Posti autorizzati al 31/12/2017

Intervento	A.V. 1	A.V. 2	A.V. 3	A.V. 4	A.V. 5	Totale	Posti previsti da DGR 1105/17
STD1A - Strutture Riabilitazione per Tossicodipendenti (Comorbidità Psic.)	-	-	20	-	19	39	59
STD1B - Strutture Riabilitazione per Tossicodipendenti (Genitori - Bambini)	11	-	-	-	-	11	26
STD1C - Strutture Riabilitazione per Tossicodipendenti (Minorenni)	-	-	-	-	13	13	72
STD2 - Strutture di Riabilitazione per Tossicodipendenti	-	-	-	20	-	520	432
STD3 - Strutt. Riab.ne Toss. - CAT - Comunità Alloggio per ex Toss.	133	106	118	78	65		25
STD4 Gruppo Appartamento	20	-	-	6	-	26	107
CDT - Centro diurno per Tossicodipendenti	22	43	42	8	8	123	163
Totale complessivo	186	149	180	112	105	732	884

È prevista una redistribuzione dei posti STD2 in base alla destinazione effettiva delle strutture

Utenza: Adulti - Posti autorizzati al 31/12/2017

Intervento	A.V. 1	A.V. 2	A.V. 3	A.V. 4	A.V. 5	Totale	Posti previsti da DGR 1105/17
CRCP - Hospice	10	18	20	10	0	58	123
RC - Residenze collettive o case alloggio per malati AIDS	10	10	-	-	-	20	31
CPAA - Centro di Pronta Accoglienza per Adulti	44	134	40	15	32	265	322
AS - Alloggi Sociali per Adulti In Difficoltà	30	37	26	10	11	114	215
CADED - Centro di Accoglienza per ex-detenuti	28	9	-	-	-	37	56
CADVV - Casa Accoglienza per Donne, anche con figli, vittime di violenza o sfruttamento sessuale	13	28	25	10	34	110	107
CAGM - Comunità Alloggio per gestanti o madri anche con figli a carico	44	58	25	16	13	156	129
CF - Casa Famiglia	14	-	22	-	-	36	43
CFA - Comunità Familiare per Adulti	42	16	16	-	-	74	56
Totale complessivo	235	310	174	61	90	870	1.114

È prevista una riclassificazione delle CADVV-CAGM-CFA in base a Reg.to Reg.le n. 1/2018

Utenza: Minorenni - Posti autorizzati al 31/12/2017

<i>Intervento</i>	A.V. 1	A.V. 2	A.V. 3	A.V. 4	A.V. 5	Totale	Posti previsti da DGR 1105/17
CPAM - Comunità di Pronta Accoglienza per Minori						0	22
CEM - Comunità Educativa	<i>155</i>	<i>77</i>	<i>77</i>	<i>98</i>	<i>41</i>	448	430
CFM - Comunità Familiare per Minori	<i>3</i>	<i>17</i>	<i>12</i>	<i>8</i>	<i>-</i>	40	54
CAAD - Comunità Alloggio per Adolescenti	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>9</i>	<i>-</i>	9	43
Totale complessivo	158	94	89	115	41	497	549

È prevista una riclassificazione delle strutture in base a Reg.to Reg.le n. 1/2018

La Prevenzione

Pianificazione nazionale e regionale in tema di prevenzione e sanità pubblica

Il 13 novembre 2014 la Conferenza Stato-Regioni ha approvato l'Intesa 156/CSR concernente il Piano nazionale della prevenzione 2014-2018.

Alla completa attuazione del PNP, come già previsto dal Patto per la salute 2014-2016, le Regioni e Province autonome, per gli anni 2014-2018, hanno destinato 200milioni di euro, oltre alle risorse vincolate previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale.

Il Piano nazionale di prevenzione è quinquennale e delinea un sistema di azioni di promozione della salute e di prevenzione, che accompagni il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro. Tale scelta strategica va ricondotta alla convinzione, suffragata da numerosi elementi della letteratura scientifica di settore, che un investimento in interventi di prevenzione, purché basati sull'evidenza scientifica (EBP), costituisce una scelta vincente, capace di contribuire a garantire, nel medio e lungo periodo, la sostenibilità del Sistema sanitario nazionale.

