

DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI ANCONA

Oggetto: **Relazione sulla Performance 2024. Adozione**

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente determina di cui costituisce parte integrante e sostanziale e dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

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

VISTE l'attestazione del Direttore U.O.C. Contabilità Bilancio e Finanza con riferimento alla spesa ivi contenuta;

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

DETERMINA

1. di adottare, ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs.150/2009 e s.m.i la "Relazione sulla Performance anno 2024 dell'Azienda "AST Ancona", nel testo allegato alla presente determina (allegato A) quale sua parte integrante e sostanziale;
2. di dare atto, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera c), del D.Lgs 150/2009, come modificato dall'art. 11, comma 1, lett. c), sub. 3) del d.lgs. n. 74/2017, della validazione della Relazione da parte dell'OIV – prot prot 0113844|27/06/2025;
3. di pubblicare la Relazione sulla Performance anno 2024 sul sito istituzionale dell'Azienda, sezione "Amministrazione Trasparente", sotto-sezione "Performance"
4. di trasmettere il presente atto all'Organismo Indipendente di Valutazione;
5. di trasmettere il presente atto all'UOC Organizzazione Risorse Umane e Politiche del Personale per il seguito di competenza;
6. di trasmettere il presente atto al Responsabile Aziendale per la Trasparenza e per la Prevenzione della Corruzione AST Ancona;
7. di dare atto che l'adozione della presente determina non comporta oneri aggiuntivi a carico dell'Azienda;
8. di dare atto che, a norma dell'art. 39, comma 8, della L.R. 19/2022, la presente determina è efficace dalla data di pubblicazione all'Albo *on line* aziendale;



9. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 28, comma 2, della L.R. 19/2022.

Il Direttore Generale

Dott. Giovanni Stroppa

per i pareri infrascritti

Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Sonia Piercamilli

Il Direttore Sanitario

Dr.ssa Benedetta Raffaella Ruggeri

Il Direttore Socio-Sanitario

Dott. Massimo Mazzieri

**DOCUMENTO ISTRUTTORIO
UOC CONTROLLO DI GESTIONE**

Normativa di riferimento

- Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150 e ss.mm.ii. "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";
- DGRM n.768 del 28 maggio 2012 "Linee di indirizzo per gli enti del SSR per l'applicazione dell'art.31, comma 1 e 2, del D.lgs. 150/2009, come modificato dal D.lgs.141/2011";
- Delibera n.5/2012 CIVIT: "Linee guida ai sensi dell'art. 13, lettera b) del D. Lgs. 150/2009, relative alla struttura e alla modalità di redazione della relazione sulla performance di cui all'art. 10, comma 1, lettera b) dello stesso decreto";
- Linee guida per la Relazione annuale sulla Performance n. 3 Novembre 2018 – Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione pubblica Ufficio per la valutazione;
- Decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019 "Nuovo Sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria";
- Linea Guida sulla valutazione partecipativa nelle pubbliche amministrazioni n.4 Novembre 2019 – Presidenza del Consiglio dei Ministri –Dipartimento della Funzione Pubblica;
- Linea Guida sulla per la misurazione e valutazione della Performance individuale n. 5 Dicembre 2019 – Presidenza del Consiglio dei Ministri –Dipartimento della Funzione Pubblica 3;



- Determina del Direttore Generale ASUR n. 736 del 15/12/2020 "Regolamento dei processi di misurazione e valutazione della performance – Approvazione";
- Legge Regionale 19 del 8 Agosto 2022: "Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale";
- Determina DG AST Ancona n. 52 del 31/01/2024: Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) dell'AST di Ancona – anni 2024-2026 – Approvazione;
- Determina DG AST Ancona n. 233 del 03/04/2024: Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) dell'AST di Ancona – anni 2024-2026 - Determina del Direttore Generale n.52/AST/AN/2024. Modifica/Integrazione;
- Determina DG AST Ancona n. 401 del 21/06/2024: Piano Integrato di Attività ed Organizzazione AST di Ancona – anni 2024-2026 - Determina n. 233/AST/AN/2024. Modifica/Integrazione;
- DGRM n. 1099 del 22/07/2024 – Controllo atti – art. 39 L.R. n. 19/2022. Determina del Direttore Generale dell'AST di Ancona n. 401 del 21/06/2024 "Piano Integrato di Attività e Organizzazione AST Ancona – anni 2024-2026- Determina n. 233/AST/AN/2024. Modifica/Integrazione". – Approvazione parziale con prescrizioni;
- DGRM n. 1703 del 11/11/2024: D.Lgs. 171/2016 e L.R. 19/2022 – Definizione degli obiettivi dei Direttori Generali degli Enti del Servizio Sanitario Regionale e del DIRMT per l'anno 2024 e approvazione dei criteri relativi alla procedura di valutazione dei risultati conseguiti dagli stessi per l'anno 2024;
- Determina DG AST Ancona n. 743 del 20/12/2024: Recepimento DGRM 1703/2024;
- Determina DG AST Ancona n. 276 del 30/05/2025: Adozione Bilancio di Esercizio 2024 ai sensi dell'art 14 L.R. 19/11/1996 n. 47;
- Determina DG AST Ancona n. 336 del 26/06/2025: Riadozione Bilancio di Esercizio 2024 ai sensi dell'art 14 L.R. 19/11/1996 n. 47 – Integrazione e modifica Determina DG n. 276 del 30/05/2025.

Motivazione

La Relazione sulla Performance costituisce un momento di analisi e riflessione sull'operato aziendale e persegue le seguenti finalità, come definito nelle Linee Guida 3/2018:

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

In conformità a quanto previsto dal D.Lgs. n. 150 del 2009 art. 10, comma 1, lettera b), modificato dal D.Lgs. n. 74 /2017, l'Azienda ha predisposto la Relazione sulla Performance anno 2024, documento che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno 2024, i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi



programmati ed alle risorse assegnate.

In linea con tale impostazione e coerentemente a quanto previsto dalla normativa in materia, il documento riassume in un quadro unitario i risultati ottenuti nel corso dell'anno 2024, ponendo in stretta correlazione gli obiettivi strategici, gli obiettivi operativi aziendali con relativi indicatori e target di riferimento, al fine di renderli intelleggibili agli stakeholders interni ed esterni, ed in primis ai cittadini.

La Relazione sulla performance riporta in sintesi:

- il grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali per l'anno 2024, con particolare evidenza degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti nel PIAO 2024/2026, sezione Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione, integrati con gli obiettivi assegnati dalla Regione Marche all'Azienda con DGRM n. 1703/2024;
- l'analisi del contesto di riferimento,
- il bilancio di genere;
- la metodologia adottata ed il processo seguito per la determinazione della valutazione della performance organizzativa ed individuale.

Per quanto attiene le risultanze della valutazione delle Performance organizzativa ed individuale dell'anno 2024, si precisa che l'iter di valutazione è ancora in corso. L'allegata relazione è comunque redatta entro il 30 giugno per ottemperare ai termini di legge.

In data 16/06/2025, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera c), del D.Lgs 150/2009, come modificato dall'art. 11, comma 1, lett. c), sub. 3) del d.lgs. n. 74/2017, la Relazione sulla Performance è stata trasmessa in bozza all'Organismo Indipendente di Valutazione per la validazione.

In data 27/06/2025, la Relazione è stata presentata nella versione definitiva, in uno specifico incontro, in esito al quale OIV ha verificato la coerenza fra contenuti della Relazione e i contenuti del Piano della performance relativo all'anno di riferimento, e la correttezza e adeguatezza del complessivo processo di misurazione e valutazione della performance organizzativa e predisposto il documento di validazione, acquisito con prot 0113844|27/06/2025.

Si attesta l'avvenuta verifica circa l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 6-bis della L. 241/1990 e ss.mm.ii..

Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del presente atto.

Si richiede la pubblicazione all'*Albo on line* comprensiva di tutti gli allegati.

Esito dell'istruttoria

Tutto ciò premesso si propone al Direttore Generale dell'AST Ancona l'adozione del seguente schema di determina:



DETERMINA

1. di adottare, ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs.150/2009 e s.m.i la "Relazione sulla Performance anno 2024 dell'Azienda "AST Ancona", nel testo allegato alla presente determina (allegato A) quale sua parte integrante e sostanziale;
2. di dare atto, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera c), del D.Lgs 150/2009, come modificato dall'art. 11, comma 1, lett. c), sub. 3) del d.lgs. n. 74/2017, della validazione della Relazione da parte dell'OIV – prot prot 0113844|27/06/2025;
3. di pubblicare la Relazione sulla Performance anno 2024 sul sito istituzionale dell'Azienda, sezione "Amministrazione Trasparente", sotto-sezione "Performance"
4. di trasmettere il presente atto all'Organismo Indipendente di Valutazione;
5. di trasmettere il presente atto all'UOC Organizzazione Risorse Umane e Politiche del Personale per il seguito di competenza;
6. di trasmettere il presente atto al Responsabile Aziendale per la Trasparenza e per la Prevenzione della Corruzione AST Ancona;
7. di dare atto che l'adozione della presente determina non comporta oneri aggiuntivi a carico dell'Azienda;
8. di dare atto che, a norma dell'art. 39, comma 8, della L.R. 19/2022, la presente determina è efficace dalla data di pubblicazione all'Albo *on line* aziendale;
9. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 28, comma 2, della L.R. 19/2022

Il Dirigente

Dott.ssa Maria Letizia Paris

ALLEGATI

Allegato A – Relazione sulla performance Anno 2024



ALLEGATO A



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

ANNO 2024

INDICE

INTRODUZIONE E PERIMETRO DI RIFERIMENTO	3
1 - SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI	4
AREA PREVENZIONE.....	4
AREA TERRITORIALE E DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA.....	17
AREA OSPEDALIERA	30
ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	39
2 – ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO E DELLE RISORSE	41
ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO	41
ANALISI DEL CONTESTO INTERNO.....	41
RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE.....	45
RISORSE PROFESSIONALI	50
STRUTTURA DELL'OFFERTA	52
3 - MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE.....	55
PERFORMANCE ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA.....	55
PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELLE STRUTTURE	64
IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.....	64

INTRODUZIONE E PERIMETRO DI RIFERIMENTO

In ottemperanza a quanto disposto dall'art. 3 comma 4 del D. Lgs 150/2009 le amministrazioni pubbliche adottano metodi e strumenti idonei a misurare, valutare e premiare la performance individuale e quella organizzativa, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse dei destinatari dei servizi pubblici.

La Relazione sulla Performance, prevista dall'art. 10 comma 1 lett. b del D.Lgs 150, costituisce lo strumento mediante il quale l'amministrazione illustra ai cittadini e a tutti gli altri portatori di interesse (stakeholder), interni ed esterni, la rendicontazione sulla generale gestione del ciclo della performance. Esso, pertanto, è redatto in modo da essere comprensibile e divulgabile, nel rispetto del principio della trasparenza e della coerenza delle informazioni ivi contenute e si da garantire la possibilità di partecipazione di tutti, attraverso una più approfondita conoscenza dell'azienda.

La relazione è stata predisposta recependo le indicazioni di cui alle linee guida del Dipartimento della funzione Pubblica n.3/2018.

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

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

In AST Ancona il Ciclo della Performance è stato avviato con la predisposizione del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) nel quale sono stati definiti gli obiettivi programmatici e strategici dell'AST Ancona per l'anno 2024. Il PIAO è stato approvato con Determina del Direttore Generale 52 del 31/01/2024, successivamente modificato con Determina DG AST Ancona n. 233 del 03/04/2024 e Determina DG AST Ancona n. 401 del 21/06/2024.

L'Azienda, oltre agli obiettivi del PIAO, ha inserito nel ciclo di programmazione gli obiettivi del Direttore Generale, approvati con DGRM 1703 del 11/11/2024 "Definizione degli obiettivi dei Direttori Generali degli Enti del SSR e del DIRMT per l'anno 2024 e approvazione dei criteri relativi alla procedura di valutazione dei risultati conseguiti dagli stessi per l'anno 2024", ed alcuni obiettivi legati ad aree strategiche di intervento declinati nelle schede di budget.

I vincoli economici della gestione 2024 sono stati fissati dalla DGRM n. 2074 del 29/12/2023 – L.R. n. 19/2022 – Autorizzazione agli Enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2024 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2024-2026 a seguito della quale è stato adottato, con Determina DG AST Ancona n. 53, il Bilancio Preventivo Economico 2024 e Bilancio Pluriennale 2024-20226 e successivamente dalla DGRM n. 568 del 16/04/2024 in conseguenza della quale l'Azienda ha provveduto a riadottare il Bilancio Economico Preventivo per l'anno 2024 con Determina 410 del 28/06/2024.

1 - SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI

AREA PREVENZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Alla luce di quanto definito dal LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", il DP garantisce il supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali in tutti gli aspetti relativi alla Sanità Pubblica ed esercita nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente le seguenti funzioni:

A. Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali.

B. Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati.

C. Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

D. Salute animale e igiene urbana veterinaria.

E. Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori.

F. Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale.

L'attività di prevenzione e promozione della salute è stata finalizzata a dare piena attuazione al Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025, con particolare attenzione all'attività di Profilassi Vaccinale, in particolare per alcune fasce di età o condizioni di rischio e di fragilità; al rapporto salute-ambiente, favorendo una stretta sinergia con le diverse articolazioni aziendali, e all'implementazione ed estensione delle campagne di screening.

Oltre alla sorveglianza e controllo delle malattie infettive ed all'adesione alle previsioni del piano vaccinale, un'altra attività di grande rilevanza per il Dipartimento di Prevenzione è quella relativa alla sicurezza alimentare e alla sanità veterinaria, che coinvolge il SIAN e i Servizi Veterinari nel rispetto dei piani regionali e alla sicurezza negli ambienti di lavoro.

Per il Dipartimento di Prevenzione, l'obiettivo regionale assegnato con DGRM n. 1703 – finalizzato al potenziamento delle attività di prevenzione – risulta pienamente raggiunto.

Il Modello LA (Livelli di Assistenza) per l'anno 2024 evidenzia, infatti, un incremento dei costi sostenuti per l'Area Prevenzione, a testimonianza dell'intensificazione delle attività programmate.

Di seguito si propone il confronto tra il Modello 2023 e il Modello 2024:

Modello Ministeriale: Livelli Assistenziali	Anno 2024	Anno 2023	Scostamento 2024/2023	
			Assoluto	%
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	38.463.656	35.941.860	2.521.796	7,02%
ASSISTENZA DISTRETTUALE	691.953.962	649.873.425	42.080.537	6,48%
ASSISTENZA OSPEDALIERA	400.490.088	393.279.006	7.211.082	1,83%
TOTALE GENERALE	1.130.907.706	1.079.094.291	51.813.414	4,80%

Il livello rappresenta il 3,4% della spesa complessiva e ha registrato un incremento di circa euro 2,5 milioni (+7,02%) così composto:

- Vaccinazioni: + 288.000 euro, coerente con il potenziamento dei programmi vaccinali;

- Screening oncologici: +1,1 milione di euro, collegati all'estensione a nuove classi di età per gli screening mammella e colon retto, al proseguimento dello screening HCV e all'ampliamento della metodica di screening HPV;
- Altre aree: + 1,4 milioni di euro distribuiti sulle aree del dipartimento.

L'analisi conferma, quindi, il rafforzamento strutturale delle attività di prevenzione in linea con gli obiettivi strategici regionali.

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	VALORE ANNO 2023	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
1		Incrementare l'attività di prevenzione	Totale costo della "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" 2024 > costo 2023	35.941.860,16	> 2023	38.463.655,70	😊

Gli obiettivi regionali relativi all'attuazione del Piano della Prevenzione di cui alla DGRM1604/21 e declinati nella DGRM 1703 sono pienamente raggiunti:

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
14	12	Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021)	Numero riunioni del gruppo di coordinamento Piano Integrato Locale	>=3	17	😊
16	12	Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021)	% Indicatori certificativi raggiunti per anno 2024 (dato regionale)	>= 80%	93,59%	😊

Profilassi vaccinale e malattie diffuse

Nel 2024 l'AST di Ancona ha consolidato il proprio impegno nella promozione della prevenzione vaccinale e nel potenziamento della capacità di risposta alle emergenze sanitarie, in coerenza con gli obiettivi strategici previsti dal PIAO 2024-2026. Le principali linee di intervento hanno riguardato l'innalzamento delle coperture vaccinali, la gestione strutturata della campagna antinfluenzale, l'aggiornamento della pianificazione pandemica, l'attuazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e la progressiva informatizzazione delle attività vaccinali. Di seguito si illustrano le azioni realizzate e i risultati ottenuti nei diversi ambiti di attività.

Miglioramento delle coperture vaccinali

L'obiettivo generale di recuperare eventuali ritardi vaccinali e garantire una copertura ottimale della popolazione è stato perseguito attraverso una serie di azioni mirate. In particolare:

- Sono state rafforzate le attività di recall e reminder per garantire il rispetto delle agende vaccinali;
- Le coorti in chiamata sono state periodicamente aggiornate e pulite da errori informatici, garantendo una base dati solida;
- Le coperture vaccinali sono state oggetto di monitoraggio continuo.

Risultati:

Copertura vaccinale Esavalente: 95,39%

Copertura vaccinale MPR: 95,54%

Entrambi i risultati superano i target previsti per l'Azienda, a conferma dell'efficacia delle azioni intraprese.

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	VALORE ANNO 2023	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
2	36	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale aggiustata nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	95,4%	Obiettivo minimo: ≥ 93% (= assegnazione 50% del punteggio) ; ≥ 94% (= assegnazione 75% del punteggio). Valore ottimale ≥ 95% (= assegnazione 100% del punteggio)	95,4%	😊
3	37	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale aggiustata nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	95,8%	Obiettivo minimo: ≥90% in tutti i Distretti della AST (= assegnazione 50% del punteggio) ; ≥ 92% (= assegnazione 75% del punteggio). Valore ottimale ≥ 95% (= assegnazione 100% del punteggio)	95,5%	😊

Governo della campagna vaccinale antinfluenzale 2024-2025

Anche quest'anno la campagna vaccinale antinfluenzale è stata condotta con particolare attenzione, con focus sugli ultra65enni e sulla co-somministrazione con il vaccino SarsCov2. Tra le iniziative più rilevanti:

- Diffusione delle raccomandazioni regionali a MMG e PLS;
- Realizzazione dell'evento formativo regionale presso la Mole Vanvitelliana di Ancona (21/09/2024);
- Sedute vaccinali dedicate in tutti gli ambulatori aziendali.

Risultati:

Oltre 97.000 dosi somministrate, di cui 66.840 agli over 65.

Copertura nella fascia >65 anni: 53,9%, vicina al target minimo regionale (55%).

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	VALORE ANNO 2023	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
9	38	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	58,97%	Obiettivo minimo >= 55% (=assegnazione 50% del punteggio). Obiettivo ottimale >=75% (=assegnazione 100% del punteggio)	53,90%	😞

L'andamento decrescente della copertura vaccinale antinfluenzale per la popolazione over 65 riflette il trend nazionale: nella stagione 2023/2024 il tasso di copertura a livello nazionale si è attestato al 53,3%, evidenziando un progressivo calo rispetto al picco raggiunto nella campagna 2020/2021 (65,3%). Tale flessione, costante e significativa negli anni successivi, suggerisce una correlazione con il contesto pandemico: l'elevata adesione registrata nel 2020/2021 appare infatti strettamente connessa a una maggiore sensibilità della popolazione rispetto ai rischi sanitari legati alla pandemia da COVID-19. Con il graduale rientro dell'emergenza pandemica, si è osservata una riduzione della percezione del rischio, che ha condotto a una progressiva "normalizzazione" e, conseguentemente, a un calo della propensione alla vaccinazione.

Nonostante l'impegno dell'AST Ancona nell'implementare misure volte a ridurre le barriere logistiche — tra cui l'incremento dei punti vaccinali e l'attivazione di modalità di somministrazione in prossimità dell'utenza — e una campagna formativa e informativa capillare, tali azioni non sono risultate sufficienti a garantire il raggiungimento del target minimo fissato dalla DGRM n. 1703.

Preparazione e risposta alle emergenze sanitarie

Nel corso dell'anno è stato dato seguito alle attività di aggiornamento del Piano Pandemico Aziendale. Sono stati convocati due incontri del Comitato Pandemico, entrambi protocollati, con una revisione specifica focalizzata su:

- Gestione delle campagne vaccinali pandemiche;
- Attività di comunicazione e formazione (tra cui la FAD del 16/12/2024 dal titolo "Novità sulle strategie vaccinali nazionali: il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2023-2025").

Risultati:

Obiettivo raggiunto: la documentazione formale e le attività svolte testimoniano l'approccio proattivo adottato per fronteggiare eventuali criticità future.

Revisione del Piano Pandemico Aziendale

L'aggiornamento del Piano è stato formalizzato con la Determina Direttore AST n. 767 del 31/12/2024, comprensiva:

- dell'aggiornamento dei nominativi del Comitato Pandemico;
- dell'integrazione di indicazioni ministeriali (influenza aviaria, dotazioni, logistica vaccinale, sorveglianza epidemiologica).

Risultati:

Piano aggiornato e coerente con il contesto epidemiologico e organizzativo 2024. Nessuna variazione ai Piani nazionali o regionali di riferimento.

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
7	13	PanFlu	N. riunioni Comitati Pandemici	Almeno 2 riunioni	ID DOCUMENTO: 3792636 del 23/12/2024. Oggetto: Aggiornamento Piano Pandemico AST Ancona - Verbale riunione 05 Dicembre 2024 Comitato Pandemico Aziendale ID DOCUMENTO: 3792624 del 23/12/2024. Oggetto: Aggiornamento Piano Pandemico AST Ancona - Verbale riunione 17 Dicembre 2024 Comitato Pandemico Aziendale	
8	13	PanFlu	Revisione Piano Pandemico Aziendale/Territoriale secondo le indicazioni regionali/nazionali	Approvazione e trasmissione atto	DETERMINA DIRETTORE AST n 767 / AST ANCONA del 31-12-2024 avente ad oggetto: "DGR 188/22 Piano strategico operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale. Redazione del Piano Pandemico AST Ancona e integrazione del Comitato Pandemico AST Ancona".	

Informatizzazione del sistema vaccinale

Nel 2024 l'AST si è consolidato l'utilizzo del gestionale SIAMA, adottato in tutti gli ambulatori vaccinali per:

- la gestione delle sedute vaccinali;
- l'automazione dell'invio dei certificati vaccinali nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE);
- l'introduzione della funzione "Reinvio FSE" per favorire la completezza informativa anche post-somministrazione.

Screening oncologici

Nell'ambito delle attività di prevenzione e salute pubblica, gli screening oncologici rivestono un ruolo cruciale per la diagnosi precoce e il miglioramento degli esiti di salute della popolazione. La presente sezione illustra i risultati conseguiti nel corso del 2024, con un focus sull'implementazione e sui risultati nelle diverse campagne di screening, inclusi i programmi per il tumore della mammella, della cervice uterina, del colon retto e l'epatite C (HCV), nonché le iniziative dedicate a popolazioni specifiche come quella detenuta.

Programmi di Screening Oncologico (mammella, cervice uterina, colon retto)

Nel 2024 l'AST Ancona ha proseguito nell'attuazione dei programmi organizzati di screening oncologico, in linea con il Piano Nazionale della Prevenzione e il PRP regionale. I programmi sono rivolti a coorti specifiche di popolazione, con l'obiettivo di aumentare l'adesione e migliorare l'anticipazione diagnostica.

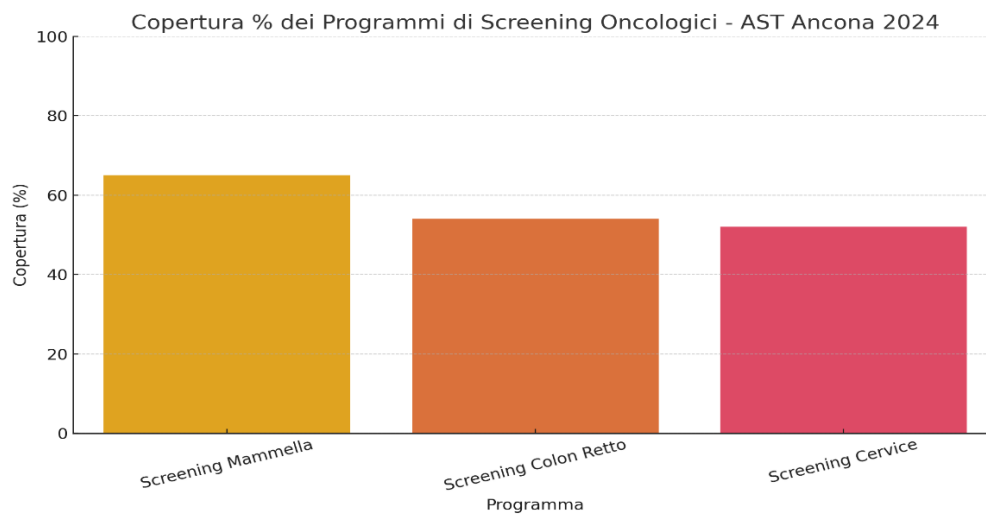
Azioni realizzate:

- Estensione dell'invito attivo a nuove fasce d'età, in particolare:
- Screening mammografico: ampliamento della fascia 45–74 anni;
- Screening colon-rettale: consolidamento dei richiami biennali;
- Screening cervice: progressiva estensione della metodica HPV-DNA test.
- Ottimizzazione logistica dei percorsi attraverso l'integrazione tra centri di prenotazione, invio referti e recall mirati;
- Rafforzamento della collaborazione con i MMG e con i ginecologi territoriali, per favorire l'adesione consapevole.

Risultati:

Le attività sono state realizzate senza interruzioni, con coperture in crescita rispetto agli anni precedenti, e con un costante allineamento alle soglie regionali di riferimento:

- Screening Mammella: Su 29.849 inviti, 12.534 mammografie di I livello eseguite. Il tasso di adesione grezza è del 46,7%, e quello corretto (al netto degli inviti inesitati e delle escluse) è del 61,4%. (Target: valore ottimale > 60%);
- Screening Cervice Uterina: Su 40.244 inviti, 19.663 Pap Test/HPV Test di I livello eseguiti. Il tasso di adesione grezza è del 55,2%, e quello corretto è del 57,5%. (Target: valore ottimale > 50%);
- Screening Colon Retto: Su 65.479 inviti, 25.917 esami SOF eseguiti. Il tasso di adesione grezza è del 41,6%, e quello corretto è del 44,2%. Target: valore ottimale > 50%).



Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	VALORE ANNO 2023	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
4	39	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della mammella	64,77%	Obiettivo minimo: Per la fascia d'età 50-69 anni mantenimento (tolleranza - 5%)/superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >60% (=assegnazione 100% del punteggio)	61,40%	😊
5	39	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della cervice uterina	56,10%	Obiettivo minimo: mantenimento (tolleranza - 5%)/superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	57,50%	😊
6	39	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro del colon retto	43,35%	Obiettivo minimo: mantenimento (tolleranza - 5%)/superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	44,20%	😐

Per quanto riguarda gli screening rivolti alla popolazione femminile, si evidenzia il pieno raggiungimento dei target stabiliti dalla DGRM. In riferimento, invece, allo screening del tumore del colon-retto, si registra un miglioramento rispetto al tasso di adesione dell'anno precedente, pur non raggiungendo il valore ottimale previsto, pari ad almeno il 50%. Applicando al risultato raggiunto quanto previsto nel target, l'obiettivo si considera raggiunto al 75%.

Campagna di comunicazione e progetto pilota: "Le Domeniche dello Screening"

L'adesione ai programmi di screening oncologico, in particolare allo screening del tumore del colon retto, rappresenta ancora oggi una sfida per la sanità pubblica.

Per affrontare questo nodo critico, l'AST Ancona – in collaborazione con Fondazioni locali e farmacie del territorio – ha promosso nel mese di novembre 2024 il progetto pilota "Le Domeniche dello Screening", rivolto ai cittadini tra i 50 e i 69 anni.

L'obiettivo principale è stato quello di incentivare la partecipazione offrendo modalità alternative di accesso e rafforzare la consapevolezza sull'importanza della diagnosi precoce attraverso una campagna di comunicazione mirata.

Misure attuate:

- Nelle domeniche del 3, 10, 17 e 24 novembre 2024, le farmacie di turno hanno accolto i campioni fecali per il test del sangue occulto, facilitando la riconsegna per i cittadini della fascia d'età target.
- I referti con esito negativo sono stati inviati per posta, mentre i soggetti con test positivo sono stati contattati direttamente dalla segreteria screening oncologici per fissare l'esame di colonscopia.
- È stata avviata una campagna di comunicazione integrata che ha incluso:
 - cartellonistica urbana,
 - spot radiofonici,
 - spazi televisivi e interviste,
 - comunicazioni social istituzionali.

Tali azioni hanno garantito una visibilità continua dell'iniziativa, contribuendo a mantenere alta l'attenzione sulla prevenzione oncologica.

Risultati:

- 105 test raccolti nelle 4 domeniche di novembre 2024.
- 2 test positivi: i soggetti sono stati contattati e hanno ricevuto appuntamento per l'esame di approfondimento.
- Incremento annuale dei test accettati (novembre 2023 → novembre 2024) da 1.089 a 1.970 campioni, pari a un +81%.

Il progetto ha dimostrato come la flessibilità dell'offerta e una comunicazione efficace siano strumenti chiave per migliorare l'adesione ai programmi di screening.

Il significativo aumento nel numero di campioni raccolti – sia nel mese di attuazione del progetto pilota che nel confronto annuale – evidenzia che le barriere principali non sono di tipo logistico, bensì riconducibili alla mancanza di sensibilizzazione costante.

L'iniziativa rappresenta un modello operativo replicabile e scalabile, utile per contrastare la disomogeneità nella partecipazione ai programmi di prevenzione oncologica sul territorio.

Screening per la Diagnosi Precoce del Tumore del Colon Retto (Popolazione Detenuta)

In coerenza con il principio costituzionale di equità nell'accesso alle cure e con la normativa vigente in materia di sanità penitenziaria, l'AST di Ancona ha attivato nel 2024 lo screening per la diagnosi precoce del tumore del colon retto rivolto alla popolazione detenuta presso gli Istituti Penitenziari di Montacuto e Barcaglione.

L'obiettivo è garantire il diritto alla prevenzione anche in contesti di vulnerabilità, contrastando le disuguaglianze sanitarie e promuovendo una sanità pubblica inclusiva.

Misure attuate:

- L'UOC Screening Oncologici, in sinergia con la Direzione Generale dell'AST e la Direzione degli Istituti Penitenziari, ha predisposto l'offerta organizzata del test per la ricerca del sangue occulto fecale.

- I detenuti maschi tra i 50 e i 69 anni, domiciliati nelle strutture carcerarie, sono stati formalmente invitati a partecipare allo screening mediante lettera personalizzata.
- Sono stati garantiti l'informazione sul percorso, la raccolta del consenso, l'esecuzione dei test, la comunicazione degli esiti e l'attivazione del percorso diagnostico per i casi positivi.

Risultati:

Detenuti invitati: 138

Detenuti effettivamente eleggibili: 114 (esclusi 20 dimessi e 4 già testati)

Aderenti: 107

Test eseguiti: 107

Di cui positivi: 8

Di questi, 2 hanno rifiutato la colonscopia

L'iniziativa ha rappresentato un punto di svolta nell'estensione concreta dei programmi di prevenzione oncologica alla popolazione detenuta. Il tasso di adesione elevato (oltre il 90%) e l'implementazione del percorso completo per i casi positivi confermano il successo dell'intervento.

Campagna di Screening HCV (popolazione nati 1969-1989)

Nel 2024 è proseguita regolarmente la campagna di screening per l'eliminazione del virus dell'Epatite C (HCV), avviata a luglio 2023 secondo quanto previsto dal Decreto Ministeriale e dalle indicazioni operative della Regione Marche. L'iniziativa è rivolta alla popolazione nata tra il 1969 e il 1989, residente nel territorio di AST Ancona.

Azioni realizzate:

- Coordinamento operativo della campagna e pianificazione delle attività su scala distrettuale;
- Produzione e distribuzione di materiale informativo e moduli di consenso, finalizzati a garantire una comunicazione chiara e capillare;
- Attivazione di una casella email dedicata per rispondere a quesiti e richieste degli utenti;
- Gestione degli inviti personalizzati, con stampa e spedizione agli aventi diritto;
- Elaborazione e invio delle comunicazioni di esito negativo;
- Presa in carico dei casi con esito positivo, con svolgimento di colloqui di counselling, pianificazione di visite specialistiche e attivazione del percorso di secondo livello;
- Formazione continua del personale coinvolto, finalizzata a uniformare i criteri di gestione e presa in carico.

Risultati:

La campagna è stata implementata in maniera efficace e continuativa, assicurando la prosecuzione del progetto senza interruzioni e una copertura crescente nella popolazione target.

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	TARGET AST ANCONA PIAO DGRM 1703	VALORE INDICATORE AST ANCONA	RAGGIUNGIMENTO
	14	Screening HCV popolazione	Prosecuzione screening HCV popolazione nat 1969-1989	Prosecuzione campagna	La campagna è stata implementata in maniera continuativa, assicurando la prosecuzione del progetto senza interruzioni e una copertura crescente nella popolazione target	

PSAL Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro

Nel corso del 2024, le UU.OO.CC. SPSAL hanno garantito il loro intervento, operando sulle tre principali aree: Medicina del Lavoro, Igiene Industriale ed Epidemiologia Occupazionale.

In un contesto normativo e operativo in continua evoluzione, le strutture hanno mantenuto un costante coordinamento con le UU.OO.CC. PSAL delle altre AST e con l'Ispettorato Territoriale del Lavoro (ITL), assicurando una gestione tempestiva ed efficace di segnalazioni ed esposti.

Tutte le attività svolte sono state regolarmente registrate nei sistemi gestionali aziendali, garantendo tracciabilità, trasparenza e omogeneità procedurale. Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020–2025, al macro-obiettivo 5.4, ha introdotto i Piani Mirati di Prevenzione (PMP) come strumento strategico per migliorare le performance di salute e sicurezza delle imprese. L'AST Ancona ha applicato tale approccio a 919 aziende, attraverso 7 PMP coordinati dalla UOC PSAL Medicina del Lavoro, promuovendo un modello assistenziale innovativo fondato sull'esperienza maturata nei precedenti PRP regionali.

L'azione promozionale si è estesa anche all'ambito formativo e comunicativo: sono stati organizzati 14 eventi direttamente promossi dall'AST, cui si sono affiancati 10 eventi in collaborazione con partner esterni. Sono stati inoltre prodotti 8 materiali informativi e pubblicate 7 buone pratiche sui portali istituzionali. È stata garantita la partecipazione a 53 incontri dei gruppi di lavoro regionali e locali (36 per il PRP e 17 per il PIL), assicurando il coordinamento interistituzionale.

Di rilievo il recepimento della convenzione tra AST Ancona e il Centro di Ricerca CRISS dell'Università Politecnica delle Marche, finalizzato allo sviluppo del Progetto Equità. In tale ambito sono stati realizzati 5 Focus Group dedicati ai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS e RLST).

In ambito progettuale, si è concluso il progetto biennale "Wood Dust Exposure" (2022-2023), incentrato sulla vigilanza attiva sul rischio da polveri di legno, mentre è stata avviata la progettazione di un nuovo Piano di Comparto per il controllo degli oli esausti, recentemente classificati come cancerogeni.

Sono stati inoltre realizzati due eventi formativi di rilievo: uno regionale rivolto ai Dipartimenti di Prevenzione delle AST sul controllo delle Schede di Sicurezza dei prodotti chimici, e uno nazionale sui rischi cancerogeni e mutageni nei luoghi di lavoro.

La sorveglianza epidemiologica delle popolazioni lavorative, è stata garantita attraverso l'implementazione dei sistemi nazionali INAIL (Infor.MO., MalProf, Registro Cancerogeni). Le attività hanno incluso l'analisi e validazione di 45 infortuni (9 mortali e 36 gravi) riferiti al 2023 e la partecipazione alla redazione del report Infor.MO 2022. Due casi studio dell'AST Ancona sono stati inseriti nel volume "Invisibili" (DoRS Piemonte).

E' stata garantita la piena operatività del Registro Regionale Cancerogeni e la partecipazione ai tavoli nazionali e regionali nonostante le difficoltà tecniche del portale INAIL.

Nel corso del 2024, è stato assicurato anche il supporto alle attività del Comitato Pandemico Aziendale e la gestione della rendicontazione del PIL. Significativa la partecipazione all'evento regionale per la Giornata della Sicurezza contro gli Infortuni nelle Scuole (22 novembre 2024), nonché l'organizzazione di percorsi formativi innovativi come "Storie d'Infortunio e Malattie da Lavoro" e due edizioni FAD del corso "PreViS" sui fattori di rischio infortunistico.

Infine, è stato coordinato il laboratorio "Comunità di pratica: la narrazione come luogo di prevenzione", in collaborazione con Regione Marche, con la produzione e pubblicazione di due nuove storie di infortunio sul sito DoRS.

Gli obiettivi assegnati con DGR. 1703/2024 riferiti all'Area Prevenzione nei luoghi di lavoro sono stati raggiunti al 100%.

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	VALORE ANNO 2023	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
10		Prevenzione, sicurezza e salute nei luoghi di lavoro	Percentuale di aziende controllate e/o assistite con o senza sopralluogo sul totale da controllare / assistere	5,90%	>= 5%	7,3%	😊
13		Sicurezza dei prodotti chimici: controlli nella fase di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (Reg. REACH e CLP)	% imprese controllate su imprese programmate	342%	>=95%	100%	😊
15		Partecipazione al Programma PP03 Luoghi di Lavoro che promuovono salute del PRP 2020-2025	Adesione al PP03		Adesione al Protocollo d'Intesa	DGRM 1938/2024- DGRM DGR 1640/2021 "Attuazione Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025" - Protocollo d'Intesa per lo sviluppo e sostenibilità del Programma Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute (PP03) - Modello WHP	😊

Ambiente e Salute

Nel corso del 2024, la UOC ISP Ambiente e Salute ha garantito un presidio costante e qualificato in materia di sanità pubblica e ambiente attraverso le seguenti attività:

- Pareri e Supporto alle Autorità Competenti: Forniti pareri e supporto in materia di Valutazione di Impatto Ambientale (VIA), Valutazione Ambientale Strategica (VAS), Autorizzazione Integrata Ambientale (AIA) e bonifica dei siti inquinati.
- Sviluppo Metodologico: Elaborate e sperimentate metodologie e modelli per la Valutazione di Impatto Sanitario (VIS) e la Valutazione Integrata di Impatto Ambientale e Sanitario (VIAS).
- Tutela dal Rischio Amianto: Interventi per la tutela della popolazione dal rischio amianto (in stato di abbandono o su edifici non utilizzati), in collaborazione con altre UOC competenti.
- Valutazione Urbanistica: Effettuata la valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica (VAS).
- Classificazione Attività Insalubri: Svolte attività di classificazione delle attività insalubri su richiesta dei comuni.
- Rischi Chimici: Tutelata la salute dai rischi derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele e articoli (REACH-CLP).
- Collaborazione Inter-Ente: Attiva interazione e collaborazione con ARPAM (per il controllo ambientale), Prefettura e Protezione Civile (per la gestione delle emergenze ambientali e industrie a rischio Seveso III), e altri Enti Pubblici con competenze ambientali (Assessorato regionale all'Ambiente, MASE, CTR, ISPRA).
- Piani e Protocolli Operativi: Partecipazione e supporto a Enti e Istituzioni per la predisposizione di piani e protocolli operativi, inclusa la partecipazione alle attività dell'unità di crisi per gli stabilimenti soggetti alla direttiva SEVESO III.
- Gestione Segnalazioni: Risposta immediata alle segnalazioni dei privati relative a inconvenienti igienico-sanitari (inquinanti ambientali, emissioni odorigene, amianto).
- Coordinamento PRP: Coordinamento delle attività inerenti il PP09 del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2020-2025, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi trasversali e specifici.

Nel corso del 2024, le attività di epidemiologia si sono sviluppate lungo diverse direttrici strategiche della salute pubblica, con un focus prioritario sulla sorveglianza epidemiologica, sulla promozione della salute e sulla prevenzione

Profilo di Salute della Popolazione

Misure adottate: Su richiesta del Tavolo Inter-istituzionale Regionale, è stata condotta un'indagine epidemiologica sulle malformazioni congenite e esiti avversi della gravidanza a Falconara Marittima, utilizzando banche dati regionali e nazionali.

Risultati: Prodotto un "Report Indagine epidemiologica sulle malformazioni congenite ed eventi avversi della gravidanza a Falconara Marittima".

Sorveglianza dei Fattori di Rischio di Malattie Croniche e degli Stili di Vita nella Popolazione Residente (Indagine PASSI e PASSI d'Argento - DPCM 3 marzo 2017)

Misure adottate: Svolgimento di attività di competenza territoriale per la realizzazione del campione regionale PASSI e PDA, inclusa la spedizione e accoglimento di richieste di rifiuto all'intervista. È stato fornito supporto al coordinamento regionale delle Sorveglianze e diffusione delle informazioni sugli stili di vita.

Risultati: Spediti il 100% (2.400 lettere) dei soggetti campionati residenti in AST Ancona entro il 31.12.2024. Svolta un'attività formativa regionale ("I sistemi di Sorveglianza Passi e Passi d'Argento") a Fermo. Prodotti un report breve "La qualità della vita della persona di 65 anni e più nell'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona" e un poster sugli stili di vita della popolazione over 65, presentati a un convegno nazionale.

Sorveglianza "Bambini 0-2" (DPCM 3 marzo 2017)

Misure adottate: Attività di coordinamento regionale della Sorveglianza Bambini 0-2. Progettazione e svolgimento di un evento comunicativo per diffondere i risultati della raccolta dati 2022. Sviluppo di lavori preparatori per la nuova raccolta dati 2025, inclusa la rilevazione dati regionale e campionaria, un censimento dei seduti vaccinali e l'aggiornamento del questionario.

Risultati: Convegno regionale "La sorveglianza Bambini 0-2. Raccolta dati 2022. Strategie e azioni nazionali e regionali per i primi 1000 giorni di vita" a Senigallia. Svolte operazioni preliminari per la raccolta dati 2025.

Progetti del Piano Nazionale Complementare "Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima" - Linea di investimento 1.2: Siti Contaminati Selezionati di Interesse Nazionale (SIN) - Progetto Insingeria

Misure adottate: Coinvolgimento nella realizzazione degli obiettivi del progetto "Messo a punto e valutazione di efficacia di interventi di prevenzione primaria e secondaria per ridurre l'impatto sanitario delle patologie attribuibili all'ambiente e alle disuguaglianze sociali" per il SIN Falconara Marittima, supportando epidemiologicamente la selezione degli indicatori per il SIN e i relativi calcoli.

Risultati: Documentazione relativa a schede dati per il SIN di Falconara Marittima e relazione sulla "Ricognizione esperienze/attività di promozione della salute materno-infantile in corso di svolgimento nell'ambito del PRP 2020-2025"

Flusso Informatizzato delle Schede di Morte ISTAT

Misure adottate: Informatizzazione delle schede di morte ISTAT attraverso la piattaforma "CADME". Controllo della qualità e completezza delle procedure di informatizzazione delle schede relative ai decessi di residenti in AST Ancona.

Risultati: Controllo e completezza al 100% delle schede di decesso 2022 (ultimo anno richiesto); il 100% delle schede cartacee pervenute sono state informatizzate.

Coordinamento Regionale del PL 14 del PRP Marche "Primi 1000 Giorni di Vita del Bambino"

Misure adottate: Progettazione, organizzazione e docenza di corsi di formazione regionale sulla promozione della genitorialità responsiva ("Le cure che nutrono - Nurturing Care") e lo sviluppo precoce dei bambini (48 professionisti formati). Progettazione, organizzazione e docenza di corsi sulla "Protezione, promozione e sostegno dell'allattamento e promozione della salute delle famiglie nei primi 1000 giorni" (80 ore, 48/50 professionisti formati). Individuazione di un'azione equity oriented e diffusione di informazioni. Analisi ed elaborazione di dati epidemiologici e organizzazione di due focus group.

Risultati: Svolti i Corsi di Formazione regionale specificati ("Le cure che nutrono" e Protezione, promozione e sostegno dell'allattamento"). Obiettivi 2024 dell'azione equity-oriented del PL 14 raggiunti: individuate le criticità e le azioni di contrasto, svolti 2 focus group e rendicontato sulla piattaforma web.

Di seguito si riportano gli obiettivi individuati nella DGRM 1703/2024 riferibili a tale attività:

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	VALORE ANNO 2023	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
11		Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale e delle sezioni Regionali dei Registri Tumori di cui all'art. 244 del D. Lgs. 81/2008	Trasmissione dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale (anno 2023)	100%	100%	100%	

Ambienti di Vita

Le attività si sono articolate nei seguenti ambiti:

Vigilanza e controllo igienico-sanitario: sono stati espressi pareri su strumenti urbanistici e progetti edilizi riguardanti edifici residenziali, collettivi, scolastici, socio-assistenziali, ricettivi e sportivi. È stata garantita la vigilanza igienica su scuole, impianti sportivi (inclusi impianti natatori), strutture sanitarie, socio-sanitarie e ricettive, con rilascio di relazioni sanitarie per tutte le richieste dei privati.

Tutela della salute dai rischi ambientali: sono state gestite numerose segnalazioni relative a rischio amianto, inquinamento indoor (radon, formaldeide), zoonosi e animali sinantropi, nonché garantito il

presidio igienico-sanitario su acque di piscina e piani di bonifica ambientale. È proseguito il controllo del rischio Legionella nelle strutture a rischio.

Attività medico-legali e certificative: sono stati effettuati sopralluoghi e rilasciate attestazioni per l'idoneità igienico-sanitaria degli alloggi e per l'avvio di nuove attività collettive.

Promozione della salute e formazione: è stato organizzato un evento formativo accreditato ECM sul tema dell'autorizzazione e accreditamento delle strutture ai sensi della DGR 1194/2020, con focus specifico sul rischio Legionella. Il convegno ha visto la partecipazione di circa 200 professionisti ed è stato riconosciuto quale buona pratica di sensibilizzazione e aggiornamento tecnico.

Gestione di esposti e segnalazioni: è stata assicurata la tempestiva risposta ai cittadini su problematiche igienico-sanitarie, emissioni odorigene, presenza di inquinanti e amianto.

Collaborazioni interistituzionali: il servizio ha cooperato con enti e forze dell'ordine (Carabinieri, GdF, Questura), Comuni e Prefettura. Ha partecipato alle attività delle unità di crisi e all'aggiornamento dei Piani di Emergenza Esterni (PEE) relativi agli stabilimenti a rischio rilevante (direttiva Seveso III).

Prevenzione Primaria Collettiva - Area veterinaria e sicurezza alimentare

La rete della prevenzione primaria collettiva area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare si articola sul territorio dell'AST Ancona nei Servizi: Igiene Alimenti e Nutrizione (IAN), Igiene Alimenti di Origine Animale (IAOA), Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche (IAPZ) e Sanità Animale (SA).

Nel corso del 2024, i Servizi hanno operato in coerenza con gli obiettivi strategici previsti dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e dai Programmi Nazionali e Regionali di controllo ufficiale.

L'attività complessiva ha interessato le diverse filiere produttive e i settori della prevenzione veterinaria e della sicurezza alimentare, garantendo la piena attuazione delle funzioni di vigilanza, controllo e sorveglianza, nel rispetto delle disposizioni normative vigenti e secondo il principio di integrazione tra sanità pubblica, salute animale e tutela dell'ambiente.

Le tabelle seguenti restituiscono in forma sintetica i principali risultati conseguiti nel corso dell'anno, con riferimento agli indicatori di attività, al livello di raggiungimento degli obiettivi programmati nella DGRM 1703, distinguendo tra le attività ricomprese nel Nuovo Sistema Garanzia e gli Altri Indicatori.

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - INDICATORI NSG "CORE"

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	VALORE ANNO 2023	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
17	41	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% stabilimenti ovi-caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli stabilimenti)	3%	3% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2023	3%	😊
18	42	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% stabilimenti suini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% degli stabilimenti)	1%	1% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2023	1%	😊
19	43	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% stabilimenti bovini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli stabilimenti)	4%	3% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2023	4%	😊
20	44	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% stabilimenti equini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli stabilimenti)	5%	3% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2023	3%	😊
21	45	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% apiari controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% degli apiari)	1%	1% apiari aperti in BDN al 31/12/2023	1%	😊
22	46	FARMACO SORVEGLIANZA-attività di ispezione e verifica art. 88 D.Lgs n.193/2006. Nota DGSF n.1466 del 26/01/2012; DM 14/05/2009 e nota DGSF n.13986 del 15/07/2013	Attività svolta sul totale degli operatori controllabili in base all'art.68 comma 3, art.71 comma 3, art.70 comma 1, art. 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs n.193/2006	106%	≥ 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite	103%	😊
23	47	Piano Nazionale Alimentazione animale	% campionamenti eseguiti sul totale degli attesi	100%	100%	109%	😊
24	48	FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	% campioni effettuati sul totale dei previsti nell'ambito del programma di ricerca dei residui di fitosanitari negli alimenti vegetali	102%	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	109%	😊
25	49	PNR- PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci, sostanze illecite e contaminanti e loro residui negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNR	101%	100% delle categorie di matrici programmate, con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	102%	😊
26	50	ADDITIVI ALIMENTARI (Piano nazionale controllo additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNCAA	100%	100% in tutte le categorie previste	100%	😊

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE – ALTRI INDICATORI

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	VALORE ANNO 2023	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
27	51	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSF n.1618 del 28/01/2013	% stabilimenti controllati sugli stabilimenti bovini da controllare per TBC come previsto dai piani di risanamento	100%	100%	99%	😊
28	52	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSF n.1618 del 28/01/2014	% stabilimenti controllati sugli stabilimenti bovini, ovini e caprini da controllare per BRC come previsto dai piani di risanamento	100%	100%	100%	😊
29	53	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSF 2832 del 12 febbraio 2014	% di capi bovini morti sottoposti al test per BSE sul totale degli atesi	89%	≥ 85%	88%	😊
30	54	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSF 2832 del 12 febbraio 2015	% di capi ovini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli atesi per gli ovini (DDSPVSA n. 8/2023)	685%	100% del valore atteso	164%	😊
31	55	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSF 2832 del 12 febbraio 2016	% di capi caprini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli atesi per i caprini (DDSPVSA n. 8/2023)	487%	100% del valore atteso	144%	😊
32	56	SALMONELLOSI ZOONOTICHE - Reg. 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; nota DGSF 1618 n. del 28/01/2013 e relativa registrazione dati nel SIS-BDN	% campionamenti sul totale dei campioni previsti dal "piano salmonellosi" in allevamento	177%	100%	108%	😊
33	57	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	% controllo per benessere in allevamenti di vitelli, suini, oviole e polli da carne	112%	100%	100%	😊
34	58	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	% controllo per benessere in allevamenti di "altri bovini"	133%	100%	100%	😊
35	59	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	% controlli per benessere negli impianti di macellazione	107%	100%	116%	😊
36	60	CONTROLLI ANALITICI NELLE FASI DI PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI- attuazione Accordo Stato-Regioni del 10 novembre 2016, rep212, concernente Linee guida controllo ufficiale ai sensi Reg. 882/04 e 854/04, Capitolo 15 e ripartizione dei controlli su base regionale (nota DGSA n.15168 del 14/4/2017. Percentuale di controlli analitici minimi effettuati per ciascuna matrice alimentare nelle fasi, rispettivamente, di	% di campionamenti effettuati sul totale dei programmi negli esercizi di produzione e distribuzione	102%	100% in ciascuna matrice alimentare	102%	😊
37	61	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003- alimenti geneticamente modificati.	Corretto rapporto del campionamento previsto dall'allegato al Piano OGM, riferito alle materie prime e agli intermedi di lavorazione	100%	> 60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione	100%	😊
38	62	AUDIT SU OSA - controlli ufficiali previsti dal Reg. 625/2017 e Reg. 627/2019- DDPFVSA n.49 del 20/03/2017	% di audit sugli stabilimenti riconosciuti di cui al DDPFVSA n.49 del 20/03/2017	100%	100% del numero minimo di audit che sarebbe necessario eseguire se tutti gli stabilimenti fossero classificati a "basso rischio", per ciascuna tipologia di cui al DDPFVSA	100%	😊
39	63	RADIAZIONI IONIZZANTI D.Lgs 30 gennaio 2001, n. 94 - Attuazione delle direttive 1999/2/CE e 1999/3/CE; (PAMA)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti	100%	100%	100%	😊
40	64	PIANO SORVEGLIANZA MBV - zone di produzione e stabulazione dei molluschi bivalvi vivi ai sensi del Reg. CE 627/2019	% di aree di raccolta dei molluschi sottoposte a monitoraggio con la frequenza prevista	100%	100%	100%	😊
41	65	Potenziamento della attività di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare (Reg.178/2002, all.2 DGRM n. 1803 del 09/12/2008)	Atti formali relativi all'attività di comunicazione del rischio nell'ambito della sicurezza alimentare	PROT 214767 DEL 28/12/2023	Report interdisciplinare di AST dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare	Con prot. N. 224688 del 24/12/2024 è stato inviato alla PF l'articolo per il portale VESA dal titolo: "Imprese alimentari registrate ai sensi del Reg. CE 853/04: analisi critica sugli esiti delle ispezioni nella AST di Ancona triennio 2022-2024"	😊
42	66	PIANO NAZIONALE MICOTOSSINE 2016-2018- Controllo ufficiale delle micotossine in alimenti. Nota DGSA n.14944 del 14/4/2016 (PAMA 2018)	Volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal Piano Nazionale Micotossine in Alimenti (PNMA)	24/24=100%	100%	100%	😊
43	67	CONTROLLI BIOSICUREZZA STABILIMENTI SUINI	% Stabilimenti suinicoli controllati sul totale dei controlli previsti per biosicurezza (1% degli stabilimenti e 33% stabilimenti semibradi commerciali aperti con capi)	3,36% degli stabilimenti 51,58% stabilimenti semibradi commerciali aperti con capi	1% degli stabilimenti a cui aggiungere il 33% stabilimenti semibradi commerciali aperti con capi	4,03% 38,04%	😊
44		QUALIFICHE SANITARIE (Art. 2, O.M. 28 maggio 2015 e s.m.i.)	Mantenimento qualifica di provincia indenne per Brucellosi bovina	SI	SI	SI	😊
		QUALIFICHE SANITARIE (Art. 2, O.M. 28 maggio 2015 e s.m.i.)	Mantenimento qualifica di provincia indenne per Brucellosi ov-caprina	SI	SI	SI	😊
		QUALIFICHE SANITARIE (Art. 2, O.M. 28 maggio 2015 e s.m.i.)	Mantenimento qualifica di provincia indenne per tubercolosi bovina	SI	SI	SI	😊
		QUALIFICHE SANITARIE (Art. 2, O.M. 28 maggio 2015 e s.m.i.)	Mantenimento qualifica di provincia indenne per leucosi bovina enzootica	SI	SI	SI	😊
45		PSA - PRIU	Numero di carcasse suine esaminate negli stabilimenti suini con capacità fino a 50 capi e/o allevamenti siti nelle zone a maggior rischio come indicato nella valutazione del rischio allegata al PRIU	20	≥ 10	27,00	😊

L'obiettivo n. 51 è raggiunto al 99%, lo scostamento è pari al 1%, per cui rientra nel range di valutazione del 100%.

AREA TERRITORIALE E DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

In coerenza con quanto definito nel PIAO 2024-2026 nel 2024 si è lavorato sul potenziamento dei servizi assistenziali territoriali per perseguire la garanzia dei LEA, riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruire un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio provinciale.

L'Assistenza Primaria si è adoperata per il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali attraverso:

- lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità che rappresentano il punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento;
- il potenziamento delle cure domiciliari (casa quale luogo privilegiato dell'assistenza);
- l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di equipe multiprofessionali che prendano in carico la persona, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità;
- il potenziamento della medicina di iniziativa;
- l'introduzione di modelli e servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio.
- In tale contesto, è stata ulteriormente rafforzata l'implementazione delle attività cliniche specialistiche e consolidato lo sviluppo dei percorsi di presa in carico della cronicità, attraverso l'attivazione dei Punti Salute e delle COT, strumenti cardine della nuova organizzazione territoriale.

Nel corso del 2024, l'AST di Ancona ha avviato il progetto "Punti Salute", con l'obiettivo di riorganizzare e potenziare il sistema di assistenza sanitaria territoriale, attraverso l'introduzione strutturata della Telemedicina all'interno degli Ambulatori di prossimità. L'iniziativa si colloca nell'ambito delle strategie di sanità digitale e mira in particolare al miglioramento della presa in carico di pazienti affetti da patologie croniche ad alta prevalenza nella popolazione anziana, quali diabete, scompenso cardiaco, BPCO, patologie respiratorie e vulnologiche.

Il progetto prevede la dotazione tecnologica di alcuni Ambulatori già esistenti, nonché di nuove strutture in fase di istituzione, attraverso l'implementazione di dispositivi e piattaforme in grado di eseguire, anche in modalità remota, esami e prestazioni diagnostiche fondamentali, tra cui: Spirometria, Emogasanalisi, Elettrocardiogramma (ECG), Holter pressorio, Holter cardiaco, Dermatoscopia. A queste si affianca un sistema di monitoraggio continuativo di parametri clinici essenziali quali: saturazione dell'ossigeno, parametri vitali, parametri antropometrici.

Nel corso del 2024, l'AST Ancona ha progressivamente attivato sette Punti Salute nei Comuni di Arcevia, Sirolo, Loreto, Monte San Vito, Filottrano, Sassoferrato e Castelfidardo, con orari e modalità differenziate in base alla domanda locale. In alcuni casi l'attivazione è stata preceduta da una fase sperimentale con successiva apertura delle agende CUP. L'intera rete è attualmente operativa, contribuendo all'avvicinamento dei servizi ai cittadini e all'integrazione sociosanitaria territoriale.

Per quanto riguarda le COT, pilastro strategico della riforma sanitaria delineata dal PNRR – Missioni 5 e 6, sono state completati gli investimenti strutturali e tecnologici e a partire dal 30 Giugno, risultano attive tutte le cinque COT previste dal PNRR per l'ambito territoriale dell'AST Ancona:

- COT Senigallia
- COT Jesi
- COT Fabriano
- COT Ancona 1 – Centrale Regionale
- COT Ancona 2 – Distrettuale

L'analisi dei dati di attività dimostra una distribuzione eterogenea dei bisogni, con un peso rilevante dei bisogni complessi (pazienti che necessitano di una valutazione multidimensionale con intervento dell'UVI), soprattutto nelle aree di Senigallia, Fabriano e Ancona.

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
58	20	Attività legate all'attuazione del PNRR	Definizione dei modelli assistenziali per le strutture di prossimità (CdC, OdC, COT) aziendali previste dalla DGR 559/2022 secondo gli standard del DM 77/2022	Reportistica inviata entro il 31/01/2025	Nota invio Prot 0021872/05/02/2025/AST-AN/JAFFGENIP Relazione sulle attività realizzate nel 2024 in riferimento ai modelli assistenziali per le strutture di prossimità (CdC, OdC, COT) aziendali previste dalla DGR 559/2022 secondo gli standard del DM 77/2022.	

Di seguito si riportano per ogni singola Area gli obiettivi assegnati con DGRM 1634 e i risultati raggiunti.

Area Cure Domiciliari

Le cure domiciliari rappresentano un pilastro fondamentale dell'assistenza sanitaria territoriale, offrendo un'alternativa preziosa al ricovero ospedaliero e consentendo ai pazienti, specialmente quelli più fragili e con patologie croniche, di ricevere le cure necessarie nel comfort e nella familiarità della propria abitazione. Nel corso del triennio 22/24 l'area delle Cure Domiciliari ha avuto importante percorso di potenziamento dei servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), fortemente sostenuto e indirizzato dall'intervento "Casa come primo luogo di cura e telemedicina - Assistenza domiciliare" previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

L'iniziativa PNRR mira a rafforzare significativamente l'assistenza domiciliare su tutto il territorio nazionale, con un focus particolare sulla popolazione over 65. L'obiettivo è incrementare il numero di anziani presi in carico, garantendo loro percorsi assistenziali personalizzati che includono trattamenti medici, riabilitativi e infermieristici. Questo approccio non solo migliora la qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie, ma contribuisce anche a una maggiore appropriatezza delle cure, prevenendo ospedalizzazioni non necessarie e ottimizzando l'uso delle risorse sanitarie.

Per l'AST di Ancona, questo si traduce nei target specifici definiti dalla DGRM 2061/23. L'obiettivo è di ampliare progressivamente la platea di cittadini over 65 assistiti a domicilio. Si prevede che l'AST di Ancona, che serve una popolazione over 65 attesa di 125.688 persone al 2025, circa 11.928 pazienti over 65 a domicilio.

Di seguito si mostra un confronto tra i dati osservati e i target di "Prese In Carico" (PIC) per la popolazione over 65, per i singoli distretti sanitari e per l'intera AST di Ancona.

	PIC Osservate Anno 2021	Target PIC OVER 65 Anno 2022	PIC Osservate Anno 2022	Target PIC OVER 65 Anno 2023	PIC Osservate Anno 2023	Target PIC OVER 65 Anno 2024	PIC Osservate Anno 2024	TARGET FINALE PIC OVER 65 Anno 2025
Distretto 104 - Senigallia	1.099	1.249	1.520	1.583	1.969	1.917	2.214	1.995
Distretto 105 - Jesi	639	1.625	917	2.061	1.131	2.495	2.086	2.596
Distretto 106 - Fabriano	152	720	397	913	614	1.105	1.215	1.150
Distretto 107 - Ancona	2.291	3.873	3.429	4.911	4.054	5.947	6.052	6.187
AST ANCONA	4.181	7.467	6.263	9.468	7.768	11.464	11.567	11.928

Nella tabella viene evidenziato come primo anno di confronto l'anno 2021, rispetto al quale nel corso del triennio 22/24 le prese in carico sono aumentate di 7.386 pari al 177%.

L'anno 2024 è stato cruciale, con un significativo aumento delle prese in carico che ha permesso all'AST Ancona nel suo complesso, e ad alcuni distretti specifici, di raggiungere o superare i target annuale, permettendo l'accesso al finanziamento correlato.

Si osserva tuttavia una performance eterogenea tra i diversi distretti. Alcuni hanno già superato i loro target finali o intermedi in modo significativo, mentre altri mostrano un ritardo rispetto agli obiettivi, sebbene con un trend di miglioramento.

L'attività di assistenza domiciliare dell'AST Ancona nell'esercizio 2024 ha garantito una significativa capacità di presa in carico, gestendo un ampio spettro di bisogni assistenziali, dai casi a bassa complessità a quelli ad alta intensità. I dati evidenziano una eterogeneità tra i vari Distretti con un totale di PIC erogate pari a 17.549 comprendendo anche le prestazioni erogate alle altre fasce di popolazione.

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	VALORE ANNO 2023	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
46	15	Assistenza domiciliare	Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1	6,0	> 4,00 x 1000 ab.	8,1	😊
47	15	Assistenza domiciliare	Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2	3,9	> 2,50 x 1000 ab.	4,9	😊
48	15	Assistenza domiciliare	Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3	2,6	> 2,00 x 1000 ab. (Tolleranza 20%)	3,7	😊

Gli obiettivi risultano pienamente raggiunti

Area Residenzialità

La DGRM n 1184/2023 considera fondamentale l'integrazione dei servizi nell'ambito della rete di cure palliative, al fine di consentire il superamento della frammentarietà di un sistema ancora centrato sulla rete d'offerta, in un'ottica di miglioramento della qualità della vita della persona malata e della sua famiglia. 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.

L'atto riporta al suo interno lo schema di convenzionamento, richiamando la disciplina dell'art 56 del codice del terzo settore e dunque si rivolge ad una particolare categoria tra gli ETS/OdV, impegnata storicamente nella Regione Marche al fianco degli ammalati affetti da patologie oncologiche e non oncologiche, con sede operativa nel territorio dell'AST di riferimento.

In tal senso, ai fini del rafforzamento della rete delle cure palliative, l'AST Ancona ha proceduto a rinnovare la collaborazione con le Organizzazioni di Volontariato del territorio di riferimento, mediante l'analisi e la redazione degli atti propedeutici al recepimento ed all'applicazione operativa della DGRM 1184/2023.

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	VALORE ANNO 2023	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
49	16	Assistenza residenziale	N. residenti anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale	50,0	> 41 x 1.000 ab. ≥ 75 aa	53,73	😊
50	17	Potenziamento della Rete delle Cure Palliative	% Deceduti per tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul totale dei deceduti per tumore	32,5%	> 35% (Tolleranza 25%)	40%	😊

Gli obiettivi assegnati sono tutti pienamente raggiunti come evidenziato nella tabella precedente.

Area Salute Mentale

Nel corso del 2024, il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dell'AST di Ancona ha consolidato il proprio ruolo di riferimento clinico-assistenziale per la presa in carico integrata dei disturbi psichici, secondo un modello organizzativo transmurale, in grado di integrare in maniera continua le attività territoriali e

ospedaliero. Il Dipartimento, a direzione unica e dotato di autonomia tecnico-organizzativa, ha perseguito gli obiettivi di prevenzione, cura, riabilitazione e promozione della salute mentale, favorendo una cultura orientata alla lotta contro lo stigma e il pregiudizio.

Durante l'anno, il DSM ha operato in stretto raccordo con i Distretti, gli Enti Locali, il privato sociale e il volontariato, garantendo una risposta articolata ai bisogni dell'utenza attraverso una rete di servizi che ha compreso: Centri di Salute Mentale, Centri Diurni, Strutture Residenziali, nonché percorsi di residenzialità leggera e servizi di sollievo, come previsto dalla DGRM n. 667/2021.

La programmazione dipartimentale ha continuato a fondarsi sul principio del Progetto Terapeutico Individualizzato (PTI), a cui è seguita la definizione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP), attuato tramite micro-équipe multiprofessionali con funzione di coordinamento clinico e monitoraggio evolutivo. Tale approccio è stato sostenuto da attività formative interne, mirate a rafforzare il lavoro d'équipe e la responsabilizzazione condivisa, evitando derive di delega verticale.

Nel corso del 2024, si sono consolidate le collaborazioni inter-istituzionali, in particolare con i Medici di Medicina Generale (MMG), nella prospettiva di promuovere una maggiore appropriatezza degli invii e contribuire alla riduzione delle liste d'attesa per prime visite e trattamenti. Tale cooperazione, già attiva in alcune aree aziendali, è stata oggetto di ampliamento programmato su scala territoriale.

Nel 2024 il DSM ha affrontato e sviluppato le seguenti linee di intervento strategiche:

- **Adolescenza:** sono state avviate attività per la definizione di un setting di ricovero specifico per adolescenti, con trattamenti orientati alla recovery e interventi di supporto familiare in collaborazione con UMEE, Consultori e Cure Tutelari.
- **Riabilitazione cognitiva e realtà virtuale:** è stato avviato l'impiego sperimentale di strumenti innovativi per il recupero delle funzioni cognitive, con l'introduzione di protocolli di realtà virtuale.
- **Psicogeriatría:** sono proseguiti i lavori per l'integrazione con l'INRCA e i servizi per anziani fragili, in risposta all'aumento della domanda di salute mentale in età avanzata.
- **Disturbi del comportamento alimentare (DCA):** è stata avviata l'attività della nuova UOSD dedicata, con programmazione di interventi di prevenzione e cura.
- **Interazione con UMEA e Dipendenze Patologiche:** si è rafforzato il coordinamento con gli altri servizi per la presa in carico integrata dei casi complessi.
- **Psichiatria forense e giudiziaria:** è continuata l'attività in ambito carcerario, in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria e le autorità giudiziarie.
- **Rapporti con Prefettura e Servizi Sociali:** sono stati attivati e strutturati percorsi di accompagnamento per situazioni complesse di genitorialità, fragilità sociale e violenza di genere.
- **Psichiatria di collegamento ospedaliero:** si è ulteriormente rafforzato il raccordo con i Dipartimenti ospedalieri per la gestione integrata del paziente con comorbidità psichica e somatica.

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
	32	Percorsi per adolescenti	Definizione ed individuazione di un setting di ricovero adeguato agli adolescenti (definizione fascia di età), ora inesistenti. Trattamenti territoriali orientati alla recovery, e supporto alle famiglie	Protocollo entro 31/12/2024	Integrazione con UMEE	😊
	33	Rimedio Cognitivo e in Realtà Virtuale	Implementazione di trattamenti innovativi per migliorare il percorso verso la guarigione	Protocollo entro 31/12/2024	avviato l'impiego sperimentale di strumenti innovativi per il recupero delle funzioni cognitive, con l'introduzione di protocolli di realtà virtuale	😊
	34	Psicogeriatría	Fornire cure specializzate per la popolazione anziana con problemi di salute mentale in collegamento con gli altri Servizi Sanitari	Protocollo entro 31/12/2024	l'integrazione con l'INRCA e i servizi per anziani fragili	😊
	35	Disturbi alimentari	Ambulatorio DCA	Reportistica attività ambulatorio	Attivato ambulatorio	😊

Nell'Area Salute Mentale sono stati individuati dalla Regione due misure proxy dell'efficacia degli interventi di presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche:

- % ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti maggiorenni residenti che riflette la mancata o non adeguata presa in carico da parte dei servizi territoriali dei pazienti dimessi da strutture di ricovero per acuti.
- TSO per maggiorenni per residenti maggiorenni: l'analisi dei tassi di ricovero per TSO può costituire una misura indiretta dell'efficacia terapeutica dei programmi riabilitativi messi a punto dai Dipartimenti di salute mentale. Infatti, il TSO è una modalità di intervento da ritenere straordinaria, a fronte di un sistema assistenziale efficace nella presa in carico "ordinaria" dei pazienti (anche i più gravi)

Si evidenziano di seguito i risultati raggiunti per gli indicatori dell'area:

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	VALORE ANNO 2023	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
51	84	Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologia psichiatrica	% Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	3,4%	≤5,0	5,8%	☹️
101	85	TSO-Trattamento Sanitario Obbligatorio	Diminuzione del 2% rispetto al 2023	0,54	- 2% rispetto ai TSO 2023 Target: 0,53	0,4	😊
102		Atti contenitivi	Diminuzione del 2% rispetto al 2023	66	- 2% rispetto agli atti contenitivi 2023 Target: 65	53	😊

L'obiettivo relativo alla % dei ricoveri ripetuti, evidenzia un risultato pari al 5,8%, non in linea con il target previsto. D'altra parte, il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) prevede un valore di sufficienza pari al 6,9%, in base al quale l'AST risulta adempiente. Un'analisi dell'andamento dei ricoveri ripetuti rispetto all'anno precedente evidenzia un incremento contenuto per le due strutture di psichiatria afferenti ad AST Ancona, mentre un incremento piuttosto rilevante dei ricoveri presso la Clinica Universitaria di Ancona:

	Anno 2023			Anno 2024		
	Ricoveri Ripetuti	Totale Ricoveri	%	Ricoveri Ripetuti	Totale Ricoveri	%
Totale AST	16	470	3,4%	25	428	5,8%
Strutture AST	11	296	3,7%	11	266	4,1%
AOU Marche	2	146	1,4%	12	127	9,4%
Altre strutture	3	28	10,7%	2	35	5,7%

L'incremento dal 3.4% al 5.8% nelle riammissioni tra il 2023 e il 2024 per l'AST Ancona non è un'anomalia isolata, ma un segnale locale di una più ampia inversione di tendenza a livello nazionale, dove i ricoveri e gli accessi al Pronto Soccorso per problemi psichiatrici sono tornati a crescere dopo anni di riduzione. Il numero degli utenti è aumentato generando una forte pressione sui servizi territoriali. La pandemia ha portato ad un aumento del disagio psicologico, dell'ansia e della depressione le cui conseguenze a lungo termine, inclusa una maggiore prevalenza di disturbi mentali, continuano a mettere sotto pressione i servizi. Le diagnosi più comuni che portano al ricovero includono la schizofrenia, i disturbi affettivi gravi (come la depressione con ideazione suicidaria), i disturbi da abuso di sostanze e le gravi alterazioni del giudizio di realtà (ad esempio, in stati psicotici o intossicazioni). Il rischio di suicidio, in particolare, è estremamente elevato nelle settimane immediatamente successive alla dimissione, precedenti tentativi di suicidio sono potenti predittori di futuri episodi e unitamente a condizioni sociali di isolamento sono elementi che condizionano le riammissioni. Un altro fattore determinante è la non-aderenza del paziente al trattamento terapeutico raccomandato.

Liste di attesa

Nel 2024, in continuità con gli anni precedenti è proseguita l'azione per il recupero delle liste d'attesa. Con la DGRM 56 del 29 gennaio 2024 "Piano di autorizzazione spesa e piano operativo, di conversione della Legge n. 213 del 30 dicembre 2023", la Regione Marche ha ripartito la quota pari a euro 13.260.000 finalizzata alle azioni di miglioramento delle liste d'attesa con l'obiettivo di rispettare i tempi di erogazione in base alla priorità prescritta di tutte le prestazioni previste dal PNGLA (90% dei tempi).

Con successiva DGRM 504 del 3 aprile 2024 è stato approvato il Piano Operativo Regionale 2024 per il recupero e il miglioramento delle liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri e screening".

All'AST AN sono stati assegnati 1.465.044,57 euro il cui impiego era stato così programmato:

Piano Operativo AST AN 2024	
Prestazioni aggiuntive	195.000,00
Committenza privato accreditato	1.200.000,00
Ricoveri	70.000
TOTALE	1.465.000

Nel corso dell'anno tale piano è stato rimodulato per far fronte delle criticità emergenti. A consuntivo le risorse sono state impiegate nelle seguenti attività:

COMPETENZA	SPESA SOSTENUTA (0,4% FSN)	SPESA SOSTENUTA (altro*) (2024)	TOTALE COMPLESSIVO
Programmi di prestazioni aggiuntive	3.986,67	-	3.986,67
Committenza a privato accreditato	1.525.833,30	-	1.525.833,30
Altre Azioni (fondo Balduzzi)		256.426,00	256.425,69
TOTALE	1.529.819,97	256.425,69	1.786.245,66

La Direzione AST Ancona in ordine alla committenza di specialistica ambulatoriale verso le strutture private accreditate convenzionate, anche per l'erogazione di prestazioni PNGLA, ha determinato un volume di prestazioni PNGLA per l'anno 2024 sulla base della media delle prestazioni rese dalle stesse nell'ultimo trimestre anno 2023 con le seguenti strutture:

- Rete di Impresa LABOR spa – Villa Igea e Villa Serena
- Casa di Cura Monospecialistica – Villa Silvia
- Centro Ambulatoriale BIOS-CENTER Srl

È continuata l'attività di monitoraggio e controllo dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali e dei relativi tempi di attesa da parte dell'UCALA (Ufficio coordinamento aziendale liste di attesa) che ha assicurato anche la presenza agli incontri in call con la Regione per il monitoraggio giornaliero delle prenotazioni effettuate sui recall delle prestazioni presenti nelle liste di presa in carico.

L'AST di AN ha assicurato inoltre la sua presenza in seno alla l'Unità Centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle Liste d'attesa (istituita con DGR 1441 del 30 settembre 2024 come da Decreto Legge n. 73/2024, convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie").

Anno	Prestazioni per propri residenti	Prestazioni per residenti di Altre AST Regione	Prestazioni residenti extra Regione	TOTALE
2024	4.942.714	172.196	80.296	5.195.206
2023	4.577.503	163.318	76.601	4.817.422
2019	3.893.004	164.881	57.482	4.115.367

Si evidenzia altresì come i volumi complessivi dell'attività ambulatoriale siano aumentati rispetto allo scorso anno (+8%) e si sono riportati a livelli superiori rispetto al 2019(+26%):

Di seguito si riportano gli obiettivi assegnati dalla DGRM 1703 riconducibili all'area in esame.

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	VALORE ANNO 2023	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
52	18	Ottimizzazione offerta ambulatoriale	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraorici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale.	84,1%	>90%	82,0%	☹️
53	18	Ottimizzazione offerta ambulatoriale	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraorici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale.	74,3%	>90%	73,0%	☹️
54		Ottimizzazione offerta ambulatoriale	Completezza della compilazione della ricetta per tipologia accesso/classe priorità per le prestazioni previste dal PNGLA	76,3%	>90%	100% su primo accesso	😊
55	19	Ottimizzazione offerta ambulatoriale	Aumento delle prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate alle aziende	Non Valutabile	>10%	Non Valutabile	NV
56	19	Ottimizzazione offerta ambulatoriale	Inserimento nelle liste di garanzia di tutti i pazienti che ne hanno diritto, con verifica del numero di telefono dell'utente		>99%	100%	😊
57	19	Ottimizzazione offerta ambulatoriale	Predisposizione di piani di committenza per prestazioni specialistiche ambulatoriali, inclusive delle prestazioni di cui al PNGLA, relativi all'attività erogabile dalle strutture private convenzionate		Reportistica inviata entro il 31/01/2025	Nota invio Prot 0021880(05/02/2025)AST-ANJAFGENI del 07/02/2025: relazione in cui si evidenziano le azioni poste in essere per la predisposizione di piani di committenza per prestazioni specialistiche ambulatoriali nell'anno 2024	😊
63		Effettuazione visite diagnostiche e specialistiche anche nei giorni di sabato e domenica ai sensi della Legge n. 107 del 29 luglio 2024 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie	Effettuazione di visite diagnostiche e specialistiche anche nei giorni di sabato e domenica		Reportistica mensile: n. visite effettuate nei giorni di sabato e domenica mese di ottobre novembre dicembre	5.795,00	😊
64		Partecipazione alle attività UCGLA come previsto dalla DGR N° 1490 del 7 ottobre 2024 "D.G.R. 1441 del 30 settembre 2024 "Legge n. 107 del 29 luglio 2024. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. Istituzione Unità Centrale di Gestione dell'Assistenza Sanitaria dei tempi e delle liste di attesa (UCGLA)" Rettifica e sostituzione dell'Allegato A"	partecipazione alle attività UCGL come da DGR N° 1490 del 07 ottobre 2024		100%	Nel corso dell'anno 2024 sono state effettuate un totale di n.2 riunioni con 100% di partecipazione da parte dell'AST ANI (data: 25 Ottobre 2024 e 5 Novembre 2024).	😊

Nel corso del 2024, l'AST di Ancona ha affrontato in maniera strutturata e multidimensionale la complessa tematica dei tempi di attesa, mettendo in atto una serie di azioni operative, organizzative e formative, in coerenza con le indicazioni del Piano Regionale per l'abbattimento delle liste di attesa. Le principali iniziative adottate hanno riguardato:

- Modulazione del Fondo Balduzzi

È stata predisposta apposita determina per l'impiego del Fondo Balduzzi, finalizzato al potenziamento dell'offerta assistenziale, in particolare per l'erogazione di prestazioni nei setting più critici, in linea con gli indirizzi regionali.

- Rafforzamento delle competenze degli operatori CUP:

Sono stati organizzati quattro incontri formativi (uno per ogni sede) destinati agli operatori CUP, mirati all'aggiornamento sulle nuove disposizioni regionali e sulle corrette modalità di gestione della domanda. È stata inoltre rafforzata la sinergia con gli Uffici URP, al fine di garantire un'informazione trasparente e uniforme all'utenza.

- Coinvolgimento attivo dei Medici di Medicina Generale (MMG)

Nei quattro Distretti (Fabriano, Ancona, Jesi e Senigallia) si sono svolti incontri territoriali con i MMG con l'obiettivo di promuovere una prescrizione più consapevole e omogenea, soprattutto in relazione alla corretta attribuzione delle classi di priorità.

- Coordinamento operativo quotidiano tra CUP e UOSD Liste di Attesa

È stato istituito un confronto giornaliero tra i CUP aziendali (Fabriano, Jesi, Senigallia e Ancona) per ottimizzare la gestione della domanda e attivare tempestivamente azioni di recupero delle prestazioni, con presa in carico attiva dell'assistito anche nei percorsi sanitari regionali. Il coordinamento delle attività è affidato alla figura della coordinatrice infermieristica della UOSD Liste di Attesa, che opera in costante interfaccia con i presidi e i referenti dei servizi coinvolti.

Tuttavia, nonostante l'impegno trasversale messo in campo e le azioni implementate su più livelli (gestionale, clinico, formativo e organizzativo), persistono situazioni di non conformità rispetto agli standard previsti per le classi di priorità B (brevi) e D (differibili), per le quali si evidenziano ancora tempi di attesa superiori ai limiti normativi.

La complessità strutturale dell'azienda, il gap tra domanda e offerta e la necessità di ulteriori interventi strutturali e tecnologici continuano a rappresentare elementi di criticità su cui concentrare l'attenzione nel prossimo futuro.

Altri obiettivi previsti nel PIAO relativi all'Area Territoriale e dell'Integrazione Socio Sanitaria

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	VALORE ANNO 2023	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
	29	Garantire presa in carico disabili in età evolutiva e età adulta	Individuazione di criteri per la definizione di una lista di attesa di utenza UMEA con riferimenti più precisi rispetto a Lea e Legge 227/2021 (legge delega), in considerazione dell'aumentata complessità delle RICHIESTE		Protocollo entro 31/12/2024	analisi della domanda e dei tempi di attesa, effettuati 12 incontri di verifica	
	30		Creazione di protocolli per il passaggio dei casi dal servizio UMEE a quello UMEA, percorsi multiprofessionali condivisi e predisposizione di adeguata modulistica.		Protocollo entro 31/12/2024	elaborata procedura e scheda di collegamento	
	86	Ospedalizzazione per ipertensione arteriosa	Diminuzione rispetto al 2023	0,57 *1000 ab. età adulta	≤ valore 2023	0,41 *1000 ab. età adulta	
	87	Ospedalizzazione per diabete non controllato (senza complicanze)	Diminuzione rispetto al 2023	0,68 *1000 ab. età adulta	≤ valore 2023	0,62 *1000 ab. età adulta	

Attività legate all'attuazione del PNRR

Con DGR n. 970 del 27 Luglio 2022 così come modificata con DGRM 1330 del 17/10/2022, la Giunta regionale ha approvato i provvedimenti di delega agli Enti del SSR delle attività relative agli interventi di rispettiva competenza territoriale definiti dal Piano Operativo Regionale, approvato con la DGR n. 656 del 30/05/2022. A seguito dell'entrata in vigore della Legge regionale 8 agosto 2022, n.19 "Organizzazione del servizio sanitario regionale", con DGR 1188 del 7/8/2023 la Giunta Regionale ha proceduto all'aggiornamento del POR, tenuto conto della cessazione dell'ASUR e della creazione delle nuove AST.

Di seguito si sintetizza lo stato di avanzamento per singolo intervento.

M6 C1 - Investimento 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona (CdC).

Nella seguente tabella seguente si espongono gli investimenti di competenza relativi alle Case della Comunità

Codice Unico di Progetto (CUP)	Tipologia di Intervento	Localizzazione (Comune)	Prov.	Indirizzo	IMPORTO INTERVENTO PNRR	Fondo Opere Indifferibili (FOI)	DECRETO DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO SALUTE n 85 del 29/12/2023 (ANNO 2023)
F25F22000460006	Casa della Comunità	Filottrano	AN	Via Don Minzoni,16	1.200.000,00 €	155.702,31	180.000,00
F45F22000500006	Casa della Comunità	Jesi	AN	Via Aldo Moro snc	1.600.000,00 €	160.000,00	871.327,00
F62C22000100006	Casa della Comunità	Cingoli	MC	Via della Carita, 11	300.000,00 €	4.661,95	
F92C22000160006	Casa della Comunità	Fabriano	AN	Via Marconi,9	1.100.000,00 €	21.254,95	
G38I22000380006	Casa della Comunità	Ancona	AN	v. C. Colombo 106 (EX CRASS)	3.700.000,00 €	370.000,00	1.320.024,94
F32C22000130006	Casa della Comunità	Ancona	AN	Largo Lorenzo Cappelli,1 (EX Umberto I)	100.000,00 €	6.915,57	
F65F22000540006	Casa della Comunità	Chiaravalle	AN	Via F.lli Rosselli, 176	2.000.000,00 €	200.000,00	
F58I22000930006	Casa della Comunità	Loreto	AN	Via S. Francesco, 1	2.000.000,00 €	200.000	1.127.556

Alla data del 31/12/2024 erano stati avviati i lavori relativi alle seguenti Case della Comunità:

- 1) Casa della Comunità di Cingoli 01/08/24
- 2) Casa della Comunità di Fabriano 30/07/24
- 3) Casa della Comunità di Loreto 30/09/24

A causa dei ritardi nella consegna dei progetti esecutivi da parte degli operatori economici aggiudicatari degli appalti di progettazione ed esecuzione dei lavori per le altre Case della Comunità non è stato possibile avviare i lavori entro la data del 31/12/2024.

In particolare per la casa della comunità di Jesi i lavori sono stati avviati in data 13/03/2025, per la Casa della Comunità di Ancona i lavori sono stati avviati in data 27/03/2025. Per le case della Comunità di Corinaldo e di Chiaravalle i relativi progetti esecutivi sono in corso di verifica da parte dei verificatori.

Per la casa della comunità di Filottrano i lavori avranno avvio entro giugno 2025.

Per la Casa della Comunità di Ancona presso ex Umberto I i lavori possono essere eseguiti solo dopo il rilascio del cantiere da parte della ditta che sta eseguendo le opere ex articolo 20. Comunque l'esiguità dei lavori non mettono a rischio il target finale del marzo 2026.

Investimento 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina: sub-investimenti 1.2.2 Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) – Infrastrutturale;

Nella seguente tabella seguente si espongono gli investimenti di competenza relativi alle Centrali Operative Territoriali

Codice Unico di Progetto (CUP)	Tipologia di Intervento	Localizzazione (Comune)	Prov.	Indirizzo	IMPORTO INTERVENTO PNRR	Fondo Opere Indifferibili (FOI)
F12C22000110006	Centrale Operativa Territoriale (COT)	Senigallia	AN	Via Campo Boario, 4	173.075,00 €	5.937,65
F44E22000150006	Centrale Operativa Territoriale (COT)	Jesi	AN	Via dei Colli, 52 (Ex Murri)	173.075,00 €	10.082,33
F92C22000170006	Centrale Operativa Territoriale (COT)	Fabiano	AN	Via Marconi, 9	173.075,00 €	5.781,20
G38I22000370006	Centrale Operativa Territoriale (COT)	Ancona I	AN	Viale Cristoforo Colombo, 106 (ExCrass)	173.075,00 €	17.927,24
G38I22000390006	Centrale Operativa Territoriale (COT)	Ancona II	AN	Viale Cristoforo Colombo, 106 (ExCrass)	173.075,00 €	17.927,24

Tutte le cinque COT sono state realizzate entro il 30/06/2024 e da tale data sono funzionanti.

M6 C1 - Investimento 1.2 Casa come prima luogo di cura e telemedicina 1.2.2 Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) – Device

Codice Unico di Progetto (CUP)	Tipologia di Intervento	Localizzazione (Comune)	Prov.	IMPORTO INTERVENTO PNRR
F39G22000000007	Centrale Operativa Territoriale (COT) - Device	Regione Marche	AN	1.450.742,80 €

L'intervento non presenta target in scadenza al 31/12/2024.

M6 C1 - Investimento 1.2 Casa come prima luogo di cura e telemedicina 1.2.2 Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) – Interconnessione aziendale

Codice Unico di Progetto (CUP)	Tipologia di Intervento	Localizzazione (Comune)	Prov.	IMPORTO INTERVENTO PNRR
F41J22000000007	Centrali Operative Territoriali (COT) – Interconnessione aziendale	Regione Marche	AN	1.066.072,00 €

L'interconnessione aziendale è entrata in funzione dalla data del 30/06/2024.

M6 C1 - Investimento 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)

Codice Unico di Progetto (CUP)	Tipologia di Intervento	Localizzazione (Comune)	Prov.	Indirizzo	IMPORTO INTERVENTO PNRR	Fondo Opere Indifferibili (FOI)	DECRETO DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO SALUTE n 85 del 29/12/2023 (ANNO 2023)
F45F22000490006	Ospedale di comunità	Jesi	AN	Via Aldo Moro, snc	5.689.491,00 €	568.949,10	62.986,90
F68I22000220006	Ospedale di comunità	Chiaravalle	AN	Via F.lli Rosselli, 176	200.000,00 €	8.035,45	
F47H22001260006	Ospedale di comunità	Loreto	AN	Via S. Francesco, 1	200.000,00 €	8.248,37	

Alla data del 31/12/2024 erano stati consegnati i lavori relativamente all'Ospedale di Comunità di Loreto ed all'Ospedale di Comunità di Chiaravalle. Non erano stati consegnati i lavori relativamente all'Ospedale di Jesi a causa di ritardi, non dovuti all'AST Ancona, nella redazione del progetto esecutivo da parte della ditta aggiudicataria e della relativa verifica da parte del verificatore. La consegna dei lavori per quanto riguarda l'Ospedale di Comunità di Jesi è avvenuta il 13/03/2025.

La componente 2 riguarda i seguenti interventi:

Missione 6 - Componente2: Investimento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero.

Investimento 1.1.1 Rafforzamento strutturale SSN ("Progetti in essere" ex art. 2, D. L. 34/2020)

Con DGR 679 del 22/ 2023 - D.L. 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" – è stato aggiornato il "Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19" di cui alle DGR n. 751/2020, n. 1267/2020 e n. 1057/2022 e con nota prot. 16037 del 03/08/2023 è stato richiesto dal Dipartimento Salute alle AST l'eventuale rimodulazione degli interventi di competenza. Tale rimodulazione non è stata ancora effettuata in attesa dell'avanzamento dell'attività di progettazione.

Di seguito gli interventi di competenza dell'AST AN:

Intervento DL 34	CUP	Totale Progetto	n° posti letto in terapia intensiva	n° posti letto in terapia semintensiva
TI-MAR_Jesi_785	F44E20002270001	€ 2.470.300,00		10
TI-MAR_Jesi_786	F44E20002280001	€ 1.773.331,00	7	
PS-MAR_Jesi_798	F44E20002290001	€ 664.002,70		
PS-MAR_Fabriano_799	F94E20001890001	€ 699.608,15		
TI-MAR_Senigallia_784	F14E20002020001	€ 1.239.689,34		5
PS-MAR_Senigallia_797	F14E20002030001	€ 718.036,38		

M6 C2 - Investimento 1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero Digitalizzazione DEA

Codice Unico di Progetto (CUP)	Tipologia di Intervento	Localizzazione (Comune)	Prov.	IMPORTO INTERVENTO PNRR
F91J22000000007	Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA Livello I e II)	Regione Marche	AN	33.612.074,64 €

Questo investimento consiste nel migliorare la digitalizzazione dell'assistenza sanitaria e migliorare la qualità dei processi, garantendo la sicurezza dei pazienti e l'erogazione di servizi di alta qualità. L'investimento si riferisce al potenziamento del livello di digitalizzazione delle strutture sede di DEA (Dipartimenti di emergenza e accettazione) di I livello e di II livello.

Per quanto riguarda la Missione 6 C2 Investimento 1.1.1. a seguito del blocco all'utilizzo delle convenzioni CONSIP appositamente individuate l'attività di affidamento delle procedure inerenti la Missione è stata sospesa dal febbraio sino a settembre 2023. Solo all'inizio di ottobre il Ministero della Salute ha nuovamente consentito a CONSIP di accettare l'invio di Ordini diretti o il lancio di Appalti Specifici.

Entro il 31/12/2023 sono stati affidati a mezzo ODA l'appalto denominato "Interoperabilità" per circa 5 milioni di euro, è stato indetto l'appalto specifico per l'intervento denominato "Sistema Informativo

Ospedaliero” per circa 10 milioni di euro ed è in corso l’indizione dell’appalto specifico denominato “Cartelle Cliniche Verticali” per ulteriori 5 milioni di euro.

Nel corso dell’anno 2024 sono stati stipulati i seguenti contratti:

Descrizione	Determina aggiudicazione	Data contratto	Importo affidato con IVA
Appalto specifico SIO	DG n.227/AST AN del 29/03/2024	07/06/2024	€ 10.674.038,64
Lotto 1 - CCE Nefrologia e dialisi, Oncoematologia e Sistema di gestione del Trasfusionale	D.Dirig. n.2/AST AN del 14/05/2024	12/07/2024	€ 3.024.387,32
Lotto 2 - CCE Blocco Operatorio	DG n.304/AST AN del 29/04/2024	17/06/2024	€ 850.676,72
Lotto 3 - CCE Terapia Intensiva e Rianimazione e Cardiology Information System	D.Dirig. n.7/AST AN del 07/06/2024	19/09/2024	€ 2.622.760,83

M6 C2 - Investimento 1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero Grandi Apparecchiature

Codice Unico di Progetto (CUP)	Tipologia di Intervento	Localizzazione (Comune)	Prov.	IMPORTO INTERVENTO PNRR
F99I22000040007	Grandi Apparecchiature - TAC A 128 STRATI	Fabriano	AN	530.000,00 €
F49I22000110007	Grandi Apparecchiature - SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Jesi	AN	280.600,00 €
F39I22000090007	Grandi Apparecchiature - SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Ancona CRASS	AN	280.600,00 €
F99I22000050007	Grandi Apparecchiature - RMN A 1,5 T	Fabriano	AN	914.000,00 €
F19I22000080007	Grandi Apparecchiature - ECOTOMOGRAFO	Senigallia	AN	57.000,00 €
F39I22000060007	Grandi Apparecchiature - ECOTOMOGRAFO	Ancona Poliambulatorio 2000	AN	57.000,00 €
F19I22000070007	Grandi Apparecchiature - MAMMOGRAFO	Senigallia	AN	274.500,00 €
F59I22000060007	Grandi Apparecchiature - MAMMOGRAFO	Ancona	AN	274.500,00 €

Per quanto riguarda la Missione 6 C2 Investimento 1.1.2. le apparecchiature previste erano già state acquisite nel corso del 2023.

Per l’installazione della TAC e della risonanza magnetica sono stati affidati e avviati i lavori di installazione.

M6 C2 – Investimento 2.2 Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Sub-investimento 2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere

Codice Unico di Progetto (CUP)	Tipologia di Intervento	Localizzazione (Comune)	Prov.	IMPORTO INTERVENTO PNRR
F73C22001450006	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Ancona	AN	432.145,00 €

Nell'ambito degli investimenti previsti dal PNRR, è stato avviato un piano di formazione sulle infezioni correlate all'assistenza (ICA) rivolto al personale del Servizio Sanitario Nazionale. Per l'anno 2024, l'AST Ancona ha conseguito l'obiettivo prefissato, formando circa il 53% del target individuato, pari a 1.122 professionisti, superando così la soglia minima del 50% prevista per l'anno in corso.

Componente 2 – Investimento 1.3. Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione – di cui sub investimento

1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) (b) “Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni”

Codice Unico di Progetto (CUP)	Tipologia di Intervento	IMPORTO INTERVENTO PNRR
F44E22000520006	Interventi volti all'incremento delle competenze digitali dei professionisti del SSR – Servizi di comunicazione	469.124
F47H22004150006	Interventi volti all'incremento delle competenze digitali dei professionisti SSR – Formazione	469.124,00 €
F44E22000510006	Interventi volti al potenziamento dell'infrastruttura digitale dei sistemi sanitari riconducibili alla linea di intervento	849.703,00 €

Questo investimento mira ad imprimere un profondo cambio di passo nell'infrastrutturazione tecnologica alla base dell'erogazione dell'assistenza, dell'analisi dei dati sanitari e della capacità predittiva del SSN italiano. L'investimento si compone di 3 tre sub-progetti:

- Incremento delle competenze digitali dei professionisti del SSR al fine di sviluppare l'utilizzo e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) per i quali occorre sviluppare servizi di comunicazione;
- Incremento delle competenze digitali dei professionisti del SSR al fine di sviluppare l'utilizzo e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) per i quali occorre sviluppare servizi di formazione;
- Completamento dell'infrastruttura e la diffusione del Fascicolo sanitario Elettronico (FSE) esistente.

Per quanto riguarda la Missione 6 C2 Intervento 1.3.1. sono in corso di approvazione modifiche a contratti in essere relativi a procedure informatiche al fine di consentire il popolamento del fascicolo con documentazione (in particolare referti e lettere di dimissioni) gestita da altri sistemi informativi.

AREA OSPEDALIERA

Le funzioni del Presidio Ospedaliero Unico sono esercitate tramite i Dipartimenti Ospedalieri, che aggregano le Unità Operative presenti e assicurano l'integrazione della gestione tra più stabilimenti ospedalieri.

Nell'ambito del Presidio Ospedaliero Unico sono costituiti i seguenti Dipartimenti Strutturali:

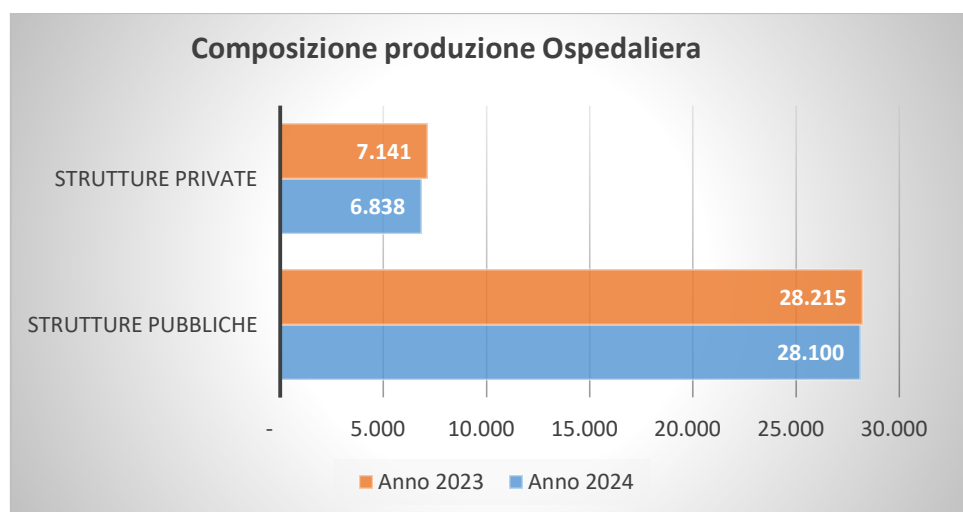
- Dipartimento Medico
- Dipartimento delle Specialità Mediche
- Dipartimento Chirurgico
- Dipartimento delle Specialità Chirurgiche
- Dipartimento Materno Infantile
- Dipartimento Emergenza Urgenza
- Dipartimento dei Servizi.

Il Dipartimento Materno Infantile, delle Emergenze, dei Servizi esplicano le proprie funzioni ed attività sia in ambito ospedaliero che territoriale, configurandosi come dipartimenti transmurali.

Il Dipartimento di Emergenza si raccorda con le funzioni e le attività del Servizio 118 attraverso la rete dell'emergenza urgenza.

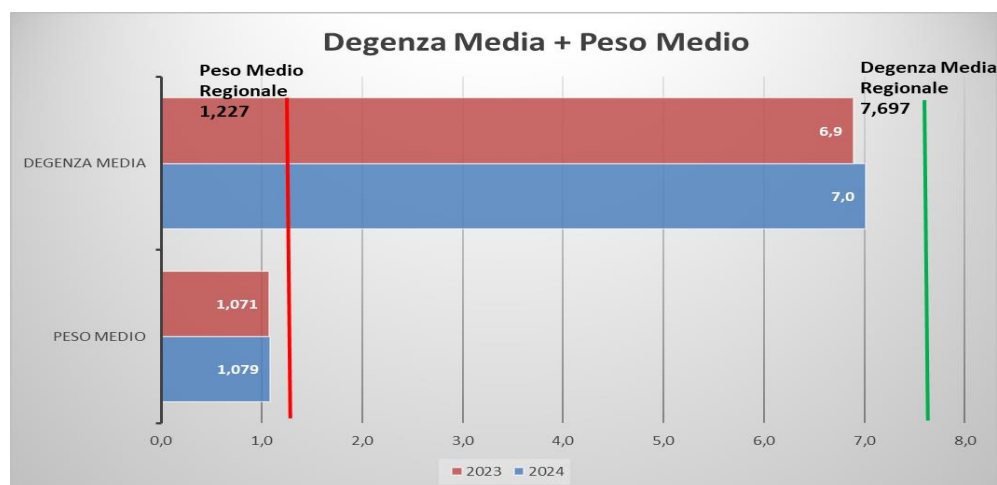
Ciascun Dipartimento, in connessione con la Direzione Aziendale e la Direzione Medica di Presidio, svolge attività finalizzate al miglioramento continuo dell'assistenza in tutte le sue svariate dimensioni e dell'uniforme innalzamento del livello qualitativo e prestazionale; in particolare, assicura la presa in carico dell'utente, anche attraverso il sistema delle Reti Cliniche, garantendo, inoltre, la corretta applicazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali.

Nel 2024 l'AST Ancona per il tramite delle sue strutture, ha erogato complessivamente 34.938 ricoveri (comprensivi anche della quota di produzione dei privati accreditati), di cui 80% da strutture pubbliche, e il 20% dalle strutture private accreditate. Rispetto all'anno 2023 la produzione si riduce di circa 418 ricoveri pari all'1,2% a seguito del miglioramento degli indici di appropriatezza del regime di ricovero, come dettagliato nel prosieguo. La flessione riguarda entrambi gli erogatori, il pubblico si riduce dello 0,4%, mentre la produzione del privato diminuisce del 4,2%.

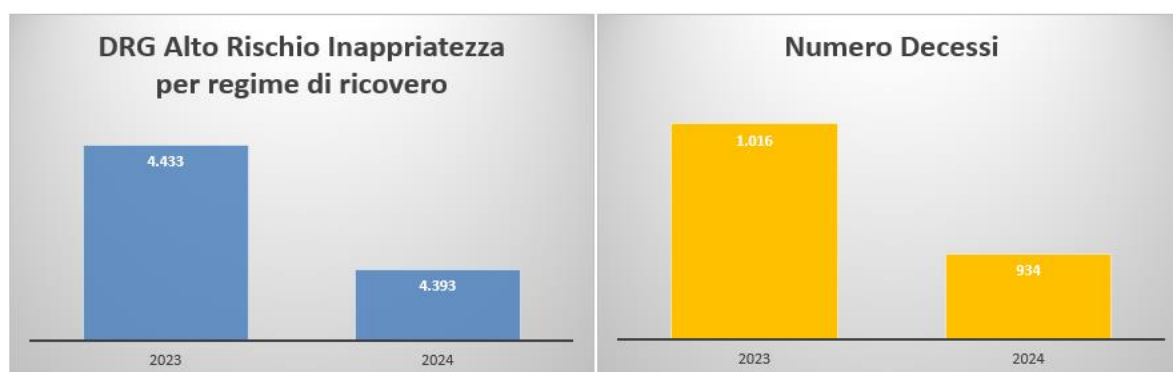


Per quanto riguarda la degenza ordinaria, l'AST Ancona ha registrato una lieve flessione nel numero complessivo di dimissioni, che sono passate da 23.037 a 22.762 casi, corrispondente a una contrazione di poco superiore all'uno per cento. In controtendenza, il numero totale delle giornate di degenza ordinaria ha segnato un lieve incremento, attestandosi a 159.562 giornate rispetto alle 158.769 dell'anno precedente. Tale dinamica ha determinato un aumento della degenza media, che si è portata da 6,89 a 7,01 giorni, suggerendo una maggiore complessità dei casi trattati e tempi più lunghi nella gestione delle

dimissioni protette. L'indice di complessità dei ricoveri, misurato attraverso il peso medio DRG, si è mantenuto pressoché stabile, con un lievissimo incremento da 1,071 a 1,079.

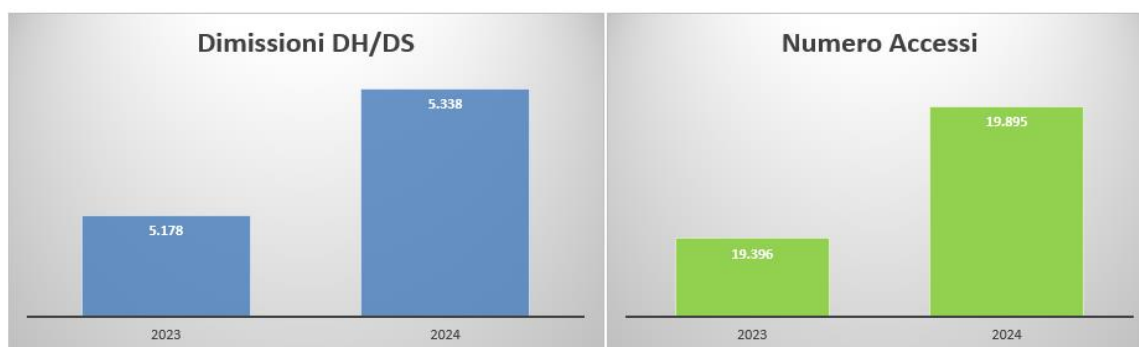


Anche il numero di interventi chirurgici principali si è mantenuto sostanzialmente invariato. Merita attenzione la riduzione dei DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza, che sono passati da 4.433 a 4.393 casi, segnale di un miglioramento nella selezione e gestione dei ricoveri. Particolarmente significativo è il calo dei decessi registrati nei reparti ordinari, che si sono ridotti da 1.016 a 934, confermando un miglioramento complessivo dell'esito assistenziale.



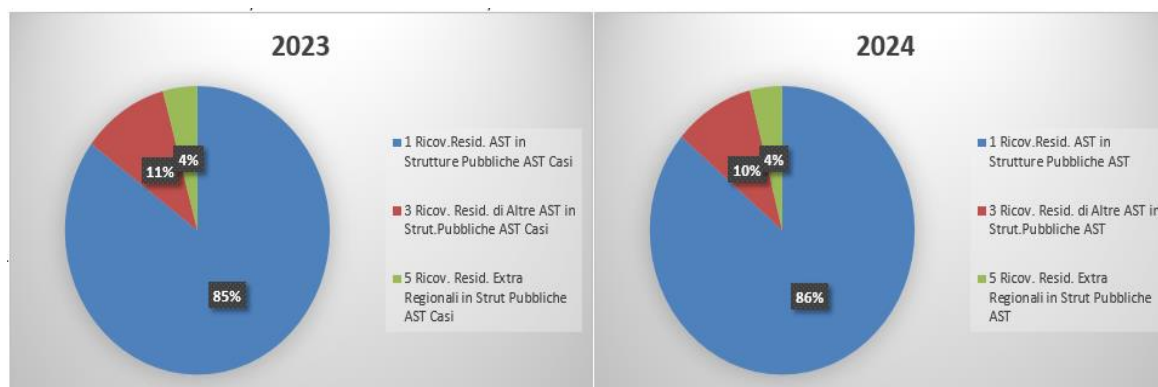
L'analisi disaggregata per stabilimento evidenzia dinamiche eterogenee. L'ospedale di Cingoli ha registrato un incremento delle dimissioni e delle giornate di degenza, accompagnato da un aumento della complessità media dei casi e un dato in controtendenza sui decessi, che risultano in aumento. A Fabriano si osserva invece una leggera riduzione delle dimissioni, controbilanciata da un incremento delle giornate di degenza, con un dato sostanzialmente stabile sui decessi. Jesi mostra una riduzione di tutte le principali variabili in regime ordinario, inclusi i decessi, che si sono significativamente ridotti. Infine, Senigallia evidenzia un incremento dell'attività in termini di dimissioni e giornate di degenza, con una lieve diminuzione dei decessi e un miglioramento del peso medio DRG.

Passando all'attività in regime diurno, il quadro complessivo evidenzia un andamento opposto rispetto alla degenza ordinaria. Il numero totale di dimissioni è aumentato passando da 5.178 a 5.338. Anche il numero complessivo di accessi ha segnato un incremento, arrivando a quasi 19.900 prestazioni. Il numero di DRG di tipo chirurgico ha registrato un netto aumento, mentre quelli medici risultano in lieve calo. Anche in questo regime si segnala un dato favorevole: la riduzione dei decessi, che passano da due a un solo caso.



L'analisi per presidio conferma ulteriormente la differenziazione territoriale. A Fabriano si osserva un incremento moderato dei cicli e accessi, ma una crescita più marcata in termini di valore DRG generato, che si associa a un aumento del peso medio dei casi trattati. Jesi mostra una dinamica ancora più accentuata, con un deciso incremento dell'attività, a fronte però di una leggera flessione del peso medio DRG. Nonostante questo, il valore economico è cresciuto in modo importante. Senigallia rappresenta l'unico presidio in controtendenza per il regime diurno: pur registrando una contrazione sia nelle dimissioni che negli accessi, il valore economico è diminuito solo marginalmente, per effetto di una casistica a più alta valorizzazione.

La composizione dei ricoveri effettuati presso le strutture pubbliche dell'AST Ancona, analizzata in relazione alla residenza dei pazienti, evidenzia una sostanziale stabilità nei due anni considerati. In particolare, i ricoveri di pazienti residenti nel territorio aziendale rappresentano circa l'85% del totale, a conferma di un'adeguata capacità di copertura della propria domanda. I ricoveri riferiti a residenti di altre aziende sanitarie della Regione si attestano intorno al 10%, mentre il tasso di attrazione extraregionale risulta pari al 4%, valore anch'esso stabile nei due anni analizzati.



Nel biennio considerato, il numero complessivo di ricoveri riferiti ai residenti dell'AST Ancona si è mantenuto sostanzialmente stabile, passando da 71.266 casi nel 2023 a 71.327 nel 2024. Questa lieve variazione, pari a +0,09%, conferma una sostanziale continuità nell'attività di ricovero, pur a fronte di alcune modifiche nella composizione per tipologia di struttura erogante.

In particolare, si osserva un lieve incremento dei ricoveri cosiddetti "autoprodotti", ovvero gestiti direttamente dalle strutture pubbliche dell'AST Ancona per i propri residenti, che passano da 24.047 casi (33,7%) nel 2023 a 24.234 casi (34,0%) nel 2024, un segnale positivo in termini di capacità interna di presa in carico e fidelizzazione dell'utenza.

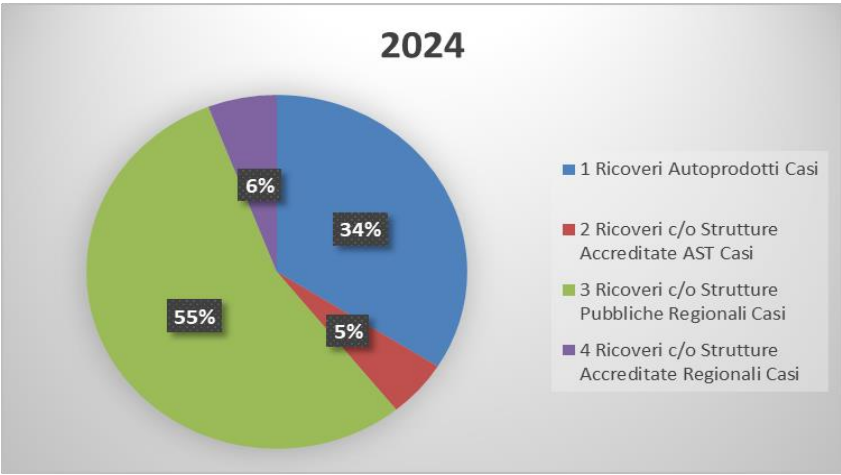
I ricoveri presso strutture accreditate dell'AST mostrano invece una leggera flessione, scendendo dal 5,5% al 5,2% del totale. Anche i ricoveri presso strutture accreditate di altre aziende sanitarie marchigiane registrano una modesta riduzione, dal 6,2% al 5,9%.

Di particolare rilievo è la quota di ricoveri effettuati presso strutture pubbliche di altre AST della Regione Marche, che rappresentano oltre la metà dei casi in entrambi gli anni (54,6% nel 2023 e 54,9% nel 2024). Questo dato va interpretato considerando che il Distretto di Ancona, il più popoloso non ha un presidio Ast di riferimento essendo presenti nel territorio l'Azienda Ospedaliera Universitaria Riuniti di

Ancona e l’INRCA: nel 2024 i ricoveri di AOU erano pari a 24.145 e cioè il 31% del totale dei ricoveri presso altre Aziende Pubbliche Regionali, mentre INRCA copre il 16% dei ricoveri (6.381).

In sintesi, l’analisi evidenzia una stabilità complessiva nei volumi di attività, con segnali di consolidamento della capacità produttiva interna dell’AST Ancona, ma anche con una confermata dipendenza da strutture pubbliche esterne all’ambito aziendale, che merita attenzione in chiave di pianificazione strategica e rafforzamento/integrazione dell’offerta locale.

Si espone una rappresentazione della composizione dei ricoveri per residenti anno 2024.



In relazione agli obiettivi previsti nel PIAO e nella DGRM 1703 riferiti al Nuovo Sistema di Garanzia si evidenziano i seguenti risultati:

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	VALORE ANNO 2023	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
68	75	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	0,1677	≤ 0,15	0,1639	☹️
69	76	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	90,54%	≥2023	93,29%	😊
70	77	"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	% pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	82,35%	≥ 87%	79,30%	☹️
71	78	"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	19,95%	≤ 20%	21,20%	☹️
72		"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	Non Applicabile	NO		—
73	79	"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	Proporzione di interventi per tumore della mammella eseguiti in U.O. con volumi di attività > 135 interventi annui	98,85%	≥ 98%	98,85%	😊
74		Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% nuovo intervento di resezione entro 120 gg da intervento chirurgico conservativo per tumore maligno alla mammella	1,2%	≤ 3%	2,5%	😊
75		Appropriatezza ed efficacia	Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	0	≤ 9%	0	😊
76		Rete trapianti (legge 91/99)	Capacità organizzativa percorso donazione	13	≥ 2023	13	😊

Rapporto ricoveri DRG ad alto rischio di inappropriately su ricoveri ordinari

Il valore registrato nel 2024 per l'intera AST Ancona è 0,1642, in lieve miglioramento rispetto al 2023 (0,1677). Le strutture che si attestano su valori più elevati sono Fabriano (0,3592) e Jesi (0,1304), seppur in lieve riduzione.

Colecistectomia laparoscopica con degenza <3 giorni

L'indicatore mostra un lievissimo peggioramento, passando dal 82,35% nel 2023 al 79,30% nel 2024, pur mantenendosi su livelli buoni, inferiore rispetto al target richiesto dalla regione pari al 87%.

Parti cesarei primari – Strutture I livello / <1000 parti annui

Nel 2024 si registra un incremento del tasso di cesarei primari (21,20% rispetto al 19,95% del 2023). Tale variazione è imputabile principalmente a Senigallia (da 13,2% a 19,95%) e in misura minore a Jesi (da 24,1% a 21,9%). Non viene rispettato il target previsto dalla DGRM 1703 pari al 20%.

Per quanto riguarda gli altri indicatori previsti per l'Area Ospedaliera, si evidenziano i seguenti risultati:

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	VALORE ANNO 2023	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
77	80	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Riduzione n. ricoveri in DH diagnostici per pazienti adulti residenti	227,00	≤ 20% valore 2023 Target: 181	263,00	☹️
78		Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Riduzione n. accessi in DH medico per pazienti adulti residenti	16.842,00	≤ 20% valore 2023 Target: 13.474	16.981,00	☹️
79	21	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Degenza media pre-operatoria	0,39	≤ 2023	0,37	😊
80		Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriately) - (esclusi ricoveri urgenti)	81,67%	≥ 2023	82,60%	😊
81	22	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% DRG Medici da reparti chirurgici * - * (esclusi dimessi da Cardiologia Pediatrica (Cod. 06) e Nefrologia - Tr. Rene (Cod. 48)) - (esclusi ricoveri urgenti)	3,96%	≤ 2023	3,71%	😊
82	23	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% Ricoveri medici oltre soglia ≥ 65 anni	3,35%	≤ 10% valore 2023 Target: 3,01%	3,43%	😊
83			Percentuale parti fortemente pre-termine (22-31 settimane) avvenuti in punti nascita senza UTIN	0	≤ 1	0	😊
84	25	Recupero dei tempi di attesa interventi chirurgici classe di priorità A	% prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata	63%	≥ 90%	79%	😊
86	26	Recupero dei tempi di attesa interventi chirurgici classe di priorità A	% prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero	87%	≥ 90%	91%	😊

Riduzione dei ricoveri in Day Hospital diagnostici per pazienti adulti residenti

L'indicatore, riferito alla riduzione dei ricoveri in DH a fini diagnostici, mostra a livello aziendale un incremento complessivo del 13,7% rispetto al 2023 (da 227 a 263 casi). Le singole strutture presentano dinamiche differenziate: Fabriano registra un aumento significativo (+40,7%), Senigallia un incremento pari al +16,5%, mentre Jesi mantiene sostanzialmente i livelli dell'anno precedente (+2,7%). Villa Igea Ancona, pur presentando un'incidenza del 50%, si basa su valori assoluti molto contenuti (4 casi). Nel complesso, l'obiettivo di riduzione non risulta conseguito.

Riduzione degli accessi in Day Hospital medici per pazienti adulti residenti

L'indicatore prevede una riduzione del 20% del valore assoluto degli accessi in DH. Nel 2024 gli accessi aumentano dell'1%, l'obiettivo non è raggiunto.

Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni

L'indicatore, che misura l'incidenza dei ricoveri oltre soglia in pazienti anziani, rimane pressoché invariato rispetto al 2023 e si attesta sul valore di 3,4%, evidenziando un buon contenimento dell'appropriatezza dei ricoveri.

Tempi di attesa per intervento chirurgico per tumore maligno alla prostata

Nel 2024 si osserva un miglioramento significativo nella percentuale di ricoveri effettuati entro i 30 giorni dalla diagnosi, che passa dal 62,7% al 78,6% su base aziendale. Tuttavia, emergono forti differenze tra le strutture: Villa Igea AN conferma un'eccellente performance con il 99% dei casi entro soglia, mentre Jesi (12,5%) e Fabriano (20%) risultano in forte criticità. Il miglioramento complessivo è rilevante, ma il raggiungimento dell'obiettivo non può ritenersi uniforme sul territorio.

Tempi di attesa per intervento chirurgico per tumore maligno dell'utero

L'indicatore mostra una performance aziendale in netto miglioramento, con una percentuale di ricoveri entro soglia pari al 91,4% nel 2024, rispetto all'87% registrato l'anno precedente. Le strutture di Senigallia (94,7%), Jesi (86,7%) e Villa Igea AN (100%) confermano risultati molto positivi, con un incremento dell'appropriatezza dei tempi di trattamento. L'obiettivo è da considerarsi raggiunto

Area Emergenza

Gli obiettivi relativi all'area emergenza, in particolare tempi di attesa nei Pronto Soccorso, previsti dalla DGRM 1703 e i risultati raggiunti sono esposti sinteticamente nella tabella che segue:

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	VALORE ANNO 2023	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
87	27	Emergenza-urgenza Pronto soccorso	% pazienti codice arancione (2 = urgenza) visitati entro 15 minuti	62,40%	≥ 80%	59,15%	☹️
88	27	Emergenza-urgenza Pronto soccorso	% pazienti codice azzurro (3 = urgenza differibile) visitati entro 60 minuti	62,50%	≥ 80%	57,11%	☹️
89	27	Emergenza-urgenza Pronto soccorso	% pazienti codice verde (4 = urgenza minore) visitati entro 120 minuti	74,40%	≥ 75%	74,44%	😊
90	27	Emergenza-urgenza Pronto soccorso	% pazienti codice bianco (5 = non urgenza) visitati entro 240 minuti	75,10%	≥ 75%	77,06%	😊
91	27	Emergenza-urgenza Pronto soccorso	% abbandoni PS	1,60%	≤ 2023	2,00%	☹️

I risultati evidenziano un non raggiungimento dei target del rispetto dei tempi di attesa, in particolare per i codici arancioni e azzurri. Si evidenzia che per quanto riguarda il raggiungimento dell'obiettivo riguardante i tempi di attesa dei codici verdi, lo scostamento rispetto al target è pari allo 0,8% per cui applicando i criteri di valutazione di cui all'allegato B della DGR 1703 rientra nel range di valutazione del 100%.

I risultati evidenziati riflettono pienamente il quadro di criticità in cui operano le strutture di Medicina di Emergenza Urgenza: un contesto caratterizzato da un incremento degli accessi, complessivamente pari al 3.6%, da difficoltà strutturali e organizzative ancora persistenti dovuta alla significativa carenza di personale medico.

Le azioni messe in atto si sono sviluppate in coerenza con gli indirizzi regionali previsti dalla DGRM 742/2022 e dalla DGRM 1707/2023, con l'obiettivo di migliorare l'efficienza e la qualità dei percorsi assistenziali, ottimizzare la gestione del sovraffollamento e garantire il controllo della spesa.

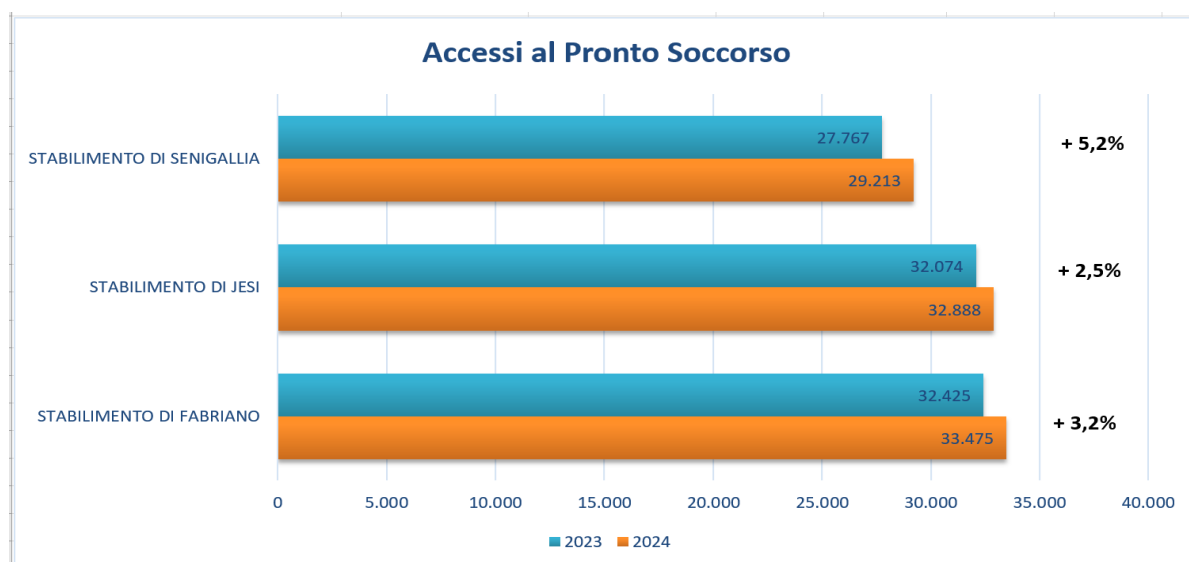
Le unità operative hanno proseguito e rafforzato i percorsi di gestione del sovraffollamento, implementando sistemi di monitoraggio dei principali parametri di efficienza, attivando specifici piani distinti dai piani PEIMAF. Il sistema informativo DSEO, utilizzato come software unico per la gestione del Pronto Soccorso, integra l'algoritmo NEDOCS per la rilevazione continua del livello di sovraffollamento. È stato inoltre confermato il "Regolamento per la gestione del percorso del paziente in Pronto Soccorso", che prevede misure specifiche, tra cui l'appoggio temporaneo dei pazienti in unità operative diverse da quelle di competenza e il blocco dei ricoveri ordinari.