In questo Piano nazionale di prevenzione sono stati individuati i macro obiettivi a elevata valenza strategica, perseguibili da tutte le Regioni e PA attraverso la messa a punto di piani e programmi che permettano di raggiungere i risultati attesi partendo dagli specifici contesti locali con un approccio il più possibile intersettoriale e sistematico.

La Giunta Regionale delle Marche ha recepito il Piano nazionale prevenzione 2014-2018 con DGR n. 1434/2014 e con DGR 540/2015 ha individuato i relativi programmi regionali, integrati e trasversali volti al raggiungimento dei Macro Obiettivi del Piano Nazionale.

I Dipartimenti di prevenzione dell'ASUR, insieme a tutte le istituzioni pubbliche, regionali e locali, sono protagonisti della società civile e del mondo produttivo nell'ottica della Salute in tutte le politiche. In questo contesto il Dipartimento di Prevenzione è un nodo strategico per garantire una forte collaborazione tra le Strutture, i Servizi e le Unità Operative, interni ed esterni all'ASUR.

Come indicato nel PNP: "i Dipartimenti di prevenzione rivestono pertanto un ruolo di regia per le funzioni di erogazione diretta delle prestazioni, per la governance dei processi e per gli interventi non erogati direttamente costruendo e sviluppando una rete di collegamenti fra stakeholders".

Punti di riferimento per l'espletamento del Piano prevenzione 2014-2018 sono:

- affrontare la prevenzione dei rischi per il cittadino, seguendolo lungo l'arco della sua vita,
- prevenzione in tutte le politiche operando con forte intersettorialità e sostegno alla costruzione di RETI sanitarie e non,
- coinvolgimento, in fase programmatica ed attuativa, dei PORTATORI di INTERESSE anche attraverso la formalizzazione di accordi strategici di collaborazione,
- valutare, e conseguentemente agire, per ridurre aspetti prioritari delle disuguaglianze in salute dei cittadini, monitorare e valutare in modo sistematico i risultati di processo e di esito della programmazione attuata.

Le prestazioni di assistenza della prevenzione primaria collettiva sono erogate dall'ASUR attraverso le macrostrutture territoriali dei Dipartimenti di prevenzione.

Gli screening.

Nell'ambito delle attività di prevenzione, particolare rilievo ricoprono gli screening per specifiche patologie nei confronti di mirati segmenti di popolazione.

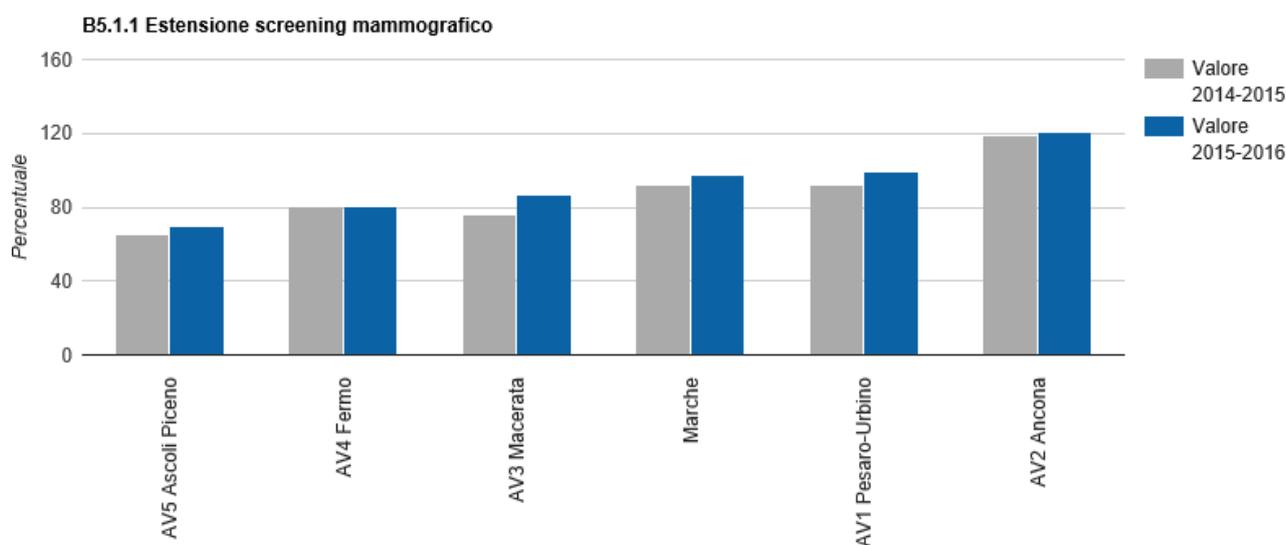
Di seguito si riportano le situazioni riguardanti il grado di estensione per gli screening mammografico, della cervice uterina e coloretta.