Sono stati attivati percorsi “fast track” nei tre presidi ospedalieri: a Senigallia sono stati avviati i percorsi radiologico-ortopedico e chirurgico; Fabriano presenta percorsi attivi per ginecologia, chirurgia, pediatria e dermatologia, infine Jesi ha implementato i percorsi per chirurgia, neurologia e dermatologia.

Permangono criticità rilevanti nella gestione delle dimissioni protette verso le RSA, a causa dell’insufficiente disponibilità di posti rispetto alla domanda. Tale problematica ha registrato un parziale miglioramento presso il presidio di Senigallia, in particolare, grazie all’apertura della Centrale Operativa Territoriale. Tuttavia, le dimissioni difficili continuano a condizionare negativamente la disponibilità di posti letto per i pazienti acuti, contribuendo al fenomeno del boarding.

L’Osservazione Breve Intensiva risulta attiva in tutti e tre i presidi. Tuttavia, presso l’ospedale di Senigallia la Medicina d’Urgenza è ancora chiusa per carenza di personale medico. L’assistenza ai pazienti in OBI è quindi garantita dal personale dedicato solo per una parte della giornata (h6), mentre per il restante periodo è in carico al medico di Pronto Soccorso. Anche a Fabriano e Jesi si segnalano difficoltà nella copertura completa dei turni OBI/MURG per carenze di organico.

Le problematiche strutturali già evidenziate negli anni precedenti e potenzialmente impattanti sul fenomeno del sovraffollamento risultano, in larga parte, ancora in corso o in fase di progettazione. Tra i vari interventi migliorativi, si ricordano il completamento del sistema di monitoraggio centralizzato dei letti OBI presso Jesi (già operativo) e Fabriano (ancora in corso), l’acquisizione di una TAC per il Pronto Soccorso di Senigallia e l’ampliamento degli spazi presso i presidi di Fabriano e Jesi.



Nel corso del 2024, gli accessi ai Pronto Soccorso dell’AST Ancona sono aumentati complessivamente del 3,6% rispetto all’anno precedente.

Il presidio di Senigallia ha registrato l’incremento maggiore, pari al 5,21%, con un aumento significativo anche dei codici a maggiore gravità (+9,68%). I tempi di attesa (T0-T1) sono rimasti sostanzialmente stabili, mentre il tempo di gestione complessiva (T0-T3) per i codici più gravi è aumentato, principalmente a causa del boarding e della carenza di personale medico specializzato. La percentuale di pazienti che hanno abbandonato il percorso si è leggermente ridotta, passando dal 2,31% al 2,15%.

A Jesi si è registrato un incremento degli accessi pari al 3,00%, concentrato principalmente sui codici verdi (+5,47%). I tempi di attesa non hanno evidenziato variazioni significative, ma si è osservato un miglioramento per i codici arancio. Si è inoltre verificata una riduzione marcata del numero di pazienti che hanno abbandonato il PS (-35,85%). I ricoveri in OBI sono aumentati del 6,36%, mentre la percentuale di trasferimenti da OBI verso i reparti si è ridotta.

Presso il presidio di Fabriano l’aumento degli accessi è stato del 3,24%, con prevalenza di codici verdi e bianchi. I parametri di performance sono stati pienamente rispettati, compresi i tempi di attesa e la gestione

del percorso assistenziale, con il 94% dei pazienti dimessi entro 480 minuti. Il fenomeno degli abbandoni è praticamente assente.

Di seguito si evidenziano per ogni sede il numero di accessi per tipologia.

Struttura	DescrizioneTriage	2024	2023	Scost. %
Totali		95.576	92.266	3,6%
STABILIMENTO DI FABRIANO	Totali	33.475	32.425	3,2%
	Arancione – Urgenza	3.801	3.951	-3,8%
	Azzurro – Urgenza Differibile	10.641	11.318	-6,0%
	Bianco - Non Urgenza	483	406	19,0%
	Nero – Deceduto	2	2	0,0%
	Rosso - Emergenza	169	199	-15,1%
	Verde - Urgenza Minore	18.379	16.549	11,1%
STABILIMENTO DI JESI	Totali	32.888	32.074	2,5%
	Arancione – Urgenza	1.458	1.671	-12,7%
	Azzurro – Urgenza Differibile	6.610	6.811	-3,0%
	Bianco - Non Urgenza	944	891	5,9%
	Nero – Deceduto	-	1	
	Rosso - Emergenza	641	738	-13,1%
	Verde - Urgenza Minore	23.235	21.962	5,8%
STABILIMENTO DI SENIGALLIA	Totali	29.213	27.767	5,2%
	Arancione – Urgenza	1.786	1.634	9,3%
	Azzurro – Urgenza Differibile	9.340	8.505	9,8%
	Bianco - Non Urgenza	1.075	1.075	0,0%
	Nero – Deceduto	1	3	-66,7%
	Rosso - Emergenza	332	308	7,8%
	Verde - Urgenza Minore	16.679	16.242	2,7%

A livello aziendale, si è registrato un lieve peggioramento della mediana dei tempi di attesa, che è passata da 35 a 39 minuti. La percentuale complessiva dei pazienti che hanno abbandonato il PS è aumentata, passando dall'1,63% del 2023 al 2% nel 2024, con variazioni significative tra i vari presidi. Il fenomeno del boarding incide ancora in maniera sostanziale sulle performance generali, rallentando i tempi di permanenza per tutti gli assistiti.

Tempi medi di attesa per codice triage

DescrizioneTriage	Minuti 2024	Minuti 2023
Totali	80,9	78,2
Arancione – Urgenza	26,0	25,5
Azzurro – Urgenza Differibile	88,6	79,7
Bianco - Non Urgenza	113,1	107,2
Nero – Deceduto	9,0	12,3
Rosso - Emergenza	5,6	5,2
Verde - Urgenza Minore	84,3	85,2

In relazione alla Rete dell'Emergenza si evidenzia il pieno raggiungimento dell'obiettivo relativo ai tempi di risposta dei mezzi di soccorso e un mantenimento delle ottime performance dell'anno precedente:

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	VALORE ANNO 2023	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
67		Efficienza Rete Emergenza - Urgenza	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	14 minuti	≤ 18 minuti	14 minuti	😊

Rete trapianti

Nell'ambito delle attività relative alla rete trapianti nel 2024 si consolidano i risultati dell'anno precedente, con un significativo apporto nella rete da parte delle strutture di AST Ancona, in particolare di Jesi in termini di donatori procurati.

Stabile l'attività di procurement delle cornee.

Di seguito gli indicatori DGRM 1703/2024 relativi all'area:

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	VALORE ANNO 2023	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
92		Rete trapianti	N° accertamenti morte cerebrale/ n. cerebrolesi deceduti in T.L. + DCD	20/29	≥ 2023	28/28	😊
93		Rete trapianti	N° donatori di cornee	28	≥ 2023	27	😊
94		Rete trapianti	N° donatori multitessuto procurati	0	≥ 2023	1	😊
95		Rete trapianti	N° coppie avviate allo studio per la donazione rene da vivente	4	≥ 2023	1	😞
96		Rete trapianti	Costituzione del Comitato aziendale ospedaliero per la donazione di organi e tessuti		invio verbale entro il 15/03/2025	0	😞
97		Rete trapianti	Formalizzazione delle Procedure Operative aziendali relative al processo di donazione cornee		invio atto entro il 15/03/2025	0	😞
98		Autosufficienza di emoderivati	Variazione % rapporto tra Kg di plasma da destinare alla lavorazione industriale e Kg di plasma programmati		≥98%	100%	😊
99		Autosufficienza emocomponenti driver	Variazione % rapporto tra N° unità GR prodotti e N° Unità GR programmate		≥98%	98%	😊

Nel 2024, è stata effettuata una donazione multi-tessuto, in quanto il procurement risulta piuttosto difficoltoso negli ospedali di AST Ancona. La principale criticità è legata ai criteri necessari per la donazione: è infatti richiesto che il donatore debba avere un'età compresa tra i 14 e i 60 e negli ospedali di AST AN l'età media dei potenziali donatori è maggiore. I Coordinatori Locali sono stati comunque sollecitati a proporre la donazione laddove siano presenti i criteri richiesti.

Il numero delle coppie avviate allo studio per la donazione da vivente è un indicatore piuttosto aleatorio, in quanto ogni qualvolta un paziente risulta essere eleggibile per il trapianto di rene, i Medici Nefrologi di AST Ancona propongono la possibilità di donazione da vivente, il quale è generalmente un familiare che ovviamente deve accordare la sua disponibilità alla donazione. Risulta pertanto piuttosto difficile controllare e agire le due variabili fondamentali che concorrono all'indicatore, ovvero il numero dei pazienti candidabili al trapianto e la disponibilità dei familiari di quest'ultimi a donare un proprio rene.

I dati di medicina trasfusionale evidenziano un costante aumento in tutte e tre le sedi, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi di autosufficienza regionale:

- Fabriano (2024): 4.897 donazioni di Sangue Intero e 1.461 di Plasmaferesi. Rispetto al 2023 (4.738 Sangue Intero, 1.220 Plasma),
- Jesi (2024): 6.976 donazioni di Sangue Intero e 3.057 di Plasmaferesi. Rispetto al 2023 (6.613 Sangue Intero, 2.648 Plasma),
- Senigallia (2024): 4.085 donazioni di Sangue Intero e 2.248 di Plasmaferesi. Rispetto al 2023 (3.926 Sangue Intero, 2.034 Plasma).
- Bilancio definitivo nelle 3 sedi: +681 donazioni di Sangue Intero e +1.515 donazioni di Plasma da Aferesi.

Empowerment del cittadino

Nell'ambito delle azioni finalizzate all'empowerment del cittadino e al miglioramento dell'accessibilità alle cure, con particolare riferimento alle discipline caratterizzate da lunghe liste di attesa e/o fenomeni di mobilità passiva, l'AST di Ancona ha realizzato numerose iniziative volte a promuovere l'informazione e l'educazione sanitaria.

In particolare, è stato raggiunto e ampiamente superato il target previsto (≥ 1), attraverso la realizzazione di 30 iniziative nel corso del 2024, tra cui open day dedicati alle aree cardiovascolare, ginecologico-ostetrica, ortopedica, oculistica e oncologica, nonché campagne informative rivolte alla cittadinanza, con focus sulla prevenzione e la diagnosi precoce delle principali patologie.

Le iniziative sono state diffuse capillarmente attraverso i canali ufficiali dell'Azienda (Telegram, Facebook, sito istituzionale), oltre che tramite comunicati stampa, garantendo un'ampia copertura informativa e favorendo la partecipazione attiva dei cittadini.

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	VALORE ANNO 2023	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
100		Empowerment del cittadino e accessibilità alle cure in particolare per le discipline gravate da lunghe liste di attesa e/o mobilità passiva	Realizzazione di iniziative rivolte alla cittadinanza per la promozione dell'informazione in merito alle "best practice" della rete ospedaliera regionale, la prevenzione e la diagnosi precoce delle malattie (es. "open day" area cardiovascolare, ginecologico-ostetrica, ortopedica, oculistica, oncologica, etc)		≥ 1	Open day vari negli ospedali e campagne informative (screening e incontri) in totale nel 2024 n. 30 iniziative diffuse tramite i canali social telegram e facebook ,comunicati stampa e news nel sito istituzionale	

ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

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

Gli obiettivi in materia di anticorruzione e trasparenza, misurati attraverso il monitoraggio degli obblighi informativi di pubblicazione dei dati sul sito "Amministrazione Trasparente", risultano raggiunti da parte di tutte le strutture organizzative dell'AST.

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

Il collegamento tra obiettivi performance e anticorruzione è inoltre ribadito nel DPCM n. 34 del 30/6/2022 avente ad oggetto "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione. all'art. 3 lett. c) con riferimento ai contenuti della sottosezione Performance che dovrà contenere anche "mappatura dei processi, per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi con particolare attenzione ai processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico".

Con il PIAO aziendale per il triennio 2024-2026 è stato garantito, come per il precedente PIAO, il collegamento tra obiettivi di performance e quelli relativi trasparenza attraverso la previsione degli obiettivi strategico-gestionali in materia di prevenzione della corruzione dell'AST.

Tali obiettivi strategici consistono nella realizzazione delle seguenti attività:

- trasmissione da parte dei Responsabili della pubblicazione individuati nella sezione 2.3 del PIAO denominata "Rischi corruttivi e Trasparenza" dei report periodici sullo stato dell'arte della pubblicazione dei dati di competenza sul link "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale;
- verifica degli adempimenti di pubblicazione da parte dei Responsabili/ Referenti della pubblicazione ciascuno per la struttura di competenza, in occasione dei controlli da parte dell'OIV ai sensi della Delibera ANAC n. 213/2024, in relazione ai dati oggetto di pubblicazione e di attestazione;

- aggiornamento della mappatura dei rischi (questionari e tabella livello di rischio) per la predisposizione della sezione “Rischi corruttivi e Trasparenza” per il triennio successivo 2025-2027;
- invio dei dati richiesti dall’ANAC per la predisposizione della Relazione annuale del RPCT sull’attività di prevenzione della corruzione svolta nel corso di riferimento.

Tutti gli obiettivi sono stati perseguiti e raggiunti nel corso del 2024.

Per il 2024, l’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) ha effettuato, alla luce della delibera ANAC n. 213/2024, la verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull’aggiornamento e sull’apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencato nella scheda di rilevazione al 31/05/2024, tenendo anche conto dei risultati e degli elementi emersi dall’attività di controllo sull’assolvimento degli obblighi di pubblicazione svolta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

La prima attestazione è stata caricata dall’OIV entro la scadenza di giugno sull’apposita piattaforma creata dall’ANAC e pubblicata nella stessa data dal Referente dell’AST per la Trasparenza; la seconda attestazione sugli stessi dati della scheda di rilevazione richiesti dall’ANAC, a seguito di ulteriore verifica al 30/11/2024 è stata caricata dall’OIV entro la scadenza di dicembre sempre sulla piattaforma dedicata e pubblicata dal Referente dell’AST per la Trasparenza.

Infine si precisa che in tali attestazioni l’OIV ha dichiarato, dopo gli opportuni controlli, che l’Amministrazione non ha disposto filtri e/o altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all’interno della sezione “Amministrazione trasparente”.

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	TARGET PIAO	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
	100	Obiettivi strategici di prevenzione della corruzione	Adempimento degli obblighi di pubblicazione di competenza previsti dalla Griglia approvata con D.lgs. n. 33/2013 e aggiornata con D.lgs. n. 97/2016	Assolvimento di almeno il 95% degli adempimenti	Gli obblighi sono stati assolti nella % prevista dal target	
	101		Verifica indicatori di monitoraggio e stato dell'arte della pubblicazione dei dati sulla sezione "Amministrazione Trasparente"	Invio report semestrali	Inviati n. 2 report	
	102		Trasmissione dati per la predisposizione della Relazione annuale del RPCT	Trasmissione dati da parte dei Dirigenti struttura entro 31/12/2024	Trasmissione dei dati avvenuta nei termini	
	103		Aggiornamento della tabella dei rischi e invio questionari compilati per la mappatura dei processi per la prevenzione della corruzione	Invio modulistica entro il 15/12/2024	Invio modulistica nei termini	

2 – ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO E DELLE RISORSE

ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

Per l'anno 2024 la Regione Marche ha assegnato il Budget con DGRM n. 2074 del 29/12/2023 avente ad oggetto "L.R. n. 19 del 08/08/2022 – Autorizzazione agli Enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2024 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2024-2026".

Sulla base di tale programmazione economica, la Regione ha autorizzato l'AST di Ancona alla gestione del proprio Bilancio Economico Preventivo 2024, assegnando un tetto di spesa per l'anno 2024 pari a 786.012.333 euro comprensivo degli investimenti, al netto degli scambi infragruppo.

Il totale degli investimenti con fondi correnti ammonta ad euro 5.000.000.

Il tetto di spesa autorizzato deve essere finanziato con un livello minimo delle entrate proprie pari ad euro 19.000.000. Tale tetto di spesa è comprensivo di 37.765.388 euro di mobilità passiva interregionale e internazionale, dei costi per i rimborsi ai danneggiati ex L.210/92, ma non comprende gli accantonamenti per rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato.

Sulla base di tali disposizioni, l'AST di Ancona ha redatto il BPE 2024 (Determina DG AST n. 53 del 31/01/2024 - Adozione del Bilancio Preventivo Economico 2024 e Bilancio Pluriennale 2024-2026).

Successivamente, la Regione Marche con DGRM n. 568 del 16/04/2024 avente oggetto "L.R. n. 19 del 08/08/2022 – Autorizzazione agli Enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2024 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2024-2026. Modifica e integrazione della DGR 2074 del 29/12/2023" ha modificato ed integrato l'allegato A della DGRM 2074/2023, stabilendo che gli Enti del SSR dovessero riadottare il Bilancio Preventivo Economico Annuale 2024 ed il Bilancio Pluriennale di Previsione 2024-2026 entro il 30/06/2024, in coerenza con le risorse autorizzate. La DGRM 568/2024 ha incrementato il totale dei costi degli Enti, comprensivi degli investimenti, per complessivi 112 milioni (quota accantonata nella GSA nella precedente DGRM 2074/2023), di cui 27.022.053 euro assegnati all'AST di Ancona.

Con Determina DG AST Ancona n. 410 del 28/06/2024, l'AST ha riadottato, di conseguenza, il Bilancio Preventivo Economico 2024 ed il Bilancio Pluriennale 2024-2026, integrando e modificando la precedente Determina del Direttore Generale n. 53 del 31/01/2024.

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

Il Territorio e la Popolazione assistita

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona (AST Ancona) si estende su un territorio di 2.154,7 Km² (23 % del territorio regionale) con struttura geomorfologica differenziata. La popolazione assistita al 1 Gennaio 2024 è pari a 473.430 distribuita in 50 Comuni (di cui 3 afferenti alla provincia di Macerata) e in 4 Distretti, con una densità di 217,36 abitanti per Km². La popolazione per Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona e classe di età è riportata nella tabella seguente.

Popolazione (fonte ISTAT)

AST ANCONA	Popolazione al 01/01/2024	Neonati	Classe 1- 4	Classe 5 - 14	Classe 15 - 44	Classe 45 - 64	Classe 65 - 74	Classe +75
Distretto di Senigallia	76.331	421	1.839	6.228	23.110	23.795	9.578	11.360
Distretto di Jesi	103.196	619	2.587	8.987	32.187	31.720	12.695	14.401
Distretto di Fabriano	43.194	215	954	3.502	12.949	13.645	5.449	6.480
Distretto di Ancona	250.709	1.541	6.578	21.343	79.847	77.214	29.757	34.429
Totale complessivo	473.430	2.796	11.958	40.060	148.093	146.374	57.479	66.670

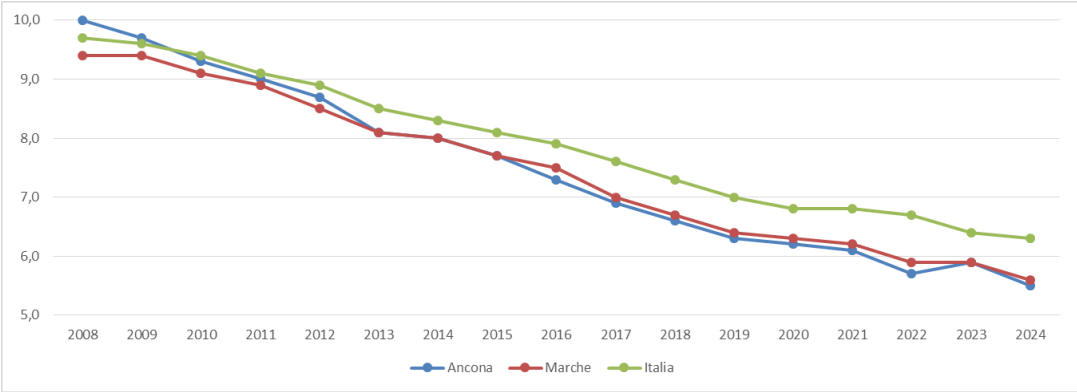
Di seguito si evidenzia la struttura della popolazione nel ventennio, ovvero nel 2004, nel 2023 e nel 2024, considerando la popolazione di riferimento al 01/01; la tabella mostra un incremento della popolazione che si colloca tra i 65 anni e oltre per tutti e tre gli anni presi a riferimento.

Struttura per età della popolazione al 1° gennaio	2004			2023			2024		
	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre
Ancona	12,8	64,8	22,4	11,9	62,2	25,9	11,6	62,2	26,2
Marche	13,0	64,8	22,1	11,8	62,2	25,9	11,6	62,2	26,2
ITALIA	14,2	66,7	19,2	12,4	63,5	24,0	12,2	63,5	24,3

Fonte dati: demo istat

Come nel resto della regione e dell’Italia, a partire dal 2008, è molto marcato anche il calo della natalità legato agli effetti della crisi economica ed alla riduzione del numero di donne in età fertile; nel 2024 il tasso di natalità (5,4 nati per 1.000 abitanti) evidenzia ancora una volta un lieve decremento rispetto al 2023, posizionandosi leggermente sotto la linea con la media regionale (5,5 nati per 1.000 abitanti) e ancora una volta al sotto del nato nazionale (6,3 nati per 1.000 abitanti).

Trend tasso di natalità (nati/pop. totale per 1.000) Anni 2008-2024

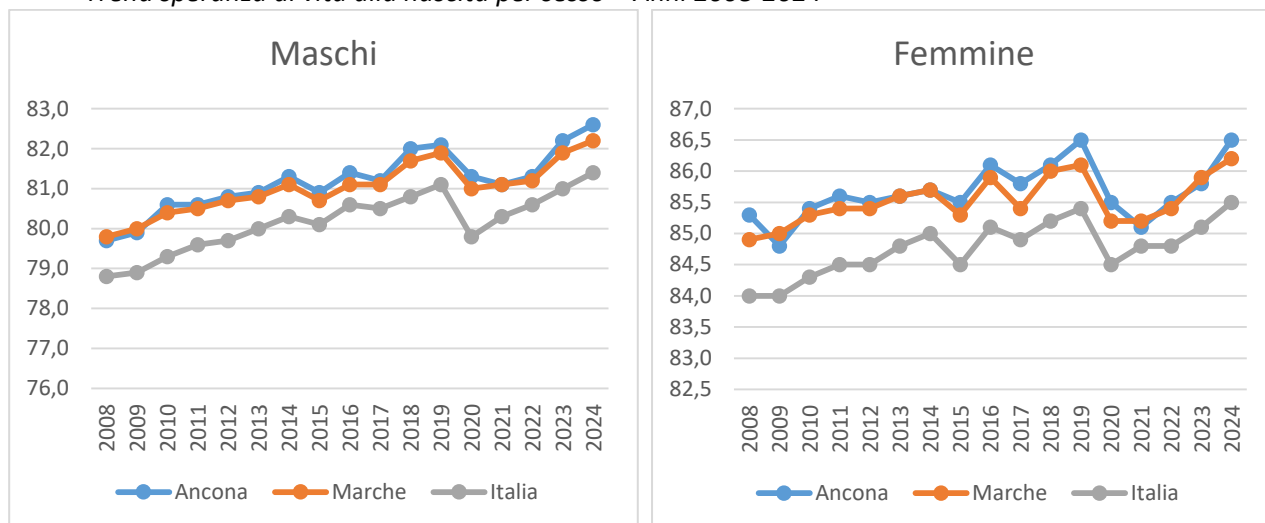


Fonte dati: demo Istat 2024* Provvisorio

Per i principali indicatori dello stato di salute disponibili, in particolare la speranza di vita alla nascita, la mortalità generale, la mortalità prematura (prima dei 65 anni) e gli anni potenziali di vita persi, la AST di Ancona si allinea ai valori medi regionali (peraltro molto buoni rispetto alla media nazionale).

Un importante indicatore di sintesi dello stato di salute è la speranza di vita alla nascita (vedi i grafici seguenti) che ha subito una diminuzione, evidente anche a livello nazionale, nel 2020 a causa della pandemia da Covid-19 per poi riprendere il trend in crescita. I valori dell’AST AN risultano leggermente superiori alla media regionale.

Trend speranza di vita alla nascita per sesso – Anni 2008-2024



Fonte dati: demo Istat 2024* Provvisorio

Gli stranieri residenti nell'AST ANCONA al 01/01/2024 rappresentano il 9,4% dei residenti, in incremento rispetto all'anno precedente. La presenza della popolazione straniera, più giovane della popolazione italiana e con più alti livelli di fecondità costituisce un apporto importante nel rallentamento del processo di invecchiamento della popolazione. Senza l'apporto della popolazione straniera il tasso di natalità sarebbe stato ancora più basso, i neonati di cittadinanza straniera costituiscono il 16% del totale.

I Principali indicatori di struttura della Popolazione

L'indice di vecchiaia, ossia il rapporto tra la popolazione con oltre 64 anni e quella con meno di 15, è peggiorato nel tempo, basti considerare che era di 174,5 al 1/01/2004 e dopo un ventennio il dato è di 225,8 al 01/01/2024 (media Regione Marche 226,4; media nazionale 199,8).

Allo stesso modo sono peggiorati l'Indice di dipendenza anziani, cioè il rapporto tra popolazione di 65 anni e più e la popolazione in età attiva di 15-64 anni *100, era del 34,5% venti anni fa ora è di 42,1%, come pure l'Indice di dipendenza strutturale, che stima la capacità delle fasce di età economicamente attive (15-64 anni) a mantenere le età inattive (0-14 anni e ≥ 65 anni), è del 60,7% verso il 54,4% del 2004. Il dato regionale attuale è allineato a quello dell'Ast, infatti la media Regione Marche 60,8, mentre la media nazionale si attesta al 57,6.

Indicatori di struttura della popolazione al 1° gennaio	2004				2023				2024			
	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media
Ancona	54,4	34,5	174,5	44,3	60,9	41,7	217,3	47,5	60,7	42,1	225,8	47,7
Marche	54,2	34,2	170,1	44,0	60,7	41,6	218,8	47,5	60,8	42,2	226,4	47,7
ITALIA	50,0	28,8	135,6	42,3	57,4	37,8	193,1	46,4	57,6	38,4	199,8	46,6

Fonte dati: demo Istat 2024* Provvisorio

Organizzazione Aziendale

Con L.R. n. 19/2022, recante ad oggetto “Organizzazione del servizio sanitario regionale”, è stata soppressa l'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) e sono state istituite le Aziende Sanitarie Territoriali, tra cui l'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona, che subentrano all'ASUR senza soluzione di continuità dal 1° gennaio 2023.

In relazione alla soppressa ASUR l'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona svolge la funzione di Gestione Liquidatoria delle attività e delle passività, di tutte le posizioni non trasferite alle Aziende Sanitarie Territoriali, nonché dei contenziosi giudiziali pendenti e di quelli residui delle disciolte UU.SS.LL. già facenti capo all'ASUR. Le funzioni di Commissario Liquidatore sono svolte dal Direttore Generale dell'AST Ancona, che provvede altresì agli ulteriori adempimenti obbligatori per legge derivanti dalla soppressione dell'Azienda sanitaria unica regionale.

Le Aziende Sanitarie Territoriali sono dotate di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale ed esercitano la propria autonomia organizzativa mediante l'atto aziendale di diritto privato di cui all'articolo 24 della citata Legge. La disposizione normativa (“Atto di organizzazione degli enti”) stabilisce, tra l'altro, che l'organizzazione e il funzionamento delle Aziende sanitarie territoriali sono disciplinati dall'atto aziendale di cui al comma 1 bis dell'articolo 3 del D.lgs. n. 502/1992, che definisce l'assetto organizzativo in modo da assicurare l'esercizio unitario delle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché il coordinamento e l'integrazione dell'attività dei servizi territoriali dei distretti presenti con quella dei presidi ospedalieri e degli altri soggetti erogatori pubblici e privati.

Lo stesso art. 24 della L.R. n. 19/2022 stabilisce che l'atto aziendale e le sue eventuali modificazioni siano adottati dal Direttore Generale, sulla base degli indirizzi e dei criteri determinati dalla Giunta regionale. Con D.G.R.M. n. 1291 del 9/8/2024, modificata con successiva D.G.R.M. n. 1305 del 26/8/2024, sono state approvate le Linee di indirizzo e criteri per la predisposizione degli atti aziendali degli Enti del SSR, al fine di dare piena attuazione alla riforma del SSR.

Sulla base del quadro normativo e regolamentare delineato, la Direzione Aziendale ha provveduto alla redazione della Proposta di Atto Aziendale dell'AST di Ancona, adottata con Determina del Direttore Generale n. 106 del 14 Marzo 2025.

Tale proposta disciplina l'assetto organizzativo dell'AST di Ancona ed è stata predisposta in conformità agli indirizzi, ai criteri e ai vincoli stabiliti dalla Legge Regionale n. 19/2022 e dalle relative disposizioni attuative (DGRM n. 1291 del 9 agosto 2024, come modificata dalla successiva DGRM n. 1305 del 26 agosto 2024).

L'assetto definito rappresenta l'esito di un processo di riorganizzazione degli assetti preesistenti della Direzione della soppressa ASUR Marche e dell'ex Area Vasta n. 2.

Nella progettazione del modello organizzativo sono state eliminate duplicazioni organizzative e funzionali relativamente alle strutture amministrative, tecniche e professionali non sanitarie preposte all'esercizio delle funzioni aziendali e sono stati rispettati i vincoli organizzativi e funzionali regionali, in osservanza ai parametri ministeriali e nazionali, concernenti il numero dei Distretti, dei Presidi ospedalieri, dei Dipartimenti, delle strutture complesse, delle strutture semplici dipartimentali nonché delle strutture semplici.

Fino all'approvazione da parte della Giunta Regionale della Proposta di Atto Aziendale, e dei successivi adempimenti per l'attuazione, l'organizzazione dell'Area Sanitaria dell'AST Ancona è ad oggi regolamentata dalla Determina ASUR n. 361/DG del 23/06/2017, così come modificata con Determina ASUR n. 486/DG del 28/07/2017, mentre quella dell'Area Amministrativa Tecnico Logistica (ATL) è esplicitata nell'Allegato A della Determina DG AST Ancona n. 1273/2023 denominato “Quadro aggregativo delle strutture organizzative PTA AST Ancona”.

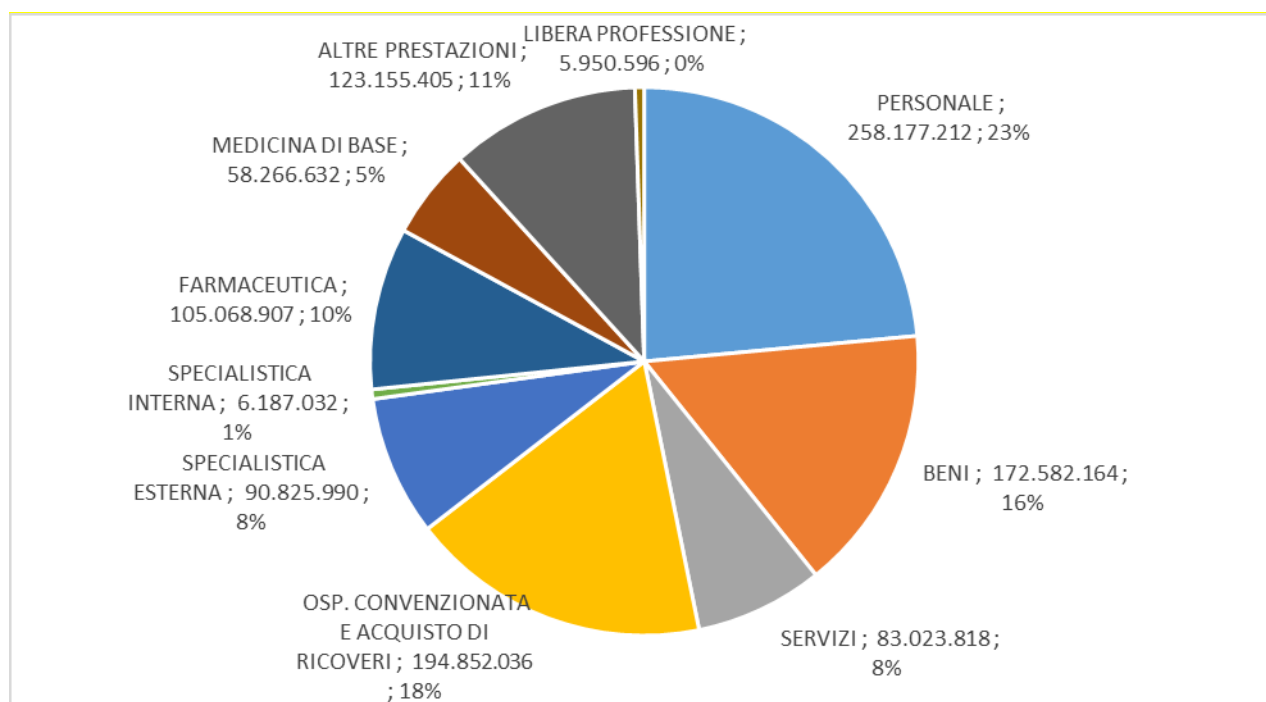
RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE

L'Azienda, che gestisce un Bilancio complessivo di circa 1.125 milioni di Euro e chiude il bilancio 2024 registrando il pareggio di bilancio.
Di seguito si espone il Conto Economico Consuntivo 2024 confrontato con il Consuntivo 2023.

SCHEMA DI BILANCIO <i>Decreto Interministeriale 118/2011 e smi</i>	Anno 2024	Anno 2023	VARIAZIONE 2024/2023	
			Importo	%
A) VALORE DELLA PRODUZIONE				
1) Contributi in c/esercizio	1.032.539.990	992.606.917	39.933.073	4,0%
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	1.020.625.141	981.611.449	39.013.692	4,0%
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo	11.884.169	10.983.969	900.200	8,2%
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	37.425	261.501	-224.076	-85,7%
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA	-	-	-	-
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA	219.731	-	219.731	-
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro	634.357	713.145	-78.787	-11,0%
5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)	-	515.647	-515.647	-100,0%
6) Contributi da altri soggetti pubblici	10.992.655	9.493.676	1.498.979	15,8%
c) Contributi in c/esercizio - per ricerca	-	-	-	-
1) da Ministero della Salute per ricerca corrente	-	-	-	-
2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	-	-	-	-
3) da Regione e altri soggetti pubblici	-	-	-	-
4) da privati	-	-	-	-
d) Contributi in c/esercizio - da privati	30.681	11.500	19.181	166,8%
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-5.050.508	-3.005.791	-2.044.717	68,0%
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	2.984.289	8.996.223	-6.011.934	-66,8%
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	50.216.756	46.976.566	3.240.190	6,9%
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	36.737.804	36.083.595	654.209	1,8%
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	6.750.613	6.961.493	-210.880	-3,0%
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	6.728.339	3.931.478	2.796.861	71,1%
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	30.318.751	14.448.417	15.870.334	109,8%
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	8.661.545	7.895.967	765.578	9,7%
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	12.292.027	14.353.564	-2.061.536	-14,4%
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-	-
9) Altri ricavi e proventi	788.164	947.240	-159.076	-16,8%
Totale A)	1.132.751.015	1.083.219.104	49.531.912	4,6%
B) COSTI DELLA PRODUZIONE				
1) Acquisti di beni	172.888.477	164.220.425	8.668.052	5,3%
a) Acquisti di beni sanitari	169.293.205	160.428.710	8.864.495	5,5%
b) Acquisti di beni non sanitari	3.595.272	3.791.715	-196.443	-5,2%
2) Acquisti di servizi sanitari	611.419.159	588.409.627	23.009.532	3,9%
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	58.194.646	56.089.425	2.105.221	3,8%
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	73.900.872	70.499.943	3.400.928	4,8%
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	87.782.570	81.585.474	6.197.096	7,6%
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	27.089.313	27.794.438	-705.125	-2,5%
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	10.452.360	9.610.310	842.050	8,8%
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	5.072.083	5.167.786	-95.703	-1,9%
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	194.822.442	194.830.702	-8.260	0,0%
h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	18.636.033	16.626.153	2.009.880	12,1%
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	36.317.505	34.207.443	2.110.062	6,2%
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	1.020.430	923.811	96.619	10,5%
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	13.947.649	11.634.315	2.313.334	19,9%
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	54.715.255	52.671.341	2.043.915	3,9%
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	5.533.038	5.761.702	-228.664	-4,0%
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	3.845.964	3.631.988	213.976	5,9%
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	10.343.928	7.997.114	2.346.814	29,3%
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	9.745.069	9.377.681	367.388	3,9%
q) Costi per differenziale Tariffe TUC	-	-	-	-
3) Acquisti di servizi non sanitari	40.931.013	40.635.647	295.366	0,7%
a) Servizi non sanitari	40.238.746	40.213.090	25.655	0,1%
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	160.910	172.631	-11.721	-6,8%
c) Formazione	531.358	249.925	281.432	112,6%
4) Manutenzione e riparazione	9.009.525	9.269.277	-259.752	-2,8%
5) Godimento di beni di terzi	12.552.555	11.399.930	1.152.626	10,1%
6) Costi del personale	231.767.801	222.634.275	9.133.526	4,1%
a) Personale dirigente medico	74.642.349	70.525.297	4.117.052	5,8%
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	10.102.314	9.323.350	778.964	8,4%
c) Personale comparto ruolo sanitario	96.424.911	93.054.652	3.370.258	3,6%
d) Personale dirigente altri ruoli	4.593.239	4.623.501	-30.262	-0,7%
e) Personale comparto altri ruoli	46.004.989	45.107.474	897.515	2,0%

CONTO ECONOMICO			Importi: Euro	
SCHEMA DI BILANCIO <i>Decreto Interministeriale 118/2011 e smi</i>	Anno 2024	Anno 2023	VARIAZIONE 2024/2023	
			Importo	%
7) Oneri diversi di gestione	3.161.383	2.505.846	655.536	26,2%
8) Ammortamenti	14.415.074	14.451.497	-36.423	-0,3%
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	485.807	525.649	-39.841	-7,6%
b) Ammortamenti dei Fabbricati	9.238.793	9.174.868	63.925	0,7%
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	4.690.473	4.750.981	-60.507	-1,3%
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	102.951	75.000	27.951	37,3%
10) Variazione delle rimanenze	-306.313	1.643.994	-1.950.306	-118,6%
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	-457.951	1.705.219	-2.163.169	-126,9%
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	151.638	-61.225	212.863	-347,7%
11) Accantonamenti	20.391.284	15.314.778	5.076.506	33,1%
a) Accantonamenti per rischi	3.504.392	1.190.178	2.314.215	194,4%
b) Accantonamenti per premio operosità	300.000	1.258.933	-958.933	-76,2%
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	4.877.262	5.002.867	-125.605	-2,5%
d) Altri accantonamenti	11.709.629	7.862.800	3.846.830	48,9%
Totale B)	1.116.332.907	1.070.560.295	45.772.612	4,3%
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	16.418.108	12.658.808	3.759.299	29,7%
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI				
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	-	-	-	-
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	404	-	404	-
Totale C)	-404	-	-404	-
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE				
1) Rivalutazioni	-	-	-	-
2) Svalutazioni	-	-	-	-
Totale D)	-	-	-	-
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI				
1) Proventi straordinari	3.164.646	3.970.055	-805.409	-20,3%
a) Plusvalenze	23.132	-	23.132	-
b) Altri proventi straordinari	3.141.514	3.970.055	-828.541	-20,9%
2) Oneri straordinari	2.418.048	215.569	2.202.479	1021,7%
a) Minusvalenze	114.872.52	215.569	-100.697	-46,7%
b) Altri oneri straordinari	2.303.176	-	2.303.176	-
Totale E)	746.597	3.754.486	-3.007.888	-80,1%
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	17.164.301	16.413.294	751.007	4,6%
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO				
1) IRAP	16.906.604	16.120.269	786.335	4,9%
a) IRAP relativa a personale dipendente	15.690.536	14.922.664	767.873	5,1%
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	798.510	773.851	24.658	3,2%
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	417.558	423.754	-6.196	-1,5%
d) IRAP relativa ad attività commerciali	-	-	-	-
2) IRES	257.697	293.025	-35.328	-12,1%
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	-	-	-	-
Totale Y)	17.164.301	16.413.294	751.007	4,6%
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	-	-	-	-

Si rappresenta di seguito la composizione dell'aggregato "Totale Costi della Produzione":



I costi totali sono così ripartiti sui principali aggregati di spesa:

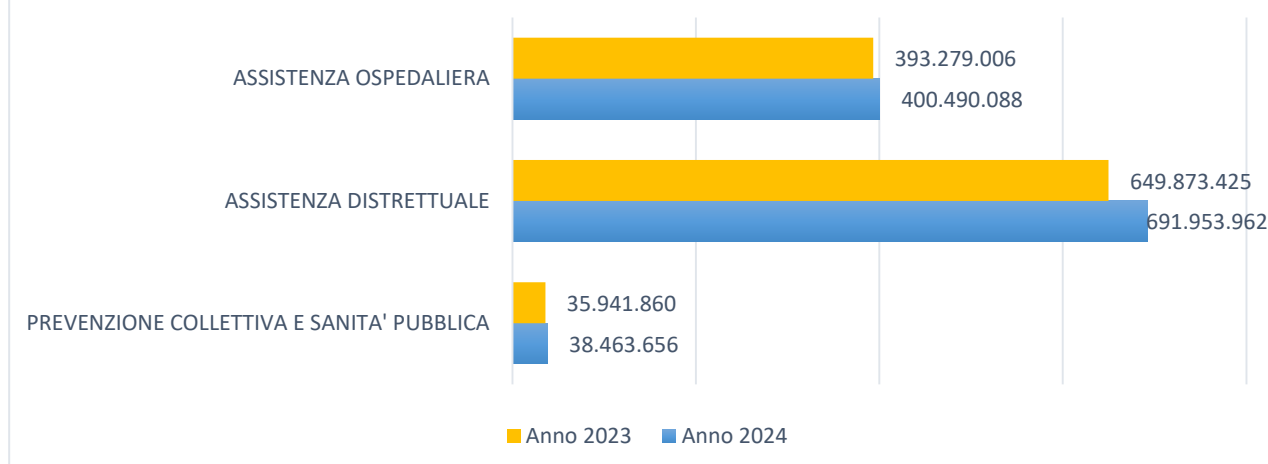
- Personale: 258.177.212 € (22,8%), suddivisi tra personale dirigente, comparto e non dipendente.
- Ospedalizzazione e Ricoveri Convenzionati: 194.852.036 € (18%), di cui la maggior parte legata a ricoveri intra-regionali, in particolare verso la struttura Azienda Ospedali Riuniti Ancona per prestazioni erogate agli abitanti del Distretto di Ancona;
- Beni: 172.582.164 € (16%) include il costo per acquisto di farmaci e materiali sanitari essenziali per il funzionamento delle strutture, farmaci in distribuzione diretta e per conto e beni non sanitari. Nell'ambito di tale aggregato il 68% è rappresentato dal costo appunto dei farmaci per 116.677.208
- Farmaceutica: 105.068.907 € (10%), suddivisi tra acquisti intra-regionali, extra-regionali e soprattutto farmacie private convenzionate che con 72.193.581 € rappresentano il 68,7% del totale dell'aggregato.

I costi sopra evidenziati per fattore produttivo vengono allocati nei diversi livelli di assistenza Prevenzione, Territorio e Ospedale come segue:

Modello Ministeriale: Livelli Assistenziali	Anno 2024	Anno 2023	Scostamento 2024/2023	
			Assoluto	%
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	38.463.656	35.941.860	2.521.796	7,02%
ASSISTENZA DISTRETTUALE	691.953.962	649.873.425	42.080.537	6,48%
ASSISTENZA OSPEDALIERA	400.490.088	393.279.006	7.211.082	1,83%
TOTALE GENERALE	1.130.907.706	1.079.094.291	51.813.414	4,80%

Rispetto all'anno precedente si evidenzia un incremento dei costi in tutti i livelli di assistenza:

Costi per Livelli di Assistenza Anni 2023-2024



Ai fini dell'analisi dei costi sostenuti per l'erogazione dei servizi sanitari distinti per ciascuno livello essenziale di assistenza si evidenzia che l'incremento risulta composto come segue:

- Prevenzione collettiva e sanità pubblica

Il livello in esame evidenzia un incremento di circa euro 2,5 milioni (+7,02%) e rappresenta il 3,4% della spesa complessiva:

- Vaccinazioni: + 288.000 euro, coerente con il potenziamento dei programmi vaccinali;
- Screening oncologici: +1,1 milione di euro, collegati all'estensione a nuove classi di età per gli screening mammella e colon retto, al proseguimento dello screening HCV e all'ampliamento della metodica di screening HPV;
- Altre aree: + 1,4 milioni di euro distribuiti sulle aree del dipartimento.

- Assistenza Territoriale

Il livello registra un aumento di +42 milioni, pari a +6,48%, passando da 649,8 milioni a 692 milioni di euro. Il livello rappresenta il 61,14% del totale.

Le voci con maggiore impatto sono:

- Farmaceutica territoriale e ospedaliera: +9,6 milioni, per effetto di aumento dei consumi e valorizzazione dei prezzi (soprattutto DPC);
- Assistenza specialistica ambulatoriale: +17,3 milioni, in crescita sia l'attività ospedaliera (+9,8 milioni) sia quella territoriale (+6,5 milioni), con incremento importante dell'attività clinica;
- Sociosanitaria residenziale: + 6,8 milioni, in particolare per disabilità, non autosufficienza e disturbi mentali;
- Assistenza sociosanitaria domiciliare e consultoriale cresce complessivamente di circa 2,7 milioni di euro.

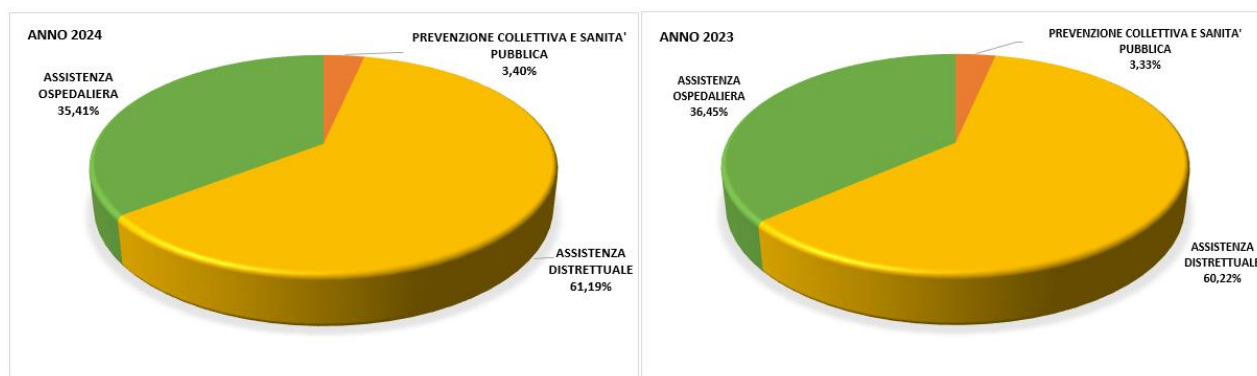
- Assistenza Ospedaliera

Il livello evidenzia un aumento in misura ridotta rispetto ai livelli precedenti, da 393,3 milioni a 400,5 milioni (+7,2 milioni, pari a +1,8%). Il livello rappresenta il 35,4% del totale. I principali elementi:

- Ricoveri ordinari (degenza acuti): + 4,7 milioni;
- Day Surgery: + 1,8 milioni;
- Pronto soccorso e OBI: + 1,7 milioni, per effetto di un incremento dei casi con esito in ricovero.

Il grafico seguente mostra la ripartizione dei costi aziendali nei tre livelli di assistenza: in particolare, fatto 100 il totale dei costi, si evidenzia come la Prevenzione abbia assorbito nell'anno il 3,4% del totale

risorse, il Territorio il 61,19% ed infine il livello Ospedaliero il 35,41%. Tali dati confermano una netta prevalenza dell'investimento nell'ambito territoriale, coerente con l'impostazione strategica orientata al potenziamento della rete dei servizi di prossimità, nonché al rafforzamento delle cure domiciliari. Rispetto al 2023, si registra un incremento delle risorse destinate sia all'Area Territoriale sia alla Prevenzione, a testimonianza della crescente attenzione aziendale verso modelli assistenziali orientati alla prevenzione, all'anticipazione del bisogno e alla deospedalizzazione. Questa tendenza rispecchia anche le indicazioni programmatiche regionali e nazionali.

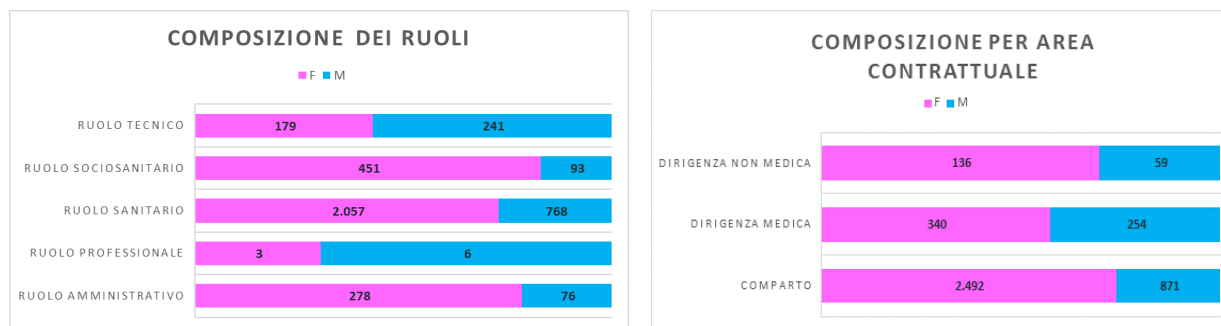


RISORSE PROFESSIONALI

L'AST di Ancona conta, alla data del 31/12/2024, 4.151 dipendenti (espressi in termini di unità equivalenti) così suddivisi per profilo contrattuale:

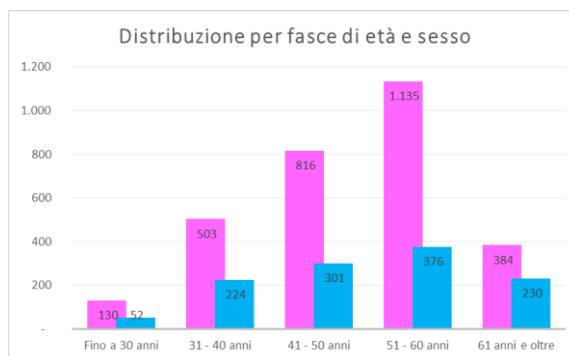
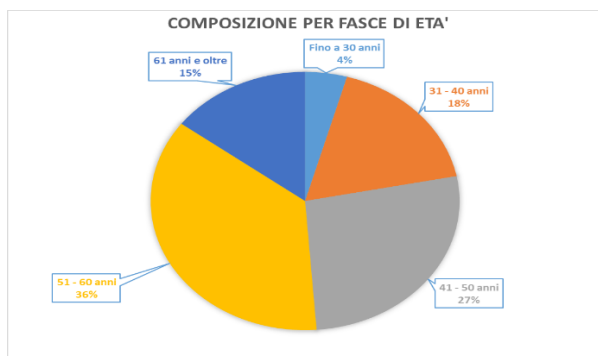
	RUOLO SANITARIO	2.825
	Dirigenza Medica	593
	Dirigenza	154
	Comparto	2.077
	RUOLO PROFESSIONALE	9
	Dirigenza	9
	RUOLO TECNICO	420
	Dirigenza	10
	Comparto	409
	RUOLO SOCIO SANITARIO	544
	Comparto	544
	RUOLO AMMINISTRATIVO	354
	Dirigenza	21
	Comparto	332
	TOTALE	4.151

La composizione delle risorse per sesso evidenzia un forte squilibrio di genere, il 71% del totale è costituito da forza lavoro femminile, così distribuito per ruolo e area contrattuale:



Le professioni sanitarie e sociosanitarie confermano una prevalenza femminile; i ruoli tecnici e amministrativi evidenziano una maggiore diversità di genere, ma con una prevalenza maschile nei tecnici e femminile negli amministrativi.

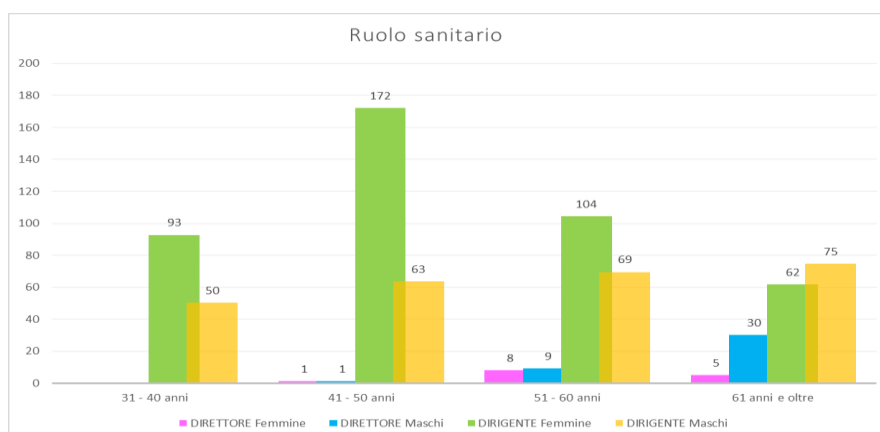
Il grafico a torta rappresenta che segue la distribuzione del personale per fasce di età, evidenziando i seguenti aspetti principali: la maggioranza del personale circa il 36% si colloca nella Fascia 51-60, una fascia professionalmente esperta ma con il rischio di pensionamenti di massa nei prossimi anni, il 27% nella fascia 41-50 con esperienza consolidata e ancora molti anni di attività; il 18% nella fascia 31-40, garantendo in parte un ricambio generazionale, mentre oltre il 15% del personale è vicino al termine della carriera lavorativa. Molto bassa (4%) la presenza di giovani sotto i 30 anni, probabilmente legata ai tempi di formazione soprattutto per i medici.



Le donne dominano in tutte le fasce di età, con una prevalenza più marcata nelle fasce operative centrali (41-60 anni).

Le donne, pur dominando nei ruoli amministrativi, sanitari e tecnici, sono meno rappresentate nei ruoli professionali e sanitari apicali (Direttore di struttura complessa) in cui gli uomini sono più rappresentati nei ruoli di direttore nelle fasce di età più avanzate evidenziando così una disparità di genere nei ruoli apicali.

Di seguito si rappresenta in forma grafica la composizione della dirigenza del Ruolo Sanitario distinguendo le posizioni di Direttore dalle altre posizioni dirigenziali:



Il numero dei MMG in convenzione presso l'AST di Ancona al 01/01/2023 risultava pari a 297 unità (Fonte: Modello FLS12), per un'assistenza di una popolazione assistita pari a 407.881 unità (Fonte: Modello FLS11); al 01/01/2024 risultano 308 unità.

Il numero dei PLS in convenzione presso l'AST di Ancona al 01/01/2023 risultava pari a 49 unità (Fonte: Modello FLS12) per un'assistenza di una popolazione assistita pari a 49.385 unità (Fonte: Modello FLS11); al 01/01/2024 risultano 50 Medici.

STRUTTURA DELL'OFFERTA

Area Territoriale

La struttura territoriale si articola su 4 Distretti.

Nel corso dell'anno, l'Azienda ha operato attraverso 115 strutture territoriali a gestione diretta e 143 strutture territoriali convenzionate, come rilevato dalla Fonte STS 11. Si segnala, rispetto all'anno precedente, un aumento del numero delle strutture a gestione diretta, attribuibile all'attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) e dei nuovi Punti Salute, nell'ambito del potenziamento dell'assistenza territoriale promosso dal PNRR.

Di seguito si propone una rappresentazione delle strutture, sia pubbliche che private, distinte per tipologia di assistenza erogata. Si evidenzia che all'interno della medesima struttura fisica possono essere attivati più servizi e modalità assistenziali.

STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA		
Tipo struttura	Tipo Assistenza	Numero
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		98
	ASSISTENZA DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA	1
	ASSISTENZA PER DIPENDENZE PATOLOGICHE	7
	ASSISTENZA PSICHIATRICA	11
	ATTIVITÀ DI CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE	5
	ATTIVITÀ CLINICA	36
	ATTIVITÀ DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE	21
	ATTIVITÀ DI LABORATORIO	6
	DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	10
	VACCINAZIONI PER EMERGENZE PANDEMICHE	1
AMBULATORIO E LABORATORIO		40
	ATTIVITÀ CLINICA	25
	ATTIVITÀ DI LABORATORIO	3
	DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	8
	PRESCRIZIONE FARMACI NOTA 99 AIFA	4
STRUTTURA RESIDENZIALE		30
	ASSISTENZA AGLI ANZIANI	15
	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	1
	ASSISTENZA ALLE PERSONE NELLA FASE TERMINALE DELLA VITA	3
	ASSISTENZA PER DIPENDENZE PATOLOGICHE	1
	ASSISTENZA PSICHIATRICA	10
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		7
	ASSISTENZA PER DIPENDENZE PATOLOGICHE	1
	ASSISTENZA PSICHIATRICA	6
Totale complessivo		175

STRUTTURE CONVENZIONATE		
Tipo struttura	Tipo Assistenza	Numero
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1
	ASSISTENZA IDROTERMALE	1
AMBULATORIO E LABORATORIO		39
	ATTIVITA' CLINICA	22
	ATTIVITA' DI LABORATORIO	12
	DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	5
STRUTTURA RESIDENZIALE		92
	ASSISTENZA AGLI ANZIANI	49
	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	10
	ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI	11
	ASSISTENZA PER DIPENDENZE PATOLOGICHE	7
	ASSISTENZA PERSONE CON INFEZIONE DA HIV	1
	ASSISTENZA PSICHIATRICA	14
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		29
	ASSISTENZA AGLI ANZIANI	7
	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	21
	ASSISTENZA PER DIPENDENZE PATOLOGICHE	1
Totale complessivo		161

Relativamente alla medicina di base, l'Azienda opera mediante 308 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 419.514 unità, e 50 pediatri di libera scelta, che assistono 43.857 assistiti (Fonte: Modello FLS 12, Anno 2024).

Assistenza Ospedaliera

La rete ospedaliera AST, costituita dal Presidio Unico, è articolata su quattro stabilimenti di Cingoli, Fabriano, Jesi e Senigallia ai quali si aggiungono le quattro Case di Cura Private accreditate ed un Istituto di Riabilitazione.

La rete di servizi e strutture ospedaliere e territoriali operano in modo coordinato fornendo una risposta di "sistema" ai bisogni della popolazione di riferimento; questo si realizza sia attraverso l'attività erogata dalle strutture a gestione diretta sia grazie al contributo delle due Aziende Pubbliche AOR/INRCA di Ancona e private della provincia con le quali sono attivi specifici accordi di fornitura.

Posti letto strutture pubbliche (HSP 12 – Anno 2024) – Compreso Nido

Stabilimento	Posti letto ordinari	Posti letto Day Hospital	Posti letto Day Surgery	Totale
Cingoli	30	0	0	30
Fabriano	132	12	15	159
Jesi	310	19	15	344
Senigallia	243	21	9	273
Totale complessivo	715	52	39	806

I dati relativi ai posti letto dei presidi a gestione diretta sono coerenti con quelli riportati nel Modello HSP 12.

Posti letto accreditati strutture private (HSP 13 – Anno 2024)

Denominazione struttura	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DS	Totale
Casa di Cura Villa Silvia	32	0	32
Cdc Marche - Rete Impresa - Villa Igea e Villa Serena	138	10	148
Kos Care SRL - Clinica Villa Jolanda	15	0	15
Totale	185	10	195

Posti letto accreditati strutture private – Riabilitazione Ospedaliera (RIA 11 – Anno 2024)

Denominazione struttura	Posti Letto Ordinari
Kos Care SRL - Villa Adria	45

I dati relativi ai posti letto dei presidi in convenzione sono coerenti con quelli riportati nel Modello HSP 13 e RIA 11.

3 - MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE

PERFORMANCE ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA

La performance organizzativa aziendale viene rappresentata attraverso l'illustrazione dei risultati aggiunti in riferimento agli obiettivi strategici annuali, relativi alla struttura e all'organizzazione dei servizi, attribuiti dalla Regione Marche. Con la più volte richiamata DGRM 1703 del 11 Novembre 2024 "D.Lgs. 171/2016 e L.R. 19/2022 – Definizione degli obiettivi dei Direttori Generali degli Enti del SSR e del DIRMT per l'anno 2024 e approvazione dei criteri relativi alla procedura di valutazione dei risultati conseguiti dagli stessi per l'anno 2024" sono stati attribuiti alle Aziende gli obiettivi economici e sanitari per l'anno 2024, in coerenza con il rispetto dei LEA, dei vincoli programmatori nazionali e delle attività programmatiche regionali. La gestione dell'attività e l'organizzazione dell'Azienda sono state volte ad assicurare gli obiettivi posti, nonostante le difficoltà derivanti dall'implementazione del nuovo assetto organizzativo, garantendo l'obiettivo fondamentale dell'equilibrio di bilancio.

A latere dell'obiettivo economico generale dell'equilibrio di bilancio, la Regione individua ulteriori obiettivi vincolanti quali il rispetto del tetto della spesa del personale come stabilito dalla normativa nazionale e regionale, e il rispetto dei tempi di pagamento misurati attraverso l'indicatore di tempestività dei pagamenti. Per tutti e tre gli obiettivi descritti l'AST Ancona evidenzia il pieno raggiungimento del target previsto.

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	VALORE ANNO 2023	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
P.1		P.1 - Equilibrio di bilancio			SI	Determina DG AST 336 del 26/06/25 Risultato di esercizio pari a 0	

Al conseguimento dell'obiettivo economico generale concorrono altresì il perseguimento degli obiettivi economico-finanziari assegnati con DGRM relativamente alle aree della gestione dei costi e dei debiti, agli adempimenti connessi all'attuazione del processo di riorganizzazione degli Enti del SSR, alla spesa farmaceutica e ai dispositivi medici, alle risorse umane, alla dematerializzazione delle prescrizioni, all'implementazione del fascicolo sanitario elettronico e, infine, all'attuazione del PNRR.

Si riportano di seguito gli obiettivi 2024 assegnati a questa Azienda e i risultati rilevati per ogni area.

Rispetto del budget dei costi

La gestione budgetaria AST Ancona evidenzia uno scostamento complessivo rispetto al tetto di spesa assegnato, calcolato al netto degli scambi infragruppo, delle entrate proprie, degli ulteriori trasferimenti extrafondi non previsti a budget ma rendicontati nel bilancio di esercizio e della variazione della mobilità passiva extra regione di 39.530.038 pari al 4,86%. Lo scostamento è inferiore al limite del 5% previsto dalla DGRM 1703/2024 per il riconoscimento della valutazione piena del 100% dell'obiettivo economico assegnato.

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
1	1	Rispetto del budget dei costi	Valore economico del totale dei costi al netto degli scambi infragruppo, delle entrate proprie e di eventuali costi derivanti da ulteriori contributi non previsti a budget rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2024, rispetto al budget dei costi al netto degli scambi infragruppo e delle entrate proprie assegnato con la DGR 2074/2023 e s.m.i. "L.R. n. 19 del 08/08/2022 - Autorizzazione agli Enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2024 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2024-2026."	(Valore economico del totale dei costi al netto degli scambi infragruppo, delle entrate proprie e di eventuali costi derivanti da ulteriori contributi non previsti a budget rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2024) - (Budget dei costi, al netto degli scambi infragruppo e delle entrate proprie, assegnato con la DGR 2074/2023 e s.m.i.) "L.R. n. 19 del 08/08/2022 - Autorizzazione agli Enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2024 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2024-2026."		≤ 0	Valore al 31/12/2024: 889.084.602,25 Budget assegnato: 813.034.386 Risultato: 852.564.423 (al netto delle maggiori entrate proprie, rinnovi contrattuali, variazione mobilità passiva extra, ulteriori trasferimenti extrafondi non compresi nel budget) SCOSTAMENTO RISPETTO A TARGET: 4,86%	

Rispetto dei tempi di pagamento

La DGRM 1703/24 prevede obiettivi sui tempi di pagamento, così come riportato di seguito:

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
P.3	5	P.3 - Tempi di pagamento	Indicatore di tempestività dei pagamenti	≤ 0	-13	😊
3	6	Rispetto dei tempi di pagamento	% valore fatture pagate oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014	≤ 5% (Al netto di fatture su cui insiste un contenzioso)	13,9%	😞
4		Chiusura note di credito da ricevere (nc) relative a fatture antecedenti l'anno in corso	Valore al 31/12/2024 di nc di fatture anni antecedenti il 2024 rispetto al valore al 31/12/2023 di nc di fatture	≤ 5% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contenzioso)	4,99%	😊

L'AST risulta adempiente in merito al rispetto dei tempi massimi di pagamento previsti dalla legge, registrando un indice di tempestività di -13 giorni. La percentuale invece di fatture pagate oltre i tempi previsti dal DPCM 22/09/2014. Il risultato dell'obiettivo di riduzione delle note di credito da ricevere al 31/12/2024 rispetto all'anno precedente risulta conforme al target del ≤5%, registrando un valore pari al 4,99%. Rimangono delle criticità in riferimento al rispetto dei tempi di pagamento in cui si evidenzia un indicatore della % delle fatture pagate oltre i termini pari al 15%.

Il mancato pieno conseguimento dell'obiettivo è riconducibile a una pluralità di fattori, tra cui alcune dinamiche gestionali legate alla complessità delle modalità contrattuali e alla tempistica di liquidazione. In particolare, si sono registrate criticità nella gestione di fatture soggette a condizioni particolari, che in taluni casi hanno determinato un differimento dei tempi di pagamento (assenza di un blocco automatico delle fatture in presenza di contestazioni o in caso di pagamenti regolati da contratti che prevedono acconti e saldi a raggiungimento del tetto massimo contrattuale). Si segnala, tuttavia, che a partire dalla fine del 2024 è stato attivato un più puntuale monitoraggio della gestione dei blocchi contabili e delle relative procedure, i cui effetti positivi risultano già evidenti sia nell'ultimo trimestre del 2024 e in misura maggiore nei primi mesi del 2025.

Rispetto art. 15, c. 14, D.L. 95/2012, convertito dalla L. 135/2012, modificato dall'art. 1, c. 233, L. 213/2023

L'obiettivo assegnato dalla DGRM prevedeva la riduzione percentuale di almeno il 2% dei costi sostenuti per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali da strutture private accreditate regionali (con le specifiche esclusioni previste nell'indicatore). Il risultato raggiunto, rappresentato dal valore dell'indicatore per l'Anno 2024 (€ 32.943.317,21) rispetto al Target 2024 (€ 33.072.496,19), indica che l'obiettivo di riduzione della spesa è stato raggiunto e superato positivamente.

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	VALORE ANNO 2023	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
5		Rispetto art. 15, c. 14, D.L. 95/2012, convertito dalla L. 135/2012, modificato dall'art. 1, c. 233, L. 213/2023	Variatione percentuale annuale totale costi per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali da strutture private accreditate regionali * Sono escluse le singole strutture e le prestazioni: - rientranti negli accordi quadro regionali dell'annualità 2022, 2023 e 2024; - rientranti nella DGR 1183/2020, eccetto le attività di prelievo domiciliare (di cui alla DGR 184/2017) disposte nel capitolo "Integrazione Pubblico-Privato" dell'allegato A alla predetta DGR; - con costi per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali dell'annualità 2024 ≤ ai medesimi costi sostenuti nell'annualità 2011 + 1%; ** Sono esclusi i costi per prestazioni finalizzate al recupero e al miglioramento delle liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali e ricoveri, anche in relazione al recupero delle attività non erogate nel periodo pandemico: - in attuazione di eventuali disposizioni nazionali e regionali per l'anno 2024, in deroga all'art. 15, c. 14, D.L. 95/2012 convertito dalla L. 135/2012, modificato dall'art. 1, c. 233, L. 213/2023, nei limiti degli eventuali finanziamenti previsti; - in attuazione dell'art. 1, c. 232 della L. 213/2023, nei limiti dei finanziamenti previsti dalla DGR 904/2024.	33.747.445,05	≤ -2% Target: 33.072.496,149	32.943.317,21	😊

Area Farmaci

Per l'anno 2024, gli obiettivi assegnati all'Area Farmaci risultano complessivamente raggiunti. In particolare, è stato pienamente conseguito l'obiettivo di contenimento dell'incremento della spesa farmaceutica mantenuta entro il limite del 4% per quanto riguarda gli acquisti diretti, mentre la spesa farmaceutica convenzionata territoriale evidenzia uno scostamento del +2% rispetto al target, rientrando nel range di valutazione del 100%.

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	VALORE ANNO 2023	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
6	7	Spesa farmaceutica per acquisti diretti	Variazione incrementale massima della spesa farmaceutica acquisti diretti al massimo del 4% rispetto alla spesa del 2023. Sono inclusi i farmaci innovativi. Sono esclusi i gas medicali ed i vaccini (Fonte ARS: flussi H e F).	86.743.326	≤ 4% Target: 90.213.059	86.867.962	😊
7		Spesa farmaceutica convenzionata netta	Variazione incrementale massima della spesa farmaceutica convenzionata per ciascuna AST al massimo del 4% rispetto alla spesa del 2023, comprensiva della remunerazione aggiuntiva (D. M. 30.03.2023) calcolata sulla base dei dati rilevati dalle Distinte Contabili Riepilogative mensili (DCR) del 2023	67.876.316	≤ 4% Target: 70.591.369	72.112.235 Risultato: + 2%	😊
8	8	Consumo antibiotici in ambito territoriale	Riduzione di almeno il 10% del consumo (DDD/1000 ab die) di antibiotici sistemici (ATC J01) in ambito territoriale (farmaceutica convenzionata) nel 2024 rispetto al 2023.	17,55	Almeno - 10% Target: 15,7947	18,13335 Risultato: + 14,8%	😊
9	8	Consumo antibiotici in ambito ospedaliero	Riduzione di almeno il 2% del consumo (DDD/100 giornate di degenza) di antibiotici sistemici in ambito ospedaliero nel 2024 rispetto al 2023.	50,62	Almeno - 2% Target: 49,61	48,13	😊
10		Report di Monitoraggio del consumo di antibiotici	Produzione di n. 2 report semestrali da parte del Controllo di Gestione secondo il modello regionale		100%	Report inviati Nota 0109713	😊
11		Ispezioni Farmacie convenzionate	N. di ispezioni presso le farmacie convenzionate		26 ispezioni	47 farmacie e 6 parafarmacie	😊
12	9	Centralizzazione allestimento terapie oncologiche e riduzione del rischio clinico	UFA n. 1 per provincia		Relazione sullo stato di realizzazione delle attività	Inserimento, convalida ed allestimento preparazioni antiblastici con protocolli condivisi tra UU.OO. Oncologico nel sistema informatico LOG80, elaborazione procedure per allestimento preparati malattie rare	😊
13	10	Spesa relativa ai dispositivi medici	Riduzione della spesa per dispositivi medici di almeno il 2% rispetto alla spesa del 2023 (voci CE BA0220, BA0230 e BA0240)	41.511.890	Almeno - 2% Target: 40.681.652	42.707.028 Risultato: 95,02%	😊
14		Rispetto tempistica di inserimento delle schede di sospetta reazione avversa a farmaci e vaccini nella rete di farmacovigilanza (art. 22 comma 5 DM 30/04/2015)	L'intervallo tra la data del ricevimento della segnalazione e la data di inserimento nella rete di farmaco vigilanza deve essere inferiore a 7 giorni per gli incidenti gravi.		100%	Tempi di legge farmacovigilanza rispettati	😊

Tutti gli altri indicatori previsti per l'Area Farmaci evidenziano un pieno raggiungimento, ad eccezione dell'obiettivo relativo alla riduzione del 10% del consumo di antibiotici in ambito territoriale rispetto all'anno 2023. Il dato consuntivo ha registrato infatti una riduzione inferiore a quanto previsto, con uno scostamento del 14,8% rispetto al target. In base ai criteri di valutazione stabiliti dalla DGRM n. 1703, tale risultato – corrispondente a un livello di raggiungimento pari all'85,2%, compreso nella fascia 85%-90% – determina un riconoscimento dell'80% dell'obiettivo previsto.

Dispositivi medici – Assistenza Protesica

Con riferimento agli obiettivi assegnati all'Area Dispositivi Medici e Assistenza Protesica, si rileva il pieno raggiungimento degli stessi per l'anno 2024.

In particolare, relativamente all'obiettivo di riduzione della spesa per dispositivi medici, fissato dalla DGRM in misura pari al -2% rispetto all'anno 2023, il dato consuntivo evidenzia un livello di raggiungimento pari al 95,2%. Tale risultato, rientrando nella fascia di valutazione 95%-100%, consente il riconoscimento integrale (100%) dell'obiettivo, secondo quanto previsto dai criteri regionali di valutazione della performance.

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	VALORE ANNO 2023	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
13	10	Spesa relativa ai dispositivi medici	Riduzione della spesa per dispositivi medici di almeno il 2% rispetto alla spesa del 2023 (voci CE BA0220, BA0230 e BA0240)	41.511.890	Almeno - 2% Target: 40.681.652	42.707.028 Risultato: 95,02%	😊
15	28	Rispetto tempistica di validazione dei rapporti operatori di incidenti gravi per dispositivi medici	L'intervallo tra la data di inserimento della segnalazione di incidente nella rete di dispositivo vigilanza e la data di validazione deve essere inferiore a 3 giorni per gli incidenti gravi		100%	Tempi dispositivo vigilanza rispettati	😊
16	11	Spesa relativa all'assistenza protesica	Variazione incrementale della spesa relativa agli acquisti sanitari per l'assistenza protesica (voce CE BA0750) al massimo del 4% rispetto alla spesa del 2023.	5.182.247	≤ 4% Target: 5.374.591,04	5.072.591	😊

Personale

Si riportano di seguito gli obiettivi assegnati per l'area personale per l'anno 2024, in cui si evidenzia il rispetto dei target previsti dalla DGRM 1703 e dal PIAO 24/26.

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	VALORE ANNO 2023	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
P.2		P.2 - rispetto del tetto della spesa del personale	Rispetto delle disposizioni sul tetto del personale in applicazione del D. L. 35/2019 (convertito con Legge 60/2019) Adempimento ag (MEF)		SI	Tetto da DGRM 54/24 : 189.356.000 Consuntivo Bilancio 2024: 184.405.254	😊
17		Monitoraggio della spesa del personale	monitoraggio della spesa del personale		Report mensili adempimento ag) e servizi esternalizzati	12 report inviati	😊
	3	Contenimento del precariato	Riduzione n. UE relative a contratti flessibili a TD (al netto assunzioni per abbattimento liste di attesa)	226,90	≤ 2023	159,24	😊
	4	Governo del ricorso all'istituto delle "prestazioni aggiuntive"	Definizione di un budget annuale dei costi relativi alle prestazioni aggiuntive e monitoraggi periodici		Monitoraggio trimestrale	Reportistica al 30/06/2024 ID 3770025 del 30/11/2024; Reportistica al 30/09/2024 ID 3795105 del 27/12/2024; Reportistica al 31/12/2024 ID 55794 del 31/03/2025.	😊

In questa area si evidenziano, inoltre, alcuni obiettivi previsti dalla DGRM riconducibili all'area "personale", intesa in senso esteso come insieme delle risorse professionali coinvolte nei processi aziendali. In tale accezione rientrano non solo il personale dipendente, ma anche le azioni e iniziative rivolte ai Medici di Medicina Generale, in quanto parte integrante del sistema di offerta territoriale e della presa in carico dell'utenza.

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
18		Favorire la realizzazione di progetti di medicina proattiva per MMG e PLS nelle Equipes territoriali / AFT	avvio di n.2 progetti di medicina di iniziativa per MMG + n. 2 progetti per PLS	relazione corredata da verbale incontri sindacali e atti aziendali	Attivato nel 2025 percorso con il Comitato aziendale della Pediatria di Libera scelta in fase di approvazione	😞
19		Formazione e omogeneizzazione dei comportamenti	Progettazione corsi rivolti al personale del Servizio Sanitario Regionale entro 31/12/2024 di cui al Piano di Formazione regionale 2023-2024 DGR n. 1281 del 10/10/2022	invio relazione con il progetto formativo entro 31/12/2024	Evento formativo realizzato in collaborazione con la SISAC nel mese di giugno 2025	😞
20		Formazione e PNRR	Partecipazione al Corso base di cui al Piano Formativo Regionale sulle ICA (DGR n.398/2023) Target PNRR Marzo 2025 52% del target regionale (n.3.724)	entro il 31/12/2024 almeno il 50% dei dipendenti ospedalieri ha partecipato al corso base ICA mod A (report partecipazioni)	56%	😊
21		Potenziamento del FSE (PNRR M6C2 1.3.1(b) «Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni»)	organizzazione di almeno un intervento di comunicazione verso i dipendenti e medici convenzionati in merito al FSE. Realizzazione entro 31/12/2024	1 intervento realizzato entro 31/12/2024	Effettuata comunicazione con divulgazione del materiale	😊
22		Potenziamento del FSE (PNRR M6C2 1.3.1(b) «Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni»)	Incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario - Formazione FSE	90% partecipazione; e 100% interventi realizzati	N. 2 corsi con partecipazione del 90%	😊

I progetti di medicina di iniziativa rivolti a MMG e PLS non sono stati attivati nel corso del 2024, in quanto l'obiettivo è stato assegnato nel mese di novembre, rendendo di fatto non realizzabile l'avvio delle attività nel solo mese di dicembre.

Allo stesso modo, non è stata avviata nel 2024 la progettazione del corso di formazione previsto in collaborazione con SISAC, che è stato successivamente realizzato nel mese di giugno 2025.

Sistema Tessera Sanitaria, Ricetta Elettronica e Digitalizzazione Processi

Di seguito si espongono gli obiettivi previsti dall DGRM relativamente al sistema tessera sanitaria evidenziandone il pieno raggiungimento.

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
23	107	Ricette dematerializzate di specialista ambulatoriale (prodotte da MMG, PLS, Specialist) - PRESCRIZIONE	% Ricette dematerializzate di Specialista Ambulatoriale PRESCRIZIONE	≥ 80% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	93%	😊
24	108	Ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata (prodotte da MMG, PLS, Specialist) - PRESCRIZIONE	% Ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata PRESCRIZIONE	≥ 90% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	96%	😊
25		Ricette dematerializzate di specialista ambulatoriale (prodotte da MMG, PLS, Specialist) - EROGAZIONE	Ricette dematerializzate di specialista ambulatoriale (prodotte da MMG, PLS, Specialist) - EROGAZIONE	< 10%	1,9%	😊
26				Entro il 31.12.2024	Non sono pervenute a questa Azienda indicazioni sui sistemi che richiedono un coordinamento a livello regionale da porre in interoperabilità.	😊
27		Pagamento ticket sanitari tramite PagoPA (DGR 1449 del 30.09.2024)	Implementazione della modalità di pagamento PagoPA	Entro il 01.11.2024	Inviata nota prot. 0223926/23/12/2024 AST-AN al Direttore del Dipartimento Salute recante dettagliatamente tutti i passaggi effettuati con l'operatore economico interessato e le attività funzionali espletate per raggiungere l'obiettivo previsto. Al 31/12/2024 il sistema di pagamento delle prestazioni CUP tramite il sistema di pagamento Pago PA risulta attivo e funzionante. Da 01/11/2024 a 31/12/2024 risultano effettuati 314 pagamenti con il sistema PagoPA	😊

Gli obiettivi collegati ai processi di digitalizzazione finalizzati alla implementazione delle funzioni del fascicolo sanitario elettronico sono stati perseguiti e ampiamente raggiunti come evidenziato nella tabella di sintesi:

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
28		Evoluzione funzionale unitaria del Sistema Informativo Amministrativo Unico (SIA)	Partecipazione dei referenti nominati da ciascun Ente agli incontri finalizzati alla definizione delle specifiche di miglioramento delle funzionalità del Sistema Informativo	80%	Partecipazione del personale nominato e non	😊
29		Assesment della cybersicurezza con definizione del catalogo servizi	% servizi e relativi processi interessati dall'assesment sul totale	60%	60% Nota ID n.3403441 del 22/12/2023 ad oggetto "Assesment della cybersicurezza con definizione del catalogo servizi"	😊
30		Definizione di una organizzazione per la cybersicurezza dei servizi a catalogo	Presenza di una organizzazione di responsabili per la cybersicurezza di servizi e relativi processi	80%	100% Nota ID n.3403497 del 22/12/2023 ad oggetto "Nomina del Responsabile per la sicurezza delle informazioni (CISO - Chief Information Security Officer) e dei referenti per la sicurezza delle informazioni."	😊
31		Definizione dei referenti per la formazione in tema cybersicurezza	Individuazione formale del referente della formazione dell'Azienda	SI	SI nota prot. n.8081 del 15/01/2024 ad oggetto "Richiesta referenti Aziende Sanitarie attuazione Avvisi 3 e 6 ACN. Riscontro" e nota prot. n.208081 del 28/11/2024 ad oggetto "Richiesta referenti Cybersecurity Aziende Sanitarie. Riscontro"	😊
32		Partecipazione ai corsi di formazione in tema cybersicurezza previsti nel progetto per l'Avviso ACN n.3/2022 - "Miglioramento della sicurezza con coinvolgimento dei servizi di assistenza sanitaria"	% di partecipazione ai corsi di formazione in tema cybersicurezza previsti	75%	94% Numero posti richiesti per partecipanti: 80 Numero presenti ai corsi: 75. nota prot. 128392 del 12/07/2024 ad oggetto "Avviso nr.3/2022 ACN Next Generation EU (PNRR) – Missione 1 Componente 1 - Digitalizzazione, Innovazione e Sicurezza nella PA – Misura 1.5 "CYBERSECURITY" – Corso di formazione sulla prevenzione degli attacchi individuali - Rafforzamento postura Cybersicurezza del personale."	😊
33		Attivazione della connettività in fibra Piano Sanità Connessa - Progetto Telemedicina presso IPP	Individuazione formale dei referenti e rispetto dei tempi minimi per supporto e produzione documentazione nei vari step progettuali per ciascun IPP	100%	100% Gli IP per AST AN sono due (Nota prot. n. 117007 del 11/07/2023 ad oggetto "Progetto PIANO SANITA' CONNESSA - Aggiornamento individuazione referenti del gruppo di lavoro regionale per comunicazione INFRATEL. Riscontro.") l'obiettivo è raggiunto in quanto sono state fornite tutte le informazioni necessarie per la realizzazione del progetto. pianificazione sopralluoghi - verbale sopralluogo presso montecuto I-MAR-SAN-042002 (ID: 3789726/19/12/2024)AV2SINF)	😊

In coerenza con quanto previsto nel PIAO 2024–2026, l'Azienda ha perseguito gli obiettivi di implementazione e semplificazione delle procedure amministrativo-contabili, con particolare riferimento a due ambiti strategici:

- Sviluppo di un sistema di contabilità analitica, finalizzato a garantire un supporto strutturato e puntuale alla Direzione Aziendale nei processi decisionali e nell'indirizzo delle scelte strategiche;
- Dematerializzazione dei giustificativi del personale dipendente, attraverso l'adozione e l'utilizzo sistematico della piattaforma HR, al fine di ottimizzare i flussi documentali e ridurre i tempi di gestione.

Per il conseguimento dell'obiettivo strategico relativo all'affidamento del servizio di logistica integrata (farmaci, dispositivi medici e materiale economico), l'Azienda, inizialmente orientata alla costituzione di un gruppo interno con il mandato di elaborare un progetto entro la fine dell'anno, ha successivamente

rivalutato l'approccio operativo in considerazione della complessità della progettualità e della necessità di competenze tecniche specialistiche.

La Direzione Aziendale ha pertanto individuato nella redazione di uno studio di fattibilità tecnico-economica una fase preliminare imprescindibile, volta a tradurre i fabbisogni organizzativi in elaborati progettuali idonei all'indizione della procedura di gara. In tale ottica, è stata prevista l'individuazione di un soggetto esterno qualificato, incaricato di fornire supporto tecnico-specialistico al RUP e al gruppo di progettazione aziendale.

A tal fine, sono stati predisposti gli atti necessari per l'avvio dell'indagine di mercato finalizzata alla selezione del progettista, il quale, a seguito del conferimento dell'incarico, ha avviato le attività di analisi a partire dal mese di novembre.

Di seguito la sintesi degli obiettivi previsti nel PIAO 24/26:

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	TARGET PIAO	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
	109	Implementazione Modulo Contabilità Analitica nell'ambito del Sistema Unico Contabile	Avvio Modulo e implementazione successiva	Operatività moduli e funzioni	Sono state completate le attività propedeutiche all'avvio del modulo. È stata garantita la partecipazione agli incontri per la revisione del piano dei conti di contabilità analitica, in coerenza con il cronoprogramma definito dalla ditta e dal DEC.	
	110	Implementazione Modulo Assetto Organizzativo nell'ambito HR del Sistema Unico Contabile	Avvio Modulo e utilizzo per gestione dematerializzata giustificativi e implementazioni successive	Operatività moduli e funzioni	Il modulo assetto, nella funzionalità di gestione dematerializzata dei giustificativi è stato attivato.	
	111	Istituzione Magazzino Unico Centralizzato	Elaborazione Progetto da avviare nel triennio	Progetto entro 31/12/2024	Determine 73 e 154/2024: procedure per l'affidamento di un servizio di supporto al RUP per la redazione del progetto per l'affidamento dell'appalto del servizio di logistica dei farmaci, dispositivi medici e beni economici per AST Ancona	

PNRR – Missione 6

Si riportano di seguito gli obiettivi collegati all'attuazione del PNRR rimandandone la descrizione anche al paragrafo 1

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
34		Produzione in maniera strutturata nel formato CDA2 iniettabile nel pdf (D. M. Salute 20.05.2022 "Adozione delle Linee guida per l'attuazione del Fascicolo sanitario elettronico" di almeno una tipologia di documenti (esclusi LIS e RIS) al T4 2024 per l'attuazione della Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) (b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni"	Tipologie di documenti (esclusi LIS e RIS) prodotti in maniera strutturata nel formato CDA2 iniettabile nel pdf (D. M. Salute 20.05.2022 "Adozione delle Linee guida per l'attuazione del Fascicolo sanitario elettronico"	≥ 1	Nota del Direttore dell'Esecuzione Contratto DSEIO prot. 011462/21/06/2024 (AST-AN ad oggetto "Dossier Sanitario Elettronico Ospedaliero (DSEO) - Adeguamento al formato per FSE 2.0 Verbale PS, Lettera di Dimissione e Referto Ambulatoriale."	😊
35	93	Completamento degli interventi in scadenza a T4 2024 da parte dei soggetti delegati della Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Sub-investimento 1.1.2 (Grandi Apparecchiature)	Numero di apparecchiature collaudate (tot. 47 apparecchiature)	6	Sono state collaudate tutte e 6 le apparecchiature del target	😊
36	94	Consegna lavori al T3 2024 da parte dei soggetti delegati per gli interventi della Missione 6 - Componente 1: Investimento 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona	Numero di consegne cantieri effettuate (tot. 28 Case della Comunità)	9	Alla data del 31/12/2024 erano stati avviati i lavori relativi alle seguenti Case della Comunità: 1) Casa della Comunità di Cingoli 01/08/24 2) Casa della Comunità di Fabriano 30/07/24 3) Casa della Comunità di Loreto 30/09/24. A causa dei ritardi nella consegna dei progetti esecutivi da parte degli operatori economici aggiudicatari degli appalti di progettazione ed esecuzione dei lavori per le altre Case della Comunità non è stato possibile avviare i lavori entro la data del 31/12/2024	😐
37	95	Completamento al T2 2024 degli interventi da parte dei soggetti delegati della Missione 6 - Componente 1: Investimento 1.2 - Casa come primo luogo di cura e Telemedicina - Sub-investimento 1.2.2 Implementazione delle C.O.T.	Numero Centrali Operative in funzione (tot. 15 COT)	5	Tutte e 5 le COT risultano operative entro il target: Determina 392 del 18/06/2024	😊
38	96	Consegna lavori al T3 2024 da parte dei soggetti delegati per gli interventi della per gli interventi della Missione 6 - Componente 1: Investimento 1.3 - Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	Numero di consegne cantieri effettuate (tot. 8 Ospedali di Comunità)	3	Alla data del 31/12/2024 erano stati consegnati i lavori relativamente all'Ospedale di Comunità di Loreto ed all'Ospedale di Comunità di Chiaravalle. Non erano stati consegnati i lavori relativamente all'Ospedale di Jesi a causa di ritardi, non dovuti all'AST Ancona, nella redazione del progetto esecutivo da parte della ditta aggiudicataria e della relativa verifica da parte del verificatore. La consegna dei lavori per quanto riguarda l'Ospedale di Comunità di Jesi è avvenuta il 13/03/2025. I ritardi riguardano	😐
39	97	Completamento al T2 2024 della prima fase di interventi (impiego del 75% del finanziamento) Missione 6 – Componente 2: Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Sub-investimento 1.1.1 – Digitalizzazione DEA I e II livello.	Impegno del 75% delle risorse finanziarie totali a livello regionale	SI	Il target risulta rispettato	😊
40	98	Completamento al T4 2024 degli step intermedi di digitalizzazione (Sub-investimento 1.1.1 – Digitalizzazione DEA I e II livello): Cartelle Cliniche Verticali (Nefrologia e Dialisi, Oncematologia, Sistema Trasfusionale, Blocchi Operatori, Cardiologia ed Emodinamica, Terapia Intensiva e Semi Intensiva).	Completamento della fase di Analisi e Progettazione dello stream Cartelle Cliniche Verticali Missione 6 – Componente 2: Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Sub-investimento 1.1.1 – Digitalizzazione DEA I e II livello.	SI	Il target risulta rispettato	😊

Si ribadisce, come già evidenziato nella tabella di riferimento, che il mancato rispetto della tempistica prevista per la consegna dei lavori relativi alle Case della Comunità e agli Ospedali di Comunità è riconducibile a fattori esterni non imputabili all'AST Ancona. In particolare, i ritardi sono stati determinati dal ritardo nella consegna dei progetti esecutivi da parte degli operatori economici aggiudicatari degli appalti di progettazione ed esecuzione, condizione che ha inevitabilmente inciso sull'avvio e sulla prosecuzione degli interventi programmati.

Attività relative all'implementazione della legge di organizzazione del SSR

Il piano di riordino individuava nella conclusione e approvazione dell'Atto Aziendale l'elemento cardine del processo, in quanto documento organizzativo fondamentale da cui derivano, in maniera consequenziale, la revisione e l'aggiornamento dei regolamenti interni. L'iter di definizione dell'Atto Aziendale ha richiesto tempi di approfondimento e confronto necessari alla coerenza complessiva dell'impianto organizzativo, determinando un fisiologico slittamento nell'adozione dei regolamenti collegati, in particolare il Regolamento di Budget non è stato elaborato in quanto strettamente correlato alla organizzazione prevista nell'atto aziendale.

Prog. DGRM 1703/202 4	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	TARGET PIAO	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
	87	Approvazione Atto Aziendale	Adozione atto (in relazione alle indicazioni Regionali)	Entro 60 gg dall'emanazione atto regionale di indirizzo	L'atto è stato adottato con Determina 106 del 14/03/2025 nel rispetto delle tempistiche e linee operative definite dalla Regione	😊
	88	Regolamento di Budget	Adozione atto	Entro 31/12/2024	Non Valutabile	😐
	89	Nuovo Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance	Adozione atto	Entro 31/12/2024	La proposta è stata elaborata nei tempi previsti; tuttavia, l'adozione formale dell'atto non è stata effettuata in ragione dello slittamento dei tempi di approvazione dell'atto aziendale.	😐
	90	Nuovo Codice di Comportamento in seguito al nuovo DPR n. 81 del 13/06/2023 "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" - Regolamento che modifica il DPR n.	Adozione atto	Entro 31/12/2024	Determina 14 del 22/01/2025	😊
	91	Regolamento sul Whistleblowing considerate le nuove Linee Guida ANAC relative alle procedure per la presentazione e la gestione delle segnalazioni esterne approvate con Delibera n. 311 del 12/07/2023	Adozione atto	Entro 31/12/2024	Determina 165 del 09/04/2025	😊
	92	Regolamento di pubblica tutela per stabilire le procedure di gestione, trattazione e definizione dei reclami ed individuare i responsabili	Adozione atto	Entro 31/12/2024	Determina 761 del 23/12/2024	😊

Valorizzazione della professionalità degli operatori

Nel corso del 2024, l'AST di Ancona ha perseguito una serie di obiettivi strategici volti a rafforzare la gestione e la valorizzazione del personale, con particolare riferimento alla formazione, al coordinamento multidisciplinare e all'accoglienza del personale neoassunto; gli obiettivi previsti nel PIAO sono stati pienamente raggiunti:

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	TARGET PIAO	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
	104	Aumentare la frequenza degli incontri di lavoro tra gli operatori sanitari afferenti alle diverse professionalità all'interno della Struttura	Incontri specifici per Dipartimento/Unità Operativa	Almeno 3 Verbalì	100%	😊
	105	Garantire la formazione degli Incarichi di Funzione Organizzativa rispetto agli strumenti comuni di management	Progetto formativo	Stato avanzamento progetto formativo	Realizzazione corso per Coordinatori con docenti esterni Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario (CERISMAS) dell'Università Cattolica del Sacro Cuore	😊
	105	Garantire efficace inserimento del neoassunto/inserito attraverso una procedura che garantisca un percorso standardizzato	Revisione della procedura del neo assunto/inserito per singola area professionale	Revisione e applicazione procedura entro 31/12/2024	Elaborazione procedure comune a tutte le UUOO, corsi FAD per la sicurezza del neoassunto attraverso la piattaforma AST	😊
	106	Grado di copertura delle attività formative dedicate al personale	% Realizzazione del piano formativo 2024	≥ 70%	80%	😊

Accreditamento

In riferimento all'obiettivo di adeguamento alla normativa vigente e ai nuovi manuali regionali in materia di autorizzazione e accreditamento, l'Azienda ha avviato un processo di revisione dei documenti organizzativo-assistenziali, in coerenza con le scadenze previste.

Sebbene il termine per l'adeguamento sia stato prorogato al 31/12/2025, l'AST di Ancona ha già provveduto a revisionare diversi strumenti operativi, tra cui:

- la Guida dei Servizi;
- i Piani di inserimento del personale neoassunto;
- le Job Description;
- i Piani e Profili Assistenziali.

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	TARGET PIAO	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
	112	Adeguamento alla normativa e ai nuovi manuali di autorizzazione e accreditamento Regionali	Revisione documenti organizzativi-assistenziali	Entro 30/09/2024	Documenti revisionati: - Guida dei servizi - Piani di inserimento neo assunto - Job description - Piani/profili assistenziali	
66		Adeguamento delle strutture ai manuali autorizzativi, con particolare riferimento alla protezione antisismica ed antincendio, ed alle aree di degenza ospedaliera	Per le strutture ricadenti nell'elenco delle attività soggette di cui all'Allegato 1 del D. Lgs. 151/2001 l'attuazione di tutti gli interventi necessari al rispetto della vigente normativa in materia di prevenzione incendi, garantendo la realizzazione di tutti i lavori e gli adempimenti programmati negli step di legge con la conclusione dell'iter di adeguamento entro il 24 aprile 2027, così come prorogato dal D.L. 29 dicembre 2022, n. 198 coordinato con la legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14.	Presentazione del cronoprogramma pluriennale degli interventi e del relativo piano economico	Piano triennale dei lavori	
			Presentazione della richiesta di Autorizzazione all'esercizio di tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie entro il 31/12/2024, con eventuali cronoprogrammi in deroga alla scadenza indicata, ad esclusione dei requisiti di sicurezza (non derogabili).	Presentazione della richiesta AUT2 entro il 31/12/2024	Prorogato termine al 31/12/2025	NV

Di seguito gli obiettivi del PIAO relativi al rispetto delle tempistiche di invio dei flussi:

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	TARGET PIAO	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
	113	Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi informativi sanitari (SDO, EMUR, EMUR 118, FILEC, CEDAP)	Invio mensile	12 invii entro la scadenza prevista da DGRM 248/18	Tutte le scadenze sono state rispettate: Risultato 100%	
	114	Completezza di invio dei flussi informativi sanitari (SDO, EMUR, EMUR 118, FILEC)	% complessiva sul rispetto scadenze di invio del flusso (totale record inviati nei tempi (somma tutti i mesi) / totale record inviati)	≥ 85 %	Dato non disponibile	

In riferimento all'obiettivo previsto nel PIAO relativo alla definizione dei volumi minimi di attività libero professionale per l'anno 2024, con l'adozione dell'atto di programmazione l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto:

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	TARGET PIAO	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
	115	Volumi minimi di attività istituzionale rispetto ai volumi di attività libero professionale	Definizione dei volumi e indicazione del budget 2024	Fatto/Non Fatto	Determina n.440 del 10/07/2024 Piano Aziendale dei volumi di attività istituzionale e di attività libero professionale intramuraria della AsT di Ancona Triennio 2022-2024. Aggiornamento anno 2024	

PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELLE STRUTTURE

Gli obiettivi strategici di cui ai precedenti paragrafi sono stati articolati in obiettivi operativi attribuiti ad ogni struttura organizzativa sanitaria, professionale, amministrativa e di staff.

Il processo di budgeting è stato avviato nel mese di Febbraio 2024 attraverso la presentazione degli obiettivi economici e delle linee di attività individuate in relazione alle indicazioni regionali al tempo presenti e recepite nel PIAO. Il processo è proseguito nel corso della prima parte dell'anno attraverso incontri di presentazione e negoziazione con tutte le Unità Operative Complesse e Semplici Dipartimentali assegnatarie di Budget.

Con DGRM n. 1703 del 11/11/2024 la Regione Marche ha definito e assegnato ai Direttori Generali degli Enti SRR gli obiettivi per l'anno 2023, per cui il processo in itinere è stato rimodulato per recepire le nuove direttive, con la conseguente revisione degli obiettivi di performance assegnati, portando a conclusione il percorso con la definizione delle schede di Budget per ogni singolo Centro di Responsabilità. Le schede, vista l'ormai imminente chiusura di esercizio, sono state attribuite in una logica top down, e recepite nella Determina DG AST 743 del 20 Dicembre 2024.

IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance è normato dalla Determina DG ASUR 736/2020

Performance organizzativa

La valutazione della performance organizzativa si fonda sul grado di conseguimento degli obiettivi assegnati tramite scheda di budget a ciascuna Unità Operativa. A ogni obiettivo è associato un indicatore e un target atteso, con una ponderazione che riflette la rilevanza strategica nell'ambito delle aree Dirigenza e Comparto.

La misurazione è condotta sulla base dei dati consuntivi rilevati dall'UO Controllo di Gestione, che elabora i report di rendicontazione annuale tramite i seguenti sistemi informativi:

- Areas per i dati dei flussi economici;
- Flusso SDO – Flusso Specialistica- Flusso EMUR Tutti questi flussi sono organizzati in cruscotti direzionali Qlik Sense;
- Flusso SIAD/SISTAR– Flussi SIRTE – Flusso FAR - Flussi Alchymia e Flusso Winsimet, Flussi SISIM, Flussi SIAMA;
- Flusso Paleo per i risultati documentali non contenuti in altri flussi.

Nel caso di obiettivi non direttamente misurabili con i sistemi in uso al Controllo di Gestione, è prevista la possibilità di acquisire documentazione integrativa da parte delle strutture, inclusa una relazione esplicativa per obiettivi non pienamente raggiunti o non direttamente rendicontabili. Tali elementi concorrono alla valutazione complessiva, nel rispetto dei criteri definiti dal sistema aziendale.

La valutazione è condotta, per ciascuna Unità Operativa, dai Valutatori di Prima Istanza:

- Direttori di Dipartimento, per le UU.OO. afferenti al proprio ambito;
- Direzione Generale (nelle sue tre componenti), per le strutture afferenti ai Direttori di Dipartimento e per le UU.OO. non dipartimentalizzate.

Tutti i valutatori hanno avviato regolarmente le attività istruttorie e, laddove concluso il processo, hanno redatto apposito verbale di valutazione, contenente i giudizi espressi e le relative schede.

I verbali sono archiviati nel sistema documentale PALEO con identificativi univoci, riportati nella tabella seguente:

Verbali di Valutazione	Data	Identificativo
Dipartimento di Emergenza	11 giugno 2025	3991920
Dipartimento delle Specialità Chirurgiche	12 giugno 2025	3991900
Dipartimento Materno Infantile	17 giugno 2025	3999987
Dipartimento di Salute Mentale	17 giugno 2025	4000925
Dipartimento Chirurgico	18 giugno 2025	4000959
Dipartimento di Prevenzione	19 giugno 2025	4003159
Dipartimento dei Servizi	19 giugno 2025	4000886
Dipartimento Dipendenze Patologiche	23 giugno 2025	4006716
Dipartimento delle Specialità Mediche	24 giugno 2025	4006703
Direzione Generale - Area Sanitaria	24 giugno 2025	4006741
Direzione Generale - Area ATL	26 giugno 2025	4010180
Direzione Generale - Area Socio Sanitaria	26 giugno 2025	4010199

Per la valutazione sono stati presi in considerazione diversi documenti e riferimenti normativi, tra cui:

- Determina del Direttore Generale AST Ancona n. 52 del 31/01/2024, che approva il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024-2026.
- DGRM n. 1703 del 11/11/2024, che definisce gli obiettivi dei Direttori Generali degli Enti del SSR per l'anno 2024.
- Determina del Direttore Generale AST Ancona n. 743 del 20/12/2024, che recepisce la DGRM 1703/2024.
- Report di rendicontazione degli obiettivi annuali predisposti dall'UO Controllo di Gestione, come sopra specificato.

Per alcuni Dipartimenti, il processo valutativo, limitatamente all'area della Dirigenza, risulta non ancora pienamente concluso, in quanto sono in corso ulteriori approfondimenti in merito ad alcuni indicatori di natura clinica, la cui definizione è oggetto di aggiornamento da parte degli organismi regionali competenti. In tale contesto, si è comunque proceduto alla valutazione finale degli obiettivi afferenti all'area del Comparto, per i quali l'attività istruttoria di misurazione può considerarsi completata.

In considerazione dello stato di avanzamento sopra descritto, la presente relazione, redatta nel rispetto dei termini di legge, sarà successivamente integrata con le risultanze derivanti dal completamento della valutazione della performance organizzativa e, conseguentemente, di quella individuale.

Performance individuale

Il processo di misurazione e valutazione in cui si articola il sistema della performance individuale insiste su due aree: dei risultati e dei comportamenti organizzativi.

Area dei risultati

La valutazione verte sulla partecipazione del dipendente, in relazione al proprio ruolo e qualifica, alla realizzazione del programma di attività della struttura organizzativa cui è assegnato, necessario al raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura stessa.

Area dei comportamenti organizzativi

La valutazione verte sulla coerenza ed idoneità dei comportamenti individuali e dell'approccio operativo in relazione alle attività del CdR di appartenenza.

Lo strumento di misurazione dei risultati della performance individuale è la scheda di valutazione. Sono individuate quattro raggruppamenti differenziati di personale per ciascuno dei quali è definita una scheda di valutazione differenziata:

- dirigenti con incarico di natura gestionale
- dirigenti con incarico di natura professionale
- personale area comparto titolare di incarico di funzione

- personale area comparto.

La valutazione delle performance individuale non ha diretta correlazione con la presenza lavorativa nel periodo di valutazione. La contrattazione collettiva integrativa stabilisce il periodo di presenza lavorativa minima, al di sotto del quale la performance non è valutabile.

Il punteggio individuale massimo di valutazione attribuibile è pari a 100.

Ferma restando la puntuale graduazione del risultato di performance individuale con i singoli punteggi previsti dalle schede, il risultato di performance è ritenuto positivo ai fini della valutazione individuale annuale qualora abbia raggiunto un punteggio almeno pari a 60/100.

Si qualifica "rendimento insufficiente" del dipendente la valutazione della performance individuale annuale inferiore a 60 punti, qualificandosi, la stessa come "valutazione negativa".

Il caso di "performance individuale non valutabile" non è considerato come "performance non negativa" ma "performance senza attribuzione di punteggio".

Il processo di valutazione individuale avviene completamente in forma dematerializzata mediante i sistemi informatici aziendali.

Il processo di valutazione individuale per l'anno 2024 non è ancora stato avviato, pertanto l'allegata relazione, redatta entro il 30 giugno per ottemperare ai termini di legge, sarà oggetto di aggiornamento con le risultanze di detta valutazione.

DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI PESARO E URBINO

Oggetto: **[Relazione sulla Performance 2024. Adozione.]**

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente determina di cui costituisce parte integrante e sostanziale e dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

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

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Socio-Sanitario;

VISTE le attestazioni dei Dirigenti della UOC Controllo di Gestione e della UOC Bilancio, Patrimonio e Coordinamento Finanziamenti in riferimento alla spesa contenute nel "visto contabile"

DETERMINA

1. di adottare, ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs.150/2009 e s.m.i ed in aderenza alle linee di indirizzo di cui alla DGRM n.768/2012, la relazione sulla Performance anno 2024 dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino, nel testo allegato alla presente determina (allegato A) quale sua parte integrante e sostanziale;
2. di recepire quanto contenuto nelle relazioni di valutazione di prima istanza redatte a cura del Direttore Sanitario – prot. n. 0082733 del 30/06/2025 (allegato 1A), del Direttore Amministrativo – prot. n. 0082714 del 30/06/2025 (allegato 2A) e del Direttore Socio Sanitario - prot.n.0082694 del 30/06/2025 - (allegato 3A) per i rispettivi ambiti di competenza, con l'indicazione puntuale dei criteri utilizzati nella valutazione della performance organizzativa 2024.
3. di pubblicare la Relazione di cui al precedente punto 1. sito web aziendale alla sezione "Amministrazione Trasparente";
4. di trasmettere il presente atto all'Organismo Indipendente di Valutazione per la validazione di competenza;
5. di dare atto che, a norma dell'art. 39, comma 8, della L.R. 19/2022, la presente determina è efficace dalla data di pubblicazione all'Albo *on line* aziendale;
3. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale per le valutazioni di competenza ex art.3-ter del D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii.;



Il Direttore Generale
(Dott. Alberto Carelli)

per i pareri infrascritti

Il Direttore Amministrativo
(Dott. Matteo Biraschi)

Il Direttore Sanitario
(Dr. Edoardo Berselli)

Il Direttore Socio-Sanitario
(Dott. Nazzareno Firmani)

Documento informatico firmato digitalmente

DOCUMENTO ISTRUTTORIO
(UOC Controllo di Gestione)

Normativa e atti di riferimento:

- Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150 e ss.mm.ii. *"Attuazione delle legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni"*;
- Legge regionale 28 dicembre 2010, n.22 *"Disposizioni regionali in materia di organizzazione e valutazione del personale, in adeguamento al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150, sull'ottimizzazione della produttività, l'efficienza e la trasparenza della pubblica amministrazione"*;
- - L.R. n.19/2022 "Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale".
- Delibera n.5/2012 CIVIT : "Linee guida ai sensi dell'art. 13, lettera b) del D. Lgs. 150/2009, relative alla struttura e alla modalità di redazione della relazione sulla performance di cui all'art. 10, comma 1, lettera b) dello stesso decreto"
- Linee guida per la Relazione annuale sulla Performance n.3 novembre 2018 – Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione pubblica Ufficio per la valutazione
- Decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019 *"Nuovo Sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria"*;



- Linea Guida sulla valutazione partecipativa nelle pubbliche amministrazioni n.4 Novembre 2019 – Presidenza del Consiglio dei Ministri –Dipartimento della Funzione Pubblica
- Linea Guida sulla per la misurazione e valutazione della Performance individuale n.5 Dicembre 2019 – Presidenza del Consiglio dei Ministri –Dipartimento della Funzione Pubblica
- DGRM n.768 del 28 maggio 2012 "Linee di indirizzo per gli enti del SSR per l'applicazione dell'art.31, comma 1 e 2, del D.lgs. 150/2009, come modificato dal D.lgs.141/2011";
- Determina del Direttore Generale n. 90 del 31/01/2024: _Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024-2026 AST Pesaro Urbino- Adozione;
- DGRM n. 1703 del 11.11.2024 "D. Lgs. 171/2016 e L. R. 19/2022 - Definizione degli obiettivi degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2024 e approvazione dei criteri relativi alla procedura di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali

La Relazione sulla Performance costituisce un momento di analisi e riflessione sull'operato aziendale e vuole rappresentare un'occasione per rileggere i risultati raggiunti in una logica di miglioramento ed innovazione.

In conformità a quanto previsto dal D. Lgs . n . 150 del 2009 art . 10 , comma 1 , lettera b) , modificato dal D. Lgs n . 74 /2017, nonché alle richiamate linee guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, l'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino ha predisposto la Relazione sulla performance anno 2023, documento che evidenzia, a consuntivo, i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

In linea con tale impostazione e coerentemente a quanto previsto dalla normativa in materia, il documento riassume in un quadro unitario i risultati ottenuti nel corso dell'anno 2024, ponendo in stretta correlazione gli obiettivi strategici nonché gli obiettivi operativi aziendali con relativi indicatori e target di riferimento, al fine di renderli intelleggibili agli stakeholders interni ed esterni, ed in primis ai cittadini.

La Relazione sulla performance riporta in sintesi:

- i principali risultati raggiunti nell'anno 2024
- gli obiettivi del PNRR
- le risorse disponibili
- l'analisi del contesto di riferimento, con particolare attenzione ai dati socio sanitari del territorio in cui insiste l'Azienda;



- il grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali per l'anno 2024, con particolare evidenza degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati dalla Regione Marche all'Azienda con DGRM n. 1703/2024;
- il bilancio di genere;
- la metodologia adottata ed il processo seguito per la determinazione della valutazione della performance organizzativa ed individuale;
- l'integrazione con gli altri strumenti di programmazione;
- le risultanze della valutazione della performance organizzativa, distinta per singola struttura aziendale.

La Relazione sulla Performance 2024 così strutturata verrà sottoposta all'Organismo Indipendente di Valutazione per la validazione e, successivamente, sarà pubblicata sul sito istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente.

Si precisa che all'interno della relazione viene data evidenza del bilancio di genere che, in riferimento alla tutela delle pari opportunità, espone informazioni in formato tabellare relativamente al genere ed all'età del personale dipendente, l'utilizzo degli strumenti per la armonizzazione dell'esigenze di vita e lavoro, le azioni individuate dal Piano delle Azioni Positive di competenza.

Per quanto sopra esposto, si propone al Direttore Generale il seguente schema di determina:

1. di adottare, ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs.150/2009 e s.m.i ed in aderenza alle linee di indirizzo di cui alla DGRM n.768/2012, la relazione sulla Performance anno 2024 dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino, nel testo allegato alla presente determina (allegato A) quale sua parte integrante e sostanziale;
2. di recepire quanto contenuto nelle relazioni di valutazione di prima istanza redatte a cura del Direttore Sanitario – prot. n. 0082733 del 30/06/2025 (allegato 1A), del Direttore Amministrativo – prot. n. 0082714 del 30/06/2025 (allegato 2A) e del Direttore Socio Sanitario - prot.n.0082694 del 30/06/2025 - (allegato 3A) per i rispettivi ambiti di competenza, con l'indicazione puntuale dei criteri utilizzati nella valutazione della performance organizzativa 2024.
3. di pubblicare la Relazione di cui al precedente punto 1. sito web aziendale alla sezione "Amministrazione Trasparente";
4. di trasmettere il presente atto all'Organismo Indipendente di Valutazione per la validazione di competenza;



Il Direttore della U.O.C. Controllo di
Gestione
(Dott.ssa Silvia Generali)

Documento informatico firmato digitalmente

Si richiede la pubblicazione all'*Albo on line*:

[] INTEGRALE (comprensiva di tutti gli allegati)

Il Responsabile del procedimento
(Dott.ssa Silvia Generali)

Documento informatico firmato digitalmente

ALLEGATI

Allegato A: Relazione sulla Performance anno 2023

1A- Relazione prima istanza Direttore Sanitario e relativi allegati (rif prot. 82733 del 30/06/2025)

2A- Relazione prima istanza Direttore Amministrativo e relativi allegati (rif prot.82714 del 30/06/2025)

3A- Relazione prima istanza Direttore Socio-Sanitario e relativi allegati (rif prot. 82694 del 30/06/2025)



Allegato A



Relazione sulla Performance

Anno 2024

1	Introduzione e perimetro di riferimento	3
2	Contenuti della Relazione annuale sulla Performance	4
2.1	I principali risultati raggiunti	4
2.1.1	I Dipartimenti.....	8
2.1.2	Dipartimento di Prevenzione	9
2.1.3	Dipartimento Dipendenze Patologiche.....	16
2.1.4	Dipartimento Salute Mentale	17
2.1.5	Offerta Territoriale	18
	Integrazione Socio-sanitaria	21
	Assistenza domiciliare.....	23
	Le Cure Tutelari (Consultorio, UMEE e UMEA).....	25
2.1.6	Farmaceutica Territoriale	28
2.1.7	Offerta ospedaliera	30
	Emergenza-urgenza ospedaliera.....	36
2.1.8	Attività di specialistica ambulatoriale.....	39
2.1.9	Governo delle liste d'attesa	41
2.1.10	PNRR Missione 6 Salute – Ricognizione attività	42
3	Analisi del contesto e delle risorse	49
4	Misurazione e valutazione della performance organizzativa complessiva	58
4.1	Obiettivi economici	58
4.2	Obiettivi sanitari.....	63
5	Bilancio di Genere	70
6	Integrazione tra performance, bilancio, trasparenza e lotta alla corruzione.....	77
7	Performance organizzativa complessiva	78
7.1	Il processo di misurazione e valutazione.....	78
8	Le risultanze della valutazione della Performance anno 2024	81

1 Introduzione e perimetro di riferimento

Con D.Lgs n. 150/2009 art. 10, comma 1, lettera b), come modificato dal D.Lgs n. 74 /2017 art. 8, lettera c, è stato posto l'obbligo, per gli Enti Pubblici, di predisporre ed approvare annualmente una Relazione sulla Performance che evidenzia a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi programmati ed alle risorse impiegate, rilevando gli eventuali scostamenti. La Relazione sulla Performance rappresenta, quindi, uno strumento di accountability, mediante il quale le amministrazioni pubbliche illustrano ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente, concludendo in tal modo il ciclo di gestione della performance. Inoltre, costituisce un momento di analisi e di riflessione sull'operato aziendale e vuole rappresentare un'occasione per rileggere i risultati effettivi e concreti in una logica di miglioramento e di innovazione: è in questo senso un documento che riassume l'esperienza e i risultati raggiunti da tutte le Strutture aziendali.

La Relazione fornisce alcune caratteristiche del contesto in generale ed espone gli elementi caratterizzanti l'Azienda in termini di attività, risorse e indicatori di performance: misurare i risultati, anche ai fini di effettuare la successiva valutazione, determina la necessità di fissare, in fase di programmazione, gli obiettivi, di stabilire delle grandezze, cioè degli indicatori in grado di rappresentarli e di rilevare sistematicamente, ad intervalli di tempo definiti, il valore degli indicatori.

Il Ciclo della Performance nell'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino per l'anno 2024 ha visto una progettazione del sistema di gestione degli obiettivi ad albero, in cui dalle linee strategiche vengono ispirate dagli obiettivi aziendali assegnati annualmente dalla Regione Marche.

L'Azienda, dopo aver individuato le proprie linee strategiche ha determinato, al suo interno, gli obiettivi operativi/organizzativi declinando le linee definite dalla Regione Marche attraverso un sistema di indicatori e risultati attesi volti al conseguimento degli obiettivi aziendali assicurando, peraltro, l'analisi ed il miglioramento della performance organizzativa, attraverso la correlata verifica dei risultati conseguiti.

La Relazione sulla performance 2024 rappresenta pertanto anche uno strumento di miglioramento gestionale, grazie al quale l'Azienda può riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente e migliorando, progressivamente, il funzionamento del ciclo della Performance.

Nell'ambito delle proprie competenze, la Civit ha sviluppato le linee guida per la redazione della Relazione sulla Performance, contenute nella delibera 5/2012, nonché le linee guida per la validazione da parte dell'OIV, di cui alla delibera 6/2012, sostituite, limitatamente ai Ministeri, dalle linee guida per la relazione annuale sulla performance n. 3 di novembre 2018, redatte a cura della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento funzione pubblica.

Pertanto, la presente relazione è redatta in conformità alle predette linee guida definite dalle citate disposizioni, sebbene le ultime non siano vincolanti per gli enti diversi dai ministeri, riservando all'Azienda di dare completa realizzazione ai contenuti richiesti solo se coerenti con il ciclo di gestione della performance ad oggi sviluppato.

L'Azienda ha sviluppato il Ciclo di gestione della performance nel rispetto delle fasi salienti previste dall'art.4 del D.Lgs. n.150/2009:

L'AST PU ha articolato il processo di budget in fasi successive ed integrate:

- definizione degli obiettivi strategici, coerentemente alle indicazioni regionali e aggiornati sulla base degli obiettivi regionali attribuiti con DGRM n. 1703/2024

- individuazione degli obiettivi di performance organizzativa per tutte le aree organizzative interessate;
- definizione delle proposte, individuazione degli indicatori e dei target;
- misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi;
- Rendicontazione dei risultati alla Direzione;
- Utilizzo dei sistemi premianti.

Nell'Azienda Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino la performance è misurata:

- a livello complessivo aziendale rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance aziendale), sui quali viene valutata la Direzione Generale;
- a livello di singola Struttura Complessa e Struttura Semplice dipartimentale, individuata come centro di responsabilità (performance organizzativa);
- a livello di singolo dipendente afferente all'area contrattuale sia della dirigenza che del comparto (performance individuale).

Infine, quale ultima considerazione sulla presente relazione, si evidenzia che il presente documento riporta una serie di dati e di indicatori rappresentati in forma semplificata ed aggregata, in modo da assolvere alla funzione di apposita comunicazione verso l'esterno per i cittadini e gli altri stakeholder, attraverso una forma snella e comprensibile anche per un lettore non esperto e sempre ispirandosi ai principi di trasparenza, chiarezza e verificabilità dei contenuti.

La Relazione sulla Performance 2024 è resa conoscibile anche tramite la pubblicazione on-line sul sito istituzionale dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino alla Sezione "Amministrazione Trasparente - Performance".

2 Contenuti della Relazione annuale sulla Performance

2.1 I principali risultati raggiunti

Per illustrare compiutamente i risultati ottenuti dall'Azienda nel corso dell'anno 2024, si riportano di seguito i dati e gli indicatori più significativi relativi ai principali ambiti di attività, per rappresentare il grado di appropriatezza, qualità clinica ed efficienza raggiunti.

Con Legge regionale 8 agosto 2022, n.19 è stata istituita, nell'ambito del Servizio Sanitario della Regione Marche, l'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino (di seguito anche "Azienda Sanitaria Territoriale" o "AST PU" o, anche, "Azienda").

Ai sensi dell'art.42 della richiamata L.R. 19/2022 e relative disposizioni di attuazione ex DGRM n.1503/2022, l'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Pesaro Urbino è stata costituita a partire dal 1° gennaio 2023.

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino è tenuta a garantire l'assistenza sanitaria e la prevenzione collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, pianificando – nel rispetto ed in attuazione della programmazione regionale - le attività e i servizi sulla base di percorsi assistenziali che assicurino la continuità delle cure attraverso la piena integrazione tra servizi territoriali e servizi ospedalieri.

Ciò in particolare attraverso l'articolazione dipartimentale e distrettuale in cui trovano coordinamento e sintesi le prestazioni e i servizi resi da: Case della comunità, Ospedali della comunità, Centrali

[Digitare il testo]

Operative Territoriali, Unità di Continuità Assistenziali, Infermieri di Famiglia o di Comunità, Consulteri familiari e ogni altra funzione di prevenzione e tutela della salute dei cittadini (nel rispetto degli standard di cui al D.M. Salute 23 maggio 2022, n. 77).