I dati e le informazioni si riferiscono a quanto elaborato nell'ambito del Network di Regioni che partecipano al sistema di valutazione della performance organizzato dall'Istituto Sant'Anna di Pisa.

Screening mammografico.

Estensione: percentuale di donne invitate allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni) nei due anni oggetto della rilevazione. Al numeratore è riportato il numero di donne invitate nei due anni di riferimento (al netto di inviti inesitati). Il denominatore è composto dal totale della popolazione bersaglio dell'uno e dell'altro anno. L'obiettivo è la copertura del 100%.

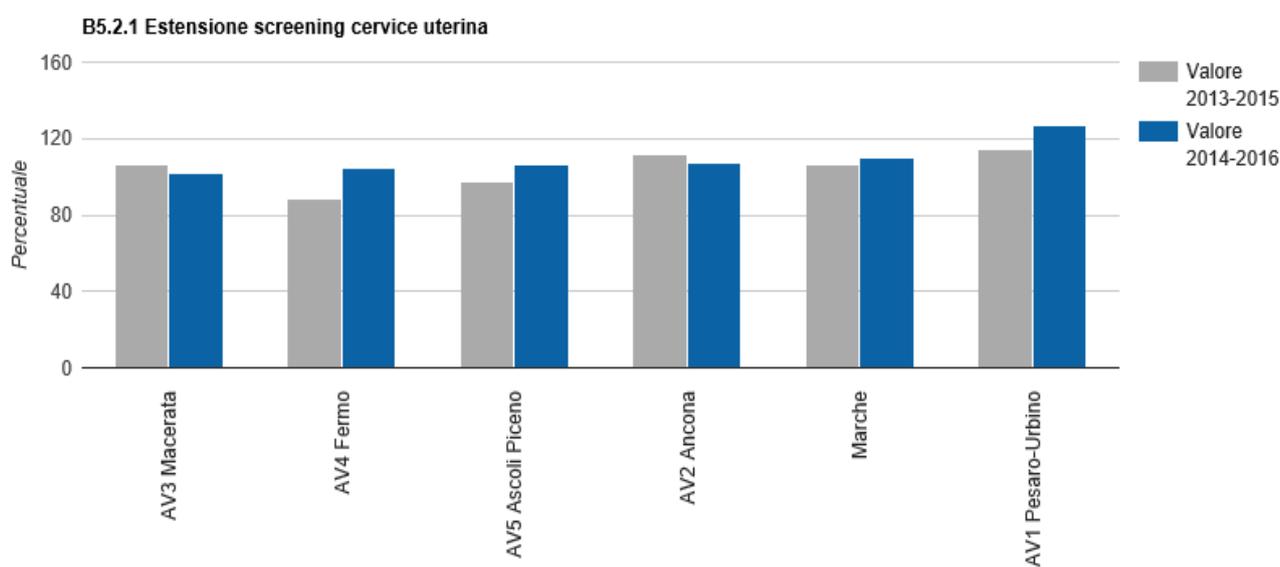
Di seguito il dato in relazione all'Area Vasta di residenza della popolazione target.