Si riporta a seguire, in formato grafico e tabellare, la rappresentazione sintetica e facilmente fruibile dei principali risultati raggiunti dall'Azienda in ambito ospedaliero

RICOVERI ORDINARI

Totale 27.504

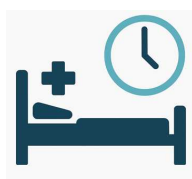
Deg. Media 6.7

Valore DRG medio 4.032

Peso DRG medio 1.3

RICOVERI DH

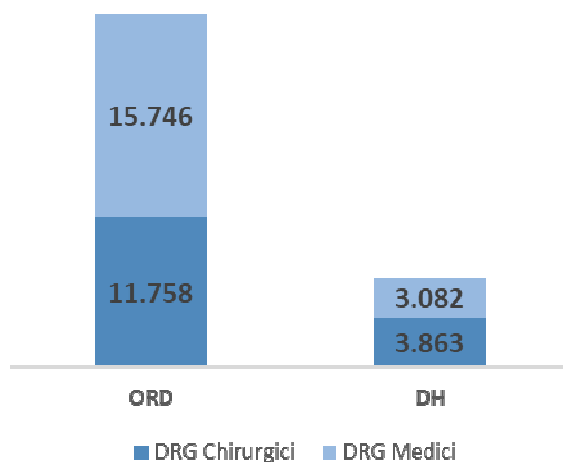
Totale 6.945



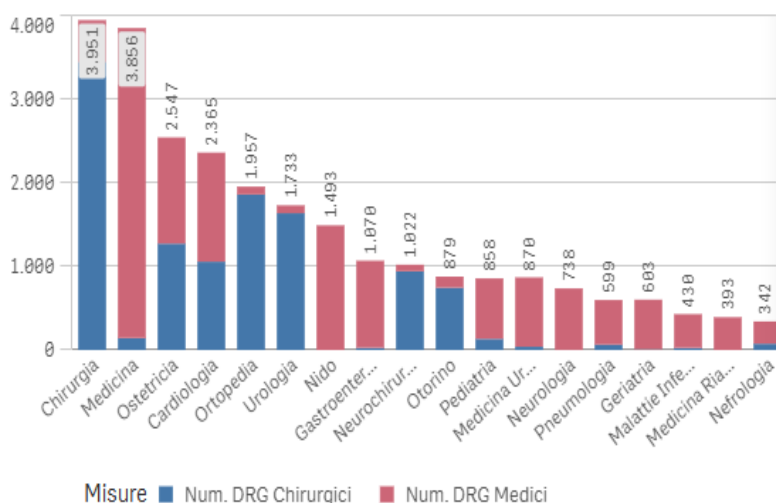
Valore DRG medio 2.032

Peso DRG medio 0.9

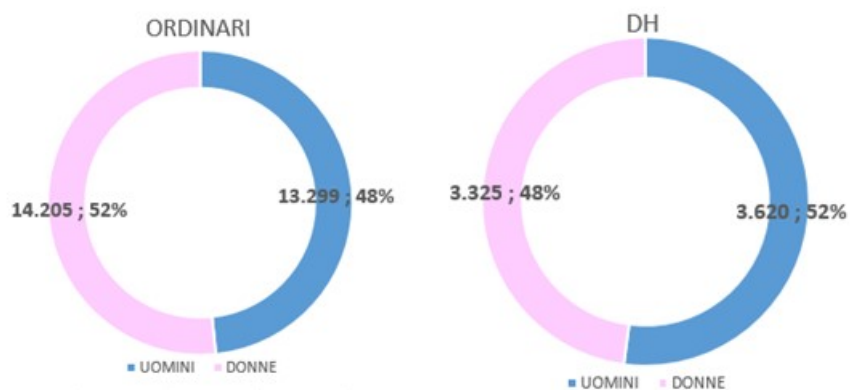
N° DRG



ORDINARI Chirurgici + Medici



[Digitare il testo]



Dati ed indicatori ricoveri ordinari 2024

Anno	2024
Ordinari con Degenza >1 GG	22.855
Ordinari con Degenza di 1 GG	5.189
Totale Ordinari	28.044
Giornate Degenza	194.695
Degenza Media	6,9
Degenza Media Trimmata	7,7
Presenza Media	532,0
Presenza M con Transiti	528,6
Posti Letto (Determ)	788
Tasso Utilizzo PL	67,7%
Indice di Rotazione PL	35,6
Indice di Turn Over PL	5,0
Posti Letto Medi	600
Mesi Elaborati	12
Indice di Rotazione PLM	46,7
Indice di Turn Over PLM	0,9
Tasso Utilizzo PLM	89,0%
Transiti GG Degenza Riproporz.	362.693
Transiti T.O. PLM	88,1%
Transiti Indice Turn Over PLM	0,9
Valore DRG	114.881.731
Valore DRG Medio	4.096,48
Peso Medio DRG	1,2979
Num. Interventi Chirurgici (Princ)	13.930
Num. DRG Chirurgici ORD	11.938
Num. DRG Medici ORD	16.106
DRG Alto Rischio Inappr.	2.631
Num. Decessi	1.367

[Digitare il testo]

Dati e indicatori ricoveri in Dh/Ds 2024

Anno	2024
Dimissioni	7.489
Numero Accessi	25.129
Posti Letto (Determ)	129
Posti Letto Medi	117
Mesi Elaborati	12
Tasso Utilizzo PLM	82,7%
Valore DRG	15.018.907
Valore DRG Medio	2.005,46
Peso Medio DRG	0,9005
Num. Interv. Chir Princ.	4.713
Num. DRG Chirurgici	4.402
Num. DRG Medici	3.087
Num. Decessi	0

In merito all'attività ambulatoriale la sintesi dei risultati raggiunti è facilmente fruibile attraverso i seguenti grafici che mostrano come si è distribuita l'attività ambulatoriale/specialistica , anche rispetto alle relative discipline e branche

[Digitare il testo]

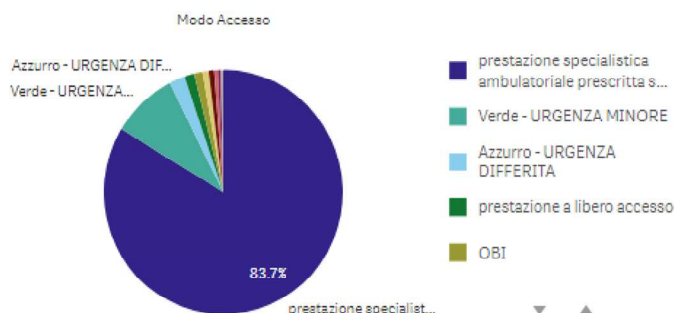
PRESTAZIONI SSN E PRONTO SOCCORSO



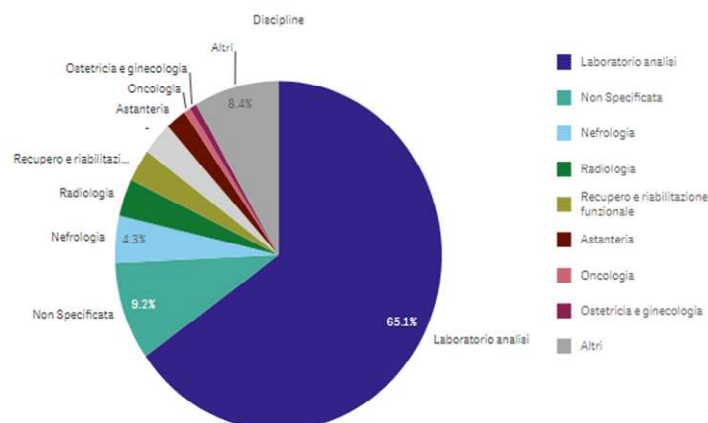
Pazienti 4.426.608

Prestazioni 5.373.014

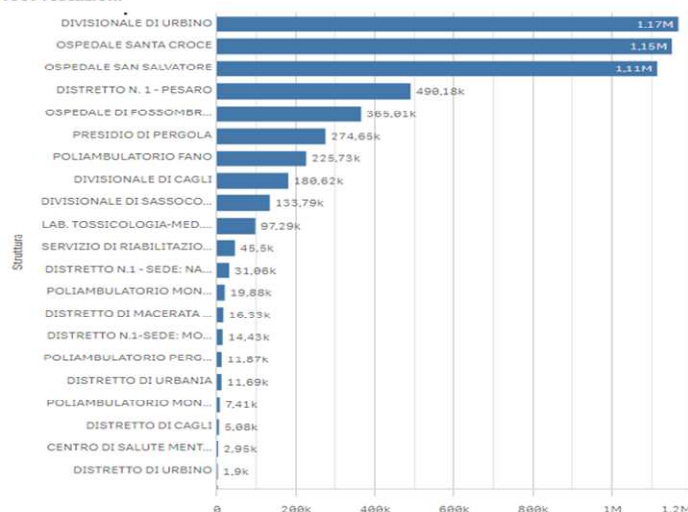
Accesso Prestazioni Anno



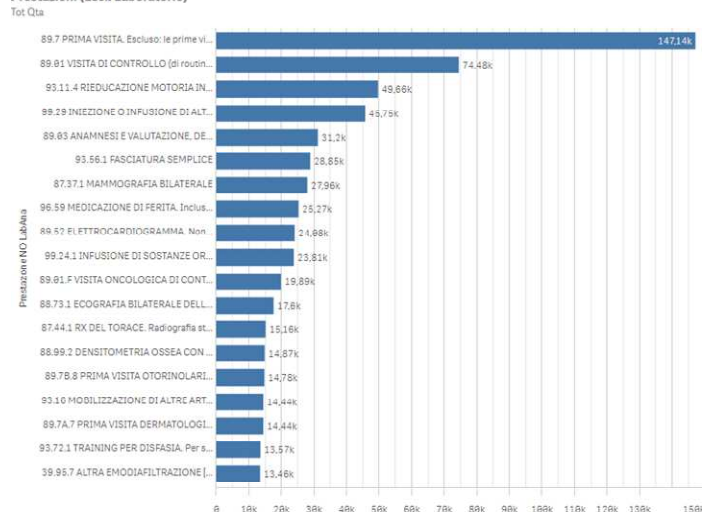
Discipline Anno



Tot Prestazioni



Prestazioni (Escl. Laboratorio)



2.1.1 I Dipartimenti

L'Azienda assume l'organizzazione dipartimentale come modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività, atta a consentire l'integrazione tra strutture operative omogenee, affini o complementari, tra loro interdipendenti, pur mantenendo ciascuna autonomia tecnico-professionale e gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti.

Il Dipartimento di Prevenzione, il Dipartimento di Salute Mentale e il Dipartimento per le Dipendenze Patologiche sono articolazioni organizzative che, nell'ambito della rete integrata dei servizi sociosanitari, risultano essenziali per il sistema di prevenzione e promozione della salute e di sicurezza sul territorio,

[Digitare il testo]

oltre che per garantire l'assistenza con servizi di prossimità territoriale e domiciliare e delle cure intermedie.

Il Dipartimento di Prevenzione e il Dipartimento di Salute Mentale, come pure il Dipartimento per le Dipendenze Patologiche, trovano collocazione e relazione funzionale nei Distretti.

2.1.2 Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione (DP), come previsto dagli articoli 7, 7-bis, 7-ter e 7-quater del decreto legislativo 502/1992 e s.m., ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, al fine di garantire la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita.

Alla luce di quanto definito dal LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", come da DPCM 12 gennaio 2017, il DP nel 2024 ha garantito, attraverso le sue articolazioni ed i suoi professionisti, il supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali in tutti gli aspetti relativi alla Sanità Pubblica ed esercita nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente le seguenti funzioni:

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

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

Aera Igiene e Sanità Pubblica

Il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica è quello che funzionalmente è preposto alla prevenzione delle malattie infettive e diffuse.

L'attività espletata nel 2024 è stata orientata alla valutazione della presenza di fattori di rischio per la salute della popolazione attraverso attività di vigilanza, prelievo di campioni, espressione di pareri igienico sanitari e richiesta di provvedimenti sindacali per realtà di tipo abitativo, sportivo, ricreativo, scolastico, ricettivo e di servizio alla persona.

In particolare per quanto riguarda l'attività effettuate nell'anno 2024 i dati sono i seguenti:

[Digitare il testo]

Attività espletate nel 2024	
n° 45	Sopralluoghi eseguiti nelle attività di Tatuatori, Centri estetici/Parrucchieri in seguito a ricezione di Segnalazione Certificata di Inizio Attività ed in vigilanza
n°43	Sopralluoghi eseguiti presso le Strutture Ricettive in seguito a ricezione di Segnalazione Certificata di Inizio Attività ed in vigilanza
n°57	Sopralluoghi con eventuale richiesta di provvedimenti a seguito di esposti da parte dei cittadini per possibili problematiche igienico sanitarie
n°27	Attività di vigilanza presso Centri Estivi, Scuole e Comunità per Minori
n°110	Controlli in materia di Polizia Mortuaria su condizioni igieniche di autorimesse, autofunebri e verbali di chiusura feretro per trasporti di cadavere all'estero
n° 124	Espressioni di Pareri/Contributi Istruttori per: Autorizzazioni Uniche Ambientali (AUA); Valutazioni di Impatto Ambientale (VIA) e Screening; Autorizzazioni Integrate Ambientali (AIA); Bonifiche di siti contaminati
n°62	Partecipazione come componente a Commissioni di Vigilanza Locali Pubblico Spettacolo e a Commissioni di Ambito Territoriale Sociale
n°202	Prelievo campioni di acqua potabile a seguito di notifica di un caso di Legionellosi
n°73	Prelievo di campioni di acqua di piscine per la valutazione della qualità
n°25	Da settembre a fine ottobre a seguito del focolaio di Dengue nel Comune di Fano sono stati eseguiti sopralluoghi necessari per valutare la presenza di focolai larvali, l'installazione e la gestione delle trappole necessarie per il monitoraggio delle zanzare. Inoltre il Servizio ha partecipato a numerosi tavoli tecnici a supporto del Comune ed ha effettuato attività di formazione per la cittadinanza per la prevenzione della proliferazione delle zanzare
n°4.	Sopralluoghi presso aziende che producono cosmetici

Attività di screening

L'attività di screening riveste particolare importanza in ambito di prevenzione.

Nell'anno 2024 l'attività di sensibilizzazione e coinvolgimento diretta alla popolazione si è articolata su diverse direttrici:

[Digitare il testo]

Attività di screening
Screening HCV: è stata invitata tutta la popolazione facente parte della coorte 1969-1989 come da DGR 936 del 26 luglio 2021.
Chiamata attiva screening della mammella coorte 45-74 anni. Nel 2024 è stata ampliata la coorte da invitare inserendo anche le donne dai 45-49 e 70-74.
Chiamata attiva screening della cervice uterina coorte 25-64 anni.
Chiamata attiva screening del colon retto coorte 50-70 anni.
Effettuati incontri per gruppi di miglioramento per gli screening della cervice, mammella e colon retto.
Incontri con i MMG per promuovere e aggiornare l'attività degli screening oncologici.
Chiamata attiva (telefonica) dei non aderenti allo screening della cervice e della mammella.
Progetto di presa in carico delle colonscopie in follow up dello screening al fine di abbassare le liste di attesa.
- Chiamata attiva allo screening del colon retto dei 50enni con offerta oltre che del SOF anche della colonscopia.

Inoltre, in occasione della giornata della salute della donna si è tenuto un incontro informativo presso l'azienda Cariaggi per spiegare l'attività dell'UO screening oncologici e l'importanza dell'adesione agli screening; nella stessa giornata sono stati anche fissati appuntamenti.

- L'8 Marzo in occasione della Festa della Donna la Segreteria Screening Oncologici è rimasta aperta con orario continuato dalle 8:00 alle 19:00 per informazioni ed eventuali prenotazioni. Complessivamente la Segreteria ha ricevuto 346 telefonate, sono stati attivati inoltre due punti di front office per ricevere informazioni sui programmi di screening oncologici a cui hanno fatto seguito 230 appuntamenti complessivi per i tre percorsi (carcinoma della mammella, carcinoma della cervice uterina, carcinoma del colon retto).

Area vaccinazioni

[Digitare il testo]

Per quanto riguarda, l'attività di prevenzione vaccinale, l'offerta vaccinale eseguita dalla U.O.C. ISP-PMI nel corso del 2024 si è basata sui seguenti criteri:

Area vaccinazioni
1). Offerta attiva gratuita delle vaccinazioni raccomandate per fascia d'età come previsto dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2024-2025 recepito dalla DGRM 797 del 27 maggio 2024:
Vaccinazioni dei nuovi nati dalla nascita a 24 mesi di vita
Cicli di base di vaccino per la prevenzione di difterite, tetano, pertosse, epatite B, polio, Haemophilus influenzae tipo b (esavalente: dosi 2 +1), pneumococco (dosi 2+1 o 3+1 a seconda del tipo di vaccino), meningococco B (dosi 2 + 1), rotavirus (ciclo vaccinale a 2 o 3 dosi in base al vaccino utilizzato), morbillo, parotite, rosolia, varicella (1 dose), meningococco ACYW135 (1 dose).
Vaccinazioni dei bambini al compimento dei 5 anni di vita Richiamo delle vaccinazioni contro difterite, tetano, pertosse e poliomielite e seconda dose del vaccino contro morbillo-parotite-rosolia e varicella.
Vaccinazioni degli adolescenti al compimento degli 11-12 anni di vita (e tra i 12 e i 18 anni) Somministrazione sia di nuove vaccinazioni (es HPV, Men B, Men ACWY) che di richiami di vaccinazioni già effettuate nell'infanzia (difterite, tetano, pertosse e poliomielite; Men ACWY, Men B).
Vaccinazioni degli adulti tra i 18 e i 64 anni Somministrazione della vaccinazione anti difterite-tetano-pertosse con booster decennale, sfruttando le occasioni opportune per offrire attivamente il richiamo; offerta della vaccinazione anti difterite-tetano-pertosse in gravidanza (durante ogni gravidanza, nel terzo trimestre, anche se la donna sia già stata vaccinata di recente); verifica dello stato di suscettibilità per morbillo, rosolia, parotite e varicella con offerta attiva della vaccinazione ai suscettibili; offerta della vaccinazione HPV (programma di recupero - catch up), alle donne a partire dalla coorte di nascita del 1996, fino ai 30 anni (29 anni e 364 giorni), e agli uomini a partire dalla coorte di nascita del 2006, fino a 26 anni (25 anni e 364 giorni), qualora non siano stati precedentemente vaccinati o non abbiano completato il ciclo vaccinale.
Vaccinazioni degli adulti di età ≥65 anni Offerta attiva delle Vaccinazioni Pneumococcica e anti Herpes Zoster per la coorte dei 65enni (1959) con mantenimento della gratuità per le coorti 1958, 1957, 1956, 1955, 1954, 1953, 1952 e con il coinvolgimento dei MMG.
Per quanto sopra esposto, nel corso del 2024 sono stati somministrati 132.379 vaccini di cui:64.148 dagli ambulatori vaccinali della U.O.C. SISP-PMI 62.166 dai Medici di Medicina Generale (MMG) 1.775 dai Pediatri di Libera Scelta (PLS) 3.166 dalle Farmacie 469 dagli stabilimenti ospedalieri (+ 174 dosi di anticorpo monoclonale Nirsevimab) 655 da altre strutture.

2). Offerta attiva gratuita delle vaccinazioni raccomandate nei Soggetti a rischio per condizioni patologiche e loro conviventi e nei Soggetti a rischio per determinate condizioni o comportamenti come previsto dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2024-2025 recepito dalla DGRM 797 del 27 maggio 2024.

Per quanto sopra esposto, nel corso del 2024 sono stati somministrati 132.379 vaccini di cui:

64.148 dagli ambulatori vaccinali della U.O.C. SISP-PMI

62.166 dai Medici di Medicina Generale (MMG)

1.775 dai Pediatri di Libera Scelta (PLS)

3.166 dalle Farmacie

469 dagli stabilimenti ospedalieri (+ 174 dosi di anticorpo monoclonale Nirsevimab)

655 da altre strutture.

[Digitare il testo]

Inoltre, Sono state messe in atto le seguenti azioni:

- Rafforzamento delle reti di promozione vaccinale costituite dai MMG e i PLS per il miglioramento dell'offerta vaccinale ai soggetti fragili.
- Coinvolgimento nella promozione della vaccinazione degli specialisti sia negli ospedali, sia nel territorio.
- Utilizzo di un approccio vaccinale che faciliti le co-somministrazioni per ridurre gli accessi ai centri vaccinali, garantire una protezione più rapida e ridurre il fenomeno del dropout.
- Attivazione presso il presidio Ospedaliero "Santa Maria della Misericordia" di Urbino, di un ambulatorio vaccinale che garantisce una offerta articolata di promozione vaccinale in ambito ospedaliero finalizzata ad implementare la Vaccine Confidence per l'elevata fiducia generata dal contesto Ospedaliero e per il «riverbero» del Role Model svolto dagli Operatori Sanitari. L'obiettivo generale è quello di offrire informazioni, consulenze, piani vaccinali e vaccinazioni ai Pazienti (in particolare fragili), ai Caregivers (protezione "Cocoon") e agli Operatori sanitari attraverso l'attivazione di un Punto Vaccinale permanente con accesso libero o su prenotazione e con attività diretta anche nei reparti in casi selezionati.

Da ultimo si sottolinea che il 1 aprile 2025 il P.O. Santa Maria della Misericordia di Urbino ha ottenuto l'affiliazione per il biennio 2025-2026 al Programma Nazionale Ospivax con il riconoscimento di n. 3 Bollini e rappresenta il primo Ospedale della regione Marche certificato OSPIVAX.

Sanita' Animale E Igiene Urbana Veterinaria (Servizio Sanità Animale)

Le Attività di Sanità Animale, concentrate, quindi, soprattutto verso il territorio interno, sono indirizzate su un tessuto zootecnico rappresentato da 4.018 stabilimenti, 6.732 attività di allevamento, 4.080 operatori e 58 pascoli registrati in Banca Dati Nazionale (BDN) dell'Anagrafe Zootecnica al 31/12/2024.

Di seguito sono declinate le attività svolte nel 2024 ed i risultati raggiunti nell'ambito della sanità animale:

- Ispezione e controllo dei sistemi di identificazione e registrazione degli animali, degli operatori e degli stabilimenti del territorio di competenza (gestione Anagrafe Zootecnica);
 - Registrazione e riconoscimento degli stabilimenti di competenza;
 - Sorveglianza, controllo e prevenzione delle malattie infettive ed infestive degli animali di interesse zootecnico;
 - Sorveglianza, controllo e prevenzione delle malattie di importanza zoonosica e a trasmissione vettoriale;
 - Sorveglianza, controllo e prevenzione delle concentrazioni e movimentazioni di animali in ambito nazionale, unionale ed extraunionale;
 - Ispezione e controllo dei livelli di biosicurezza degli allevamenti zootecnici ai fini del controllo dell'antibioticoresistenza e della prevenzione delle malattie infettive;
 - Programmazione, gestione ed attivazione delle emergenze epidemiche delle malattie animali;
- Programmazione, gestione ed attivazione delle emergenze non epidemiche degli allevamenti;
- Vigilanza e controllo di mercati, fiere, esposizioni di animali, circhi e altri concentramenti di animali anche di tipo temporaneo;
 - Vigilanza e controllo delle popolazioni animali selvatiche e sinantropiche negli aspetti igienico-sanitari;
 - Certificazioni e attestazioni relative alla salute animale, alle loro movimentazioni e alla loro detenzione e proprietà;
 - Campionamenti, prelievi e certificazioni nell'ambito delle attività di export-import di animali e di prodotti di origine animale.

Le attività di Igiene Urbana Veterinaria, invece, si concentrano soprattutto nella fascia costiera, e vengono svolte dal personale dirigenziale e del comparto all'uopo definite, con la presenza sul territorio di tre ambulatori veterinari (Urbino, Pesaro e Fano) dove vengono eseguite le prestazioni di primo livello supportate anche da convenzioni con cliniche 24H private che possono garantire anche prestazioni di secondo livello.

Sorveglianza, controllo e prevenzione delle malattie infettive ed infestive degli animali d'affezione;

- Vigilanza e controllo del randagismo canino e felino e attività di sterilizzazione chirurgica;
- Vigilanza e controllo delle colonie feline presenti sul territorio di competenza;
- Vigilanza e controllo della rabbia e degli animali morsicatori e valutazione degli episodi di aggressività della specie canina;
- Ispezione, controllo e sorveglianza degli avvelenamenti animali;
- Gestione e controllo dei sistemi di identificazione e registrazione degli animali d'affezione (Gestione dell'Anagrafe degli Animali d'Affezione);
- Vigilanza e controllo delle condizioni igienico-sanitarie delle strutture di ricovero per cani e gatti;
- Attività di Pronto intervento degli animali incidentati e/o feriti sul territorio di competenza

Igiene Degli Allevamenti E Produzioni Zootecniche (Servizio Iapz)

In attuazione delle norme comunitarie, nazionali e regionali in tema di sicurezza alimentare, salute e benessere animale, le attività affidate al Servizio di Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (SIAPZ) per l'anno 2024 sono state per lo più rappresentate da attività di controllo ufficiale (ispezioni, audit, campionamenti) previste da specifici piani nazionali e regionali.

Tali piani di controllo sono descritti all'interno del Piano di Controllo Regionale Pluriennale 2024-2027 (PCRP) elaborato dalla regione Marche; accanto alle attività previste dai piani di controllo, il Servizio Iapz ha svolto una serie di altre attività: registrazione/riconoscimento di stabilimenti, sopralluoghi a seguito di segnalazioni e/o esposti, sopralluoghi congiunti richiesti da altri servizi e/o enti, rilascio di pareri e nulla osta nei settori di competenza, rilascio di certificazioni per l'esportazione di mangimi o altri prodotti, gestione di sistemi di allerta ecc.

Igiene Degli Alimenti Di Origine Animale (Servizio Iaoa)

Il Servizio di Igiene degli Alimenti di Origine Animale, e le afferenti Unità Operative Semplici, si caratterizza per le funzioni inerenti alla Sicurezza alimentare e alla Sanità pubblica nel rispetto della cogente legislazione Comunitaria, Nazionale e Regionale, garantendo la tutela della salute collettiva e svolgendo attività di sorveglianza, vigilanza e controllo lungo tutte le filiere produttive degli alimenti di origine animale, nei seguenti macro -settori:

- Produzione primaria (Allevamento e Pesca), in particolare di Molluschi bivalvi con conseguente classificazione e monitoraggio delle zone di produzione e controllo dei prodotti della pesca (imbarcazioni/MP);
- Produzione post-primaria (stabilimenti di trasformazione) di interesse specifico per i prodotti di origine animale;
- Commercializzazione e somministrazione (pubblica e collettiva);

[Digitare il testo]

- Produzione post primaria di interesse generale per i prodotti di origine animale e vegetale (misti) in collaborazione con l'U.O.C. Igiene degli Alimenti e Nutrizione.
- Utilizzo e consumo delle carni di selvaggina selvatica abbattuta durante l'esercizio venatorio e/o piani di controllo faunistico

Igiene Degli Alimenti E Nutrizione (Servizio Ian)

Il controllo ufficiale degli alimenti e delle bevande ha la finalità di verificare la conformità dei prodotti alle disposizioni dirette a prevenire i rischi per la salute pubblica, a proteggere gli interessi dei consumatori ed assicurare la lealtà delle transizioni. Il controllo riguarda sia i prodotti italiani, o di altra provenienza, destinati ad essere commercializzati sul territorio nazionale, che quelli destinati ad essere spediti in un altro Stato dell'Unione europea oppure esportati in uno Stato terzo. Nel 2024 i controlli ufficiali sono eseguiti in qualsiasi fase della produzione, della trasformazione, della distribuzione, del magazzinaggio, del trasporto, del commercio e della somministrazione.

In particolare, il SIAN nel corso del 2024 ha garantito le seguenti attività:

- Gestione delle notifiche di avvio attività ai fini della registrazione delle attività a competenza SIAN e SIAN+SIAOA
- Gestione pratiche ai fini del riconoscimento degli stabilimenti del settore alimentare di competenza (alimentazione particolare, integratori, additivi, aromi, semi germogliati)
- Controlli ufficiali su stabilimenti riconosciuti (compreso AUDIT)
- Controlli ufficiali su ingrosso e dettaglio a competenza SIAN
- Campionamenti di alimenti (in attuazione al piano di campionamento annuale regionale - PAMA)- Comprensivo della verifica di allergeni, OGM, additivi alimentari, micotossine
- Controlli ufficiali su Materiali destinati ad andare a contatto con Alimenti (MOCA) presso produttori, depositi all'ingrosso e/o importatori
- Controlli ufficiali nella commercializzazione e utilizzo dei prodotti fitosanitari
- Attività di controllo e consulenza dell'ispettorato micologico
- Controlli presso le attività a vigilanza congiunta SIAN + SIAOA (es: ristorazione collettiva)
- Gestione allerte alimentari (tramite sistema IRASFF)
- Gestione MTA in collaborazione con altri Servizi del Dipartimento
- Rilascio certificazioni ai fini esportazione alimenti
- Controllo acque destinate al consumo umano
- Controllo acque minerali e di sorgente
- Consulenza dietetico nutrizionale rivolta alle collettività
- Sistemi sorveglianza nutrizionale (OKKIO alla Salute - HBSCC - GYTS)
- Attuazione PRP 2020-25 (approvato con DGR n. 1640 del 28.12.2021)
-

Prevenzione nei luoghi di lavoro

Negli ultimi anni il Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (PSAL) aziendale ha dovuto mettere in campo azioni di prevenzione e controllo adeguati alla evoluzione del mondo del lavoro.

[Digitare il testo]

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

I dati INAIL, proiezione marzo 2024/ Marzo 2025, relativi alle denunce di Malattie Professionali e Infortuni proiettati su scala nazionale e regionale dimostrano un trend in diminuzione a livello nazionale (-1,58%) per gli infortuni, mentre è in leggero aumento a livello regionale (0,98%) così come per la provincia di Pesaro Urbino (+1,24%). Gli infortuni mortali sono aumentati sia a livello nazionale (+9,95%) che nella Regione Marche.

Le Malattie Professionali sono aumentate a livello nazionale (+7,95%) mentre nella Regione Marche assistiamo ad un trend in diminuzione (-7,66%), tuttavia per la provincia di Pesaro Urbino sono in aumento (+9,6%).

Considerata l'analisi della situazione territoriale, in riferimento al dato nazionale, nel 2024 è stata assicurata una presenza costante sul territorio degli operatori del Servizio Prevenzione in modalità di assistenza attraverso l'attuazione dei protocolli previsti dal Piano Regionale della Prevenzione e vigilanza alle aziende che incorrono in infortuni e malattie professionali.

Le attività dello SPSAL nell'anno 2024 si sono concretizzate in molteplici azioni, ivi comprese vigilanza ordinaria e straordinaria.

Nel 2024 i settori di attività e i relativi Piani Mirati di Prevenzione sono stati i seguenti:

1. Agricoltura – Rischio manutenzione del verde
2. Edilizia – Rischio cadute dall'alto
3. Legno – Rischi cancerogeno ed effetti di cancerogeni a lungo termine.
4. Logistica e Trasporti - Rischi lavori atipici e stress lavoro-correlato
5. Metalmeccanico – Rischio muscolo-scheletrico
6. Rifiuti – Rischi lavoratori atipici e biologico.

D'altro canto il Servizio Prevenzione si è impegnato ad incrementare le attività di formazione ed informazione ai portatori di interesse al fine di accrescere la cultura della sicurezza e si concretizzi una modalità operativa sempre più rivolta alla prevenzione per tutti i lavoratori. Anche nel 2024 si è proseguito nell'attività educativa, estesa anche agli studenti delle scuole della nostra provincia (scuole secondarie ed istituti professionali) dove gli operatori tecnici e medici hanno integrato l'ordinaria programmazione didattica scolastica con lezioni rivolte alla trasmissione di nozioni relative alla sicurezza.

2.1.3 Dipartimento Dipendenze Patologiche

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

Tra le attività di prevenzione messe in campo nel 2024 si annoverano:

- Interventi concertati con gli Ambiti Territoriali Sociali e, in relazione ai diversi obiettivi, con le Strutture Scolastiche, gli Istituti penitenziari, gli Uffici Esecuzione Penale Esterna, il terzo settore ed altri eventuali soggetti individuati localmente;

[Digitare il testo]

- Interventi che prevedono l'impiego, da parte degli ATS, di operatori di strada o unità mobili di natura socio-sanitaria con funzioni di promozione della salute, informazione, prevenzione, riduzione della domanda ed intercettazione del disagio, rivolti alla popolazione giovanile.
- Pianificazione e Realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 Programma Predefinito (PP04) Dipendenze e partecipazione alla realizzazione delle azioni trasversali degli altri Programmi, in particolare Programmi: PP 01- Scuole che promuovono salute, PP03- Luoghi di lavoro che promuovono salute e PL14- Primi 1000 giorni di vita.

L'intera programmazione delle attività dell'Area Dipendenze Patologiche prende le mosse dai diversi impegni già assunti nei precedenti anni:

- Prestazioni residenziali e semiresidenziali;
- Screening dell'infezione attiva dell'HCV presso il DDP;
- Progettualità innovative e consolidamento progetti di prevenzione, cura e riabilitazione dipartimentali già avviati in ambito di contrasto alle dipendenze patologiche;
- Informazione, educazione e sensibilizzazione per favorire il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio da Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) e da nuove tecnologie e social network (dipendenze digitali)

2.1.4 Dipartimento Salute Mentale

Il DSM è un dipartimento strutturale transmurale (territoriale ed ospedaliero), rappresenta il riferimento ed il garante clinico per la tutela della salute mentale. Opera, pertanto, per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di ogni forma di disagio psichico e del disturbo mentale, favorendo una cultura di lotta allo stigma e al pregiudizio.

L'aumento costante del bisogno legato all'andamento epidemiologico degli ultimi anni risulta accentuato in misura rilevante da fattori di crisi e incertezza legati alla (post) pandemia, alla situazione internazionale e alle ricadute socio economiche. Anche nel 2024 l'attività del Dipartimento è stata caratterizzata da una stretta collaborazione ed integrazione con il con il privato sociale ed il volontariato.

Le diverse Unità Operative si interfacciano con i Distretti e con gli Enti locali collaborando alla programmazione locale in ambito socio-sanitario. L'Area territoriale della Salute Mentale è costituita da Centri di salute mentale, Centri diurni e Strutture residenziali gestiti a livello organizzativo e gestionale dai Dipartimenti di Salute Mentale.

In tale contesto, l'Azienda nel corso del 2024 si è impegnata, nello specifico, sui seguenti specifici obiettivi:

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-educativi;
4. integrazione con la rete regionale della residenzialità per il pieno reintegro dei pazienti;
5. Completamento del percorso ospedale territorio per la gestione dei casi particolarmente complessi che richiede il ricovero in aree mediche o di alta intensità di cura.

Relativamente agli obiettivi per i disturbi dello spettro autistico, l'Azienda nel 2024 ha basato la propria attività su un approccio integrato tra componente sanitaria e componente sociale con misure volte a supportare la permanenza nel domicilio, nonché dell'obiettivo prioritario delineato dal PSSR di sostenere

[Digitare il testo]

le persone con disturbo dello spettro autistico e le loro famiglie attraverso il modello organizzativo del case management/IFoC.

In particolare, attraverso il Centro Regionale Autismo per l'Età Evolutiva, presso la U.O. Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda riconosciuto – secondo la valutazione dei risultati e dell'efficacia delle azioni di cui alla richiamata DGRM - quale polo di eccellenza per la diagnosi, è stata garantita la presa in carico e la ricerca in ambito di disturbi dello spettro autistico in età evolutiva.

2.1.5 Offerta Territoriale

L'Azienda è suddivisa in tre Distretti: Fano, Pesaro e Urbino, a cui afferiscono i Comuni di cui all'allegato A della L.R. 19/2022, e precisamente:

Offerta Territoriale	
-Distretto di FANO	Il Distretto di Fano conta un bacino di utenza di n. 134.370 abitanti, suddivisi in n. 15 Comuni : Cartoceto, Colli al Metauro, Fano, Fossombrone, Fratte Rosa, Isola del Piano, Mondavio, Mondolfo, Montefelcino, Monte Porzio, Pergola, San Costanzo, San Lorenzo in Campo, Sant'Ippolito, Terre Roveresche.
-Distretto di PESARO	Il Distretto di Pesaro conta un bacino di utenza di n.138.101 abitanti, suddivisi in n.7 Comuni : Gabicce Mare, Gradara, Mombaroccio, Montelabbate, Pesaro, Tavullia, Vallefoglia. Il territorio coincide con quello dell'Ambito Territoriale Sociale n.1 Pesaro
-Distretto di URBINO	Il Distretto di Urbino conta un bacino di utenza di n.77.864 abitanti, suddivisi in 28 Comuni : Acqualagna, Apecchio, Belforte all'Isauro, Borgo Pace, Cagli, Cantiano, Carpegna, Fermignano, Frontino, Frontone, Lunano, Macerata Feltria, Mercatello sul Metauro, Mercatino Conca, Montecalvo in Foglia, Monte Cerignone, Montegrimano Terme, Peglio, Petriano, Piandimeleto, Pietrarubbia, Piobbico, Sant'Angelo in Vado, Sassocorvaro Auditore, Tavoletto, Serra Sant'Abbondio, Urbania e Urbino.

I distretti costituiscono il livello territoriale di base in cui si realizza la gestione integrata tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali.

Il Distretto, non solo come luogo di produzione dei servizi, ma luogo di programmazione sulla base dell'analisi dei bisogni di salute della popolazione e delle risorse disponibili, ha la responsabilità di governare la domanda e la funzione di produzione/erogazione dei servizi sanitari territoriali: è la sede organizzativa e di governo delle cure primarie.

Il Distretto di Pesaro conta un bacino di utenza di n.137.998 abitanti suddivisi in n. 7 Comuni; il territorio coincide con quelle dell'Ambito Territoriale Sociale n.1. Il Distretto di Fano conta un bacino di utenza di n. 131763 abitanti suddivisi in n.14 comuni; il territorio coincide con quello degli Ambiti Territoriali Sociali n. 7 di Fossombrone e 6 di Fano. Il Distretto di Urbino conta un bacino di utenza di n 80.088 abitanti suddivisi in n.30 comuni; il territorio coincide con 3 Ambiti Territoriali Sociali.

Sono presenti 241 Medici di Medicina Generale (MMG), 36 Pediatri di Libera scelta (PLS) organizzati in 13 équipe territoriali. 18 sono le postazioni di Continuità assistenziale che hanno effettuato in totale nel 2024 circa 73.150 contatti (accessi + contatti telefonici).

L'assistenza agli Stranieri temporaneamente presenti (STP) è garantita da 4 ambulatori garantendo nel garantendo l'assistenza di circa 610 persone adulte.

Organizzazione distrettuale

Per una complessiva visione delle principali Strutture/Servizi nell'ambito dei Distretti dell'AST di Pesaro e Urbino, si riporta la seguente articolazione territoriale delle strutture a gestione diretta, con la precisazione che si tratta di rappresentazione non del tutto esaustiva in quanto i relativi riferimenti sono necessariamente in divenire stante la progressiva attuazione delle previsioni di programmazione regionale attuative della riforma di cui alla LR n. 19/2022.

DISTRETTO DI FANO		
Strutture residenziali	RSA Mondavio	36 posti letto
Strutture residenziali	RSA Mondolfo	16 posti letto
Strutture residenziali	RSA Disabili Fano	8 posti letto
Ospedali di Comunità:	riabilitazione estensiva	10 posti letto
Ospedali di Comunità:	Centro di Assistenza Limitata	5 posti letto
Ospedali di Comunità:	ambulatorio della terapia del dolore	10 posti letto
Ospedali di Comunità:	neurologica	9 posti letto
DISTRETTO DI PESARO		
Strutture residenziali e semiresidenziali	RSA Bricciotti Mombaroccio	10 posti letto
Strutture residenziali e semiresidenziali	RSA Disabili gravi	27 posti letto
Strutture residenziali e semiresidenziali	RSA Galantara	38 posti letto
Strutture residenziali e semiresidenziali	Centro diurno Alzheimer	14 posti letto
Strutture residenziali e semiresidenziali	Centri diurni per disabili Pegaso	16 posti letto
Strutture residenziali e semiresidenziali	Mosaico	8 posti letto
Strutture residenziali e semiresidenziali	Gabbiano	16 posti letto
DISTRETTO DI URBINO		
Strutture residenziali:	RSA Urbania	20 posti letto
Strutture residenziali:	RSA Sant'Angelo in Vado	20 posti letto
Strutture residenziali:	RP Sant'Angelo in Vado	20 posti letto
Strutture residenziali:	RSA Macerata Feltria	25 posti letto
Strutture residenziali:	RP Macerata Feltria	15 posti letto
Ospedali di Comunità:	Ospedale di Comunità di CAGLI	14 posti letto
Ospedali di Comunità:	Limitata (CAL)	20 posti letto di riabilitazione
Ospedali di Comunità:	Limitata (CAL)	10 posti letto di lungodegenza
Ospedali di Comunità:	Limitata (CAL)	5 posti letto per emodialisi

Politiche di prossimità, riduzione delle disuguaglianze, partecipazione ed empowerment dei cittadini

I Distretti costituiscono, invero, il livello territoriale di base attraverso il quale l'Azienda nel 2024 ha assicurato la gestione integrata tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali e ha garantito lo svolgimento delle seguenti attività:

a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali;

[Digitare il testo]

- b) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.

Il distretto garantisce:

- a) assistenza specialistica ambulatoriale;
- b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- d) attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;
- e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
- f) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

In tale contesto, assume rilevanza la realizzazione dell'Hospice pediatrico a Fano quale obiettivo progettuale a carattere prioritario per l'Azienda nell'ambito delle reti delle cure palliative. Ad oggi sono attivi 10 posti letto dedicati alla gestione di un hospice per adulti a Fossombrone, e saranno ulteriormente incrementati altri 9 posti letto, per ospitare non solo pazienti oncologici ma anche pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative.

L'Azienda nel suo complesso opera mediante 163 strutture territoriali, di cui 78 strutture territoriali a gestione diretta e 85 strutture territoriali convenzionate (Fonte STS 11).

La tabella che segue, coerentemente con i flussi ministeriali STS 11 e 24, riporta il numero di strutture a gestione diretta e il numero delle strutture private convenzionate suddiviso per tipologia di struttura e tipo di assistenza erogata.

[Digitare il testo]

Anno 2024 (fonte STS11)						
Tipo rapporto con il S.S.N.	Descrizione tipo assistenza erogata	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	AMBULATORIO E LABORATORIO	Totale complessivo
Pubblica	ASSISTENZA AGLI ANZIANI	11				11
	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	2	1			3
	ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI	1	3			4
	ASSISTENZA ALLE PERSONE NELLA FASE TERMINALE DELLA VITA	1				1
	ASSISTENZA PER DIPENDENZE PATOLOGICHE		1	1		2
	ASSISTENZA PER EMERGENZE SANITARIE	1				1
	ASSISTENZA PSICHIATRICA	9	3	1		13
	ATTIVITÀ DI CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE			3		3
	ATTIVITA' CLINICA			7	6	13
	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE			6		6
	ATTIVITA' DI LABORATORIO			1	1	2
	DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI			10	2	12
	PRESCRIZIONE FARMACI NOTA 99 AIFA				3	3
	VACCINAZIONI PER EMERGENZE PANDEMICHE			4		4
Pubblica Totale		25	8	33	12	78
Privata	ASSISTENZA AGLI ANZIANI	35				35
	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	4	4			8
	ASSISTENZA IDROTERMALE			2		2
	ASSISTENZA PER DIPENDENZE PATOLOGICHE	6				6
	ASSISTENZA PER EMERGENZE SANITARIE	1				1
	ASSISTENZA PERSONE CON INFEZIONE DA HIV	1				1
	ASSISTENZA PSICHIATRICA	7				7
	ATTIVITA' CLINICA				11	11
	ATTIVITA' DI LABORATORIO				8	8
	DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI				6	6
Privata Totale		54	4	2	25	85
Totale complessivo		79	12	35	37	163

Integrazione Socio-sanitaria

L'assistenza sociosanitaria comprende le prestazioni necessarie a soddisfare il bisogno di salute del cittadino, anche nel lungo periodo, a stabilizzare il quadro clinico, a garantire la continuità tra attività di cura e di riabilitazione, a limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita della persona, associando alle prestazioni sanitarie anche azioni di supporto e di protezione sociale.

È importante sottolineare che nel corso del 2024 è stato garantito, a tutti i cittadini che ne necessitavano, un percorso assistenziale integrato che ha incluso, laddove opportuno, sia le prestazioni sanitarie sia le prestazioni sociali. Per offrire maggiore qualità ed efficienza al servizio, sono stati attivi nel corso del 2024 gli sportelli unitari (PUA) cui i cittadini possono rivolgersi per la valutazione multidimensionale dei bisogni clinici funzionali e sociali, la presa in carico della persona e la definizione del progetto di assistenza individuale (PAI);

[Digitare il testo]

E' stata garantita, nel corso del 2024, la continuità della presa in carico del paziente tra le fasi dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza territoriale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi sul territorio, così articolati:

- assistenza sanitaria di base;
- emergenza sanitaria territoriale;
- assistenza farmaceutica;
- assistenza integrativa;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- assistenza protesica;
- assistenza termale;
- assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
- assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale;

Per i servizi di assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale dedicati alle diverse tipologie di utenti, sono state assicurate accoglienza, diagnosi, prestazioni sanitarie specialistiche, supporto psicologico, interventi riabilitativi, rapporti con altri servizi, ecc.

Nel 2024 è stata perseguita l'integrazione tra servizi sanitari e servizi socio assistenziali in quanto l'integrazione è un valore che si realizza sulla base di un sistema di norme (leggi, regolamenti, accordi) e attraverso percorsi tecnici metodologicamente fondati per ogni professione.

L'attività espletata nel 2024 è stata guidata dalla volontà di promuovere un miglioramento della qualità di vita dei pazienti, delle loro famiglie e dell'intera comunità. Pertanto, nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria l'Azienda ha profuso energie per dare risposte ai bisogni complessi del cittadino, riconosciuto nella sua globalità come persona a cui va garantito uno stato di benessere bio-psico-sociale.

Nello specifico relativamente ai processi socio-sanitari nel 2024 è stata avviata la rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari, attraverso la chiarificazione e la specificazione tra ambito sociale, ambito sanitario e area comune socio-sanitaria di:

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

Strutture residenziali

Nell'anno 2024 l'Area Integrazione Socio-Sanitaria ha continuato a svolgere una funzione di riferimento per i Distretti e le Direzioni Amministrative del territorio per l'applicazione delle Delibere di Giunta Regionale n. 1195/2013 e n. 1331/2014 che hanno ridefinito il sistema tariffario, gli standard assistenziali e la

[Digitare il testo]

compartecipazione nelle strutture residenziali e semi residenziali socio-sanitarie.

Assistenza domiciliare

L'Azienda nel corso dell'anno 2024 ha garantito alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. L'azienda ha assicurato la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio. Le cure domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, sono state integrate con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001 recante «Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria». Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del «Progetto di assistenza individuale» (PAI) sociosanitario integrato.

In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, si sono articolate in diversi livelli.

Le cure domiciliari sono state integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona e da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.

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

Per l'anno 2024, le cure domiciliari hanno garantito un aumento della presa in carico dei pazienti complessi, in condizione di fragilità socio assistenziale:

- aumento dei pazienti in nutrizione artificiale o portatori di device visto l'aumento anche nei soggetti giovani delle patologie tumorali).
- Aumento di pazienti che necessitano di educazione terapeutica per la gestione delle tracheostomie e stomie intestinali e urinarie, dei drenaggi biliari a seguito di diagnosi con tumore del pancreas.
- Cure domiciliari nel fine vita, come luogo preferenziale per una morte serena insieme ai propri cari.
- Cure domiciliari per la presa in carico di pazienti con malattie cronico degenerative in raccordo con H (scompenso/BPCO/IRC/SLA) favorendo continuità di cura e la presa in carico condivisa.

Le prestazioni erogate nel corso del 2024, ed i relativi volumi, vengono riepilogati nella tabella che segue, dalla quale si evince l'incremento significativo rispetto al 2024

[Digitare il testo]

Flusso Sistema informativo assistenza domiciliare (SIAD)

Tab. n. 15 Nr Accessi per tipo di prestazione

Anno di Erogazione	Tipo Prestazione	2024					2023				
		Distrett o 101	Distrett o 102	Distrett o 103	Distrett o 104	Totale	Distrett o 101	Distrett o 102	Distrett o 103	Totale	
2024	10-Gestione ventilazione meccanica - tracheostomia - sostituzione canula -	4	1	31	9	45	18	9	122	149	
	11-Gestione nutrizione enterale (SNG PEG)	28	38	140	63	269	152	72	259	483	
	12-Gestione nutrizione parenterale - gestione cvc	160	228	161	184	733	170	191	301	662	
	13-Gestione cateterismo urinario comprese le derivazioni urinarie	87	30	207	148	472	143	35	278	456	
	14-Gestione alvo comprese le enterostomie	5	11	37	119	172	21	240	62	323	
	15-Igiene personale e mobilitazione	268	214	299	112	893	289	299	309	897	
	16-Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari,	108	97	271	121	597	154	174	303	631	
	17-Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari,	162	31	250	271	714	236	111	307	654	
	18-Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici	13	2	8	10	33	9		52	61	
	19-Trattamento di rieducazione motoria – respiratoria	51	2	13	40	106	106	43	53	202	
	1-Visita domiciliare(comprensiva di valutazione clin	364	364	342	357	1.427	365	357	339	1.061	
	20-Trattamento di rieducazione del linguaggio	68				68	106			106	
	21-Trattamento di rieducazione dei disturbi neuropsicologici	212	12	32	22	278	251	109	82	442	
	2-Prelievo ematico	237	35	309	286	867	134	5	297	436	
	3-Esami strumentali	55	15	96	59	225	4		11	15	
	4-Trasferimento competenze/educazione del care giver	320	321	329	334	1.304	308	317	323	948	
	5-Supporto psicologico équipespaziente-	39	3	249	79	370	5		175	180	
	6-Terapie iniettive attraverso le diverse vie di som	341	17	175	330	863	328	61	60	449	
	7-Terapia infusionale SC e EV	42	3	21	14	80	18		2	20	
	8-Emotrasfusione	45		8	3	56	17	1	5	23	
	Totale		2.609	1.424	2.978	2.561	9.572	2.834	2.024	3.340	8.198

Complessivamente le prese in carico per l’anno 2024, con la specifica indicazione di quelle destinate agli over 65 anni, sono state le seguenti

Flusso Sistema informativo assistenza domiciliare (SIAD)					
Tab. n. 1i. Rapporto tra il numero di prese in carico attivate presenti in SIAD e il numero di prese in carico erogate					
Anno	Distretto	Nr PIC Attivate	Nr PIC Attivate OVER 65	Nr PIC Erogate	%
2024	Distretto 101	3.442	3.169	3.305	96,02%
	Distretto 102	2.661	2.420	2.463	92,56%
	Distretto 103	5.092	4.632	4.799	94,25%
Totale		11.195	10.221	10.567	94,27%
FLS 21 quadro H Nr casi trattati					
Rapporto SIAD attivate - FLS 21 quadro H		0,0%			
Rapporto SIAD erogate - FLS 21 quadro H		0,00%			
Sono considerate le 'prese in carico' (Pic) già aperte al 1 gennaio dell'anno di riferimento o aperte nel corso dello stesso anno. Per 'prese in carico attivate' si intendono quelle per le quali la regione					

Nella tabella sottostante sono mostrati i dati del raggiungimento degli obiettivi per le cure domiciliari.

Il tre distretti hanno raggiunto gli obiettivi per il CIA 1 e CIA2, mentre per il CIA3 pur risultando in lieve miglioramento rispetto al 2024 risulta ancora non soddisfacente il tasso raggiunto (seppur pressochè in media con l’andamento regionale)

Anno	Distretto	TOT PIC Erogate	Popolazione	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
2024	Distretto 101	3.305	137.872	418	3,03	999	7,25	1.221	8,86	520	3,77	46	0,33	101	0,73
	Distretto 102	2.463	77.740	221	2,84	868	11,17	767	9,87	377	4,85	30	0,39	200	2,57
	Distretto 103	4.799	134.270	729	5,43	1.579	11,76	1.475	10,99	807	6,01	75	0,56	134	1,00
Totale		10.567	349.882	1.368		3.446		3.463	30	1.704		151		435	

Per quanto riguarda l’indicatore di potenziamento delle cure palliative, nel 2024 sono stati mantenuti

[Digitare il testo]

attivi gli ambulatori di cure palliative nel territorio, mantenuti gli accordi con le associazioni oncologiche per garantire un fine vita dignitoso e più possibile al domicilio.

Le Cure Tutelari (Consultorio, UMEE e UMEA)

Consultorio Familiare

I Consultori Familiari (CF) sono servizi di base a tutela della salute della donna, degli adolescenti e della coppia/famiglia che svolgono attività di prevenzione, cura e promozione della salute rivolta ai singoli e alla comunità.

La rete dei Consultori Familiari (regolamentata ai sensi della legge n. 405/75 "Istituzione dei consultori familiari") è un servizio ad alta integrazione socio-sanitaria con competenze multidisciplinari.

La funzione è la promozione e la prevenzione nell'ambito della salute della donna e dell'età evolutiva per una politica sociale per la famiglia, per la coppia e per la donna.

L'obiettivo della normativa nazionale è di garantire servizi di prevenzione, informazione ed educazione sanitaria attraverso interventi sanitari e socio-sanitari.

Le prestazioni erogate costituiscono i livelli essenziali di assistenza (LEA).

Il Consultorio Familiare risponde alle richieste dirette della popolazione riguardanti le seguenti aree: maternità, infertilità, affidamento, adozione, contraccezione, menopausa, sessualità, relazioni di coppia, genitorialità, infanzia e adolescenza. Il sistema di interventi e servizi che si va descrivendo viene realizzato all'interno dei tre diversi Distretti Pesaro, Fano, Urbino, ciascuno dei quali con proprie sedi. In tutti i Distretti, per quanto riguarda l'area psicosociale, nel 2024 è stata presente, come richiesto dalla normativa vigente, una équipe multidisciplinare che si realizza attraverso le figure dell'assistente sociale e dello psicologo.

Il Consultorio lavora in integrazione con il territorio: Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali, Enti Istituzionali, Servizi Sociali dei Comuni, Istituzioni Scolastiche, Agenzie educative e Associazioni sportive. Nel 2024 l'Azienda ha garantito percorsi di presa in carico globale della persona e interventi mirati.

Area Giovani (UMEE)

L'Azienda ha offerto nel corso del 2024 percorsi e interventi a preadolescenti, adolescenti e alle loro famiglie, finalizzati al supporto psicologico e sociale, nell'ambito del percorso di crescita e nel processo di costruzione dell'identità.

Il percorso può anche prevedere il raccordo con gli altri servizi sanitari (territoriali e ospedalieri), con i Servizi Sociali dell'Ente Locale, con gli Istituti Scolastici, i MMG e i PDLS. In riferimento al supporto di quegli adolescenti che manifestano interruzioni al percorso di crescita ascrivibili più che ad un fisiologico momento di crisi ad un rischio psicopatologico, il Consultorio ha promosso e valorizzato l'Unità Valutativa Integrata Adolescenti (interdipartimentale). Sempre al fine di rafforzare la rete a supporto di tale target, nel 2024 il Consultorio ha operato in collaborazione con la NPI territoriale per rispondere agli obiettivi della DGRM 1225/2022 ("Potenziamento dei Servizi di Neuropsichiatria Infantile")

In riferimento all'area della affettività e sessualità, il Consultorio, in sinergia con le associazioni e gli Enti Locali, nell'anno ha effettuato incontri di sensibilizzazione nelle scuole, al fine di promuovere il benessere psicologico e sociale.

Le attività UMEE si sono sostanziate, nel 2024, nei seguenti volumi di prestazioni:

[Digitare il testo]

UMEE	DF in Uscita al 31/12/24	DF Totali al 31/12/24	di cui Nuove DF 2024	di cui F84	F84 liv.1	F84 liv.2	F84 liv.3	In carico Car Santo Stefano di Pesaro	di cui NUOVE DF 2024 Santo Stefano	In carico al CAR Don GNOCCHI FANO	di cui Nuove DF CAR Don GNOCCHI	DSA 2024	BES 2024
Distretto Sanitario di Urbino													
UMEE Urbino	6	117	8	9	2	2	5					18	20
UMEE CAGLI	8	88	10	12	2	7	3					20	10
UMEE Macerata Feltria	2	100	14	13	1	5	7					3	13
UMEE Urbania	1	109	39	7								21	33
Distretto Sanitario di FANO													
UMEE Fano	16	417	40	67	45	5	17					56	58
Umee Mondolfo	7	162	14	27	1	1	2					20	19
UMEE Pergola Mondavio	9	82	0	13								13	20
UMEE Fossombrone	8	117	9	21	4	6	11					14	13
UMEE Colli al Metauro	8	193	23	24								20	15
Distretto sanitario di PESARO													
UMEE Pesaro	65	500	45	87								380	504
UMEE Montecchio -Gabicce	20	319	31	6									32
TOTale	150	2.204	233	286				82	23	135		565	737

Unità Multidisciplinare Età Adulta

Il Servizio si è occupato di informazione, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, dei soggetti in condizione di disabilità (L.104/92) che hanno terminato l'obbligo scolastico fino ai 65 anni non ancora compiuti.

Il Servizio effettua accoglienza, orientamento, valutazione funzionale e presa in carico della persona adulta disabile e della sua famiglia, allo scopo di prevenire il disagio, promuovere la salute, l'autonomia personale, formulare risposte personalizzate ai bisogni di salute (PAI), facilitando l'accesso alla rete dei servizi.

Il Servizio collabora con le figure professionali dei Servizi Sociali degli Enti Locali, del Terzo Settore, dei Servizi Territoriali, delle Istituzioni Scolastiche; inoltre collabora con l'UMEE, con l'ADI, con il DSM e con gli operatori del Centro per l'Impiego e l'Orientamento e la Formazione Professionale.

Collabora con le Commissioni sanitarie per il riconoscimento dell'handicap, di cui all'art.4 della legge n. 104/92 e con le Commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile, art. 1 L.15.10.90 N.295.

Per quanto riguarda l'attività relativa ad UMEA vengono di seguito indicate le principali attività svolte nel 2024:

- elaborazione del progetto personalizzato integrato (PAI) in collaborazione con i Servizi Sociali dei Comuni e con l'ATS, Tirocini finalizzati all'Inclusione Sociale (TIS) all'autonomia delle persone e alla Riabilitazione;
- relazioni sociali per collocamento obbligatorio per invalidi (L.68/99);
- relazioni sociali per la fornitura di montascale e /o carrozzina elettrica;
- valutazioni neurologiche, monitoraggio farmacologico;
- osservazioni neuropsicologiche e delle capacità adattive, valutazione dell'autonomia personale e sociale, psicodiagnostiche, consulenza specialistica;
- consulenza/supporto psicologico per problemi individuali e familiari inerenti le problematiche della disabilità;
- progettazione di Vita Indipendente, rivolta a persone con disabilità fisico motoria grave, con l'obiettivo di vivere a casa propria, senza dover ricorrere al ricovero in strutture protette e di poter prendere autonomamente decisioni riguardanti la propria vita;
- progettazione Dopo di noi;
- progettazione e verifiche di inserimento presso le strutture residenziali (RSA Disabili) e semiresidenziali diurne;

[Digitare il testo]

- orientamento e accompagnamento/addestramento al lavoro;
- partecipazione ad incontri programmati per il passaggio dall'UMEE all'UMEA nell'ultimo anno di frequenza scolastica su richiesta degli operatori dell'UMEE per il progetto formativo di alternanza scuola lavoro o di alternanza scuola centro;
- partecipazione all'equipe integrata per gli inserimenti lavorativi, partecipazione al comitato tecnico provinciale (L.68/99) per gli inserimenti lavorativi.

Le attività sopra descritte si sono sostanziate, nel 2024, nei seguenti volumi di prestazioni:

UMEA Sede di: Fano		N. UTENTI
NUMERO COMPLESSIVO Disabili ANNO 2024		353
NUMERO NUOVI INGRESSI 2024		17 (di cui 4 con autismo)
NUMERO CASI INSERITI IN CSER		50
NUMERO CASI INSERITI IN RESIDENZIALI		30
NUMERO TIS		33
N. PROGETTI VITA INDIPENDENTE		24
N. PROGETTI PNRR "DOPO DI NOI"		4

UMEA Sede di: MONDOLFO		N. UTENTI
NUMERO COMPLESSIVO Disabili ANNO 2024		69
NUMERO NUOVI INGRESSI 2024		3
NUMERO CASI INSERITI IN CSER		18
NUMERO CASI INSERITI IN RESIDENZIALI		17
NUMERO TIS		3
N. PROGETTI VITA INDIPENDENTE		4
N. PROGETTI PNRR "DOPO DI NOI"		0

UMEA Sede di: Urbino		N. UTENTI
NUMERO COMPLESSIVO Disabili ANNO 2024		300
NUMERO NUOVI INGRESSI 2024		10
NUMERO CASI INSERITI IN CSER		6
NUMERO CASI INSERITI IN RESIDENZIALI		3
NUMERO TIS		75
N. PROGETTI VITA INDIPENDENTE		11
N. PROGETTI PNRR "DOPO DI NOI"		8
UMEA Sede di: PESARO		N. UTENTI
NUMERO COMPLESSIVO Disabili ANNO 2024		720
NUMERO NUOVI INGRESSI 2024		30
NUMERO CASI INSERITI IN CSER		60
NUMERO CASI INSERITI IN RESIDENZIALI		147
NUMERO TIS		96
N. PROGETTI VITA INDIPENDENTE		41
N. PROGETTI PNRR "DOPO DI NOI"		6

[Digitare il testo]

UMEA Sede di: FOSSOMBRONE		N. UTENTI
NUMERO COMPLESSIVO Disabili AL 31/12/2024		66
NUMERO NUOVI INGRESSI		11
NUMERO CASI INSERITI IN CSER		13
NUMERO CASI INSERITI IN RESIDENZIALI		4
NUMERO TIS		11
N. PROGETTI VITA INDIPENDENTE		2
N. PROGETTI PNRR "DOPO DI NOI"		8
UMEA Sede di: Colli al Metauro		N. UTENTI
NUMERO COMPLESSIVO Disabili ANNO 2024		88
NUMERO NUOVI INGRESSI 2024		6
NUMERO CASI INSERITI IN CSER		14
NUMERO CASI INSERITI IN RESIDENZIALI		3 (non so se ne ho altri , questi sono quelli che conosco sicuro)
NUMERO TIS		11
N. PROGETTI VITA INDIPENDENTE		4
N. PROGETTI PNRR "DOPO DI NOI"		7

UMEA Sede di: Pergola		N. UTENTI
NUMERO COMPLESSIVO Disabili ANNO 2024		45
NUMERO NUOVI INGRESSI 2024		2
NUMERO CASI INSERITI IN CSER		30
NUMERO CASI INSERITI IN RESIDENZIALI		0
NUMERO TIS		17
N. PROGETTI VITA INDIPENDENTE		2
N. PROGETTI PNRR "DOPO DI NOI"		5

NUMERO TOTALE AST-PU

UMEA AST PU		N. UTENTI
NUMERO COMPLESSIVO Disabili ANNO 2024		1.641
NUMERO NUOVI INGRESSI 2024		79
NUMERO CASI INSERITI IN CSER		191
NUMERO CASI INSERITI IN RESIDENZIALI		204
NUMERO TIS		246
N. PROGETTI VITA INDIPENDENTE		88
N. PROGETTI PNRR "DOPO DI NOI"		38

2.1.6 Farmaceutica Territoriale

Il governo della spesa farmaceutica messo in atto nel 2024 al fine di raggiungere gli obiettivi stabiliti, si è concretizzato nell'insieme di azioni finalizzate ad adeguare la spesa sostenuta dal Servizio Sanitario Nazionale per l'erogazione di medicinali al livello di risorse finanziarie disponibili.

Seppur ancora in essere le procedure di monitoraggio delle prescrizioni nel rispetto delle Delibere 974/2014, 963/2017 e 1764/2018 finalizzata ad una "messa in competizione" tra il singolo Medico e tutti gli altri in Regione Marche, si rileva che per l' AST Pesaro Urbino rimane ormai un margine estremamente ridotto di miglioramento, difficile da mantenere allineato con gli standard proposti per il 2024.

Quindi, in aggiunta al monitoraggio dello z-score sulle classi di ATC previste da indirizzo regionale, quale ulteriore strumento per il governo della spesa farmaceutica convenzionata, si è proceduto con rilevazioni e segnalazioni mensili ai Medici degli scostamenti superiori al 10% della "spesa lorda effettiva" rispetto alla "spesa attesa", comunicando i relativi importi economici di scostamento, con l'obiettivo di portare tutti ad uno scostamento inferiore

[Digitare il testo]

allo stesso 10%, salvaguardando al contempo il principio secondo il quale il MMG e PLS sono tenuti a fornire al paziente la miglior cura farmacologica secondo quanto dettato dalle linee guida dell'AIFA.

Il Servizio Farmaceutico ha comunicato, unitamente alla reportistica di scostamento, le principali criticità per guidare ogni singolo prescrittore al fine di migliorare il proprio andamento prescrittivo. Per agevolare i singoli prescrittori, l'Azienda si è inoltre adoperata per aumentare la distribuzione diretta.

Per tutto il 2024 si è proceduto come da indirizzo Regionale, nel rispetto delle Delibere 974/2014, 963/2017 e 1764/2018 ad oggetto Disposizioni relative alla promozione dell'appropriatezza e della razionalizzazione d'uso dei farmaci e del relativo monitoraggio, andando (secondo quanto concordato nel Pool di Monitoraggio del 03.05.2024) a richiamare oltre ai soliti Medici altoscostanti con z-score > 2 anche quei Medici con $1 > \text{z-score} > 2$ per le classi ATC identificate (statine, sartani, PPI, antibiotici, antidepressivi e aerosol asma e BPCO)

In corso del 2024 è stato riunito un Pool di Monitoraggio che ha espletato la propria attività quando si sono resi disponibili gli aggiornamenti MARNO a dicembre 2024, è stata inoltre costituita una Commissione Farmaceutica in data 19/09/2024 e sono state eseguite 43 ispezioni tra ordinarie e straordinarie (di cui 38 Farmacie + 3 Parafarmacie + 1 grossista).

Infine occorre evidenziare le prime azioni messe in campo dall'Azienda nel 2024 per rispondere all'esigenza di riorganizzazione in atto, che riguardano la centralizzazione dei magazzini che annovera tra i vantaggi già conseguiti, una più puntuale definizione dei giorni di consegna per ciascun centro di costo richiedente, una più razionale gestione delle scorte, una conseguente revisione dei percorsi di consegna, e consentirà il conseguimento, nel medio termine, di economie di scala dell'intera filiera.

L'effetto delle azioni messe in atto dal Servizio Farmaceutico Territoriale, per il contenimento della spesa nel 2024 ed il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva trova esplicitazione nella tabella che segue:

Spesa Lorda	Spesa Attesa	differenza	scost. %	MEDIA Z-score
50.943.191,74	51.097.075,87	- 153.884,13	-0,30	-0,07

Sebbene ci sia stato un incremento delle prescrizioni in Convenzionata pari al + 1,48 % e in DPC al + 7,62 % che si è tradotto con un incremento di spesa del + 5,24 % per la Convenzionata e + 20,02 % per la DPC, il dettaglio (dati MARNO) degli scostamenti prescrittivi a DICEMBRE 2024 dei MMG tra "spesa lorda effettiva" e "spesa attesa" con i relativi importi economici, risulta come in tabella riportato, con una differenza pari - € 153.884,13, uno scostamento percentuale di - 0,30 % ed uno z-score medio pari a - 0,07- così ripartito nel contesto regionale:

[Digitare il testo]

Farmaci delle cure primarie - Posizionamento degli ambiti zionali rispetto all'insieme							
Ambiti	Assistibili Residenti	Età media anni	% trattati	Spesa Lorda		Scostamento	€ pro-capite
				Rilevata	Attesa (*)		
Ancona Nord	66.324	47,6	73,7%	12.265.340	11.277.609	8,76%	184,9
Fabriano	41.340	48,3	75,2%	7.767.863	7.227.172	7,48%	187,9
Macerata	121.431	48,0	74,2%	22.075.264	21.162.677	4,31%	181,8
Civitanova Marche	116.853	46,6	74,3%	19.817.665	19.040.280	4,08%	169,6
Fermo	161.581	47,9	73,0%	28.636.829	27.853.280	2,81%	177,2
Camerino	39.214	49,5	74,1%	7.363.609	7.206.336	2,18%	187,8
Ascoli Piceno	94.629	48,8	73,7%	17.158.683	16.833.662	1,93%	181,3
Fano	129.949	47,1	71,9%	21.811.197	21.587.440	1,04%	167,8
Ancona Centro	96.367	47,6	69,7%	16.579.195	16.476.979	0,62%	172,0
Jesi	98.259	47,3	73,9%	16.605.469	16.591.276	0,09%	169,0
Urbino	75.104	47,4	71,1%	12.661.899	12.778.261	-0,91%	168,6
Ancona Sud	81.506	46,1	68,6%	12.659.365	13.032.467	-2,86%	155,3
Senigallia	74.334	48,4	72,2%	12.357.301	13.000.094	-4,94%	166,2
San Benedetto T.	97.347	47,5	71,9%	15.254.232	16.473.114	-7,40%	156,7
Pesaro	132.898	46,9	69,0%	19.473.861	21.947.126	-11,27%	146,5

Che vede la spesa pro-capite di Pesaro posizionata al 1° posto come ex ZT, seguita da Urbino e Fano rispettivamente al 5° e al 6°.

Si tenga infine in considerazione la seguente tabella:

Azienda Sanitaria Territoriale 1 Pesaro Urbino		Farmaci dispensati in ambito territoriale COMPOSIZIONE ED ANDAMENTO DEI CONSUMI E DELLA SPESA				Periodo 2024 anno		
Popolazione al 1° gennaio (ISTAT)		349.882	Lordo pro-capite cure primarie		158,71			
Popolazione pesata e normalizzata (Italia = 1)		356.751	Lordo pro-capite specialisti		559,54			
Categorizzazione dei farmaci dispensati		Periodi		Consumi rilevati		Importo corrispondente	Rapporto effettivo/lordo	
				Confezioni	DDD	Lordo	Effettivo [1]	
Canale di dispensazione	Convenzionata	2024 anno		6.352.127	148.170.272	57.815.858	50.271.161	87,0%
		2023 anno		6.288.851	145.872.853	56.053.424	47.271.492	84,3%
		Δ%		1,01%	1,57%	3,14%	6,35%	2,6%
	Per conto	2024 anno		481.081	11.618.939	50.458.280	21.678.429	43,0%
		2023 anno		453.652	11.268.493	40.923.653	18.135.104	44,3%
		Δ%		6,05%	3,11%	23,30%	19,54%	-1,4%
	Diretta	2024 anno		167.610	3.400.858	147.961.696	52.263.365	35,3%
		2023 anno		101.818	2.121.889	76.991.444	32.750.612	42,5%
		Δ%		64,62%	60,28%	92,18%	59,58%	-7,2%

In un contesto di incremento complessivo delle prescrizioni (ricette) e delle DDD, nel 2024 si osserva che la relativa spesa aumenta meno che proporzionalmente, e, nella distribuzione per conto ed in quella diretta, lo scostamento tra l'effettivo ed il lordo assume un valore negativo.

2.1.7 Offerta ospedaliera

[Digitare il testo]

Il Presidio ospedaliero della AST Pesaro Urbino comprende gli stabilimenti di Pesaro, Fano, Urbino e Pergola, quest'ultimo riconosciuto come ospedale in Area disagiata, le cui rispettive denominazione e ubicazioni vengono di seguito riportate:

- "Ospedale Santa Croce" di Fano – via Vittorio Veneto, 2 – Fano (PU);
- "Ospedale Santi Carlo e Donnino" di Pergola – via Giuseppe Di Vittorio, 2 - Pergola (PU);
- "Ospedale San Salvatore" di Pesaro – p.le Cinelli, 4 e via Lombroso,1 – Pesaro (PU);
- "Ospedale Santa Maria della Misericordia" di Urbino - viale Federico Comandino, 70 – Urbino (PU).

Il Presidio Ospedaliero, quale articolazione organizzativa ospedaliera aziendale dotata di autonomia gestionale ed economico-finanziaria, aggrega dunque funzionalmente tutti gli stabilimenti aventi sede nel medesimo territorio, che opereranno in sinergia tra loro integrandosi attraverso i percorsi diagnostico terapeutici essenziali per il corretto funzionamento delle reti, anche regionali, al fine di garantire il miglioramento della sicurezza e qualità delle cure, oltre al maggior soddisfacimento dei bisogni di tutta la popolazione residente nel territorio di riferimento.

In particolare relativamente alle Reti tempo dipendenti:

- *Ictus e stroke unit* con percorso interno farmacologico e interventistico – Rete Ictus
- IMA (Infarto Miocardico Acuto) – Rete Cardiologica
- Trauma minore nell'ambito del percorso trauma maggiore con l'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche (AOU) – Rete Traumatologica
- Neonatologia e dei punti nascita – Rete Percorso Nascita

il modello individuato è di tipo "*hub and spoke*" dove gli *hub* sono responsabili della gestione dei casi più complessi, con personale altamente specializzato, tecnologie avanzate e risorse per gestire l'alta intensità di cure; gli *spoke* erogano invece servizi di minore complessità e garantiscono la continuità della cura collaborando con l'HUB di riferimento.

Tale modello ha l'obiettivo di favorire l'equità di accesso all'offerta da parte dei cittadini, anche per le collettività più distanti dai centri di alta specializzazione e garantire la sicurezza e la 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.

In riferimento alle seguenti Reti di alta specialità e di patologia:

- Rete neurologica e neurochirurgica
- Rete cardiologica, emodinamica, chirurgia vascolare e elettrofisiologia
- Malattie degli organi emopoietici e sistema immunitario
- Rete chirurgica generale e specialistica open, mininvasiva e robotica
- Rete ortopedica e traumatologica
- Rete materno infantile
- Rete area medica, specialistica e post acuzie ospedaliera

[Digitare il testo]

- Rete oncologica
- Rete dei laboratori e dei servizi
- Rete della riabilitazione e recupero funzionale
- Rete della salute mentale e delle dipendenze

la complessità delle reti e i nodi delle stesse sono determinati dal fabbisogno della popolazione calcolato in base ai dati epidemiologici, alla produzione propria del privato accreditato e alla mobilità da recuperare.

I singoli Stabilimenti ospedalieri sono connotati da una propria prerogativa e specificità, sviluppata nell’ambito delle reti cliniche “tempo dipendenti”, di “alta specialità”.

Le funzioni del Presidio sono esercitate tramite i dipartimenti che, a loro volta, aggregano le unità operative presenti e assicurano l'integrazione della gestione tra gli stabilimenti ospedalieri.

Sono inoltre presenti, per quanto attiene all’ospedalità privata accreditata, posti letto all’interno dell’Ospedale di Comunità di Cagli (gestione Kos Care) e all’interno della struttura di Sassocorvaro (gestione “Villa Rete Montefeltro”).

La dotazione di posti letto ordinari e DH (al netto delle variazioni temporanee), risulta la seguente (Fonte Modello hsp12 2024).

Anno	2024		
Struttura	Posti Letto (HSP12) Ordinari	Posti Letto (HSP12) DH	TOTALE Posti Letto (HSP12)
	788	129	917
Totali	788	129	917
Cagli	30	0	30
Fano	220	39	259
Pergola	59	8	67
Pesaro	273	47	320
Urbino	166	23	189
Villa Montefeltro	40	12	52

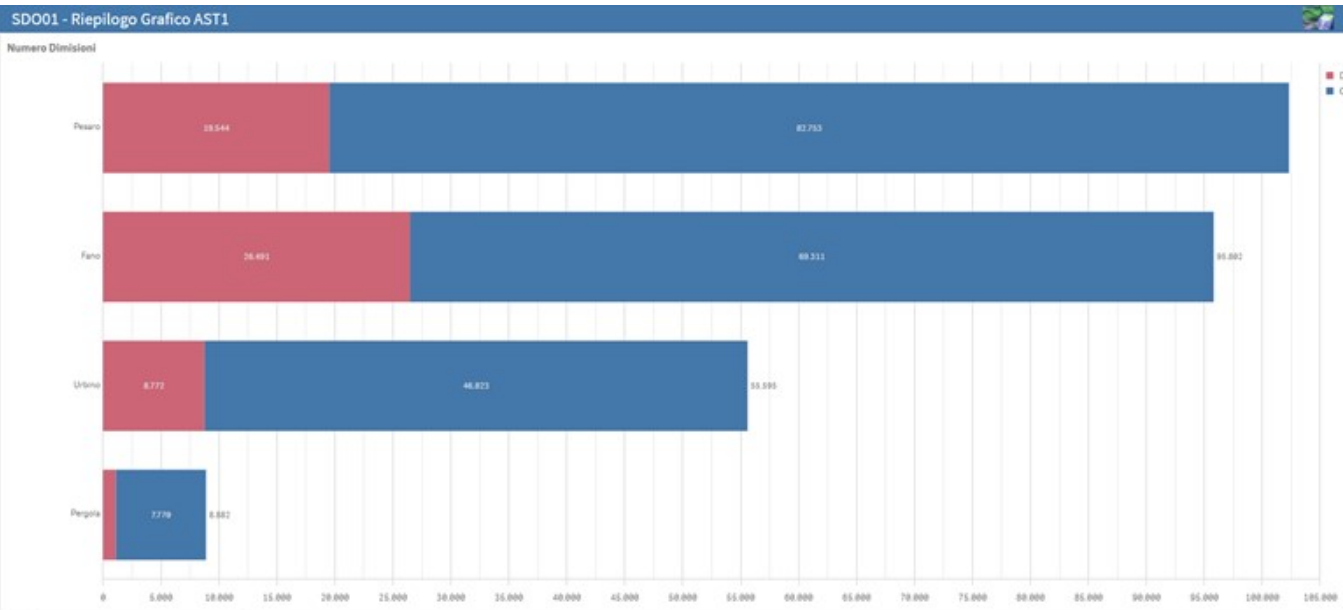
Considerando i dati consuntivi nell’anno 2024, l’attività ospedaliera complessivamente intesa si è concretizzata in circa 35 mila dimessi totali, per un valore complessivo pari a circa 129 milioni di euro (valore calcolato in base alla tariffa al lordo degli abbattimenti regionali), mostrando quindi un incremento rispetto al 2024, legato soprattutto ad un incremento del peso medio DRG, ovvero ad una maggiore complessità della casistica trattata, come meglio evidenziato nelle tabelle che seguono

Numero dimessi 2024 rispetto al 2024

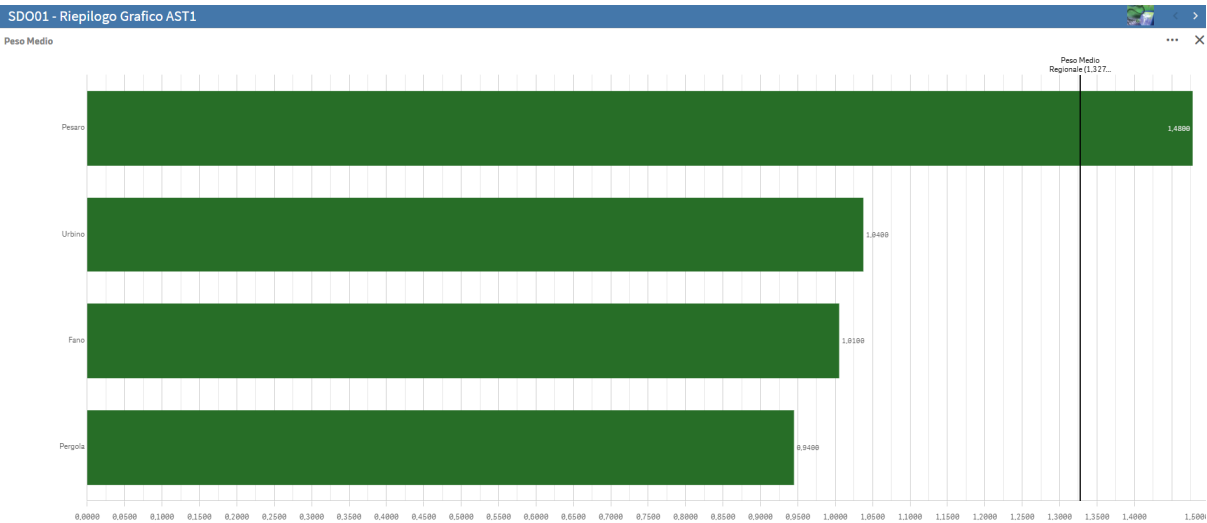
[Digitare il testo]

AST PU Dimessi SDO anno 2024 vs anno 2023													
Istituti Pubblici e Privati convenzionati													
		Nro dimessi			Degenza Media		Peso medio		Drg medio		Valore Totale DRG*		
ISTITUTO_PUB_PRIV	DESCR_ISTITUTO	2023	2024	diff	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	diff
PUBBLICO	STABILIMENTO DI PESARO	13.802	13.701	- 101	6	6	1,4478	1,4731	4.395,31 €	4.605,10 €	60.664.069,95 €	63.094.502,08 €	2.430.432,13 €
	STABILIMENTO DI FANO	13.064	12.540	- 524	5,2	5,4	1,0311	1,0418	2.722,69 €	2.846,03 €	35.569.218,49 €	35.689.184,44 €	119.965,95 €
	STABILIMENTO DI URBINO	6.338	6.398	60	6,2	6,2	1,1023	1,111	3.233,93 €	3.288,44 €	20.496.658,25 €	21.039.463,80 €	542.805,55 €
	STABILIMENTO DI PERGOLA	1.288	1.423	135	9,8	9,3	0,9034	0,9457	3.037,30 €	3.069,74 €	3.912.043,50 €	4.368.238,03 €	456.194,53 €
PUBBLICO Totale		34.492	34.062	- 430	5,9	5,9	1,206	1,2242	3.497,68 €	3.646,04 €	120.641.990,19 €	124.191.388,35 €	3.549.398,16 €
PRIVATO	CASA DI CURA VILLA MONTEFELTRO	1.019	790	- 229	2,7	3	1,1394	1,1894	2.729,12 €	3.108,81 €	2.780.969,43 €	2.455.963,18 €	-325.006,25 €
	CENTRO SANTO STEFANO - CAGLI	308	294	- 14	31,4	33,6	0,7916	0,7275	7.772,95 €	8.197,16 €	2.394.068,07 €	2.409.965,76 €	15.897,69 €
PRIVATO Totale		1.327	1.084	- 243	9,4	11,3	1,059	1,0641	3.899,80 €	4.488,86 €	5.175.037,50 €	4.865.928,94 €	-309.108,56 €
Totale complessivo		35.819	35.146	- 673	6	6,1	1,201	1,2193	3.512,58 €	3.672,03 €	125.817.027,69 €	129.057.317,29 €	3.240.289,60 €

I grafici che seguono rappresentano una sintesi dei dati dell’attività di ricovero 2024, in particolare il primo grafico illustra la distribuzione tra i vari stabilimenti dei ricoveri, suddivisi per Ordinari (in colore blu) e Day Hospital/surgery (in colore rosso).

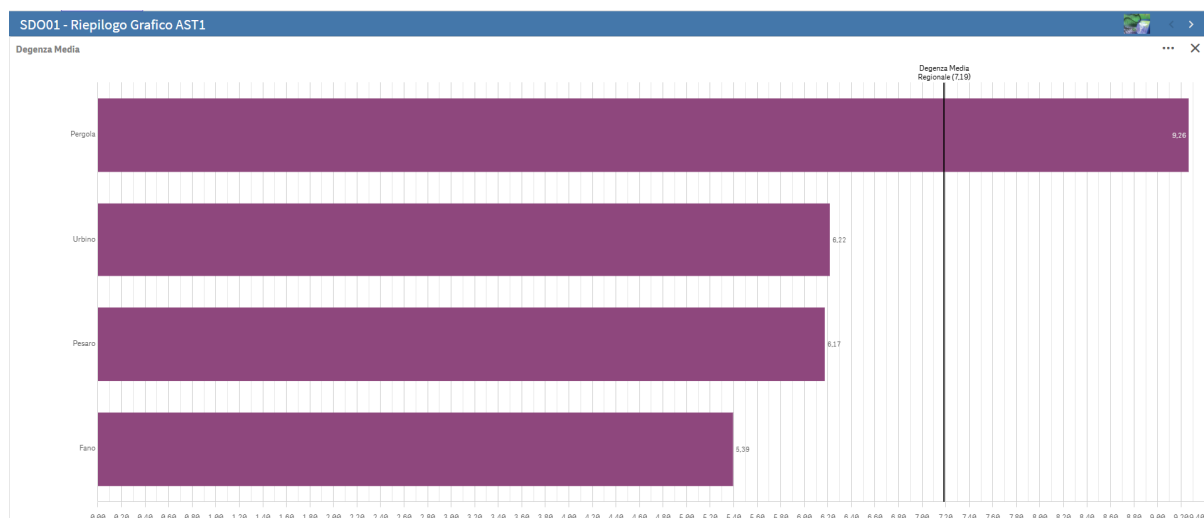


Il grafico che segue mostra, per ciascuna struttura aziendale, il valore raggiunto nel 2024 in relazione al peso medio DRG, commisurato alla media regionale



[Digitare il testo]

Anche in relazione alla degenza media, il grafico che segue rappresenta il dato 2024 per struttura in relazione alla media regionale, denotando un'ottimo posizionamento degli stabilimenti aziendali



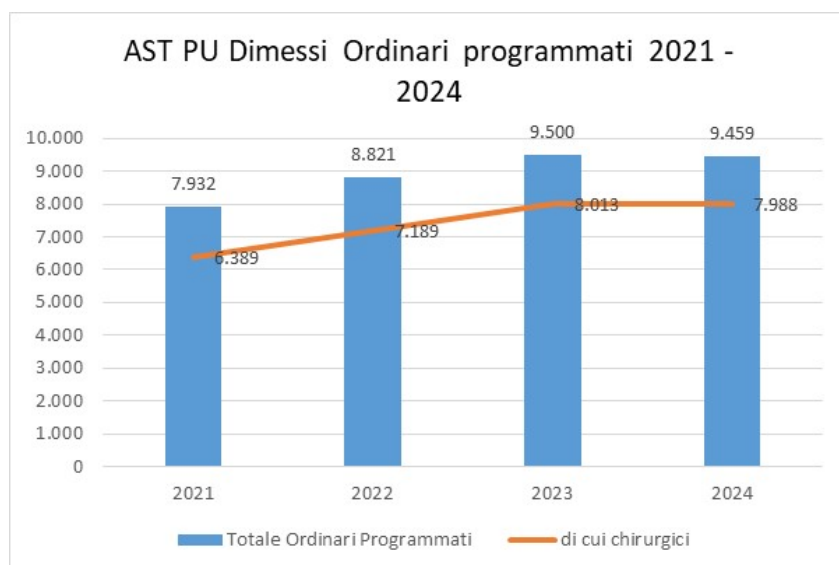
Osservando i dati in riferimento all'attività nei diversi stabilimenti, si osserva una importante incremento di casi trattati nell'ospedale di Pergola che, in termini percentuali, aumenta la propria attività del 10% circa.

Passando poi all'analisi dei dati relativi ai ricoveri programmati, si osserva un andamento crescente nel tempo e pressoché costante nel 2024, sia dei ricoveri programmati complessivamente intesi, sia dei dimessi programmati con DRG di tipo chirurgico

Dimessi Ordinari Programmati		
	Totale Ordinari Programmati	di cui chirurgici
2021	7.932	6.389
2022	8.821	7.189
2023	9.500	8.013
2024	9.459	7.988

In merito all'attività chirurgica sopra menzionata, il grafico che segue illustra il trend che ha interessato il 2024 in termini di dimessi ordinari programmati, per i DRG chirurgici si rileva un mantenimento del target ottimale già raggiunto nel 2024, fattore comune tra le diverse discipline chirurgiche, con evidenza dell'incremento nell'utilizzo della chirurgia robotica, ormai giunta a livelli di massimo utilizzo, e una contestuale diminuzione dei parti cesarei così come previsto dalle linee guida regionali e ministeriali

[Digitare il testo]



	2023	2024	diff
Dimessi SDO con procedura di robotica	247	261	14

Ciò in quanto all'attività di tipo chirurgico, stante che il percorso del paziente sottoposto ad intervento chirurgico riveste particolare attenzione in quanto driver principale della produzione ospedaliera, risulta prioritaria la ricerca di appropriatezza e la creazione di Value.

Le tecniche chirurgiche, la tecnologia a sostegno di queste e la revisione dei percorsi di preparazione all'intervento, stanno progressivamente aumentando la quota di pazienti che non necessitano di ricovero ospedaliero a sostengo delle procedure chirurgiche.

Dall'analisi temporale dei dati di attività, e dagli indicatori che seguono, si evince che l'AST di Pesaro e Urbino, seppur in un periodo di transizione organizzativa, ha espresso al meglio il proprio potenziale, dimostrando un sostanziale orientamento al raggiungimento degli obiettivi posti a livello regionale in termini di appropriatezza e sviluppo della vocazione, indirizzata a soddisfare bisogni del territorio di riferimento, come dimostrato dalla tabella che segue

Principali indicatori di attività 2024

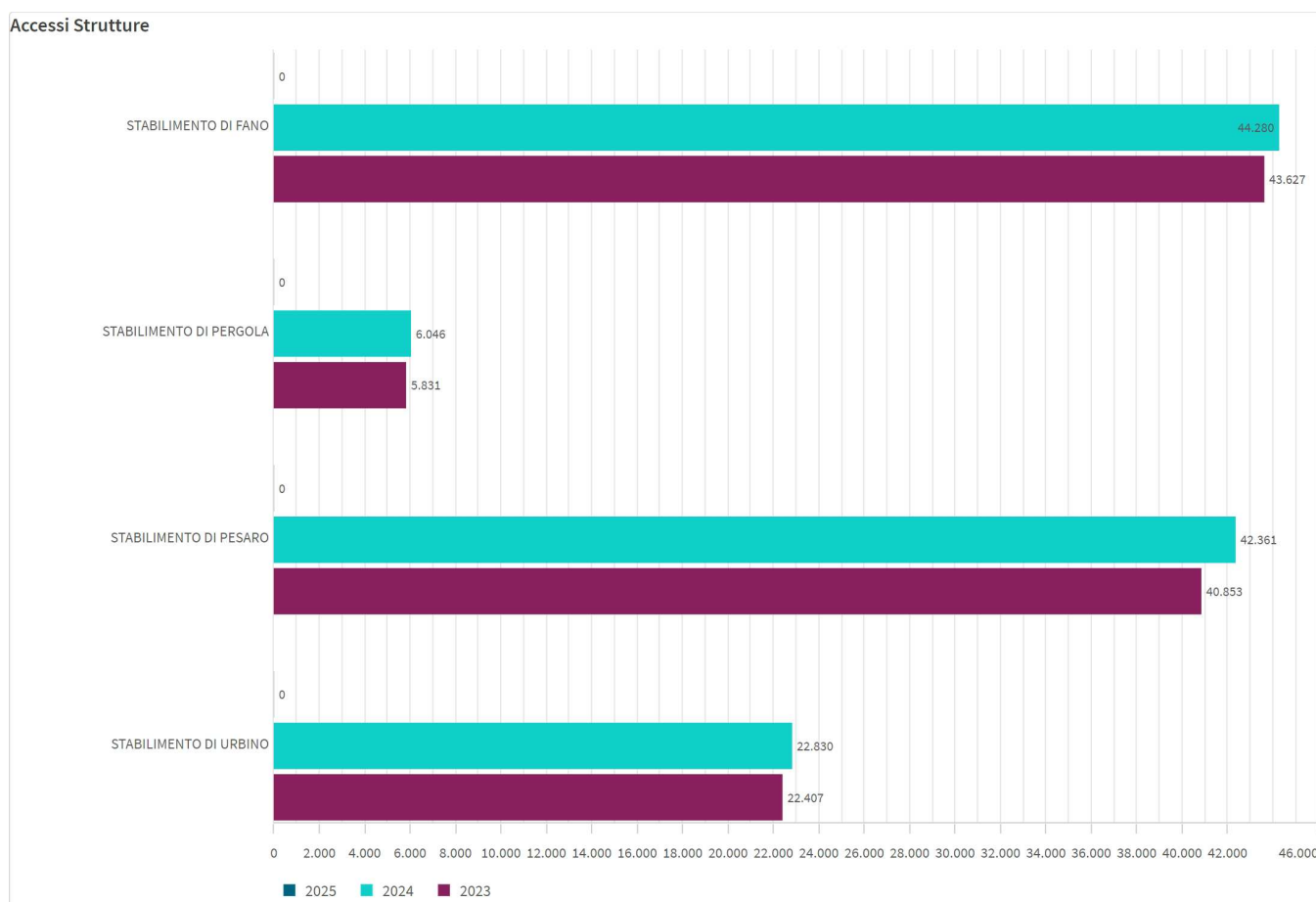
[Digitare il testo]

Alcuni Indicatori DGR 159 /2016 AST PU		
	Soglia minima DGR 159/2016	2024
Interventi chirurgici Ca Mammella	150	599
Colecistectomia Laparoscopica (interv. Princ. 5123)	100	374
Colecistectomia Laparoscopica proporzione ricoveri con degenza post operatoria <3 giorni *	70% minimo	88,5%
Frattura del collo del femore: volume interventi chirurgici (dimessi SDO)	75	653
Frattura del collo del femore: % interventi entro 2 giorni per pazienti con età >65 anni*	60% minimo	87,7%
IMA (diagnosi principale): volume di ricoveri*	100	620
Parti	1000	1533

Emergenza-urgenza ospedaliera

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 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.

Il grafico che segue mette in evidenza il numero di accessi in pronto soccorso distribuito tra le diverse strutture aziendali (la Struttura di Pergola assicura un punto di primo intervento)



Il costante incremento degli accessi impone una della riorganizzazione della rete emergenza-urgenza. La riorganizzazione della rete Emergenza Urgenza della AST di Pesaro Urbino è partita dal presupposto che per aumentare la capacità e la resilienza del sistema è necessario lavorare in maniera integrata e strutturata rispetto ai seguenti punti:

- sovraffollamento del PS;
- inappropriatezza di accesso al PS;
- gestione della cronicità;
- degenza media e ricoveri inappropriati;
- analisi della rete della bassa complessità territoriale e della continuità assistenziale.

Rispetto all'incremento della pressione subita - + 2.585 accessi nel 2024 - , la performance dei Pronto soccorso 2024 registra valori in mantenimento o rispetto al 2024 per la quasi totalità degli indicatori.

La risposta alle aree disagiate

La Provincia di Pesaro e Urbino 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.

Il DM 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

[Digitare il testo]

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.

Lo Stabilimento ospedaliero di Pergola, designato come "Ospedale di area disagiata" dalla DGRM n.1554/2018, così come ribadito dal Piano Socio Sanitario della Regione Marche 2024-2025, svolge un ruolo centrale nel garantire una sanità di prossimità per i cittadini residenti in aree caratterizzate da condizioni geografiche difficili e da limitate connessioni con la rete viaria principale.

Le attività "core" che lo stabilimento di Pergola ha assicurato nel 2024 sono state:

- in area medica, attività clinico assistenziale di media e bassa complessità e post acuzie, riabilitazione ospedaliera;
- in area chirurgica, chirurgia generale per patologie di media e bassa complessità, chirurgia specialistica di bassa complessità in integrazione con la rete ospedaliera della AST;
- Punto di Primo Intervento (PPI), integrato nella rete della emergenza territoriale e, in particolare, con i DEA di livello superiore di cura;
- attività di diagnostica strumentale e specialistica, in particolare diagnostica per immagini e diagnostica di laboratorio.

Passando ai volumi di attività riferite all'ospedale di Pergola si osserva che nel 2024 l'attività di ricovero ha rilevato un incremento complessivo di circa 456.000 euro, migliorando l'indice di degenza media e contemporaneamente aumentando il peso medio del DRG e quindi la complessità della casistica trattata

Stabilimento Pergola Dimessi SDO 2023 2024												
	Nro dimessi			Degenza Media		Peso medio		Drg medio		Valore Totale DRG		
Regime ricovero	2023	2024	diff	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	diff
Ordinari	1.024	1.144	120	12,1	11,3	0,933	0,978	3.499	3.521	3.582.753	4.027.937	445.185
DH/DS	264	279	15	1,0	1,0	0,788	0,811	1.247	1.220	329.291	340.301	11.010
Totale complessivo	1.288	1.423	135	9,8	9,3	0,903	0,946	3.037	3.070	3.912.044	4.368.238	456.195

L'incremento di attività è principalmente legato all'aumento dell'attività di ricovero di tipo medico, così come consono alla sua natura di ospedale di area disagiata.

In riferimento all'attività ambulatoriale, così come programmato, nel 2024 si osserva un incremento rispetto all'anno precedente nella quasi totalità delle prestazioni rese, che complessivamente si sostanzia in +21.762 prestazioni per un valore incrementale di circa 315.000 euro

[Digitare il testo]

Stabilimento Pergola Prestazioni specialistiche 2023 vs 2024						
Liv 3	Num. Prestazioni			Valore		
	2023	2024	diff	2023	2024	diff
D11-Radiologia tradizionale RX	11.549	14.925	3376	310.698,10 €	406.557,30 €	95.859,20 €
D21-Ecografia	2.602	2.647	45	101.524,00 €	102.970,70 €	1.446,70 €
D23-Elettromiografia	937	1.070	133	9.651,10 €	11.214,40 €	1.563,30 €
D24-Endoscopia	3	9	6	191,10 €	573,30 €	382,20 €
D29-Altra diagnostica strumentale	513	777	264	13.900,60 €	19.865,50 €	5.964,90 €
D30-Biopsia	3	12	9	58,50 €	234,00 €	175,50 €
D90-Altra diagnostica	18	86	68	142,30 €	1.361,00 €	1.218,70 €
L11 - Prelievo sangue venoso	13.948	14.319	371	55.792,00 €	57.275,20 €	1.483,20 €
L15-Prelievo citologico	23	53	30	94,30 €	217,30 €	123,00 €
L20-Chimica clinica	165.626	180.131	14505	748.133,66 €	833.593,16 €	85.459,50 €
L30-Ematologia/coagulazione	19.335	20.731	1396	74.759,40 €	82.247,65 €	7.488,25 €
L40-Immunoematologia e trasfusionale	105	120	15	921,00 €	1.049,40 €	128,40 €
L50-Microbiologia/virologia	6.191	6.794	603	58.414,22 €	86.332,90 €	27.918,68 €
L60-Anatomia ed istologia patologica	1.374	1.491	117	19.499,10 €	22.165,10 €	2.666,00 €
L70-Genetica/citogenetica	151	198	47	23.301,00 €	24.470,50 €	1.169,50 €
R10-Riab.diagnostica	111	120	9	896,40 €	1.058,40 €	162,00 €
R20-Riab. e rieducazione funzionale	3.791	3.369	-422	29.876,40 €	26.392,20 €	-3.484,20 €
R30-Terapia fisica	1.360	1.375	15	2.195,00 €	2.246,30 €	51,30 €
R90-Altra riabilitazione	193	135	-58	1.831,20 €	1.142,40 €	-688,80 €
T30-Odontoiatria	300	337	37	4.418,10 €	5.101,50 €	683,40 €
T50-Chirurgia ambulatoriale	1.429	1.758	329	447.786,40 €	551.149,45 €	103.363,05 €
T90-Altre prestazioni terapeutiche	1.558	1.719	161	11.106,85 €	11.082,90 €	-23,95 €
V10-Primavisita	4.653	5.332	679	102.357,90 €	117.304,00 €	14.946,10 €
V20-Visita di controllo	2.002	2.260	258	32.406,00 €	36.489,90 €	4.083,90 €
-	80	183	103	109,00 €	342,30 €	233,30 €
totale complessivo	240.519	262.281	21.762	2.290.548	2.605.496	314.948,23 €

Per quanto riguarda le strutture territoriali di Fossombrone, Cagli e Sassocorvaro, che sono poste in aree svantaggiate della provincia di Pesaro-Urbino, esse rivestono il ruolo di collante tra il domicilio del paziente, l'assistenza primaria e l'ospedalità, per i territori interessati, tra questi l'Ospedale di Comunità di Fossombrone che diventa l'anello di unione tra Ospedale per acuti (Urbino) e la domiciliarità attraverso setting di intensità diversa, dal Medico di Medicina Generale-MMG/Continuità assistenziale, all'Ambulatorio di continuità assistenziale primaria (A.c.a.p.), alle cure intermedie, di riabilitazione, di specialistica ambulatoriale fino alla specialistica ospedaliera. L'anello di unione tra queste realtà è il MMG e l'Infermiere di Comunità.

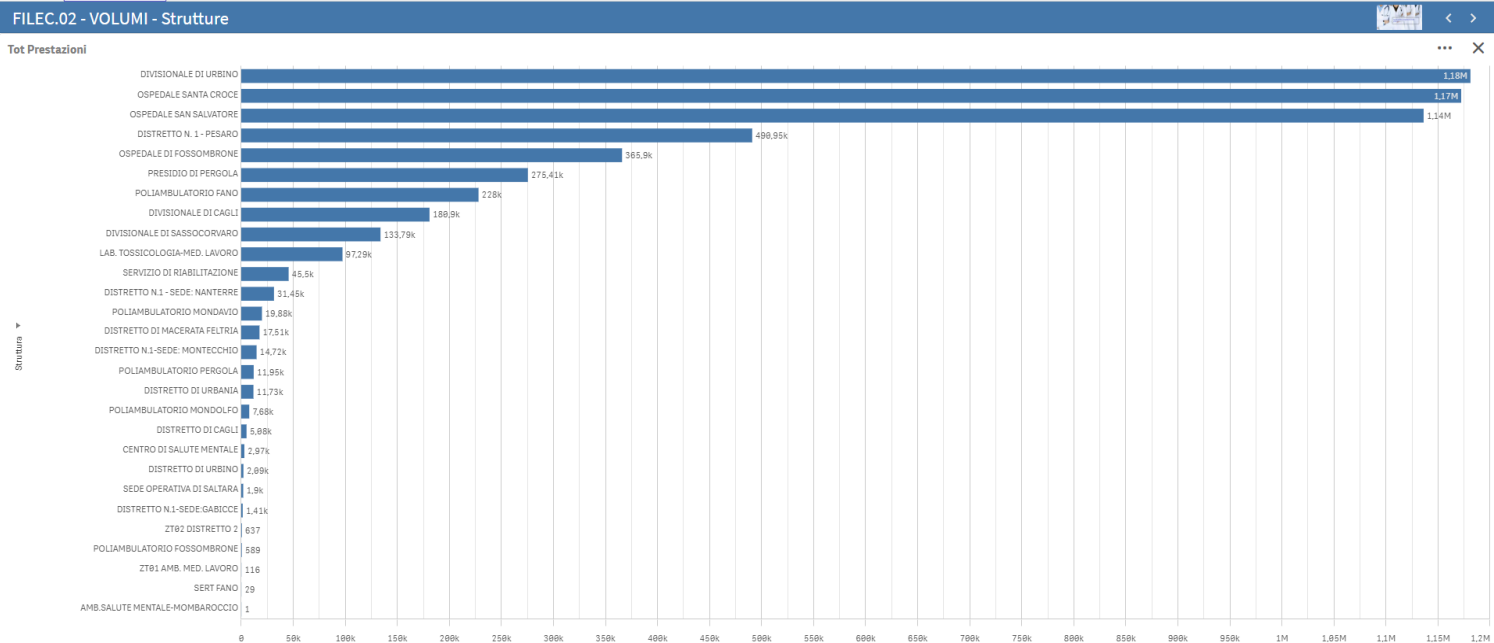
2.1.8 Attività di specialistica ambulatoriale

Anche sul versante dell'attività specialistica ambulatoriale, l'Azienda, nel 2024, ha adottato una rimodulazione dell'offerta per far fronte alla variegata e più consistente richiesta di prestazioni nonché ai target regionali di cui alla DGRM n. 1703 del 11/11/2024 e ss.mm.ii.

Nell'anno 2024 sono state erogate, dalle strutture aziendali, 4.676 mila prestazioni, per un valore complessivo di circa 65 milioni di euro.

La distribuzione dell'offerta tra le diverse strutture aziendali è rappresentata dal seguente grafico

[Digitare il testo]

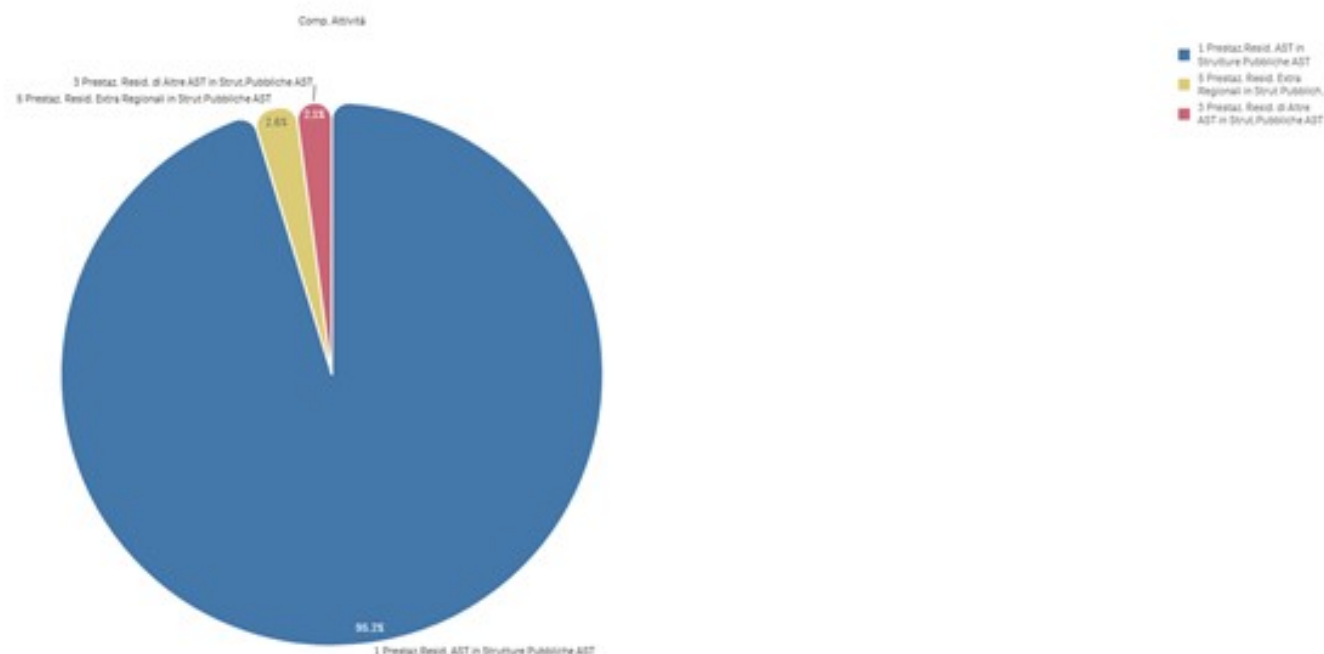


Nello specifico, rispetto all’anno precedente, si è registrato un incremento di prestazioni erogate pari a circa 100 mila - al netto delle prestazioni erogate dal Laboratorio Analisi - ed un correlato aumento del valore economico di circa 3,5 milioni di euro.

La tabella sotto riportata elenca le prestazioni che hanno registrato un maggior incremento nel 2024

AST Pesaro Urbino						
Attività ambulatoriale SSN erogate da Strutture Pubbliche e Private						
Anno 2023 vs 2024						
	Numero Prestazioni			Valore a tariffa		
Aggregazione	2023	2024	diff	2023	2024	diff
D11-Radiologia tradizionale RX	109.200	128.537	19.337	2.600.961	3.194.263	593.303
L50-Microbiologia/virologia	165.727	177.301	11.574	1.850.103	2.506.532	656.429
V20-Visita di controllo	150.479	158.818	8.339	2.390.998	2.526.168	135.170
T90-Altre prestazioni terapeutiche	168.836	174.894	6.058	1.909.235	1.949.465	40.230
Altro	11.305	15.590	4.285	5.259.288	6.728.010	1.468.721
R90-Altra riabilitazione	25.939	29.209	3.270	234.754	257.946	23.191
D25-RM	18.917	21.589	2.672	3.013.526	3.419.428	405.902
T50-Chirurgia ambulatoriale	24.653	27.152	2.499	5.562.115	6.040.150	478.035
D24-Endoscopia	13.872	15.176	1.304	1.186.915	1.328.397	141.483
D29-Altra diagnostica strumentale	48.666	49.534	868	1.582.889	1.593.508	10.619
R10-Riab.diagnostica	8.754	9.344	590	88.497	91.214	2.718
D23-Elettromiografia	5.791	6.185	394	530.249	557.299	27.050
T30-Odontoiatria	7.291	7.666	375	145.366	154.256	8.890
L60-Anatomia ed istologia patologica	34.568	34.910	342	1.310.333	1.242.141	- 68.192
T40-Trasfusioni	2.489	2.713	224	100.674	128.195	27.521
D14-Medicina nucleare	3.820	3.961	141	2.681.557	2.740.009	58.452
D12-Tac	21.023	21.062	39	2.418.097	2.466.802	48.705
D13-Diagnostica vascolare	7	10	3	1.762	2.262	500

Come si evince dal grafico sotto riportato, complessivamente l’AST di Pesaro Urbino ha soddisfatto la domanda essenzialmente a favore dell’utenza residente presso la Provincia di Pesaro.



2.1.9 Governo delle liste d'attesa

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino, sulla base di quanto disposto dalla DGRM n.504 del 03/04/2024 recante ad oggetto "Piano Operativo Regionale 2024: recupero e miglioramento liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri e screening" ha elaborato apposito piano di potenziamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, in coerenza alle risorse assegnate. Per la predisposizione del piano in oggetto, relativamente al potenziamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, sono stati applicati i seguenti criteri:

- Primi accessi: sono state individuate le prestazioni, monitorate ai sensi del PNGLA 2019-2021, che hanno presentato maggiori criticità per quanto riguarda i tempi di attesa ex-post (priorità B e D) e/o che hanno registrato una maggiore deflessione nell'erogato degli anni precedenti;
- Accessi successivi: è stata data priorità alle prestazioni rientranti nei percorsi di presa in carico di pazienti con patologie croniche, per cui si sta osservando un incremento della domanda da parte degli utenti. Le discipline interessate sono prevalentemente le seguenti: oncologia, cardiologia, pneumologia, gastroenterologia, neurologia, diagnostica per immagini.

Nel corso del 2024 è stato attuato il potenziamento dell'offerta a CUP delle strutture tramite l'utilizzo delle prestazioni orarie aggiuntive della dirigenza medica e del comparto, ciò anche in ottemperanza agli obiettivi regionali attribuiti con DGRM n. 1703/2024.

Tempi di Attesa ex Post Specialistica Ambulatoriale

Per quanto riguarda i tempi di attesa, si illustra di seguito la tabella che riporta la situazione relativa al periodo gennaio-dicembre 2024, per classe di priorità B e D delle prestazioni monitorate ai sensi del PNGLA, erogate nei tempi previsti dalla normativa, nelle strutture afferenti all'AST di Pesaro Urbino.

Le prestazioni con classe di priorità B, che ammontano nel 2024 a 32.878, sono state erogate nel 83.70% dei casi nei tempi previsti da normativa, con un tempo medio di attesa di 9.1 giorni, con un

[Digitare il testo]

miglioramento rispetto al periodo precedente. Nella rilevazione del mese di dicembre 2024 il rispetto dei tempi di erogazione raggiunge il 93.7%.

Le prestazioni con classe di priorità D, che ammontano nel 2024 a 37.929, sono state erogate nel 81.20% dei casi nei tempi previsti da normativa, con un tempo medio di attesa di 31.2 giorni.

Nella rilevazione del mese di dicembre 2024 il rispetto dei tempi di erogazione raggiunge l' 88,6%.

Prestazione	Totale Prestazioni B D P	Priorità B				Priorità B TDA Mediana	Priorità D				Priorità D TDA Mediana
		Priorità B N° Prestazioni	N° Conformi	Priorità B %	Conformi		Priorità B N° Prestazioni	N° Conformi	Priorità D %	Conformi	
45.13 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica (45.16.1), Esofagogastri	1.261	565	498	88,1%	8,1	6,0	696	670	96,3%	19,5	10,0
45.16 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno	411	200	185	92,5%	3,2	0,0	211	204	96,7%	10,9	0,0
45.16.1 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA. Non associabile a: Biopsia dell'esofago (42.24 E 42.24.1); Biopsia di	25	20	20	100,0%	0,0	0,0	5	5	100,0%	0,0	0,0
45.16.2 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA. Non associabile a: Biopsia dell'esofago (42.24 e 42.24.1); Biopsi	231	158	152	96,2%	1,4	0,0	73	72	98,6%	1,5	0,0
45.23 COLONOSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24), PROCTOSIGMOI	2.539	1.279	1.076	84,1%	8,1	7,0	1.260	1.168	92,7%	22,9	11,0
45.24 RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente. Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio ri	28	16	12	75,0%	8,3	9,0	12	11	91,7%	20,1	9,0
45.42 POLIPECTOMIA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA SEDE UNICA. Polipectomia di uno o più polipi	630	363	356	98,1%	1,0	0,0	267	264	98,9%	1,5	0,0
87.03 TC CRANIO-ENCEFALO. Non associabile a TC Sella Turcica (87.03.A) e TC Orbita (87.03.C)	469	256	202	78,9%	9,3	5,0	213	202	94,8%	16,9	8,0
87.03.1 TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbita con e senza MDC (87.03.È	722	534	398	74,5%	8,3	8,0	188	184	97,9%	16,1	13,0
87.37.1 MAMMOGRAFIA BILATERALE	712	200	156	78,0%	35,7	1,0	512	282	55,1%	133,3	46,5
87.37.2 MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	17	7	7	100,0%	4,4	5,0	10	5	50,0%	95,3	61,5
87.41 TC DEL TORACE [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]. Non associabile a 88.38.B e 88.38.E	742	422	320	75,8%	9,4	6,0	320	293	91,6%	21,5	10,0
87.41.1 TC DEL TORACE SENZA E CON MDC [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]. Non associabile a 88.38.B e 88.38.È	733	614	445	72,5%	9,4	8,0	119	111	93,3%	20,1	14,0
88.01.1 TC DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addomini	9	5	4	80,0%	22,2	4,0	4	4	100,0%	18,0	9,5
88.01.2 TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, g	35	21	14	66,7%	9,4	7,0	14	13	92,9%	28,7	17,0
88.01.3 TC DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescia, utero e annessi o prostata. Non associabile 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.C	14	10	7	70,0%	17,2	7,5	4	4	100,0%	10,5	6,5
88.01.4 TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescia, utero e annessi o prostata. Non associabile a 88.01.9,	18	12	9	75,0%	8,5	8,5	6	5	83,3%	31,7	16,0
88.01.5 TC DELL' ADDOME COMPLETO. Non associabile a 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.C	240	158	134	84,8%	6,7	5,0	82	77	93,9%	17,5	10,0
88.01.6 TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC. Non associabile a 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.F, 88.38.9	1.435	1.015	755	74,4%	8,7	7,0	420	396	94,3%	20,0	13,0
88.38.5 TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE. Non associabile a 88.39.2, 88.39.3 e 88.39.A	23	15	13	86,7%	5,1	3,0	8	8	100,0%	6,0	3,5
88.38.A TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE. Non associabile a: TC DEL COLLO (87.03.7)	7	5	5	100,0%	3,4	2,0	2	2	100,0%	46,0	46,0
88.38.B TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO. Non associabile a TC DEL TORACE (87.41), TC DEL TORACE SENZA E CON MDC (87.41.	19	14	14	100,0%	3,3	2,5	5	5	100,0%	8,2	2,0
88.38.C TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.	63	38	35	92,1%	4,8	4,0	25	23	92,0%	22,1	10,0
88.38.E TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL TORACE (87.41), TC DEL TORACE SENZA	1	1	1	100,0%	9,0	9,0	0	0	-	-	-
88.38.F TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELL' ADDOME	4	3	3	100,0%	4,7	5,0	1	1	100,0%	4,0	4,0
88.71.4 ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfo	1.035	465	363	78,1%	13,0	10,0	570	495	86,8%	38,9	12,0
88.72.3 ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARD	1.472	440	329	74,8%	13,2	9,0	1.032	864	83,7%	41,1	25,5
88.73.1 ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso: ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione Color Doppler. Incluso: eventuale val	1.313	441	354	80,3%	21,5	1,0	872	553	63,4%	104,6	24,5
88.73.2 ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso: ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione Color Doppler. Incluso: evei	59	51	45	88,2%	7,5	7,0	8	6	75,0%	30,4	22,0
88.73.5 ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova f	1.167	254	183	72,0%	16,3	9,0	913	743	81,4%	45,9	14,0
88.74.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale	298	142	106	74,6%	10,6	7,5	156	149	95,5%	20,7	12,0
88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescia, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubic	89	54	43	79,6%	11,9	8,0	35	35	100,0%	15,5	9,0
88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Incluso: Color Doppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1, 88.78.1	2.402	1.095	809	73,9%	11,0	9,0	1.307	1.126	86,2%	29,6	18,0
88.77.4 ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTERI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	1.276	570	467	81,9%	10,1	8,0	706	651	92,2%	22,9	15,0
88.77.5 ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTERI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli inc	25	14	11	78,6%	8,8	9,5	11	11	100,0%	21,8	26,0
88.78 ECOGRAFIA OSTETRIKA	251	99	49	52,7%	17,5	9,0	158	136	86,1%	29,2	25,0
88.78.2 ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale. Incluso: color Doppler se necessario. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'	273	60	45	75,0%	12,6	8,0	213	180	84,5%	39,5	28,0
89.91.1 RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO	691	278	237	85,3%	8,1	8,0	413	403	97,6%	15,3	11,0
89.91.2 RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascol	640	242	253	74,0%	8,6	8,0	298	291	97,7%	17,4	13,0
89.93.2 RM DEL RACHIDE CERVICALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOT (88.93.6)	66	28	19	67,9%	8,8	5,5	38	35	92,1%	19,7	3,0
89.93.3 RM DEL RACHIDE DORSALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOT (88.93.6)	33	15	13	86,7%	4,5	2,0	18	18	100,0%	10,7	5,5
89.93.4 RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOT (88.93.6)	122	59	46	78,0%	8,1	5,0	63	63	100,0%	7,7	4,0
89.93.6 RM DELLA COLONNA IN TOT. Non associabile a RM DEL RACHIDE CERVICALE (88.93.2), RM DEL RACHIDE DORSALE (88.93.3), RM DEL RACHID	19	12	9	75,0%	8,8	7,5	7	7	100,0%	13,1	17,0
89.93.7 RM DEL RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOT SENZA E CON MDC (88.93.B)	35	19	14	73,7%	15,1	10,0	16	14	87,5%	27,6	17,0
89.93.8 RM DEL RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOT SENZA E CON MDC (88.93.B)	21	15	10	66,7%	16,3	9,0	6	5	83,3%	38,2	33,5
89.93.9 RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOT SENZA E CON MDC (88.93.B)	26	18	13	72,2%	9,7	9,5	8	7	87,5%	30,8	17,0
89.93.B RM DELLA COLONNA IN TOT SENZA E CON MDC. Non associabile a 88.93.7, 88.93.8, 88.93.9, 88.93.A	3	3	2	66,7%	5,3	2,0	0	0	-	-	-
89.95.4 RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.	56	32	28	87,5%	6,9	5,0	24	24	100,0%	10,3	5,0
89.95.5 RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. N	830	385	300	77,9%	8,6	8,0	445	443	99,6%	15,0	13,0
89.7A.3 PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)	3.901	1.726	1.428	82,7%	10,0	9,0	2.175	1.730	79,5%	32,6	13,0
89.7A.6 PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	197	125	94	75,2%	10,7	7,0	72	45	62,5%	34,0	23,0
89.7A.7 PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGICA Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza	7.279	3.411	2.863	83,9%	9,7	9,0	3.868	3.001	77,6%	31,6	25,0
89.7A.8 PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale	1.105	502	400	79,7%	10,1	9,0	603	430	71,3%	42,6	22,0
89.7A.9 PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	1.759	796	682	85,7%	7,7	7,0	963	885	91,9%	15,3	7,0
89.7B.2 PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE. Non associabile a 93.01.1, 93.01.3, 93.01.4, 93.01.5, 93.01.6, 93.01.7, 93.01.8, 93.01.9, 93.	3.043	808	674	83,4%	9,2	6,0	2.235	1.789	80,0%	23,2	11,0
89.7B.6 PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento	522	350	339	96,9%	2,5	0,0	172	170	98,8%	3,0	0,0
89.7B.7 PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare	2.897	1.610	1.365	84,8%	6,6	4,0	1.287	1.056	82,1%	18,6	7,0
89.7B.8 PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità ves	6.312	3.039	2.624	86,3%	8,3	7,0	3.273	2.368	72,3%	31,6	24,0
89.7B.9 PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rilevazione incurrente della saturazione arteriosa	1.528	817	679	83,1%	8,9	7,0	711	544	76,5%	29,5	15,0
89.7C.2 PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale	3.386	1.577	1.539	97,6%	2,7	1,0	1.809	1.431	79,1%	25,5	14,0
89.13 PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]. Incluso: eventuale fundus oculi e Minimental test (MMSE)	4.676	2.640	2.143	81,2%	10,2	9,0	2.036	1.435	70,5%	29,0	27,0
89.26 VISITA GINECOLOGICA	101	50	36	72,0%	15,8	9,0	51	30	58,8%	49,2	20,0
89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale e preconcezionale	1.812	700	559	79,9%	10,4	9,0	1.112	834	75,0%	33,4	19,0
89.37.1 SPIROMETRIA SEMPLICE. Non associabile a 89.37.4 TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA	276	97	91	93,8%	5,5	5,0	179	153	85,5%	31,8	23,0
89.37.2 SPIROMETRIA GLOBALE [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica]. Non associabile a 89.37.4	687	271	247	91,1%	5,7	5,0	416	355	85,3%	27,8	5,0
89.41 TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE. Escluso: Test da sforzo cardiopolmonare (89.44.1). Non	92	28	26	92,9%	9,1	10,0	64	54	84,4%	50,6	16,5
89.50 ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter)	738	364	305	83,8%	7,1	6,0	374	322	86,1%	24,4	6,0
89.52 ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)	629	245	231	94,3%	4,3	2,0	384	368	95,8%	11,4	2,0
93.08.A ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Include tutte le fibre indagabili. Non associ	514	267	224	83,9%	7,5	1,0	247	228	92,3%	15,5	0,0
93.08.B ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Include tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa. Non associa	238	100	89	89,0%	6,5	0,0	138	130	94,2%	13,0	0,0
93.08.C ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Include tutte le fibre indagabili. Escluso: EMG dell' occh	3	1	1	100,0%	7,0	7,0	2	2	100,0%	23,5	23,5
95.02 PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA	5.000	2.009	1.573	78,3%	12,3	9,0	2.991	1.923	64,3%	43,9	29,0
95.11 FOTOGRAFIA DEL FUNDUS. Incluso: refertazione.	11	3	2	66,7%	14,3	0,0	8	4	50,0%	62,3	60,5
95.41.1 ESAME AUDIOMETRICO TONALE	1.511	526	450	85,6%	8,7	5,0	985	882	89,5%	25,9	16,0

2.1.10 PNRR Missione 6 Salute – Ricognizione attività

La Missione 6 Salute mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica, ed è articolata in due Componenti:

- Componente 1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale;
- Componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

[Digitare il testo]

La Componente 1 ha l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all'attivazione e al potenziamento di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.

La Componente 2 comprende, invece, misure volte al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al potenziamento e alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da realizzare anche attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari. Inoltre, rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a rafforzare le competenze e il capitale umano del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Per i progetti a regia, per i quali le Regioni e le Province Autonome si configurano come soggetti attuatori, è stato ritenuto necessario intraprendere tutte le attività atte a garantire l'operatività programmatica, tenuto conto del quadro normativo di riferimento, attraverso il Decreto di ripartizione programmatica delle risorse firmato dal Ministro della Salute in data 20 gennaio 2022.