Screening cervice uterina.

Estensione: percentuale di donne invitate allo screening cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25-64 anni) nei tre anni oggetto della rilevazione. Al numeratore è presente il numero di donna invitate nell'anno x più il numero di donne invitate nell'anno x-1 più il numero di donne invitate nell'anno x-2 al netto del numero di inviti inesitati per ciascuno degli anni. Il denominatore comprende la somma della popolazione bersaglio dei tre anni considerati al netto dell'eventuale numero di donne escluse prima dell'invito per ciascuno dei tre anni. L'obiettivo è il 100%.

Di seguito il dato in relazione all'Area Vasta di residenza della popolazione target.

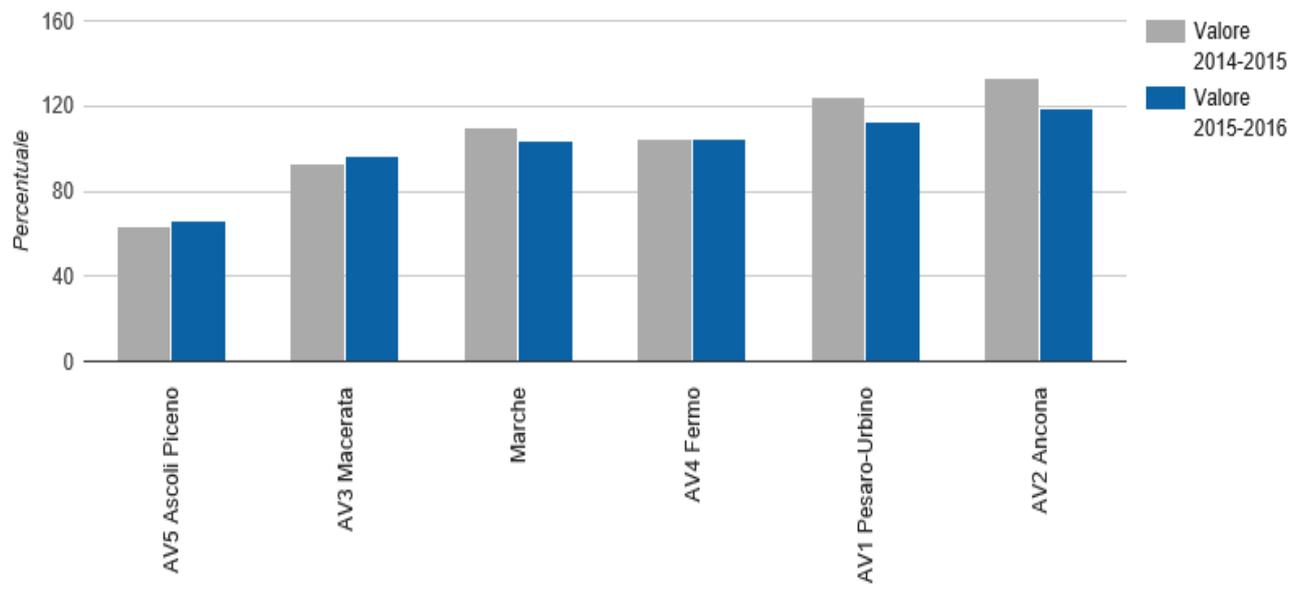


Screening coloretta.

Estensione: percentuale di persone invitate allo screening coloretta rispetto alla popolazione bersaglio (50-70 anni) nei due anni oggetto della rilevazione. Al numeratore è riportato il numero di persone invitate nei due anni di riferimento (al netto di inviti inesitati). Il denominatore è composto dal totale della popolazione bersaglio dell'uno e dell'altro anno. L'obiettivo è una copertura del 100%.

Di seguito il dato in relazione all'Area Vasta di residenza della popolazione target.

B5.3.1 Estensione screening coloretta



Sanità veterinaria e sicurezza alimentare

La sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare è un'area della prevenzione che è fortemente condizionata da vincoli normativi di tipo europeo e nazionale finalizzati al perseguimento dei livelli minimi di sicurezza alimentare (rischio accettabile) evitando che il sistema dei controlli ufficiali provochi distorsione sul mercato agroalimentare.

L'innovazione dell'istituto della prevenzione, alla luce delle limitate risorse economiche e delle dinamiche della globalizzazione di persone e cose, richiede una pianificazione sanitaria che, sulla base delle evidenze scientifiche, adotti un approccio socio-sanitario multidisciplinare dove la centralità dell'uomo e della collettività (paziente, utente, consumatore e produttore di alimenti) si legano agli equilibri ambientali, al rapporto uomo-animali e all'ecosostenibilità dei settori produttivi: agricoltura, industria e servizi.

La Regione Marche è caratterizzata dalla presenza di un elevato numero di insediamenti produttivi afferenti alla filiera agro-alimentare di piccole e medie dimensioni, spesso a conduzione familiare e specializzati nelle produzioni tipiche locali. Queste filiere sono fortemente legate al territorio e l'ampia gamma di prodotti alimentari è espressione delle tradizioni locali che si tipizzano per le sostanziali differenze dei processi produttivi.

E' importante tenere presente che la tutela della sicurezza alimentare si basa sul concetto di sicurezza di filiera, dal campo alla tavola: produzione, trasformazione, trasporto, commercializzazione, distribuzione e somministrazione di alimenti. Nel sistema europeo il consumatore finale degli alimenti chiede cibo sano e sicuro (food safety and food security) che trova risposta sull'applicazione di criteri scientifici di analisi, valutazione e comunicazione del rischio. Tutto questo richiede l'attuazione di complessi meccanismi di tracciabilità, verifica e controllo integrato dei processi produttivi della filiera alimentare tra l'autocontrollo ed il controllo ufficiale.

Le filiere alimentari, siano esse di piccole o di grandi dimensioni in termini di volumi produttivi, assorbono la risorsa pubblica dell'Autorità competente locale in sicurezza alimentare per le attività dei controlli ufficiali a carico delle stesse.

Le tipologie di produzione agroalimentare della Regione Marche evidenziano criticità sul grado di assorbimento della risorsa pubblica dovuta alle dispersività territoriale delle imprese, ai piccoli volumi e, spesso, alla stagionalità delle produzioni.

La contrazione di risorse umane (collocamento a riposo di fine carriera a cui non ha fatto seguito il necessario turn-over) che negli ultimi anni ha contraddistinto il SSR ed i Dipartimenti di Prevenzione in particolare, ha prodotto l'inevitabile ricaduta sulla riduzione dei livelli di attività sanitaria con l'aggravio della perdita di conoscenza-esperienziale dei professionisti che, per sopraggiunti limiti di età, sono stati collocati a riposo senza poter affiancare i pochi, nuovi professionisti subentranti.

E' evidente che la riduzione di attività di controllo e sorveglianza sanitaria nell'ambito delle filiere di produzione e distribuzione degli alimenti impatti negativamente sulla tutela della sicurezza alimentare e di conseguenza sul sistema socio-economico locale. Infatti, ad esempio, la recente epidemia di *Listeria* (2015-2016) che ha colpito la regione Marche ha causato un picco di ricoveri ospedalieri: 23 casi clinici con 3 decessi. Il periodo di tempo dell'epidemia *Listeria* è stato particolarmente critico per la popolazione marchigiana che si è trovata ad essere esposta ad un clima di incertezza in termini di percezione del rischio per la salute pubblica.

Nell'attuale situazione regionale, l'analisi e la valutazione del rischio in sicurezza alimentare deve tener conto anche dei recenti eventi sismici che hanno modificato l'organizzazione sociale delle popolazioni insistenti nelle aree colpite dal terremoto.

E' rilevante tenere presente che le attività sanitarie espletate con i controlli ufficiali di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare sono legate al raggiungimento fisico degli insediamenti produttivi presenti sul territorio tenendo conto delle variabili che caratterizzano i processi e procedimenti produttivi degli alimenti: produzione primaria, trasformazione, commercializzazione, trasporto, distribuzione e somministrazione.