La Regione Marche, a far tempo dal 2022, ha dato corso alle Misure del PNRR con distinte Deliberazioni di Giunta e con approvazione dei piani operativi al fine accedere alle risorse stanziare a livello statale e quindi procedere alla programmazione, progettazione ed attuazione dei singoli interventi riguardanti, tra l'altro:

- Punti salute
- Case della Comunità
- COT – interconnessione aziendale – device
- Ospedali di Comunità
- ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (digitalizzazione e grandi apparecchiature)
- FSE
- reti di prossimità, strutture e telemedicina
- Casa come primo luogo di cura
- modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare, Sistemi Informativi Clinico-Assistenziali per l'ottimizzazione delle linee strategiche evolutive necessarie alla definizione di un nuovo modello di governance dell'innovazione tecnologica per le attività connesse all'erogazione e alla gestione dei servizi amministrativi e sanitari con orientamento specifico alla Sanità Digitale.

Conformemente alla disciplina nazionale sulla "governance" del PNRR, la Regione Marche figura quale Soggetto attuatore degli interventi ammessi a finanziamento.

La stessa Regione, essendo legittimata ad avvalersi degli Enti del Servizio Sanitario Regionale (Soggetti attuatori esterni) per dare esecuzione agli interventi in base alla competenza territoriale dei medesimi, ha provveduto in tal senso, conferendo specifiche deleghe come da D.G.R. n. 970 del 27/07/2022 "Piano Nazionale di Ripresa e Missione 6 Salute - Componenti 1 e 2: Approvazione delega delle attività e ripartizione risorse agli Enti del Sistema Sanitario Regionale" e relativi Allegati.

In particolare, con Delibera della Giunta Regionale Marche n. 162 del 21/02/2022, sulla scorta di ricognizione intervenuta a cura della Regione Marche con il Ministero della Salute e dei fabbisogni rilevati in ordine alle missioni sotto riportate, sono stati definiti gli interventi, distinti per ciascuna azienda sanitaria della Regione Marche, di cui si illustra, qui di seguito, lo stato dell'arte.

[Digitare il testo]

PNRR M6C1|1.1 Case della comunità| 1.2.2 Centrali Operative Territoriali| 1.3 Ospedali di comunità.

Con DGRM n. 1376 del 16/09/2024 recante ad Oggetto: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute – Componenti 1 e 2: Aggiornamento Piano Operativo Regionale (POR), approvato con D.G.R. n. 656 del 30/05/2022 e modificato con D.G.R. n. 1188 del 07/08/2024, i target / milestone da raggiungere per AST PU sono i seguenti:

Per Quanto riguarda la missione *PNRR M6C1.2.2 Centrali Operative Territoriali*, sono state messe in funzione nell'anno 2024, nel rispetto dei TARGET Nazionali ed Europei.

M6C1 – 1.2.2 - COT di Urbino Via Comandino –

M6C1 – 1.2.2 - COT di Fano via IX Novembre –

M6C1 – 1.2.2 - COT di Pesaro Via Alfano –

CASE DELLA COMUNITA' M6C1-1.1

Per quanto riguarda le case di Comunità AST PU, finanziate da PNRR, ha i seguenti Target Europei, fine dei lavori entro il 31/03/2026. I precedenti Target/Mileston sono stati raggiunti

CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità	T2 2022	
Target	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità	T1 2024	
Target	Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP (ossia si è avviata almeno una gara per l'opera ma non necessariamente tutte)	T1 2024	
Target	Stipula dei contratti per la realizzazione della Case di Comunità	T3 2024	
Target	Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche	T1 2026	

GANTT

[Digitare il testo]

Linee di attività		2022				2023				2024				2025				2026			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
1	Assegnazione di codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti di realizzazione degli Ospedali di Comunità																				
2	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali di Comunità																				
3	Assegnazione dei codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione degli Ospedali di Comunità																				
4	Assegnazione di codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti di realizzazione degli Ospedali di Comunità																				
5	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali di Comunità																				
6	Assegnazione dei codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione degli Ospedali di Comunità																				
7	Stipula delle obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità																				
8	Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche																				



Stato dell'arte degli interventi previsti in AST PU:

M6C1-1.1. -CdC di Fossombrone – I lavori sono in corso di ultimazione. Si prevede la fine lavori entro il 31/03/2025, ampiamente entro i termini previsti dal TARGET Europeo del 31/03/2026.

M6C1-1.1. - CdC di Mondolfo - I lavori sono in corso. Si prevede la fine lavori entro il 30/06/2025, ampiamente entro i termini previsti dal TARGET Europeo del 31/03/2026.

M6C1-1.1. -CdC di Galantara – E' in corso Il Collegio Tecnico al fine di dirimere problematiche di natura tecnico-progettuale con la Ditta esecutrice individuata tramite Adesione Accordo Quadro INVITALIA:

OSPEDALI DI COMUNITA' M6C1-1.3

Per quanto riguarda la realizzazione dell'Ospedale di Comunità AST PU, ha i seguenti Target Europei, fine dei lavori entro il 31/03/2026.

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T2 2022	
Target	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T1 2024	
Target	Assegnazione dei codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T1 2024	
Target	Stipula delle obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T3 2024	
Target	Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche	T1 2026	

GANTT

[Digitare il testo]

Linee di attività					2022				2023				2024				2025				2026			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4			
1	Assicurazione del modello "P.R. Solido" di servizi con attività di attuazione del governo della finanza																							
2	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
3	Obiettivo di attuazione del modello di attuazione del governo della finanza																							
4	Assicurazione del modello "P.R. Solido" di servizi con attività di attuazione del governo della finanza																							
5	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
6	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
7	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
8	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
9	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
10	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
11	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
12	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
13	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
14	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
15	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
16	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
17	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
18	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
19	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
20	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
21	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
22	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
23	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
24	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
25	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
26	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
27	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
28	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
29	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
30	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
31	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
32	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
33	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
34	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
35	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
36	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
37	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
38	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
39	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
40	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
41	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
42	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
43	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
44	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
45	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
46	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
47	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
48	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
49	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
50	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
51	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
52	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
53	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
54	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
55	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
56	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
57	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
58	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
59	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
60	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
61	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
62	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
63	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
64	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
65	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
66	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
67	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
68	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
69	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
70	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
71	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
72	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
73	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
74	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
75	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
76	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
77	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
78	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
79	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
80	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
81	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
82	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
83	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
84	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
85	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
86	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
87	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
88	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
89	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
90	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
91	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
92	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
93	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
94	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
95	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
96	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
97	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
98	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
99	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							
100	Assicurazione del servizio di attuazione del governo della finanza																							



Stato dell'arte degli interventi previsti in AST PU :

M6C1-1.3- Realizzazione dell'Ospedale di Comunità di Mombaroccio.

Con determina 1437 del 7.12.2024 si prendeva atto della conclusione delle precedenti fasi, si approvava il QE e si aderiva all'accordo quadro INVITALIA per lavori in appalto integrato. Con Ordine di Attivazione n. 2 del 9.12.2024 si attivava la ditta aggiudicataria dell'accordo quadro per i lavori in appalto integrato. In data 21.12.2024 si firmava il relativo contratto specifico. I target/milestone PNRR risultano raggiunti. Ad Agosto 2024 è stata fatta la consegna dei lavori alla Ditta Esecutrice.

I Lavori sono in Corso.

● Missione M6C2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale"

—

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino (AST PU) ha delineato una serie di interventi strategici focalizzati sulla digitalizzazione, l'innovazione tecnologica, l'ammodernamento delle grandi apparecchiature, il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e la migrazione al cloud. Questi progetti sono finanziati in gran parte dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e da altre fonti regionali e nazionali.

Ammodernamento del Parco Tecnologico Ospedaliero (Digitalizzazione)

PNRR - Missione 6, Componente 2, Investimento 1.1.1

Obiettivo: ai fini dell'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero la Regione Marche ha previsto il rifacimento in ottica unitaria di molteplici moduli applicativi e sistemi informativi sanitari.

Si riportano di seguito i vari ambiti di progetto:

Blocchi Funzionali oggetto d'acquisto
Nuovo Sistema Informativo Ospedaliero Unico Regionale (Pronto Soccorso, ADT, Order Manager, Modulo Prescrizione, Cartelle Cliniche Elettroniche Ambulatoriale e di Reparto)
Castella Clinica Specialistica di Oncematologia Regionale, Castella Clinica Specialistica di Nefrologia e Dialisi Regionale e Sistema Gestionale del Trasfusionale Regionale
Sistema Gestionale del Blocco Operatorio Regionale
Cartella Clinica Specialistica di Terapia Intensiva e Rianimazione e CIS regionali
Piattaforma di Interoperabilità (Digital Integration Hub, Modulo Consensi, Gestione Accessi e Identità, Archivio Dati Clinici, Gestione Cataloghi)

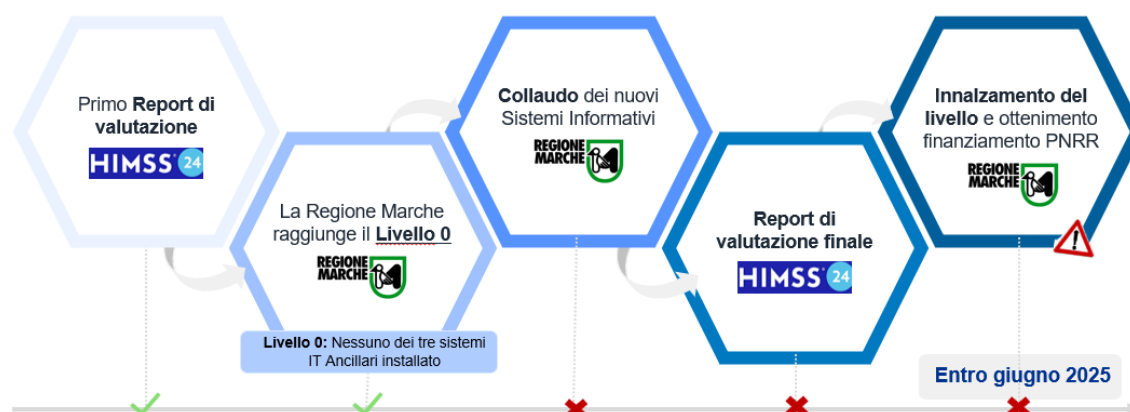
Finanziamento assegnato:

Totale Regione Marche: €33.612.075,57

Quota AST PU: €6.712.331,49

Scadenza: Avvio dei sistemi entro T2 2025 (30 giugno 2025)

Il raggiungimento degli obiettivi sarà certificato tramite il modello HIMSS EMRAM. Il modello di valutazione prevede in prima istanza una valutazione del livello di maturità digitale per ciascun presidio sede si DEA, effettuata tramite la somministrazione di questionari elaborati secondo il modello EMRAM, proposto da HIMSS. Il livello raggiunto uniformemente dalla Regione Marche è il Livello 0. Successivamente, al termine dell'implementazione e del collaudo dei blocchi funzionali acquistati, verrà somministrato un questionario finale, che valuterà nuovamente il livello di maturità raggiunto.



Al fine del riconoscimento del finanziamento PNRR, Regione Marche (ogni sede DEA) dovrà raggiungere un livello di maturità digitale superiore a 0.

Ammodernamento del Parco Tecnologico Ospedaliero (Grandi Apparecchiature)

PNRR - Missione 6, Componente 2, Investimento 1.1.2

Obiettivo: Rinnovare le grandi apparecchiature sanitarie per migliorare la qualità diagnostica e terapeutica.

Attrezzature previste per AST PU: Per AST PU sono state previste all'interno del POR n.12 Grandi Apparecchiature delle quali ne risultano già avviate n.11, come da Det. ASTPU n. 1475 del 18 dicembre 2024 di cui si riporta di seguito quadro riassuntivo

[Digitare il testo]

CUP	Apparecchiatura	Unità Operativa	Presidio di destinazione	Nuovo importo PNRR (€)	Importo altre fonti di finanziamento (€)	TARGET
G74E22000750003	Sistemi polifunzionali per radiologia digitale diretta	Diagnostica per Immagini	Pesaro	267.789,66 €	- €	T4 2024 (31/12/2024)
G74E22000760003	Sistemi polifunzionali per radiologia digitale diretta	Diagnostica per Immagini	Pesaro	267.789,66 €	- €	T4 2024 (31/12/2024)
G34E22000390003	Sistemi polifunzionali per radiologia digitale diretta	Diagnostica per Immagini	Fano	267.789,66 €	- €	T4 2024 (31/12/2024)
F39122000080007	Sistemi polifunzionali per radiologia digitale diretta	Diagnostica per Immagini	Urbino	206.209,50 €	- €	T4 2024 (31/12/2024)
G74E22000770003	Acceleratore Lineare	Radioterapia	Pesaro/Muraglia	2.591.968,58 €	128.651,30 €	T4 2024 (31/12/2024)
G34E22000370003	Risonanza Magnetica 1,5T	Diagnostica per Immagini	Fano	893.503,75 €	- €	T4 2024 (31/12/2024)
G74E22000780003	Ecotomografo	Diagnostica per Immagini	Pesaro	45.875,35 €	- €	T4 2024 (31/12/2024)
G74E22000790003	Ecotomografo	Diagnostica per Immagini	Pesaro	79.915,34 €	- €	T4 2024 (31/12/2024)
F69122000250007	Ecotomografo	Diagnostica per Immagini	Pergola	29.011,50 €	- €	T4 2024 (31/12/2024)
F79122000070007	Mammografo Digitale con tomosintesi	Diagnostica per Immagini	Pesaro	192.495,00 €	- €	T4 2024 (31/12/2024)
G74E22000720003	TC 128 Strati	Diagnostica per Immagini	Pesaro	455.074,00 €	17.986,00 €	T4 2024 (31/12/2024)
G74E22000740003	Risonanza Magnetica 1,5T	Diagnostica per Immagini	Pesaro	911.880,00 €	- €	T3 2025 (30/09/2025)

Scadenze: Entro il **T3 2025** (30/09/2025) è prevista la messa in funzione della Risonanza Magnetica 1,5 T destinata allo Stabilimento di Pesaro.

Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 2.0

PNRR - Missione 6, Componente 2, Investimento 1.3.1

Obiettivo: Potenziare il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) per garantire la gestione digitale dei dati clinici dei pazienti.

Interventi previsti:

- Integrazione dei sistemi informativi ospedalieri con il FSE.
- Creazione di un repository regionale per la gestione centralizzata dei dati sanitari.
- Formazione e Comunicazione

Scadenza: T4 2025 (31/12/2025) con implementazione progressiva.

TELEMEDICINA

PNRR - Missione 6, Componente 2, Investimento 1.2.3

Obiettivo: la Regione Marche, nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ha fissato specifici obiettivi per l'implementazione della telemedicina e l'assistenza domiciliare. A livello nazionale, il target è di assistere almeno 300.000 persone attraverso servizi di telemedicina entro la fine del 2025.

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare integrata (ADI), la Regione Marche mira ad aumentare la percentuale di assistiti over 65 dal 3,83% registrato nel 2019 (pari a 14.579 persone) al 9,48% entro il 2025, raggiungendo così 37.347 unità trattate in assistenza domiciliare.

Inoltre, la Regione ha approvato il Piano Operativo per i servizi di telemedicina, delineando le strategie per sviluppare soluzioni integrate nell'ambito dei servizi sanitari regionali.

Questi interventi sono supportati da un finanziamento di oltre 68 milioni di euro destinati alla sanità territoriale, con l'obiettivo di potenziare e creare strutture e presidi che rappresentino il riferimento per la presa in carico del bisogno di salute dei cittadini.

Scadenza: entro il 2025, la Regione Marche punta a:

- Assistere un numero significativo di persone attraverso servizi di telemedicina, contribuendo al target nazionale di 300.000 assistiti.
- Incrementare la percentuale di over 65 assistiti a domicilio al 9,48%, raggiungendo 37.347 persone.
- Sviluppare e integrare soluzioni di telemedicina nei servizi sanitari regionali, in linea con il Piano Operativo approvato.

[Digitare il testo]

Questi obiettivi mirano a migliorare l'accessibilità e la qualità dei servizi sanitari per i cittadini marchigiani, sfruttando le opportunità offerte dalla telemedicina e dall'assistenza domiciliare.

AST PU parteciperà al raggiungimento degli obiettivi.

4. Migrazione al Cloud

PNRR - Missione 6, Componente 2, Investimento 1.3.2

Obiettivo: Trasferire i dati sanitari su un'infrastruttura cloud sicura per garantire maggiore efficienza e sicurezza informatica.

Interventi previsti:

- Creazione di Data Center Regionali per l'archiviazione e il backup sicuro dei dati.
- Implementazione di sistemi di cybersecurity avanzata.

Finanziamento assegnato: Investimento complessivo: €1.379.989.999,93 per le Regioni, con **quota parte destinata ad AST PU**

Scadenza: T2 2025 con completamento della migrazione

Rispetto dei principi PNRR

Per completezza, si ritiene doveroso evidenziare che nell'espletamento delle procedure di gara volte all'acquisizione delle tecnologie e/o servizi oggetto degli interventi di cui sopra, la scrivente Stazione Appaltante ha adottato tutte le misure volte a garantire il rispetto dei requisiti e delle specifiche condizionalità PNRR (principio del DNSH nonché dei principi trasversali del PNRR).

3 Analisi del contesto e delle risorse

Contesto di riferimento

Ambito economico –

Nella gestione strategica aziendale del 2024 ha avuto particolare impatto lo scenario normativo ed economico, caratterizzato da un contesto di risorse limitate e condizionate da un elevato livello dei prezzi e dal perdurare dell'incertezza legata alle tensioni geopolitiche e all'evoluzione del conflitto in Ucraina e in Medio Oriente.

Le pressioni economiche hanno un impatto determinante sulla pianificazione dei servizi, poiché il contesto di risorse limitate impone scelte strategiche volte a garantire la sostenibilità e l'efficienza dell'erogazione sanitaria. Questo influisce su vari aspetti della programmazione operativa e strategica: la spinta verso l'ottimizzazione delle risorse ha portato l'Azienda ad adottare forme di gestione più efficienti. Ciò si è tradotto nell'ottimizzazione dei processi interni, nella riduzione degli sprechi e nell'impiego di strumenti di monitoraggio continuo della performance, elementi fondamentali per assicurare che ogni euro speso produca i migliori risultati in termini di servizio sanitario.

Tutto ciò accompagnato da una costante tensione verso lo sviluppo di servizi di qualità, garantendo l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza, per rispondere in modo appropriato ai bisogni dei cittadini, mantenendo contestualmente un'attenzione prioritaria verso la sostenibilità economica.

[Digitare il testo]

In sintesi, le pressioni economiche non solo limitano la disponibilità di risorse, ma indirizzano anche le scelte strategiche verso una maggiore efficienza, innovazione e collaborazione. Questo richiede un approccio dinamico e flessibile, capace di bilanciare la razionalizzazione dei costi con la garanzia di servizi di alta qualità e in linea con le esigenze della popolazione.

Gli elementi sopra descritti hanno rappresentato l'attenzione prioritaria assegnata anche alle strutture aziendali in veste di obiettivi di performance organizzativa.

Ambito orografico-territoriale

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino (AST Pesaro Urbino) si estende sul territorio provinciale di Pesaro e Urbino si estende su un'area di 2.511,2 Km² (26,8% del territorio regionale)



Nel 2024 la sua densità demografica, pari a 139 ab/km², risulta inferiore del 14% alla densità demografica regionale (pari a 159 ab/km²).

La densità abitativa è elevata sulla costa e lungo gli assi produttivi che si sviluppano dalla costa lungo le valli principali che si snodano dalla costa verso l'interno.



Analizzando la distribuzione territoriale, si evidenzia come la popolazione si concentri maggiormente nelle Aree non Montane, dove risiede il 67% dei cittadini, mentre l'Area Montana, che rappresenta ben il 76% della superficie provinciale, accoglie una quota minoritaria della popolazione.

In particolare, nelle zone interne si registra una maggiore presenza di popolazione over 75.

Questa caratteristica determina una significativa asimmetria nella domanda di servizi, con necessità diversificate tra costa, vallate produttive e zone interne.

Il territorio è composto prevalentemente da piccoli Comuni: 34 su 50 (pari al 68%) contano meno di 5.000 abitanti e accolgono complessivamente il 19,2% della popolazione. Questa frammentazione amministrativa comporta specifiche sfide nella pianificazione e nella gestione dell'offerta sanitaria,

[Digitare il testo]

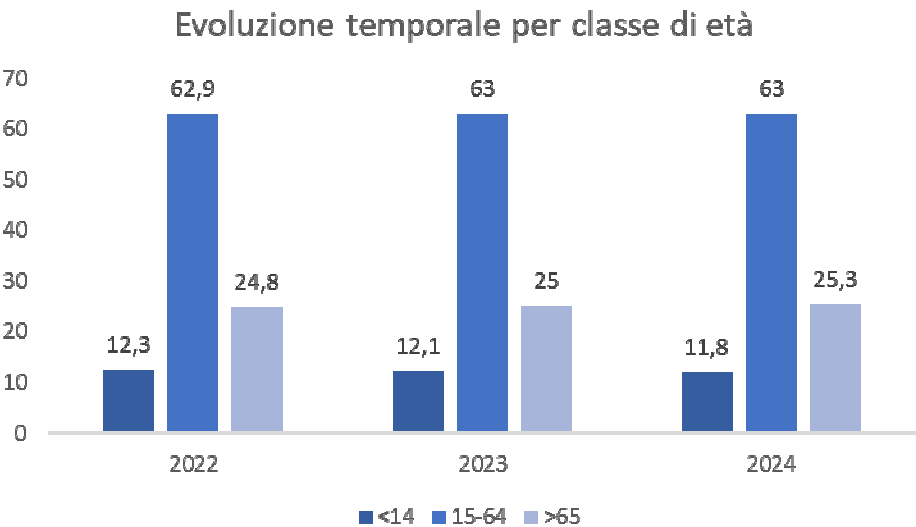
rendendo necessario un presidio capillare e strategie di integrazione territoriale che tengano conto delle fragilità sociali e infrastrutturali presenti.

Dal punto di vista ambientale e urbanistico, il consumo di suolo risulta contenuto, attestandosi al 6,6% del totale, con una variazione annuale di 32,2 ettari. La temperatura media dell'isola di calore urbana si attesta a 5,91 °C, evidenziando fenomeni di riscaldamento localizzato nei centri urbani più estesi, con possibili ripercussioni sulla salute pubblica, soprattutto nei mesi estivi.

TERRITORIO: Caratteristiche e organizzazione	Anno	Pesaro e Urbino	Marche	Italia
Numero di Comuni	2024	50	225	7.899
Numero di piccoli comuni (<5.000 abitanti)*	2024	34	160	5.525
Incidenza dei piccoli comuni (<5.000 abitanti) sul totale dei comuni (%)*	2024	68,0	71,1	69,9
Popolazione residente nei piccoli comuni (<5000 abitanti)*	2024	67.425	305.732	9.685.693
Incidenza della popolazione residente nei piccoli comuni (<5000 abitanti) (%)*	2024	19,2	20,6	16,4
Superficie territoriale (Kmq)	2024	2.511,2	9.346,0	302.109,6
Consumo di suolo (%)	2022	6,6	6,9	7,1
Incremento consumo di suolo (ha)	2022	32,2	217,7	7.075,5
Isola di calore urbana (°C)	2022	5,91	5,39	7,46
Popolazione residente*	2024	350.335	1.484.427	58.989.749
Popolazione legale ai fini elettorali	2021	349.818	1.487.150	59.030.133
Densità demografica (ab. per Kmq)*	2024	139,5	158,8	195,3
Densità turistica e abitativa (abitanti più turisti per kmq)	2023	142,6	162,1	199,1
Contributo di energia prodotta da fonti rinnovabili (%)	2022	0,3	1,4	28,0
Contributo produzione impianti fotovoltaici (%)	2022	0,3	1,1	21,5

Fonte: "Benessere equo e sostenibile nella provincia di Pesaro e Urbino 2024", BES delle province

Ambito demografico –l’evoluzione temporale nella struttura della popolazione della Provincia di Pesaro Urbino per classe di età è riportata nella tabella che seguente (fonte Istat)



[Digitare il testo]

La struttura per età conferma tale tendenza: il 25,2% della popolazione ha più di 65 anni, mentre solo l'11,8% rientra nella fascia 0–14 anni. Le persone in età attiva (15–64 anni) rappresentano il 63%. Il rapporto di ricambio generazionale indicano una pressione crescente sui servizi sociosanitari: ogni 150,82 persone tra i 60 e i 64 anni vi sono solo 100 giovani tra i 15 e i 19 anni.

TERRITORIO: Caratteristiche e organizzazione	Anno	Pesaro e Urbino	Marche	Italia
POPOLAZIONE: Dinamica e struttura				
Tasso di incremento demografico totale (per mille abitanti)*	2023	2,3	0,1	-0,1
Tasso di incremento naturale (per mille abitanti)*	2023	-5,5	-5,9	-4,8
Variazione media annua della popolazione residente 2022-2024 (%)*	2024	0,07	-0,09	-0,03
Popolazione straniera residente (%)*	2024	8,4	9,0	9,0
Popolazione residente tra 0 e 14 anni (%)*	2024	11,8	11,6	12,2
Popolazione residente tra 15 e 64 anni (%)*	2024	63,0	62,3	63,5
Popolazione residente di 65 anni e oltre (%)*	2024	25,2	26,2	24,3
Rapporto di mascolinità*	2024	96,83	95,94	95,7
Indice di ricambio*	2024	150,82	154,85	147,0

Fonte: "Benessere equo e sostenibile nella provincia di Pesaro e Urbino 2024", BES delle province

Nella provincia di Pesaro Urbino la speranza di vita alla nascita è di 84,1 anni per gli uomini e di 86.1 per le donne, valori sostanzialmente allineati al dato regionale, che è di 83.9 anni per gli uomini e di 85,9 per le donne e significativamente più alti rispetto al dato medio nazionale che è di 83,0 per gli uomini e di 85,1 per le donne (dati Istat 2024).

Tema		Indicatore	Misura	Pesaro e Urbino	Marche	Italia
Mortalità	5	Tasso standardizzato di mortalità	per 10mila ab.	83,1	86,5	89,9
	6	Tasso standardizzato di mortalità per tumore - Maschi	per 10mila ab.	27,3	28,1	29,9
	7	Tasso standardizzato di mortalità per tumore - Femmine	per 10mila ab.	17,9	18,4	18,6
	8	Tasso standardizzato di mortalità 65 anni e più	per 10mila ab.	431,3	440,2	449,2
	9	Tasso standardizzato di mortalità per tumore (20-64 anni)	per 10mila ab.	6,6	7,7	7,8

Fonte: "Benessere equo e sostenibile nella provincia di Pesaro e Urbino 2024", BES delle province

Provincia/Regione	2022				2023				2024			
	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media
Pesaro e Urbino	59,0	39,4	201,1	46,9	58,8	39,6	206,7	47,1	58,8	40,1	214,7	47,3
Ancona	61,2	41,5	210,8	47,3	60,9	41,7	217,3	47,5	60,7	42,1	225,8	47,7
Macerata	62,0	42,1	212,1	47,3	61,9	42,5	218,3	47,5	62,3	43,1	224,3	47,7
Ascoli Piceno	60,7	42,3	230,1	47,8	61,1	42,9	235,2	48,0	61,6	43,6	243,4	48,2
Fermo	60,9	42,1	223,0	47,6	61,1	42,6	230,8	47,8	61,6	43,4	237,6	48,0
Marche	60,7	41,3	212,6	47,3	60,7	41,6	218,8	47,5	60,8	42,2	226,4	47,7

Le dinamiche demografiche relative alla Provincia di Pesaro-Urbino (fonte ISTAT) evidenziano dunque un processo di invecchiamento in costante incremento nel tempo: l'età media aumenta nel triennio 2022-2024 da 46.9 a 47.3 con un aumento dell'indice di vecchiaia più che proporzionale che passa, nello stesso periodo, dal 201.1 al 214.7 ed un corrispondente aumento dell'indice di dipendenza anziani che, da un valore pari a 39.4 del 2022 passa nel 2024 al 40.1.

A ciò si aggiunge un preoccupante valore negativo del tasso di crescita naturale (misurato come scostamento tra quoziente di natalità pari al 5,8 e quoziente di mortalità del 11,3), pari al -5.5 % solo parzialmente mitigato dal fenomeno dell'immigrazione straniera.

Pertanto, nella Provincia di Pesaro-Urbino il contesto sociosanitario è caratterizzato da una forte transizione demografica ed epidemiologica ed una delle sfide più complesse è quindi rappresentata dalla necessità di assicurare una risposta efficace alla domanda di salute indotta dalla continua crescita delle patologie cronico -degenerative. Per tale motivo è fondamentale la creazione di nuovi

[Digitare il testo]

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.

Passando poi all'analisi di indicatori più prettamente sanitari, partendo dal dato relativo al tasso di ospedalizzazione grezzo - pari ai 127 per mille abitanti-, si riportano di seguito i tassi di ospedalizzazione e di mortalità per le principali patologie, elaborati da Agenas nel Piano Nazionale Esiti 2024, relativi all'AST di Pesaro e Urbino, raffrontati con i dati nazionali (fonte Agenas)

Ospedalizzazione per scompenso cardiaco		
Area	N	‰ Grezza
Italia	130531	2,61
AST di Pesaro e Urbino	753	2,53

Ospedalizzazione per BPCO		
Area	N	‰ Grezza
Italia	74378	1,49
AST di Pesaro e Urbino	448	1,51

Porzione interventi TM mammella in reparti >135 casi		
Struttura	N	% Grezza
Italia	66532	82,71
Stabilimento Di Fano	491	100
Stabilimento Di Urbino	138	100

Le principali cause di morte nella provincia di Pesaro e Urbino, come in molte altre aree italiane, riflettono generalmente tendenze globali di salute pubblica, con un'alta prevalenza di malattie croniche non trasmissibili. Le seguenti categorie sono tra le principali cause di morte, basate sui dati più recenti disponibili e sugli andamenti epidemiologici tipici della regione Marche:

Malattie cardiovascolari: Le malattie del cuore, in particolare infarti del miocardio e ictus cerebrale, sono tra le principali cause di morte. Le malattie cardiovascolari rappresentano una parte significativa della mortalità, in particolare tra le persone anziane.

Tumori: I tumori sono una causa prevalente di morte, con il cancro ai polmoni, al colon-retto, alla mammella e alla prostata tra i più comuni. La mortalità per cancro continua a essere un problema importante, non solo a livello provinciale, ma anche a livello nazionale.

Malattie respiratorie croniche: Malattie come la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e le malattie polmonari legate al fumo continuano a essere cause rilevanti di morte, particolarmente in persone anziane o con storie di fumo intenso.

Si riportano, di seguito, alcuni indicatori specifici:

[Digitare il testo]

Infarto miocardico acuto mortalità a 30 gg		
Struttura	N	% Grezza
Italia	76506	7,13
AST Pesaro e Urbino	552	5,97

Intervento chirurgico per TM polmone. Mortalità a 30 giorni		
Struttura	N	% Grezza
Italia	29959	0,86
AST di Pesaro e Urbino	142	0,7

Intervento chirurgico per TM mammella. Mortalità a 30 giorni		
Struttura	N	% Grezza
Italia	13635	5,37
AST di Pesaro e Urbino	85	4,41

Frattura collo del femore, mortalità a 1 anno		
Area	N	% Grezza
Italia	74466	19,73
AST di Pesaro e Urbino	452	19,25

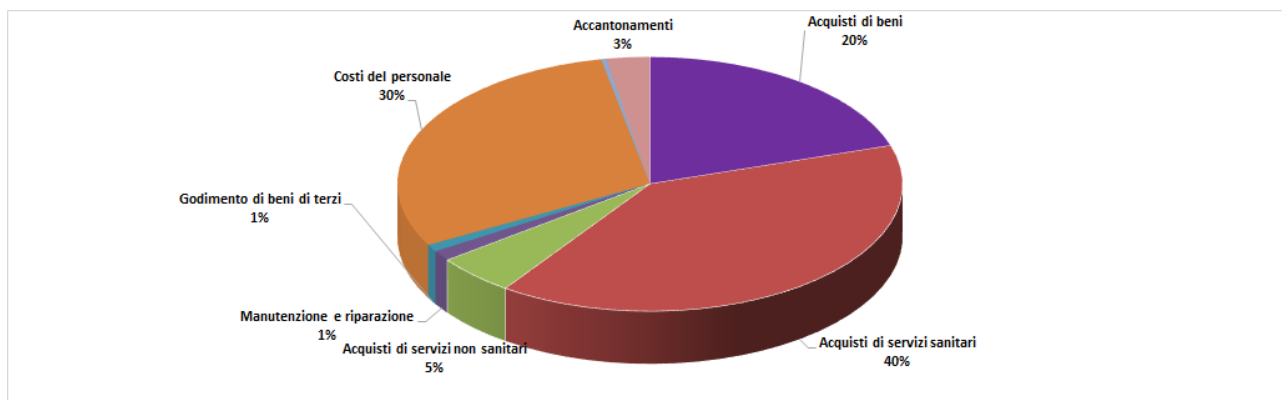
In riferimento agli indicatori PNE sopra riportati, si osserva che l'Azienda si colloca in posizione migliorativa rispetto ai target medi nazionali.

Risorse a disposizione

L'Azienda è stata fortemente impegnata in una tensione costante verso lo sviluppo di servizi di qualità, che rispondessero in modo appropriato ai bisogni dei cittadini, mantenendo contestualmente un'attenzione prioritaria verso la sostenibilità economica.

Ciò ha portato Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino a conseguire, così come nei precedenti anni, l'equilibrio economico tra le risorse a disposizione e quelle impiegate, nonché il rispetto del budget messo a disposizione dalla Regione Marche.

Di seguito viene sintetizzata la composizione dei costi per fattore produttivo sottolineando che l'Azienda per la maggior parte del suo Bilancio, utilizza per il 40% delle risorse a disposizione per acquisto di servizi sanitari, il 30% utilizza risorse per far fronte al costo del Personale e per il 20% per sostenere l'acquisto di beni.



CONTRO ECONOMICO		Importi: Euro		
		BILANCIO 2023 ASTPU	BILANCIO DI PREVISIONE 2024 ASTPU (Integrazione DGRM 568/2024)	BILANCIO 2024 ASTPU
VOCE CE		SCOSTAMENTO BILANCIO prev 2024/ Bilancio2024		
SCHEMA DI BILANCIO allegato 2 (art 26 comma 3 Dlg 118/2011)		valore		
A) VALORE DELLA PRODUZIONE				
1)	Contributi in c'esercizio	685426323,2	684265353	703509534,7
AA0020	a) Contributi in c'esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	679485556,4	682900829	694941290,8
	b) Contributi in c'esercizio - extra fondo	5892460,88	1364524	8529443,87
AA0070	1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	305084,68	0	5200
AA0080	2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio	0	0	0
AA0090	3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio	0	0	342560,61
AA0100	4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro	636978,95	0	390262,45
AA0110	5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)	10311,9	0	4365,9
AA0140	6) Contributi da altri soggetti pubblici	4940085,35	1364524	7787054,91
	c) Contributi in c'esercizio - per ricerca	0	0	0
AA0190	1) da Ministero della Salute per ricerca corrente	0	0	0
AA0200	2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	0	0	0
AA0210	3) da Regione e altri soggetti pubblici	0	0	0
AA0220	4) da privati	0	0	0
AA0230	d) Contributi in c'esercizio - da privati	48305,88	0	38800,01
AA0240	2) Rettifica contributi c'esercizio per destinazione ad investimenti	-3507721,41	-4500000	-4725787,38
AA0270	3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	11988641,04	2701559,42	15501,31
	4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	39769009,22	40307923	42802380,12
AA0330	a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	30239495,91	31027807	2494457,12
AA0670	b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	7644928,67	7702589	33245444,13
AA0660	c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	1824583,62	1575727	101795,17
AA0750	5) Concorsi, recuperi e rimborsi	14035894,53	5465281	175024,82
AA0940	6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	7723171,99	7815931	20414367,4
AA0980	7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	12781510,76	13843236	380780,26
AA1050	8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0	0	-746638,08
AA1060	9) Altri ricavi e proventi	158937,67	1568020	0
	Totale A)	769806657	751467303,4	387267,44
				41964129,78
B) COSTI DELLA PRODUZIONE				
1)	Acquisti di beni	148107893,6	135165576,1	154730973,2
BA0020	a) Acquisti di beni sanitari	144847178,8	131938854	19565397,03
BA0310	b) Acquisti di beni non sanitari	3260714,78	3226722,1	15481336,7
	2) Acquisti di servizi sanitari	29338546	293846373	3249636,43
BA0410	a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	41584603,55	40767166,26	22914,38
BA0490	b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	49239445,39	45578119	10380226,96
BA0530	c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	26618876,24	26997131,9	772384,92
BA0640	d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	9963097,08	10480909,3	-363263,25
BA0700	e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	6589401,69	7329993	-257086,21
BA0750	f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	4134957,85	4044895	-285152,91
BA0800	g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	6836594,12	73503829	-3089135,71
BA0900	h) Acquisti prestazioni di psichiatrica residenziale e semiresidenziale	4305055,69	4502257,78	201042,5
BA0960	i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	7034206,09	7517698	4002993,31
BA1030	j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	585218,36	362617,38	251670,55
BA1090	k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	8188045,06	8196195	7697,69
BA1140	l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	2729828,98	27948422,24	-57612,7
BA1200	m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	6221656,41	6190216,52	203462,7
BA1280	n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	3508528,27	2664522,25	190232,53
BA1350	o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	8737433,14	8538563,13	815520,83
BA1490	p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	20582853,66	19226837,24	866782,54
BA1550	q) Costi per differenziale Tariffe TUC	0	0	0
	3) Acquisti di servizi non sanitari	40861546,68	38982426,21	337143,74
BA1570	a) Servizi non sanitari	38553362,46	37131640,58	341929,32
BA1750	b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	1754998,42	1553256,63	18700,43
BA1880	c) Formazione	553185,8	297529	-23486,01
BA1910	4) Manutenzione e riparazione	10011218,1	10211745,32	867,99
BA1990	5) Godimento di beni di terzi	7112612,07	7323817,47	-341824,91
	6) Costi del personale	221654371,8	226005679,9	3682395,21
BA2110	a) Personale dirigente medico	70353218,33	75351202,31	1820910,19
BA2150	b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	9172992,21	8909002,37	-14289,07
BA2190	c) Personale comparto ruolo sanitario	96542106,18	97729580,69	100945548,4
BA2240+BA2330+BA2420	d) Personale dirigente altri ruoli	3206016,87	3143390,85	-10008,31
BA2280+BA2370+BA2460	e) Personale comparto altri ruoli	40380037,97	41693375,64	-1201185,3
BA2500	7) Oneri diversi di gestione	2512947,04	3026725,36	-449140,76
	8) Ammortamenti	14109940,46	15201098	777186,08
BA2570	a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	787134,59	944158	-197428,75
BA2610	b) Ammortamenti dei Fabbricati	5777636,29	5641861	211928,26
BA2620	c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	7545169,58	8615077	-791685,59
BA2630	9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	228147,5	0	431138,18
	10) Variazione delle rimanenze	1582080,35	0	-1298029,88
BA2670	a) Variazione delle rimanenze sanitarie	1517698,64	0	-1534755,37
BA2680	b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	64393,71	0	236725,49
	11) Accantonamenti	19070024,84	4770483	16536049,13
BA2700	a) Accantonamenti per rischi	8547871,81	4170483	2033438,39
BA2760	b) Accantonamenti per premio operosità	292372,1	0	250000
BA2770	c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	3882084,73	0	4575297,89
BA2820	d) Altri accantonamenti	6347696,2	600000	8677312,85
	Totale B)	758640128,4	73453922,3	48067036,63
	DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	11166528,58	16933381,08	-6102906,85
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI				
CA0010+CA0050	1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	0,51	0	0,75
CA0110+CA0150	2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	45767,74	0	0
	Totale C)	-45767,23	0	0,75
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE				
DA0010	1) Rivalutazioni	0	0	0
DA0020	2) Svalutazioni	0	0	0
	Totale D)	0	0	0
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI				
EA0020	1) Proventi straordinari	5373037,19	0	7239911,79
	a) Plusvalenze	50	0	0
EA0030	b) Altri proventi straordinari	5372987,19	0	7239911,79
	2) Oneri straordinari	115316,84	0	1098196,51
EA0270	a) Minusvalenze	932,98	0	2183,17
EA0280	b) Altri oneri straordinari	114383,86	0	1096013,34
	Totale E)	5257720,35	0	6141715,28
	RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	16378481,7	16933381,08	38809,18
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO				
1)	IRAP	16078692,44	16633380,76	40309,5
YA0020	a) IRAP relativa a personale dipendente	15021964,55	15545965,03	84917,05
YA0030	b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	606206,36	640339,33	-55340,53
YA0040	c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	450521,53	447076,4	10732,98
YA0050	d) IRAP relativa ad attività commerciali	0	0	0
YA0060	2) IRES	299789,26	300000	-1500
YA0090	3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	0	0	0
	Totale Y)	16378481,7	16933380,76	38809,5
	UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	0	0,32	-0,32

Le risultanze complessive del Bilancio di esercizio 2024, pari a 796.096.047,93 Euro, sono state allocate ai singoli livelli di assistenza: ospedaliera, territoriale e prevenzione.

[Digitare il testo]

Il nuovo modello ministeriale LA, approvato con Decreto del Ministero della Salute del 24/05/2019 e adottato a partire dall'anno 2019, illustra la ripartizione dei costi aziendali, sulla base delle risultanze della contabilità analitica per centro di costo, tra i diversi livelli di assistenza, nel rispetto dei criteri di rilevazione del modello ministeriale stesso.

seguito la composizione percentuale dei costi per Livello Essenziale di Assistenza.

[Digitare il testo]

Macro voci economiche	AST PU 2024
Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali	3.798.209,78
Vaccinazioni	3.798.209,78
Altri interventi per la sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie	-
Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati	1.118.868,42
Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	2.214.410,93
Salute animale e igiene urbana veterinaria	8.339.522,56
Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori	2.016.893,35
Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi di	1.894.615,46
Screening oncologici	1.892.196,30
Programmi organizzati svolti in apposita Unità operativa/Centro di costo	626.205,20
Programmi organizzati svolti in ambito consultoriale/ambulatoriale territoriale	659.676,04
Programmi organizzati svolti in ambito ospedaliero	606.315,06
Altre attività di Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e	2.419,15
Altre attività svolte in ambito extra-ospedaliero	2.419,15
Altre attività svolte in ambito ospedaliero	-
Attività medico legali per finalità pubbliche	3.482.375,64
Contributo Legge 210/92	1.071.574,80
TOTALE PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	23.936.470,94
Peso %	0,03
Assistenza sanitaria di base	73.755.753,54
Medicina generale	50.548.930,25
Medicina generale - Attività in convenzione	25.738.615,32
Medicina generale - Prestazioni erogate nelle cure domiciliari	16.144.544,38
Medicina generale - Prestazioni erogate presso strutture residenziali e semiresidenziali	4.238.126,40
Medicina generale - Programmi vaccinali	612.004,05
Medicina generale - Attività presso UCCP	3.641.976,46
Medicina generale - Attività presso - Ospedali di Comunità	173.663,64
Pediatria di libera scelta	7.698.905,83
Pediatria di libera scelta - Attività in convenzione	5.175.196,94
Pediatria di libera scelta - Prestazioni erogate nelle cure domiciliari	1.847.087,59
Pediatria di libera scelta - Programmi vaccinali	16.714,73
Pediatria di libera scelta - Attività presso UCCP	659.906,56
Pediatria di libera scelta - Attività presso Ospedali di Comunità	-
Altra assistenza sanitaria di base	15.507.917,46
Altra assistenza sanitaria di base - Assistenza distrettuale e UCCP	15.253.599,43
Altra assistenza sanitaria di base - Ospedali di Comunità	254.318,03
Continuità assistenziale	9.882.939,80
Assistenza ai turisti	25.945,12
Emergenza sanitaria territoriale	20.676.862,63
Assistenza farmaceutica	119.634.804,28
Assistenza farmaceutica erogata in regime di convenzione	51.528.855,42
Assistenza farmaceutica - erogazione diretta a livello territoriale	47.511.168,67
Assistenza farmaceutica - erogazione diretta a livello territoriale - Distribuzione Diretta	28.641.674,75
Assistenza farmaceutica - erogazione diretta a livello territoriale - Distribuzione Per Conto	18.869.493,92
Assistenza farmaceutica - erogazione diretta a livello ospedaliero	20.594.780,19
Assistenza integrativa e protesica	27.937.768,87
Assistenza integrativa-Totale	22.160.497,36
Assistenza integrativa - Presidi per persone affette da malattia diabetica o da malattie rare	8.086.446,41
Assistenza integrativa - Prodotti destinati a un'alimentazione particolare	2.995.246,75
Assistenza integrativa - Dispositivi monouso	11.078.804,20
Assistenza protesica	5.777.271,51
Assistenza specialistica ambulatoriale	137.397.644,04
Assistenza specialistica ambulatoriale - Attività prodotta in ambito ospedaliero	107.283.678,61
Assistenza specialistica ambulatoriale - Attività prodotta in ambito ospedaliero - Attività di laboratorio	28.171.779,65
Assistenza specialistica ambulatoriale - Attività prodotta in ambito ospedaliero - Diagnostica strumentale	24.576.820,10
Assistenza specialistica ambulatoriale - Attività prodotta in ambito ospedaliero - Attività clinica	54.535.078,87
Assistenza specialistica ambulatoriale - Attività prodotta in ambito ospedaliero - Farmaci ad alto costo rimborso	-
Assistenza specialistica ambulatoriale - Attività prodotta in ambito ospedaliero - Dispositivi ad alto costo rimborso	-
Assistenza specialistica ambulatoriale - Attività prodotta in ambito distrettuale e da terzi	30.113.965,43
Assistenza specialistica ambulatoriale - Attività prodotta in ambito distrettuale e da terzi - Attività di laboratorio	6.303.173,99
Assistenza specialistica ambulatoriale Attività prodotta in ambito distrettuale e da terzi - Diagnostica strumentale	4.099.227,09
Assistenza specialistica ambulatoriale - Attività prodotta in ambito distrettuale e da terzi - Attività clinica	19.711.564,35
Assistenza specialistica ambulatoriale - Attività prodotta in ambito distrettuale e da terzi - Farmaci ad alto costo rimborso	-
Assistenza specialistica ambulatoriale - Attività prodotta in ambito distrettuale e da terzi - Dispositivi ad alto costo rimborso	-
Assistenza specialistica ambulatoriale - Trasporto utenti	-
Assistenza sociosanitaria distrettuale, domiciliare e territoriale	34.921.665,78
Assistenza sociosanitaria distrettuale, domiciliare e territoriale - Cure domiciliari	8.804.733,26
Cure domiciliari	8.037.416,70
Cure palliative domiciliari	767.316,56
Assistenza sociosanitaria distrettuale, domiciliare e territoriale - Assistenza a minori, donne, coppie, famiglie	7.656.103,71
Assistenza sociosanitaria distrettuale, domiciliare e territoriale - Assistenza ai minori con disturbi in ambito	6.869.484,49
Assistenza sociosanitaria distrettuale, domiciliare e territoriale - Assistenza alle persone con disturbi mentali	3.291.475,89
Assistenza sociosanitaria distrettuale, domiciliare e territoriale - Assistenza alle persone con disabilità	1.821.467,73
Assistenza sociosanitaria distrettuale, domiciliare e territoriale - Assistenza alle persone con dipendenze patologiche	6.478.400,70
Assistenza sociosanitaria distrettuale - Assistenza alle persone con dipendenze patologiche	6.222.204,47
Assistenza sociosanitaria semi-residenziale - Assistenza alle persone con disturbi mentali	2.193.221,15
Assistenza sociosanitaria semi-residenziale - Assistenza alle persone con disabilità	3.698.526,16
Assistenza sociosanitaria semi-residenziale - Assistenza alle persone con dipendenze patologiche	120.117,41
Assistenza sociosanitaria semi-residenziale - Assistenza alle persone non autosufficienti	210.339,75
Assistenza sociosanitaria semi-residenziale - assistenza ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del	-
Assistenza sociosanitaria residenziale	71.965.359,38
Assistenza sociosanitaria residenziale - Assistenza alle persone con disturbi mentali	6.952.958,71
Assistenza sociosanitaria residenziale - Assistenza alle persone con disabilità	19.681.455,10
Assistenza sociosanitaria residenziale - Assistenza alle persone con dipendenze patologiche	3.592.692,34
Assistenza sociosanitaria residenziale - Assistenza alle persone non autosufficienti	39.408.217,58
Assistenza sociosanitaria residenziale - Assistenza alle persone nella fase terminale della vita	2.330.035,65
Assistenza sociosanitaria residenziale - Assistenza ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del	-
Assistenza termale	359.020,44
Assistenza presso strutture sanitarie interne alle carceri	1.114.797,75
TOTALE ASSISTENZA DISTRETTUALE	503.894.766,11
Peso %	0,63
Attività di Pronto soccorso	19.271.376,81
Attività diretta di Pronto soccorso e OBI	19.271.376,81
Attività diretta di PS e OBI per accessi non seguiti da ricovero	17.421.324,63
Attività diretta di PS e OBI per accessi seguiti da ricovero	1.850.052,17
Accertamenti diagnostici strumentali e consulenze in Pronto Soccorso per accessi non seguiti da ricovero	-
Assistenza ospedaliera per acuti	220.920.616,15
Assistenza ospedaliera per acuti - In Day Hospital	30.841.773,44
Assistenza ospedaliera per acuti - In Day Surgery	4.833.289,72
Assistenza ospedaliera per acuti - In degenza ordinaria	181.759.906,67
Assistenza ospedaliera per acuti - Farmaci ad alto costo rimborsati extra-tariffa	3.485.646,31
Assistenza ospedaliera per acuti - Dispositivi ad alto costo rimborsati extra-tariffa	-
Assistenza ospedaliera per lungodegenti	185.314,31
Assistenza ospedaliera per riabilitazione	9.374.717,36
Trasporto sanitario assistito	11.650.742,61
Attività trasfusione	5.812.613,95
Attività a supporto dei trapianti di cellule, organi e tessuti	1.049.429,69
Attività a supporto della donazione di cellule riproduttive	-
TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA	268.264.810,88
Peso %	0,34
TOTALE COSTI PER ATTIVITA' DI RICERCA	-
TOTALE GENERALE	796.096.047,93

[Digitare il testo]

Da tale riclassificazione si evidenzia come alla prevenzione venga destinato il 3% delle risorse aziendali, al territorio il 63% e, infine, al livello ospedaliero, il 34% costi sostenuti.

Per una migliore comprensione dei dati economici e delle risorse a disposizione dell'Azienda, si rinvia al documento di bilancio di esercizio 2024, pubblicato sul sito aziendale nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente".

4 Misurazione e valutazione della performance organizzativa complessiva

Con DGRM 1703 del 11/11/2024 sono stati attribuiti alle Aziende gli obiettivi economici e sanitari per l'anno 2024, in coerenza con il rispetto dei LEA, dei vincoli programmatori nazionali e delle attività programmatiche regionali.

Gli obiettivi attribuiti all'Azienda sono stati a loro volta declinati in obiettivi operativi, ai fini della misurazione e valutazione della performance organizzativa di ciascuna articolazione aziendale.

Gli stessi sono coerenti e strettamente collegati agli obiettivi individuati nel PIAO 2024-2026 – Delibera DG 90/2024 – riportati nella sezione Performance.

Si rendiconta, di seguito, il grado di raggiungimento degli obiettivi 2024 assegnati all'Azienda sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino.

4.1 Obiettivi economici

Per quanto riguarda gli obiettivi economici, l'Azienda ha orientato le proprie azioni strategiche al conseguimento del rispetto e raggiungimento degli obiettivi posti dalla Regione, come dettagliato nelle tabelle che seguono.

Gestione dei costi e dei debiti

Gli indicatori economici e finanziari mostrano un risultato ottimale ed il pieno raggiungimento del target regionale:

[Digitare il testo]

Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Grado di raggiungimento AST Pu
1	Rispetto del budget dei costi	Valore economico del totale dei costi al netto degli scambi infragruppo, delle entrate proprie e di eventuali costi derivanti da ulteriori contributi non previsti a budget rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2024, rispetto al budget dei costi al netto degli scambi infragruppo e delle entrate proprie assegnato con la DGR 2074/2023 e s.m.i. "L.R. n. 19 del 08/08/2022 - Autorizzazione agli Enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2024 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2024-2026."	(Valore economico del totale dei costi al netto degli scambi infragruppo, delle entrate proprie e di eventuali costi derivanti da ulteriori contributi non previsti a budget rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2024) - (Budget dei costi, al netto degli scambi infragruppo e delle entrate proprie, assegnato con la DGR 2074/2023 e s.m.i. "L.R. n. 19 del 08/08/2022 - Autorizzazione agli Enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2024 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2024-2026.")		≤ 0	Obiettivo raggiunto al 100%
3	Rispetto dei tempi di pagamento	% valore fatture pagate oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014	Valore Fatture pagate nell'esercizio 2024 oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014	Totale valore fatture pagate nell'esercizio 2024	< 5% (Al netto di fatture su cui insiste un contenzioso)	3,35% (ex AV1) - 3,25 ex MN Obiettivo raggiunto al 100%
4	Chiusura note di credito da ricevere (nc) relative a fatture antecedenti l'anno in corso	Valore al 31/12/2024 di nc di fatture anni antecedenti il 2024 rispetto al valore al 31/12/2023 di nc di fatture	(Valore al 31/12/2024 di nc di fatture anni antecedenti il 2024)	(Valore al 31/12/2023 di nc di fatture)	≤ 5% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contenzioso)	2,8% (ex AV1) - 2,5 ex MN. Obiettivo raggiunto al 100%
5	Rispetto art. 15, c. 14, D.L. 95/2012, convertito dalla L. 135/2012, modificato dall'art. 1, c. 233, L. 213/2023	Variazione percentuale annuale totale costi per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali da strutture private accreditate regionali * Sono escluse le singole strutture e le prestazioni: - rientranti negli accordi quadro regionali dell'annualità 2022, 2023 e 2024; - rientranti nella DGR 1183/2020, eccetto le attività di prelievo domiciliare (di cui alla DGR 184/2017) disposte nel capitolo "Integrazione Pubblico-Privato" dell'allegato A alla predetta DGR; - con costi per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali dell'annualità 2024 ≤ ai medesimi costi sostenuti nell'annualità 2011 + 1%; ** Sono esclusi i costi per prestazioni finalizzate al recupero e al miglioramento delle isole d'attesa per prestazioni ambulatoriali e ricoveri, anche in relazione al recupero delle attività non erogate nel periodo pandemico: - in attuazione di eventuali disposizioni nazionali e regionali per l'anno 2024, in deroga all'art. 15, c. 14, D.L. 95/2012 convertito dalla L. 135/2012, modificato dall'art. 1, c. 233, L. 213/2023, nei limiti degli eventuali finanziamenti previsti; - in attuazione dell'art. 1, c. 232 della L. 213/2023, nei limiti dei finanziamenti previsti dalla DGR 504/2024.	[(Totale costi** per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali da strutture private accreditate regionali" rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2024) - (Totale costi** per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali da strutture private accreditate regionali" rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2023)] / [(Totale costi** per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali da strutture private accreditate regionali" rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2023)] * 100		≤ -2%	Obiettivo raggiunto al 100% - target ≤ -10% (2023 valore 9.782.828 2024 8.7763.74,28)

Spesa farmaceutica e dispositivi medici

Il grado di raggiungimento degli obiettivi sulla farmaceutica è esplicitato nelle tabelle sotto riportate

FARMACEUTICA						
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Grado di raggiungimento AST Pu
6	Spesa farmaceutica per acquisti diretti	Variazione incrementale massima della spesa farmaceutica acquisti diretti al massimo del 4% rispetto alla spesa del 2023. Sono inclusi i farmaci innovativi. Sono esclusi i gas medicali ed i vaccini (Fonte ARS: flussi H e F).	(Spesa 2024-2023)*100	Spesa 2023	≤ 4%	Obiettivo raggiunto al 100% - +1% (2024 68.095.723 2023 67.353.721,33)
7	Spesa farmaceutica convenzionata netta	Variazione incrementale massima della spesa farmaceutica convenzionata per ciascuna AST al massimo del 4% rispetto alla spesa del 2023, comprensiva della remunerazione aggiuntiva (D. M. 30.03.2023) calcolata sulla base dei dati rilevati dalle Distinte Contabili Riepilogative mensili (DCR) del 2023	(Spesa 2024-2023)*100	Spesa 2023	≤ 4%	+4,6% (anno 2023 49239445 anno 2024 50442451)
8	Consumo antibiotici in ambito territoriale	Riduzione di almeno il 10% del consumo (DDD/1000 ab die) di antibiotici sistemici (ATC J01) in ambito territoriale (farmaceutica convenzionata) nel 2024 rispetto al 2023.	(DDD 1000 ab die 2024-2023)*100	DDD 1000 ab die 2023	Almeno - 10%	-2,911% - obiettivo raggiunto al 100%
9	Consumo antibiotici in ambito ospedaliero	Riduzione di almeno il 2% del consumo (DDD/100 giornate di degenza) di antibiotici sistemici in ambito ospedaliero nel 2024 rispetto al 2023.	(DDD 100 gg 2024-2023)*100	DDD 100 gg 2023	Almeno - 2%	-3%
10	Report di Monitoraggio del consumo di antibiotici	Produzione di n. 2 report semestrali da parte del Controllo di Gestione secondo il modello regionale	Trasmissione n. 2 report		100%	Obiettivo raggiunto al 100%
11	Ispezioni Farmacie convenzionate	N. di ispezioni presso le farmacie convenzionate	N. ispezioni presso le farmacie convenzionate		22 ispezioni	38 ispezioni - obiettivo raggiunto al 100%
12	Centralizzazione allestimento terapie oncologiche e riduzione del rischio clinico	UFA n. 1 per provincia			Relazione sullo stato di realizzazione delle attività	Obiettivo raggiunto al 100%
13	Spesa relativa ai dispositivi medici	Riduzione della spesa per dispositivi medici di almeno il 2% rispetto alla spesa del 2023 (voce CE BA0220, BA0230 e BA0240)	(Spesa 2024-2023)*100	Spesa 2023	Almeno - 2%	+7% (2023 44.200.702 2024 44.526.493)
14	Rispetto tempistica di inserimento delle schede di sospetta reazione avversa a farmaci e vaccini nella rete di farmacovigilanza (art. 22 comma 5 DM 30/04/2015)	L'intervallo tra la data di inserimento della segnalazione di incidente nella rete di dispositivo vigilanza e la data di validazione deve essere inferiore a 3 giorni per gli incidenti gravi.			100%	100%
15	Rispetto tempistica di validazione dei rapporti operatori di incidenti gravi per dispositivi medici	L'intervallo tra la data del ricevimento della segnalazione e la data di inserimento nella rete di farmaco vigilanza deve essere inferiore a 3 giorni per gli incidenti gravi.			100%	100%
16	Spesa relativa all'assistenza protesica	Variazione incrementale della spesa relativa agli acquisti sanitari per l'assistenza protesica (voce CE BA0750) al massimo del 4% rispetto alla spesa del 2023.	(Spesa 2024-2023)*100	Spesa 2023	≤ 4%	Obiettivo raggiunto al 100% - -9% (2023 4.134.958 2024 3.749.742)

Per quanto riguarda la spesa per farmaceutica convenzionata, occorre rilevare che l’ARS ha presentato la nuova DCR informatizzata ed il nuovo sistema di remunerazione alle Farmacie, si riportava testualmente che “il nuovo sistema di remunerazione comporterà un aumento di spesa per la Regione Marche di circa il 4-6. Nonostante ciò, sebbene ci sia stato un incremento delle prescrizioni in Convenzionata pari al + 1,48 % e in DPC al + 7,62 % che si è tradotto con un incremento di spesa del + 5,24 % per la Convenzionata e + 20,02 % per la DPC, il dettaglio (dati MARNO) degli scostamenti prescrittivi a DICEMBRE 2024 dei MMG tra “spesa lorda effettiva” e “spesa attesa” con i relativi importi economici, risulta una differenza pari - € 153.884,13, uno scostamento percentuale di – 0,30 % ed uno z-score medio pari a - 0,07.

Per quanto riguarda l’obiettivo sul contenimento della spesa per dispositivi medici, il relativo consumo è influenzato anche dalla distribuzione dei dispositivi legati a pazienti diabetici che appare in continua crescita.

Nell’anno sono state svolte procedure di gara, anche in collaborazione con la UOC Ingegneria Clinica per quanto di competenza, per un valore complessivo su base annua di:

- circa 1.007.000,00 € iva inclusa inerenti dispositivi in procedure aziendali (picc team, videobroncoscopi, kit dm vari, custom pack)
- circa 4.260.000,00 € iva inclusa relativi a classi merceologiche in fase di progettazione regionale (protesi ortopediche e traumatologia, dispositivi per anestesia e rianimazione, dispositivi medici vari, bendaggi vascolari e per ortopedia, stent vascolari).
- circa 700.000,00 € iva inclusa per trocar, suturatrici e fili di sutura in fase di aggiudicazione Consip entro l’anno solare.