I Servizi territoriali ASUR dell'area veterinaria e sicurezza alimentare sono Autorità competenti locali in sicurezza alimentare e devono garantire una risposta sanitaria adeguata al perseguimento dell'obiettivo comune di tutela della salute pubblica favorendo la ripresa produttiva delle imprese alimentari delle aree terremotate attraverso un supporto diretto alle filiere produttive. La vastità del territorio marchigiano coinvolto negli ingenti danni da terremoto, 87 Comuni estesi su una superficie di circa 4000 kmq, richiede una risposta sanitaria flessibile e capace di garantire la conformità sanitaria degli alimenti circolanti. Le imprese danneggiate dal terremoto devono essere sostenute nelle loro produzioni riaccreditando i processi della produzione primaria e post primaria (trasformazione, trasporto, commercializzazione, distribuzione e somministrazione) degli alimenti lungo tutta la filiera modulando i piani di controllo sanitario in base alle nuove situazioni legate ai requisiti delle strutture produttive locali e di quelle che hanno delocalizzato i processi produttivi della filiera in modo temporaneo, parziale o totale.

L'andamento della spesa sanitaria

Di seguito una tabella riepilogativa dell'andamento del finanziamento complessivo del SSN, da cui si evince la progressiva riduzione negli incrementi del fondo.

FINANZIAMENTI SSN 2000 - 2019																				
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
	ACCORDO 3 AGOSTO 2000 GIARDA	ACCORDO 8 AGOSTO 2001 VEGAS						I° PATTO SALUTE			II° PATTO SALUTE			PATTO SALUTE 2014-2016-INTESA MANOVRA SANITA' E LEGGE DI STABILITA' 2016*			LEGGE DI BILANCIO 2017			
FINANZIAMENTI	64.292	71.271	75.597	78.564	81.275	88.195	93.173	97.551	101.427	104.468	105.566	106.905	107.961	107.009	109.928	109.715	111.000	113.000	114.000	115.000
DECRETO 5 GIUGNO 2017 "RIDETERMINAZIONE DEL LIVELLO DEL FABBISOGNO SANITARIO NAZIONALE" **																		112.577	113.396	114.396
AUMENTI % ANNUI		10,86%	6,1%	3,9%	3,5%	8,5%	5,6%	4,7%	4,0%	3,0%	1,1%	1,3%	1,0%	-0,9%	2,7%	-0,2%	1,2%	1,4%	0,7%	0,9%

* Il Patto per la Salute 2014-2016, recepito nella Legge di stabilità 2015, aveva previsto un finanziamento pari a € 112.062.000.000 per l'anno 2015 ed € 115.444.000.000 per l'anno 2016. Successivamente le Intese Stato - Regioni del 26 febbraio e del 2 luglio 2015, quest'ultima recepita nella Legge 06/08/2015, n. 125, hanno previsto una riduzione del livello del finanziamento del SSN di € 2.352.000.000 a decorrere dall'anno 2015 (€ 113.097.000.000). La Legge di stabilità 2016 ha ridotto ulteriormente il finanziamento per l'anno 2016 portandolo a € 111.000.000.000.

Il fondo sanitario assegnato alla Regione viene a sua volta distribuito agli Enti del SSR con l'assegnazione dei budget di spesa. Di seguito viene rappresentato il quadro complessivo di assegnazione delle risorse agli Enti del SSR per il triennio 2015-2017.

BUDGET ENTI SSR	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017
Costi gestionali	2.937,30	2.959,00	3.051,60
Costi da destinare agli investimenti ai sensi del D.Lgvo 118/2011	32,70	43,00	39,00
Totale budget Enti del SSR	2.970,00	3.002,00	3.090,60
Entrate proprie	126,2	144,4	156,8
Totale Costi al netto delle entrate proprie	2.843,80	2.857,60	2.933,80
Risorse assegnate con DGR 820/2017*			175,00
* dei 202,4 mln 27,4 mln sono state utilizzati per finanziare i costi gestionali 2017 e 175 mln per finanziare altro			