[Digitare il testo]

- circa 2.000.000,00 € per sistemi di monitoraggio in continuo della glicemia in tempo reale di prossima distribuzione presso le farmacie convenzionate.
- circa 780.000 € per medicazioni generali in seguito ad aggiudicazione Estar
- circa 350.000 € per emogas
- circa 350.000 € per microbiologia
- circa 280.000 € per sierologia ed autoimmunità
- circa 170.000,00 € per il sistema di monitoraggio aziendale dei nervi cranici
- circa 60.000 € per leucemie mieloidi
- circa 35.000 € per estrattori del DNA
- circa 25.000 € per VES

Per le azioni intraprese per il contenimento della spesa del laboratorio analisi, si rimanda alle procedure aggiudicate e avviate sopra riportate.

Per quanto riguarda la Nefrologia, le azioni correttive introdotte sono state ricondotte ad un utilizzo più appropriato di emostatici (circa 50.000 € iva inclusa).

Risorse umane

Gli obiettivi inerenti il settore delle risorse umane, tra cui i flussi informativi, la formazione ed il rispetto del tetto di spesa, sono stati pienamente raggiunti, come esplicitato dalla tabella di seguito riportata.

PERSONALE						
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Grado di raggiungimento AST Pu
17	Monitoraggio della spesa del personale	monitoraggio della spesa del personale	monitoraggio della spesa del personale secondo le modalità richieste		report mensili adempimento ag e servizi esternalizzati	Obiettivo raggiunto al 100%
20	Formazione e omogeneizzazione dei comportamenti	Progettazione corsi rivolti al personale del Servizio Sanitario Regionale entro 31/12/2024 di cui al Piano di Formazione regionale 2022-2024 DGR n.1281 del 10/10/2022	Progettazione corsi rivolti al personale del Servizio Sanitario Regionale entro dicembre 2024 come segue: AST PU La medicina narrativa come pratica di cura (destinatari: area formazione e rappresentanza professionisti sanitari appartenenti alle diverse Aziende); AST AN Aggiornamenti ACN MMG (destinatari: ufficio personale degli Enti del SSR medicina convenzionata); AST MC Aggiornamenti CCNL dirigenza dell'area sanità (destinatari: ufficio personale degli Enti del SSR); AST FM II PIAO (destinatari: referenti PIAO degli Enti del SSR); AST AP Aggiornamenti ACN PLS (destinatari: ufficio personale degli Enti del SSR medicina convenzionata); INRCA Aggiornamenti CCNL del comparto sanità (destinatari: ufficio personale degli Enti del SSR); AOUM Aggiornamenti CCNL della dirigenza Funzioni Locali (destinatari: ufficio personale degli Enti del SSR)		invio relazione con il progetto formativo entro 31/12/2024	In accordo con la regione Marche il progetto è stato pianificato nell'anno 2024 e sarà realizzato nel 2025
21	Formazione e PNRR	Partecipazione al Corso base di cui al Piano Formativo Regionale sulle ICA (DGR n.398/2023) Target PNRR Marzo 2025 52% del target regionale (n.3.724)	numero di attestati conseguiti a fine corso (reportistica).	totale dipendenti formati per ente del SSR	entro il 31/12/2024 almeno il 50% dei dipendenti ospedalieri ha partecipato al corso base ICA mod A (report partecipazioni)	al 31/12/2024 hanno completato il percorso, con rilascio di attestati, n. 1727 professionisti sanitari pari al 113% del totale previsto.
22	Potenziamento del FSE (PNRR M6C2 1.3.1(b) «Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni»)	organizzazione di almeno un intervento di comunicazione verso i dipendenti e medici convenzionati in merito al FSE. Realizzazione entro 31/12/2024	organizzazione di almeno n. 1 intervento di comunicazione verso i dipendenti e medici convenzionati in merito al FSE. Realizzazione entro 31/12/2024		1 intervento realizzato entro 31/12/2024	nel mese di dicembre 2024 sono state realizzati i due interventi formativi SPOKE previsti, per ogni corso sono state realizzate n. 2 edizioni
23	Potenziamento del FSE (PNRR M6C2 1.3.1(b) «Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni»)	Incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario - Formazione FSE	Partecipazione delle figure apicali degli Enti del SSR alla formazione HUB e servizio di almeno n.2 interventi formazione SPOKE inerenti Piano Operativo "Formazione FSE"		90% partecipazione; e 100% interventi realizzati	Obiettivo raggiunto al 100%

Ricetta elettronica, pagamento ticket

[Digitare il testo]

Gli obiettivi di seguito riportati denotano quanto l'Azienda AST PU abbia scelto di investire in sanità digitale. La digitalizzazione, tra cui la dematerializzazione delle prescrizioni, sono risultati fondamentali per agevolare le continuità di cura ed il contatto tra medico e paziente.

Gli obiettivi contenuti nell'area in oggetto sono stati tutti raggiunti, come illustrato dalla seguente tabella

RICETTA ELETTRONICA - PAGAMENTO TICKET						
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	
24	Ricette dematerializzate di specialista ambulatoriale e farmaceutica convenzionata (prodotte da MMG, PLS, Specialisti)	% Ricette dematerializzate di Specialista Ambulatoriale PRESCRIZIONE	n. ricette dematerializzate specialista ambulatoriale	Numero totale ricette specialista ambulatoriale (risultante da Sistema TS)	≥ 80% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	92,89% - Obiettivo raggiunto al 100%
25		% Ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata PRESCRIZIONE	n. ricette dematerializzate farmaceutica	Numero totale ricette farmaceutica convenzionata (risultante da Sistema TS)	≥ 90% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	94,69% - Obiettivo raggiunto al 100%
26		Ricette dematerializzate di specialista ambulatoriale (prodotte da MMG, PLS, Specialisti) EROGAZIONE	% Ricette dematerializzate di Specialista Ambulatoriale non gestite correttamente	n. ricette dematerializzate non gestite correttamente (stato della ricetta: prescritto) Rilevate da SOGEI dal confronto tra il flusso della ricetta dematerializzata e dai dati trasmessi ex comma 11 (File C)	Numero totale ricette dematerializzate specialista ambulatoriale (risultanti da Sistema TS)	Obiettivo raggiunto
27			Relazione sull'eventuale mancata interoperabilità tra i Sistemi Informativi che richiedono un coordinamento a livello regionale ai sensi dell'art. 43 della L. R. 19/2022		Entro il 31.12.2024	Obiettivo raggiunto al 100% - Relazione inviata con Prot.n. 76668 del 30/12/2024
28	Pagamento ticket sanitari tramite PagoPA (DGR 1449 del 30.09.2024)	Implementazione della modalità di pagamento PagoPA	Assicurare per le prestazioni prenotate tramite il CUP unico regionale la possibilità di pagamento tramite il sistema di pagamento PagoPA		Entro il 01.11.2024	Non realizzato per motivi tecnici esogeni. L'obiettivo può comunque ritenersi raggiunto con la realizzazione di MpaY e i totem

Per quanto riguarda il pagamento ticket sanitari tramite PagoPA l'Azienda non ha potuto ancora attivare i sistemi a supporto di tale metodologia di pagamento per fattori esogeni, tuttavia ha implementato e attivato il metodo di pagamento MpaY e si è dotata di totem per il pagamento dei ticket.

Digitalizzazione processi e PNRR

I target posti sugli obiettivi riguardanti la digitalizzazione dei processi e sul rispetto delle scadenze per la realizzazione degli interventi PNRR missione 6, risultano tutti conseguiti così come riportato nelle tabelle che seguono

DIGITALIZZAZIONE PROCESSI						
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Grado di raggiungimento AST Pu
29	Evoluzione funzionale unitaria del Sistema Informativo Amministrativo Unico (SIA)	Partecipazione dei referenti nominati da ciascun Ente agli incontri finalizzati alla definizione delle specifiche di miglioramento delle funzionalità del Sistema Informativo	Tempo di presenza attiva/decisione dei referenti agli incontri e riscontrabile dai verbali	Tempo totale in ore annuale dedicato a tutti gli incontri per la definizione delle specifiche funzionali	80%	Obiettivo raggiunto al 100%
31	Definizione di una organizzazione per la cybersicurezza dei servizi a catalogo	Presenza di una organizzazione di responsabili per la cybersicurezza di servizi e relativi processi	Numero di responsabili assegnati alla cybersicurezza	Totale dei responsabili necessari per implementare l'organizzazione che gestisce la cybersicurezza	80%	nomine di Amministratori di sistema : determina n. 573 del 30.04.2024 avente per oggetto "Misure organizzative ex Regolamento UE 2016/679 (GDPR). Nomina "Designati" e "Autorizzati" al trattamento dei dati personali dell'Azienda Sanitaria Territoriale Pesaro Urbino".
32	Definizione dei referenti per la formazione in tema cybersicurezza	Individuazione formale del referente della formazione dell'Azienda	Individuo (S/NO)		SI	SI è stata nominata la Dott.ssa Guiducci Maria Teresa
34	Attivazione della connettività in fibra Piano Sanità Connessa - Progetto Telemedicina presso IPP	Individuazione formale dei referenti e rispetto dei tempi minimi per supporto e produzione documentazione nei vari step progettuali per ciascun IPP	Numero di IPP con informazioni complete del progetto di connessione	Numero di IPP per ogni Azienda	100%	Referenti sono individuati con lettera, purtroppo le attivazioni delle connettività Sanità Connessa che ci permettono di avere costi cessanti, sono in ritardo per motivazioni esogene (ritardi INFRAEL/TIM). Abbiamo due tabelloni , uno exAV1 e uno exMN relativi alle linee dati SPC2 sulle quali devono subentrare linee dati Sanità Connessa.

PNRR - MISSIONE 6						
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Grado di raggiungimento AST Pu
35	Produzione in maniera strutturata nel formato CDA2 iniettabile nel pdf (D. M. Salute 20.05.2022 "Adozione delle Linee guida per l'attuazione del Fascicolo sanitario elettronico" di almeno una tipologia di documenti (esclusi LIS e RIS) al T4 2024 per l'attuazione della Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.3.1 - Rafforzamento dell'infrastruttura	Tipologie di documenti (esclusi LIS e RIS) prodotti in maniera strutturata nel formato CDA2 iniettabile nel pdf (D. M. Salute 20.05.2022 "Adozione delle Linee guida per l'attuazione del Fascicolo sanitario elettronico"		Tipologie di documenti a T4 2024	≥ 1	Obiettivo raggiunto al 100%
36	Completamento degli interventi in scadenza a T4 2024 da parte dei soggetti delegati della Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.1 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Sub-investimento 1.1.2 (Grandi Apparecchiature)	Numero di apparecchiature collaudate (tot. 47 apparecchiature)		Numero di apparecchiature collaudate a T4 2024	11	Obiettivo raggiunto al 100%
37	Consegna lavori al T3 2024 da parte dei soggetti delegati per gli interventi della per gli interventi della Missione 6 - Componente 1: Investimento 1.1 - Case della Comunità e presa in carico della persona	Numero di consegne cantieri effettuate (tot. 28 Case della Comunità)		Numero di consegne lavori effettuate a T3 2024	3	Obiettivo raggiunto al 100%
38	Completamento al T2 2024 degli interventi da parte dei soggetti delegati della Missione 6 - Componente 1: Investimento 1.2 - Casa come primo luogo di cura e Telemedicina - Sub-investimento 1.2.2 Implementazione delle C.O.T.	Numero Centrali Operative in funzione (tot. 15 COT)		Numero di COT operative a T2 2024	3	Obiettivo raggiunto al 100%
39	Consegna lavori al T3 2024 da parte dei soggetti delegati per gli interventi della per gli interventi della Missione 6 - Componente 1: Investimento 1.3 - Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	Numero di consegne cantieri effettuate (tot. 8 Ospedali di Comunità)		Numero di consegne lavori effettuate a T3 2024	1	Obiettivo raggiunto al 100%
40	Completamento al T2 2024 della prima fase di interventi (impiego del 75% del finanziamento) Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Sub investimento 1.1.1 - Digitalizzazione DEA I e II livello.	Impegno del 75% delle risorse finanziarie totali a livello regionale		Rispetto del termine T2 2024	SI	raggiunto come Regione, in quanto l'azienda delegata è AST di Ancona, abbiamo impegnato con Determine di Ancona
41	Completamento al T4 2024 degli step intermedi di digitalizzazione (Sub investimento 1.1.1 - Digitalizzazione DEA I e II livello.) - Caratteristiche Cliniche Verticali (Nefrologia e Dialisi, Oncematologia, Sistema Traslazionale, Blocchi Operatori, Cardiologia ed Emodinamica, Terapia Intensiva e Semi Intensiva).	Completamento della fase di Analisi e Progettazione dello stream Caratteristiche Cliniche Verticali Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Sub investimento 1.1.1 - Digitalizzazione DEA I e II livello.		Rispetto del termine T4 2024	SI	Obiettivo raggiunto al 100% tramite il lavoro svolto dai gruppi region

4.2 Obiettivi sanitari

Si riportano, di seguito, i risultati raggiunti dall'Azienda nell'anno 2024 rispetto agli obiettivi posti dalla Regione marche con DGRM n. 1703/2024.

Area Prevenzione Collettiva

L'azienda si è prodigata per realizzare gli obiettivi legati all'area della prevenzione, in attuazione del nuovo piano socio sanitario regionale e nella consapevolezza che la prevenzione è la prima strada per garantire la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, ed il miglioramento della qualità della vita.

Il conseguimento degli obiettivi posti dalla Regione Marche trova compiuta illustrazione nelle tabelle di seguito riportate

AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - INDICATORI NSG "CORE"								
Prog.	DGRM 1703/2024	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Grado di raggiungimento AST Pu
		incrementare l'attività di prevenzione	modello LA	totale costo "prevenzione collettiva e sanità pubblica" 2024=costo 2023			>2023	Obiettivo raggiunto al 100%
1	2	Copertura vaccinale	Anagrafe vaccinale informatizzata (NSG - Core)	Copertura vaccinale aggiornata nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita - Non rintracciabili (Trasferiti in altra ASL/Estero, non rintracciabili perché nomadi o senza fissa dimora, non rintracciabili nonostante indirizzo conosciuto)	Obiettivo minimo: ≥ 93% (= assegnazione 50% del punteggio) ; ≥ 94% (= assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale ≥ 95% (= assegnazione 100% del punteggio)	92,54% (1962 / 2120)
2	3	Copertura vaccinale	Anagrafe vaccinale informatizzata (NSG - Core)	Copertura vaccinale aggiornata nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	n. di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con 1 dose di vaccino MPR	n. di soggetti della rispettiva coorte di nascita - Non rintracciabili (Trasferiti in altra ASL/Estero, non rintracciabili perché nomadi o senza fissa dimora, non rintracciabili nonostante indirizzo conosciuto)	Obiettivo minimo: ≥90% in tutti i Distretti della AST (= assegnazione 50% del punteggio) ; ≥ 92% (= assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale ≥ 95% (= assegnazione 100% del punteggio)	93,2% (1974 / 2118)

AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - INDICATORI NSG "CORE"								
Prog.	DGRM 1703/2024	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Grado di raggiungimento AST Pu
3	4	Rispetto LEA per Screening Oncologici	Dati ONS (GISMA, GISCI, GISCOR) (NSG, IQE)	% persone che effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della mammella	Persone in età target che eseguono nel 2024 il test di screening per carcinoma mammella	Popolazione target 2024	Obiettivo minimo: Per la fascia d'età 50-69 anni mantenimento (bateranza - 5%) /superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >60% (=assegnazione 100% del punteggio)	52,92 % (12453 / 23531)
4	5			% persone effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della cervice uterina	Persone in età target che eseguono nel 2024 il test di screening per cervice uterina	Popolazione target 2024	Obiettivo minimo: mantenimento (bateranza - 5%) /superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	50% (12450 / 24899)
5	6			% persone che effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro del colon retto	Persone in età target che eseguono nel 2024 il test di screening per tumore colon retto	Popolazione target 2024	Obiettivo minimo: mantenimento (bateranza -5%) /superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	38,77 % (14464 / 36366)

AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - ALTRI INDICATORI								
Prog		OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Grado di raggiungimento AST Pu
6	7	PanFlu	Relazione Enti sulle riunioni dei Comati Pandemici con evidenza di implementazione delle azioni previste in fase interpandemica	N. riunioni Comati Pandemici	N. riunioni dei Comati Pandemici con verbalità che evidenzino implementazione delle azioni previste in fase interpandemica		Almeno 2 riunioni	Riunione del giorno 9 dicembre 2024 verbale 0108697/12/12/2024/AST-PUJA-DIPPIP - riunione del 16.12.2024 verbale 0110557/19/12/2024/AST-PUJA-DIPPIP
	8		AS Enti	Revisione Piano Pandemico Aziendale/Territoriale secondo le indicazioni regionali/nazionali	Revisione Piano Pandemico		Approvazione e trasmissione atto	Prot. 0111156/20/12/2024/AST-PUJA-DIPPIP
8	9	Copertura vaccinale	Piattaforma FLUFF (ISS, ISTAT (NSG)	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	n. di soggetti di età >= 65 anni vaccinati per antinfluenzale	Popolazione >= 65 anni residente	Obiettivo minimo >= 55% (=assegnazione 50% del punteggio). Obiettivo ottimale >=75% (=assegnazione 100% del punteggio)	60,3% (53384 / 88413)
9	10	Prevenzione, sicurezza e salute nei luoghi di lavoro	Flussi informativi INAIL, dati AASSTT (SPSAL)	Percentuale di aziende controllate e/o assistite con o senza sopralluogo sul totale da controllare / assistere	n. Aziende controllate e /o assistite	n. aziende con almeno 1 dipendente	>= 5%	5,13% (890 / 17356)
10	11	Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale e delle sezioni Regionali dei Registri Tumori di cui all'art. 244 del D. Lgs. 81/2008	Archivi Anatomiche patologiche	Trasmissione dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale (anno 2023)	Dati di anatomia patologica necessari, trasmessi al Registro Tumori Regionale (anno 2023)	Dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale presenti negli archivi aziendali (anno 2023)	100%	100%
11	12		Registro Regionale delle Cause di Morte	Registrazione e controllo di qualità delle schede cause di morte anno 2022	n. schede cause di morte registrate e controllate per la qualità anno 2022	n. totale schede cause di morte anno 2022	100%	100% (4383 / 4383)
12	13	Sicurezza dei prodotti chimici: controlli nella fase di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (Reg. REACH e CLP)	Rilevazione ad Hoc	% imprese controllate su imprese programmate	n. imprese controllate	n. imprese programmate	>=95%	175% (14 / 8)
13	14	Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021)	AS Enti (AASSTT)	Numero riunioni del gruppo di coordinamento Piano Integrato Locale	Numero riunioni effettuate		>=3	100% (3 / 5)
14	15	Partecipazione al Programma PP03 Luoghi di Lavoro che promuovono salute del PRP 2020-2025	Enti del SSR	Adesione al PP03	Adesione formale al PP03 (Protocollo d'intesa approvato con DGR)		Adesione al Protocollo d'intesa	100%
15	16	Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021)	ARS/Regione	%Indicatori certificativi raggiunti per anno 2024 (dato regionale)	n. Indicatori PRP per anno 2024 raggiunti	n. Indicatori PRP per anno 2024	>= 80%	94,53% (121 / 128)

[Digitare il testo]

Si precisa che in merito alla copertura vaccinale per la popolazione residente con età superiore ai 65 anni, non tutte le dosi consegnate ai MMG risultano essere state registrate nel proprio gestionale di studio ed inviate con modalità automatiche, al sistema SIAMA (Servizio Informativo Vaccinale delle Marche) pur essendo state rese disponibili le specifiche di cooperazione applicativa che lo permettono (integrazioni cartelle MMG). Di conseguenza il grado di raggiungimento dell'obiettivo "Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano" potrebbe essere sottostimato.

Area Prevenzione Veterinaria E Sicurezza Alimentare

L'Azienda, attraverso i Servizi Veterinari e i Servizi IAN, parte integrante del Sistema sanitario nazionale, ha svolto attività essenziali di sorveglianza sanitaria, di controllo e di vigilanza per assicurare il rispetto rigoroso dei requisiti di sicurezza alimentare e salute e benessere degli animali a tutela della salute pubblica.

In questo Ambito, l'impegno profuso trova riscontro nel perseguimento pieno di tutti gli obiettivi attribuiti all'Azienda, come dimostrato dalle tabelle che seguono

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - INDICATORI NSG "CORE"								
Prog.	DGRM 17/03/202 4	OBIETTIVI	SOURCE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Grado di raggiungimento AST Pu
16	17	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità dei dati in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	VETINFO (Codice NSG P10Z)	% stabilimenti ovi-caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli stabilimenti)	n. stabilimenti ovi-caprini controllati I&R	n. totale stabilimenti ovi-caprini da controllare	3% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2023	3,16% (22 / 21)
17	18			% stabilimenti suini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% degli stabilimenti)	n. stabilimenti suini controllati I&R	n. totale stabilimenti suini da controllare	1% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2023	1,08% (12 / 11)
18	19			% stabilimenti bovini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli stabilimenti)	n. stabilimenti bovini controllati I&R	n. totale stabilimenti bovini da controllare	3% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2023	4,55% (22 / 15)
19	20			% stabilimenti equini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli stabilimenti)	n. stabilimenti equini controllati I&R	n. totale stabilimenti equini da controllare	3% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2023	3,37% (40 / 36)
20	21			% apiari controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% degli apiari)	n. apiari controllati I&R	n. totale apiari da controllare	1% apiari aperti in BDN al 31/12/2023	1,55% (29 / 19)
21	22	FARMACI SORVEGLIANZA attività di ispezione e verifica art. 88 D.Lgs n.193/2006. Nota DGSF n.1466 del 26/01/2012; DM 14/05/2009 e nota DGSF n.13986 del 15/07/2013	SIVA DATAFARM-VETINFO (Codice NSG P10Z)	Attività svolta sul totale degli operatori controllabili in base all'art.88 comma 3, art.71 comma 3, art.70 comma 1, art. 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs n.193/2006	n. totale degli operatori controllati	n. totale degli operatori controllabili	> 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite	92% (105 / 114)
22	23	Piano Nazionale Alimentazione animale	SIVA DATAFARM-VETINFO (Codice NSG P10Z)	% campionamenti eseguiti sul totale degli allevatori	n. campionamenti e analisi svolte	n. campionamenti e analisi programmati	100%	100% (57 / 57)
23	24	FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	SIVA DATAFARM - VETINFO - NSIS (Codice NSG P12Z)	% campioni effettuati sul totale dei previsti nell'ambito del programma di ricerca dei residui di fitosanitari negli alimenti vegetali	n. campioni effettuati	n. totale campioni previsti	> 90% in tutte le categorie previste dal DM	100% (47 / 47)
24	25	PNR- PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci, sostanze illecite e contaminanti e loro residui negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	SIVA-VETINFO (Codice NSG P12Z)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNR	n. Campioni effettuati per il PNR	Totale campioni previsti dal PNR	100% delle categorie di matrici programmate, con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	100% (27 / 27)
25	26	ADDITIVI ALIMENTARI (Piano nazionale controllo additivi alimentari ai quali e nei prodotti alimentari)	SIVA DATAFARM-VETINFO - NSIS (Codice NSG P12Z)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNCAA	n. Campioni effettuati per il PNCAA	Totale campioni previsti dal PNCAA	100% in tutte le categorie previste	SIAA: 100% (9 / 9) SIAOA: 100%

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - ALTRI INDICATORI								
Prog.	DGRM 17/03/2024	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Grado di raggiungimento AST Pu
26	27	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSF n. 1618 del 28/01/2013	VETINFO (Codice NSG P09Z)	% stabilimenti controllati sugli stabilimenti bovini da controllare per TBC come previsto dai piani di risanamento	Stabilimenti bovini controllati per TBC	Stabilimenti bovini da controllare per TBC	100%	135 / 135
27	28			% stabilimenti controllati sugli stabilimenti bovini, ovini e caprini da controllare per BRC come previsto dai piani di risanamento	Stabilimenti delle tre specie controllati per BRC	Stabilimenti delle tre specie da controllare per BRC	100%	BOVINI: (80 / 80) OVINI-CAPRINI: (222 / 222)
28	29	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg. 999/2001 e Nota DGSF 2832 del 12 febbraio 2014	VETINFO (Codice NSG P09Z)	% di capi bovini morti sottoposti al test per BSE sul totale degli allevatori	n. di bovini morti testati per BSE	n. totale dei bovini morti in età campionabile	≥ 85%	103 / 103
29	30			% di capi ovini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli allevatori per gli ovini (DDSPVSA n. 8/2023)	n. capi ovini morti sottoposti al test TSE/Scrapie	n. minimo dei capi ovini previsti annualmente dal Ministero della salute	100% del valore atteso	31 / 29
31	31			% di capi caprini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli allevatori per i caprini (DDSPVSA n. 8/2023)	n. capi caprini morti sottoposti al test TSE/Scrapie	n. totale dei caprini morti in età campionabile	100% del valore atteso	36 / 18
32	32	SALMONELLOSI ZOONOTICHE - Reg. 2160/2003 e s.m.i.; nota DGSF 3457-26/02/2010; nota DGSF 1618 n. del 28/01/2013 e relativa registrazione dati nel SIS-BDN	VETINFO (Codice NSG P09Z)	% campionamenti sul totale dei campioni previsti dal "piano salmonellosi" in allevamento	Campioni effettuati	Totale campioni previsti dal piano salmonellosi	100%	13 / 13
33	33	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	DATAFARM-VETINFO (Codice NSG P11Z)	% controllo per benessere in allevamenti di vitelli, suini, ovini e polli da carne	n. controlli effettuati per ciascuna specie in attuazione del PNBA	% di allevamenti controllabili per la medesima specie	100%	100% (22 / 22)
34	34			% controllo per benessere in allevamenti di "altri bovini"	n. controlli effettuati su "altri bovini" in attuazione del PNBA	% di allevamenti controllabili per la medesima categoria	100%	100% (12 / 12)
35	35			% controlli per benessere negli impianti di macellazione	n. controlli per il rispetto del benessere negli impianti di macellazione (Regolamento 1099/2009)	% di stabilimenti controllabili in attuazione del medesimo Piano	100%	100% (3 / 3)

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - ALTRI INDICATORI								
Prog.	DGRM 17/03/2024	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Grado di raggiungimento AST Pu
36	36	CONTROLLI ANALITICI NELLE FASI DI PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI-situazione Accordo Stato-Regioni del 10 novembre 2016,reg212 concernente Linee guida controllo ufficiale ai sensi Reg. 882/04 e 854/04, Capitolo 15 e ripartizione dei controlli su base regionale/nota DGSAN n.15168 del 14/04/2017. Percentuale di controlli analitici minimi effettuati per ciascuna matrice alimentare nelle fasi, rispettivamente, di "produzione"e"distribuzione"	VETINFO (Codice NSG P13Z)	% di campionamenti effettuati sul totale dei programmi negli esercizi di produzione e distribuzione	n. campionamenti effettuati negli esercizi di produzione e distribuzione	n. totale di campionamenti programmati negli esercizi di produzione e distribuzione	100% in ciascuna matrice alimentare	SIAN: 100% (140 / 140) SIACQ: 100% (144 / 142)
37	37	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003- alimenti geneticamente modificati.	DATAFARM-VETINFO - NSIS (Codice NSG P13Z)	Corretto rapporto del campionamento previsto dall'allegato al Piano OGM, riferito alle materie prime e agli intermedi di lavorazione	n. campioni eseguiti	n. totale campioni previsti dal Piano OGM	> 60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione	SIAN: 75% campioni per materie prime ed intermedi di lavorazione Tutti i N.4 campioni di OGM previsti sono stati effettuati: di questi N.3 erano materie prime/intermedi di lavorazione e N.1 prodotto finito SIAPZ: 100% (3 / 3)
38	38	AUDIT SU OSA - controlli ufficiali previsti da Reg. 625/2017 e Reg. 627/2019- DDPFVSA n.49 del 20/03/2017	DATAFARM (Codice NSG P13Z)	% di audit sugli stabilimenti riconosciuti di cui al DDPFVSA n.49 del 20/03/2017	Adozione atti formali che definiscono il programma annuale di audit dell'Autorità Competente Locale su OSA		100% del numero minimo di audit che sarebbe necessario eseguire su tutti gli stabilimenti fossero classificati a "basso rischio", per ciascuna tipologia di cui al DDPFVSA	SIAN: 100% N.4 SIAN N.3 SIAN-SIACQ SIACQ: 100% (15 / 15)
39	39	RADIAZIONI IONIZZANTI D.Lgs 30 gennaio 2001, n. 94 - Attuazione delle direttive 1999/2/CE e 1999/3/CE; (PAMA)	DATAFARM-VETINFO - NSIS (Codice NSG P13Z)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti	N. campionamenti ed analisi eseguiti	N. totale campioni ed analisi previsti	100%	SIAN: 100% (1 / 1) SIACQ: 100% (1 / 1)

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - ALTRI INDICATORI								
Prog.	DGRM 1763/202 4	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Grado di raggiungimento AST Pu
40	40	PIANO SORVEGLIANZA MBV - zone di produzione e stabulazione dei molluschi bivalvi vivi ai sensi del Reg. CE 627/2019	DATAFARM-VETINFO (NSG)	% di aree di raccolta dei molluschi sottoposte a monitoraggio con la frequenza prevista	Area di raccolta molluschi sottoposte a monitoraggio con frequenza prevista	Area di raccolta molluschi	100%	100% (36 / 36)
41	41	Potenziamento delle attività di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare (Reg. 178/2002, al 2 DGRM n. 1803 del 09/12/2008)	AASSTT-Rilevazione ad hoc	Atti formali relativi all'attività di comunicazione del rischio nell'ambito della sicurezza alimentare	Esecuzione delle attività annuali di comunicazione del rischio programmate dall'Autorità competente locale, per ciascuna AST, entro il 31 dic 2023		Report interdisciplinare di AST dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare	SSA- LE TSE NEGLI UNGULATI SELVATICI FONTE: COMUNICAZIONE INVIATA CON PROT. N.0105968 DEL 04/12/2024
42	42	PIANO NAZIONALE MICOTOSINE 2016-2019-Controlli ufficiali delle micotossine in alimenti. Note DGSA n.14944 del 14/4/2016 (PAMA 2016)	SIVA DATAFARM-VETINFO (NSG)	Volume di attività minime dei programmi di campionamento previsti dal Piano Nazionale Micotossine in Alimenti (PNMA)	n. totale campionamenti effettuati	n. totale campionamenti previsti	100%	100% (19 / 19)
43	43	CONTROLLI BIOSICUREZZA STABILIMENTI SUINI	VETINFO	% Stabilimenti suinicoli controllati sul totale dei controlli previsti per biosicurezza (1% degli stabilimenti e 33% stabilimenti sembradi commerciali aperti con capi)	n. stabilimenti suinicoli controllati per biosicurezza	n. totale allevamenti suinicoli	1% degli stabilimenti a cui aggiungere il 33% stabilimenti sembradi commerciali aperti con capi	21 / 21
44	44	QUALIFICHE SANITARIE (Art. 2, O.M. 28 maggio 2015 e s.m.)	VETINFO	Mantenimento qualifica di provincia indenne per Brucellosi bovina Mantenimento qualifica di provincia indenne per Brucellosi ovi-caprina Mantenimento qualifica di provincia indenne per tubercolosi bovina Acquisizione qualifica di provincia indenne per tubercolosi bovina Mantenimento qualifica di provincia indenne per leucosi bovine enzootica			SI SI SI - SI	SI / SI SI / SI SI / SI N. A. SI / SI
45	45	PSA - PRIU	Relazione annuale di Servizio da inviare al Settore PVSa entro il 31.01.2025	n. di cassette suine esaminate negli stabilimenti suini con capacità fino a 50 capi e/o allevamenti siti nelle zone a maggior rischio come indicato nella valutazione del rischio allegata al PRIU			≥ 10	SUINI DOMESTICI: 100% (51) SUINI SELVATICI: 100% (81)

Area Assistenza Distrettuale / Territoriale, Integrazione Ospedale-Territorio E Integrazione Sociosanitaria - Indicatori Nsg "Core"

Per quanto riguarda questa area, tutti gli obiettivi previsti sono stati conseguiti.

Invero, in merito ai tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali specialistiche oggetto di monitoraggio, l’Azienda può ritenere di aver raggiunto gli obiettivi regionali.

Ciò in quanto la minima distanza dal raggiungimento del target posto è da imputare a modifiche attuate alla visibilità delle agende a CUP, con apertura delle stesse 365 giorni prima della data dell’appuntamento, indipendentemente dalla classe di priorità. Tale scelta ha comportato lo sfioramento dei tempi di attesa di tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale, indipendentemente dall’incremento della produzione e dalle azioni di efficientamento degli slot disponibili attuate dall'Azienda.

ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA - INDICATORI NSG "CORE"								
Prog.		OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Grado di raggiungimento AST Pu
46		Assistenza domiciliare	Flusso SIAD (NSG, IOE)	Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1	n. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1 (0,14 - 0,30)		> 4,00 x 1000 ab.	9,89 per 1000 abitanti. Obiettivo raggiunto al 100%
47			Flusso SIAD (NSG, IOE)	Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2	n. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2 (0,31 - 0,50)		> 2,50 x 1000 ab.	4,87 per mille abitanti. Obiettivo raggiunto al 100%
48			Flusso SIAD (NSG, IOE)	Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3	n. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3 (> 0,50)		> 2,00 x 1000 ab. (Tolleranza 20%)	0,43 per mille abitanti
49		Assistenza residenziale	Flusso FAR (NSG, IOE)	N. residenti anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale	n. anziani (età ≥ 75 anni) non autosufficienti residenti presenti nelle strutture residenziali, per le tipologie di trattamento R1, R2, R2n, R3		> 41 x 1.000 ab. ≥ 75 aa	calcolo possibile solo a fine anno (flusso R annuale)
50		Potenziamento della Rete delle Cure Palliative	Flusso SIAD, Flusso HOSPICE, ISTAT – dati di mortalità e mortalità per causa (NSG, IOE)	% Deceduti per tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul totale dei deceduti per tumore	Σ Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore + Σ Assistiti in cure domiciliari con assistenza conclusa per decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore	Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili	> 35% (Tolleranza 25%)	in base di calcolo
51		Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologia psichiatrica	Flusso SDO (NSG)	% Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	Totale ricoveri in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	≤ 0	18 (6 anno 2023)
52		OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE	File C (NSG)	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visite oculistica, ortopedica, cardiologica; - mammografie; - TAC torace; - ecocolor doppler tronchi sovraorari; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale.	n. prestazioni garantite entro i tempi previsti per le classi di priorità B	n. totale di prestazioni per classe di priorità B (esclusi i periodi di eventuale sospensione delle attività)	>90%	82,8% (83,1% 2023)

[Digitare il testo]

ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA - ALTRI INDICATORI								
ù		OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Grado di raggiungimento AST Pu
54		Ottimizzazione offerta ambulatoriale		Completezza della compilazione della ricetta per tipologia accesso/ classe priorità per le prestazioni previste dal PNGLA	n. delle prestazioni richieste con indicazione della tipologia accesso/classe priorità	n. totale delle richieste di prestazioni	>90%	91,08. Obiettivo raggiunto al 100%
55		Ottimizzazione offerta ambulatoriale	Rilevazione ad hoc	Aumento delle prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate alle aziende	(n. prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate all'Azienda 2024) - (n. prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate all'Azienda 2023)	(n. prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate all'Azienda 2022)	>10%	Obiettivo raggiunto al 100%
56		Ottimizzazione offerta ambulatoriale	Rilevazione ad hoc	Inserimento nelle liste di garanzia di tutti i pazienti che ne hanno diritto, con verifica del numero di telefono dell'utente	Utenti che hanno diritto ad essere inseriti nelle liste di presa in carico e che non hanno rifiutato espressamente tale inserimento, inseriti nelle liste di garanzia con verifica del numero di telefono dell'utente	Utenti che hanno diritto ad essere inseriti nelle liste di presa in carico e che non hanno rifiutato espressamente tale inserimento	>99%	Obiettivo raggiunto al 100%

ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA - ALTRI INDICATORI								
Prog.		OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Grado di raggiungimento AST Pu
58		Attività legate all'attuazione del PNRR	Rilevazione ad hoc	Definizione dei modelli assistenziali per le strutture di prossimità (CaC, OdC, COT) aziendali previste dalla DGR 559/2022 secondo gli standard del DM 77/2022	Produzione documento attestante i modelli assistenziali secondo gli standard del DM 77/2022		Reportistica inviata entro il 31/01/2025	Obiettivo raggiunto al 100%
61		Recupero e miglioramento liste di attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri e screening DGR 504 del 03.04.2024		Utilizzo delle risorse	Risorse definite con atto dedicato 2024	Risorse utilizzate al 31.12.2024	1	Obiettivo raggiunto al 100%
63		Effettuazione visite diagnostiche e specialistiche anche nei giorni di sabato e domenica ai sensi della Legge n. 107 del 29 luglio 2024 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie"	reportistica mensile	Effettuazione di visite diagnostiche e specialistiche anche nei giorni di sabato e domenica	Offerta attività ambulatoriale di visite diagnostiche e specialistiche anche nei giorni di sabato e domenica		Reportistica mensile: n. visite effettuate nei giorni di sabato e domenica mese di ottobre novembre dicembre	prot. n. 73279 del 12/12/2024

Area Accreditamanti

Anche per l’area accreditamenti gli obiettivi 2024 sono stati conseguiti

AREA ACCREDITAMENTI								
Prog.		OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Grado di raggiungimento AST Pu
65		Presentazione degli esiti delle verifiche di sicurezza sismica delle strutture sanitarie e sociosanitarie		evidenza degli esiti delle verifiche (indice di sicurezza sismica e vita residua) entro il 31 dicembre 2024			valutazione di sicurezza (indice di rischio, vita residua, eventuale programma degli interventi) per tutte le strutture ospedaliere ed extraospedaliere	Obiettivo raggiunto al 100%
66		Adeguamento delle strutture ai manuali autorizzativi, con particolare riferimento alla protezione antisismica ed antincendio, ed alle aree di degenza ospedaliere		Per le strutture ricadenti nell'elenco delle attività soggette di cui all'Allegato 1 del D. Lgs. 151/2001 l'attuazione di tutti gli interventi necessari al rispetto della vigente normativa in materia di prevenzione incendi, garantendo la realizzazione di tutti i lavori e gli adempimenti programmati negli step di legge con la conclusione dell'iter di adeguamento entro il 24 aprile 2027, così come prorogato dal D.L. 29 dicembre 2022, n. 198 coordinato con la legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14.			Presentazione del cronoprogramma pluriennale degli interventi e del relativo piano economico	Obiettivo raggiunto al 100%
				Presentazione della richiesta di Autorizzazione all'esercizio di tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie entro il 31/12/2024, con eventuali cronoprogrammi in deroga alla scadenza indicata, ed esclusione dei requisiti di sicurezza (non derogabili)			Presentazione della richiesta AUT2 entro il 31/12/2024	Obiettivo raggiunto al 100%

Area Assistenza Ospedaliera

In riferimento all’area core dell’Azienda correlata all’assistenza ospedaliera, le tabelle che seguono dimostrano il pieno raggiungimento degli obiettivi attribuiti dalla Regione.

La tenuta del target raggiunto, nella maggior parte dei casi di molto superiore a quello regionale, ed in molti casi il miglioramento di target già eccellenti dell’area ospedaliera, denotano l’impegno dell’Azienda a metter in campo strategie sempre più mirate ad innalzare, laddove ancora possibile, la qualità clinica, l’appropriatezza delle prestazioni e l’efficienza organizzativa.

[Digitare il testo]

AREA OSPEDALIERA - INDICATORI NSG "CORE"								
Prog.		OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Grado di raggiungimento AST Pu
68		Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG; Patto per la Salute 2010-2012; DM 120/1/17, IQE)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	≤ 0,10	0,067 (anno 2023 0,075)
69		Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG/IQE)	% pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	Pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore operati entro 48 ore	Totale pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore	≥ 2023	2023=85,4% ; 2024=87,7%
70		"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	% pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Pazienti con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria <3 giorni	Totale pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica	≥ 90%	2024=88,48% Anno 2023=86,99%
71		"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	≤ 20%	21,52% anno 2023=21,66%
73		"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	Proportione di interventi per tumore della mammella eseguiti in U.O. con volumi di attività > 135 interventi annui	Numero di ricoveri per intervento tumore mammella in reparti con volume di attività > 135 casi annui	Numero totale ricoveri per interventi per tumore mammella	≥ 98%	100,0%
74		Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG)	% nuovo intervento di resezione entro 120 gg da intervento chirurgico conservativo per tumore maligno alla mammella	N° ricoveri con un nuovo intervento di resezione avvenuti entro 120 giorni da intervento chirurgico per un tumore maligno della mammella	N° ricoveri con intervento di resezione per tumore maligno della mammella	≤ 2%	0

AREA OSPEDALIERA - ALTRI INDICATORI								
Prog.		OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Grado di raggiungimento AST Pu
77		Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG)	Riduzione n. ricoveri in DH diagnostici per pazienti adulti residenti	n. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti adulti residenti 2024		≤2023	Obiettivo raggiunto - anno 2023=4 ; anno 2024=2
78			Flusso SDO (NSG)	Riduzione n. accessi in DH medico per pazienti adulti residenti	n. Accessi in DH medico per pazienti adulti residenti 2024		≤ 20% valore 2023	anno 2024 n. 18,343 nel 2023 n. 18.705
79			Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	≤ 2023	2023=1,10 2024=1,02
80			Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza) - (esclusi ricoveri urgenti)	n. dimissioni con DRG chirurgico in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	n. complessivo di dimissioni in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	≥ 2023	2023=85,2% 9 mesi 2024=86,2%
81			Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	% DRG Medici da reparti chirurgici " - * (esclusi dimessi da Cardiocirurgia Pediatrica (Cod. 36) e Nefrologia - Tr. Rene (Cod. 48)) - (esclusi ricoveri urgenti)	Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici	≤ 2023	2023=3,7% 9 mesi 2024=3,5%
82			Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	% Ricoveri medici oltre soglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici oltre soglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	≤ 10% valore 2023	2023=332 9 mesi 2024=218 (Previsione 2024 - 11,8%)
83			Flusso SDO (NSG)	Percentuale parti fortemente pre-termini (22-31 settimane) avvenuti in punti nascita senza UTIN	Numero parti fortemente pre- termini (22-31 settimane) avvenuti in punti nascita senza UTIN	Numero parti fortemente pre- termini (22-31 settimane) avvenuti in punti nascita	≤ 1	n.ro parti pretermine 2

[Digitare il testo]

AREA OSPEDALIERA - ALTRI INDICATORI								
Prog.		OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Grado di raggiungimento AST Pu
84		Recupero dei tempi di attesa interventi chirurgici classe di priorità A	Piano Nazionale Governo Liste di Attesa 2019-2021	% prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata	n. prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata	n. prestazioni classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata	≥ 90%	82,1% vs anno 2023=50%
85			Piano Nazionale Governo Liste di Attesa 2019-2021	% prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone	n. prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone	n. prestazioni erogate per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone	≥ 90%	75% vs anno 2023=82,9%
86			Piano Nazionale Governo Liste di Attesa 2019-2021	% prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero	n. prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero	n. prestazioni erogate per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero	≥ 90%	52,2% vs Anno 2023=64,4%
87		Emergenza-urgenza Pronto soccorso	Accordo Stato-Regioni n. 143 del 01.08.2019	% pazienti codice arancione (2 = urgenza) visitati entro 15 minuti	n. pazienti codice arancione visitati entro 15 minuti	n. totale pazienti codice arancione	≥ 80%	69,70%
88				% pazienti codice azzurro (3 = urgenza differibile) visitati entro 60 minuti	n. pazienti codice azzurro visitati entro 60 minuti	n. totale pazienti codice azzurro	≥ 80%	78,70%
89				% pazienti codice verde (4 = urgenza minore) visitati entro 120 minuti	n. pazienti codice verde visitati entro 120 minuti	n. totale pazienti codice verde	≥ 75%	82,40%
90				% pazienti codice bianco (5 = non urgenza) visitati entro 240 minuti	n. pazienti codice bianco visitati entro 240 minuti	n. pazienti codice bianco	≥ 75%	65,70%
91				% abbandoni PS	n. pazienti con esito S-6-7	n. totale pazienti	≤ 2023	anno 2024 n.11,854,

AREA OSPEDALIERA - ALTRI INDICATORI								
Prog.		OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Grado di raggiungimento AST Pu
92		Rete trapianti	Report Centro Regionale Trapianti (SIT)	n. accertamenti morte cerebrale/ n. cerebrotesi deceduti in T.I. + DCD			≥ 2023	Obiettivo raggiunto al 100% - anno 2023 99,1% anno 2024 62,90%
93				N° donatori di cornee			≥ 2023	anno 2023 50 anno 2024 40
94				n. donatori multilessuli procurati			≥ 2023	2023 n.0; 2024 n.0
95			Accordo Stato-Regioni n. 149 del 04.08.2021	n. coppie avviate allo studio per la donazione rene da vivente			≥ 2023	obiettivo raggiunto al 100% - anno 2023 4 anno 2024 6

Area Direzione Sanita’ E Integrazione Sociosanitaria

La tabella che segue mostra il grado di raggiungimento degli obiettivi de quo.

In merito al primo obiettivo, si specifica che il risultato è raggiunto per quei casi che trovano riscontro e sono seguiti direttamente dal Centro salute mentale aziendale.

AREA DIREZIONE SANITA' E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA								
Prog.	DGRM 17/9/2024	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Grado di raggiungimento AST Pu
100	101	TSO-Trattamento Sanitario Obbligatorio		Diminuzione del 2% rispetto al 2023	n. TSO a Residenti Maggiorenni	10.000 abitanti * Come indicato nel Rapporto Salute Mentale anno 2022 edito nel giugno 2023 dal Ministero della Salute, Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica Ufficio di Statistica - Direzione generale della prevenzione sanitaria.	- 2% rispetto al TSO 2023	anno 2023 n. 25 - anno 2024 n. 26
101	102	A8 contenitivi		Diminuzione del 2% rispetto al 2023	N. a8 contenitivi a residenti maggiorenni		- 2% rispetto agli a8 contenitivi 2023	Obiettivo raggiunto al 100% - contenitivi per patologia psichiatrica anno 2023 n. 40, anno 2024 n. 38

5 Bilancio di Genere

Il contesto nel quale si struttura l’analisi di bilancio di genere si colloca in una situazione riorganizzazione complessiva del Sistema Sanitario regionale. In questa realtà, nella quale l’assistenza sanitaria ha mutato rapidamente e profondamente consolidate abitudini e prassi organizzative, l’analisi di genere rappresenta

[Digitare il testo]

uno strumento importante, anche al fine di contribuire a sviluppare nei decisori politici e nella struttura tecnica degli enti, politiche economiche che tengano conto delle differenze di genere.

Le pari opportunità, prima ancora di essere strumento di tutela della condizione femminile, sono da considerarsi come leva importante per il miglioramento dell'efficienza organizzativa e della qualità dei servizi, inserendosi a pieno titolo come fattore non estemporaneo, ma determinante nel processo di buon funzionamento della Pubblica Amministrazione.

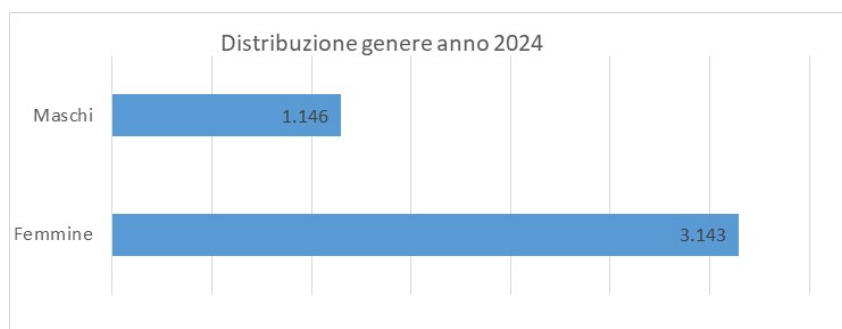
In tale ottica dotarsi di sistemi utili per la costruzione, la valutazione ed il monitoraggio degli indicatori sul genere rilevanti per valutare il diverso impatto delle politiche di performance, può portare un forte contributo alla trasparenza delle scelte pubbliche, a rispondere efficacemente agli obiettivi di ottimizzazione e di efficienza delle Pubbliche Amministrazioni e ad un vantaggio per l'intera collettività.

Si rinvia, per gli opportuni approfondimenti, all'apposita relazione redatta dal Comitato Unico di Garanzia Aziendale.

Nelle seguenti tabelle e grafici si evidenzia la composizione quali quantitativa della dotazione organica al 31.12.2024.

Come si evince dai grafici e tabelle che seguono, la dotazione organica del personale dipendente risulta costituita prevalentemente da personale femminile.

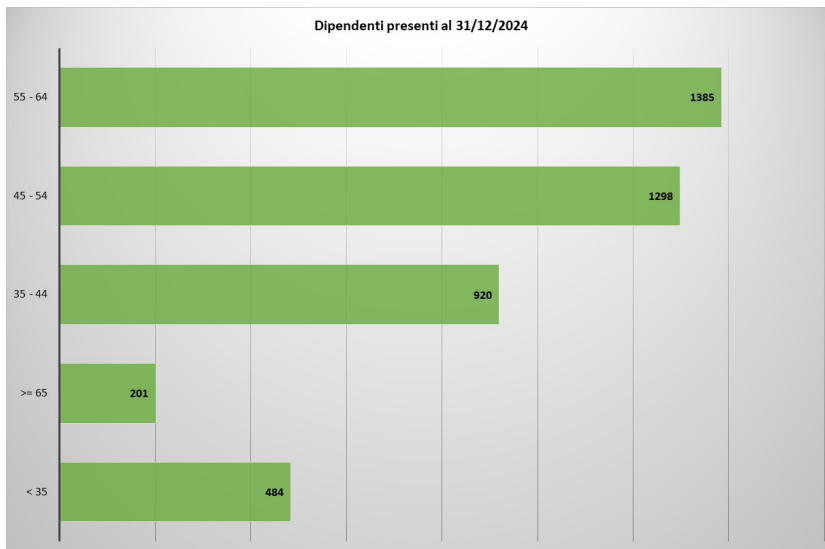
ANNO	Femmine	Maschi
2024	3.143	1.146
Totale complessivo	3.143	1.146



Nella tabella seguente è indicata l'età media. L'età media dei dipendenti dell'AST Pu è maggiormente concentrata nella fascia 45/54

Dipendenti presenti al 31/12/24	
ETA / ANNI	2024
< 35	484
>= 65	201
35 - 44	920
45 - 54	1298
55 - 64	1385
Totale complessivo	4288

[Digitare il testo]



In riferimento al genere si può notare, tra i diversi ruoli, una preponderanza di quello femminile, che si rispecchia, sia nell'area Dirigenza, sebbene meno spiccata, che nell'area comparto: vi è una prevalenza del genere femminile per tutti i ruoli, tranne per quello professionale.

Per quanto riguarda il divario medio delle retribuzioni omnicomprensive per il personale a tempo pieno, suddivise per genere nei livelli di inquadramento nella tabella vengono evidenziate le differenze rispetto al genere delle retribuzioni medie:

[Digitare il testo]

Inquadramento	UOMINI	DONNE	Divario economico per livello	
	Retribuzione netta media	Retribuzione netta media	Valori assoluti	%
Dirigenti Medici tempo indeterminato Struttura Complessa	99.409	87.382	12.027	12,10
Dirigenti Biologi tempo indeterminato Struttura Complessa	85.248	75.712	8.536	11,19
Dirigenti Farmacisti tempo indeterminato Struttura Complessa	73.883			
Dirigenti Fisici tempo indeterminato Struttura Complessa		107.529		
Dirigenti Veterinari a tempo indeterminato Struttura Complessa	80.396			
Dirigente Professioni Sanitarie a tempo indeterminato Struttura Complessa		66.643		
Dirigenti Medici a Struttura Semplice Dipartimentale	65.410	69.810	4.400	6,30
Dirigenti Psicologi a tempo indeterminato Struttura Semplice Dipartimentale		63.2028		
Dirigenti Medici a tempo indeterminato Struttura Semplice	75.683	72.463	3.220	4,25
Dirigenti Biologi a tempo indeterminato Struttura Semplice		64.254		

[Digitare il testo]

Dirigenti Medici a Struttura Semplice Dipartimentale	65.410	69.810	4.400	6,30
Dirigenti Psicologi a tempo indeterminato Struttura Semplice Dipartimentale		63.2028		
Dirigenti Medici a tempo indeterminato Struttura Semplice	75.683	72.463	3.220	4,25
Dirigenti Biologi a tempo indeterminato Struttura Semplice		64.254		
Dirigenti Fisici a tempo indeterminato Struttura Semplice	87.856			
Dirigente Psicologo a tempo indeterminato Struttura Semplice				
Dirigente Veterinario a tempo indeterminato Struttura Semplice	63.853	63.144	709	1,11
Dirigenti Medici a tempo indeterminato altro incarico –	65.003	60.836	4.167	6,41
Dirigenti Biologi a tempo indeterminato – altro incarico	54.997	52.663	2.334	4,24
Dirigenti Chimici a tempo indeterminato – altro incarico	58.437			
Dirigenti Professioni Sanitarie a tempo indeterminato – altro incarico		54.171		
Dirigenti Farmacisti a tempo indeterminato – altro incarico	53.769	49.827	3.942	7,33
Dirigenti Fisici a tempo indeterminato – altro incarico	69.454	73.435	3.981	5,42
Dirigenti Psicologi a tempo indeterminato – altro incarico	46.751	46.196	555	1,19

[Digitare il testo]

Dirigente Analista a tempo indeterminato – incarico prof.le	44.180	46.214	2.034	4,40
Dirigente Ingegnere tempo indeterminato – incarico prof.le	53.285	47.058	6.227	11,69
Dirigente Sociologo a tempo indeterminato – incarico prof.le	48.936	36.170	12.766	26,09
Dirigenti tecnici a tempo determinato	36.169			
Area dei professionisti della salute e dei funzionari a tempo indeterminato	25.299	24.828	471	1,86
Area degli assistenti a tempo indeterminato	22.706	22.659	47	0,21
Area degli operatori a tempo indeterminato	21.693	20.968	725	3,34
Area del personale di supporto a tempo indeterminato	19.767	19.495	272	1,38
Area dei professionisti della salute e dei funzionari a tempo determinato	25.299	24.828	471	1,86
Area degli assistenti a tempo determinato	22.706	22.659	47	0,21
Area degli operatori a tempo determinato	21.693	20.968	725	3,34
Area del personale di supporto a tempo determinato	19.767	19.495	272	1,38
Totale personale				
% sul personale complessivo				

Per quanto riguarda le posizioni di responsabilità, la suddivisione rispetto al genere è la seguente

POSIZIONI DI RESPONSABILITA' REMUNERATE NON DIRIGENZIALI, RIPARTITE PER GENERE

	UOMINI		DONNE		TOTALE	
Tipo Posizione di responsabilità	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
Incarico di Posizione	==		==		==	
Incarico di Funzione Organizzativa	37	100	135	99,26	172	99,42
Incarico di Funzione Professionale			1	0,74	1	0,58
.....						
Totale personale	37	100	136	100	173	100
% sul personale complessivo						

Si è reso quindi interessante per l'Azienda introdurre strumenti volti alla tutela delle pari opportunità, come l'istituzione del CUG aziendale che ha promosso varie iniziative volte alla tutela della condizione femminile e alla individuazione a livello progettuale di misure atte a facilitare la conciliazione dei tempi di vita con i tempi di lavoro.

In particolare, nel 2024 gli istituti che perseguono tale finalità, in primis il part time ed il telelavoro, è stato così articolato:

[Digitare il testo]

Classi età Tipo Misura conciliazione	UOMINI							DONNE						
	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%
Personale che fruisce di part time a richiesta – orizzontale		1	1	1		3	20		5	14	49	7	75	45, 18
Personale che fruisce di part time a richiesta – verticale		2	2	5		9	60		3	14	41	6	64	38, 55
Personale che fruisce di part time a richiesta – misto			1			1	6,6 7			2	15	5	22	13, 25
Personale che fruisce di telelavoro											1	1	2	1,2 0
Personale che fruisce del lavoro agile				1	1	2	13, 33				3		3	1,8 1
Personale che fruisce di orari flessibili														
Altro (specificare eventualmente aggiungendo una riga per ogni tipo di misura attivata)														
Totale		3	4	7	1	15	100		8	30	109	19	166	100
Totale %		1,66	2,21	3,87	0,5 5	8,2 9			4,4 2	16, 57	60, 22	10, 50	91, 71	

Nota Metodologica: Indicare il numero di dipendenti che fruiscono delle singole misure di conciliazione nell'anno. Per il part-time specificare il tipo: orizzontale/verticale/misto e relativa percentuale aggiungendo una riga per ciascun tipo.

Le azioni proposte nel piano delle azioni positive sono state le seguenti:

- attività di confronto con la Consigliera di Parità Regionale al fine di organizzare eventi formativi sia per il personale del CUG che per gli altri dipendenti;
- organizzazione di eventi formativi con la UOC Formazione.
- collaborazione e monitoraggio delle attività rivolte a favore dello STRESS LAVORO CORRELATO ai fini dell'implementazione del benessere organizzativo.

Si sottolinea che l'Azienda ha assicurato ai propri dipendenti- prevalentemente costituito dal genere femminile-, nei limiti del consentito dall'articolazione delle attività istituzionali, tutti gli strumenti agibili per favorire la conciliazione dei tempi di vita e lavoro e prevalentemente, al genere femminile, i permessi necessari per l'attività di cura e accudimento.

6 Integrazione tra performance, bilancio, trasparenza e lotta alla corruzione

Nell'Azienda Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino, il Ciclo della Performance è stato attivato in stretta coerenza con i contenuti e la tempistica del ciclo della programmazione e controllo e della programmazione economico-finanziaria; attraverso tali processi sono stati individuati gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definiti, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance organizzativa ed individuale.

L'Azienda con Determina del Direttore Generale AST di Pesaro Urbino n. 90 del 31.01.2024, ha redatto il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024- 2026 AST Pesaro Urbino, che contiene al suo interno una sezione relativa al Piano della performance, quale documento programmatico che definisce le linee di indirizzo, gli obiettivi strategici aziendali ed operativi relativamente al triennio di riferimento, con un focus particolare sull'anno 2024.

Gli obiettivi strategici individuati, inseriti nell'albero delle Performance, sono stati declinati in obiettivi operativi attribuiti alle strutture aziendali in stretto riferimento alle risorse a disposizione: il grado di raggiungimento di tali obiettivi determina la valutazione della performance organizzativa e, per una quota preponderante, quella individuale.

L'Azienda si è adoperata, anche tramite il processo di budget, per favorire l'integrazione tra il processo di gestione del rischio e il ciclo di gestione della performance: a tal fine, sono stati attribuiti specifici obiettivi operativi in merito all'attuazione delle misure programmate nel PTPCT, anch'esso adottato con determina 90 del 31.01.2024, e per la effettiva partecipazione delle strutture e dei singoli alle varie fasi del processo di gestione del rischio, nonché del grado di collaborazione con il RPCT.

Tra gli obiettivi contenuti nelle schede di budget operativo sono stati inseriti nello specifico:

-Attuazione delle altre misure di prevenzione della corruzione previste dal PIAO

Stante il contesto generale di transitorietà gestionale ed organizzativa, che ha connotato l'esercizio 2024, nel complesso si può affermare che le misure contemplate nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO sono state implementate. L'anno è stato impegnato per uniformare le prassi in materia di gestione del conflitto d'interesse e di whistleblower. Nel 2024 l'attività è stata supportata da un gruppo di lavoro, ovvero una rete di collaboratori/referenti al fine di supportare il responsabile PCT nel lavoro quotidiano e nelle attività di pianificazione e monitoraggio.

Inoltre, in con determina del Direttore Generale n. 271 del 8/03/2024 è stato adottato il nuovo codice di comportamento aziendale.

-rispetto della pubblicazione degli obblighi informativi di cui al D.lgs 33/2013

L'AST, ha individuato misure organizzative che assicurano il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente"; ha individuato nella sezione Trasparenza del PIAO i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi dell'art. 10 del d.lgs. 33/2013. Gli esiti del monitoraggio sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione nella predetta Sezione sono risultati complessivamente positivi. Tuttavia, è stata rilevata la necessità di taluni adeguamenti/integrazioni a seguito di intervenute disposizioni

[Digitare il testo]

normative e di interventi di carattere organizzativo e di funzionamento. La principale motivazione di un riscontrato rallentamento è - come detto - riconducibile all'avvio della nuova AST che nel 2024 ha dovuto gestire le pubblicazioni su 2 porzioni di SITI web nelle more dell'implementazione del nuovo SITO dell'Azienda, la cui progettazione e sviluppo è in capo alla regione per tutte le AST

-Attività di verifica sull'attuazione del codice di comportamento

Con nota ID n. 1172203 del 9/12/2024|COGE è stato richiesto il monitoraggio del codice di comportamento attraverso l'autovalutazione tramite la compilazione di un'apposita check list.

Dagli atti del Controllo di Gestione è documentato che tutte le strutture amministrative hanno provveduto al monitoraggio richiesto.

7 Performance organizzativa complessiva

Gli obiettivi strategici di cui ai precedenti paragrafi sono stati articolati in obiettivi operativi attribuiti ad ogni struttura organizzativa sanitaria, professionale, amministrativa e di staff.

Successivamente, limitatamente ad alcuni obiettivi specifici, è stata condotta, per le vie brevi, una negoziazione ed una eventuale revisione degli stessi, motivata, quest'ultima, da oggettive cause esogene di non raggiungibilità del target posto.

Dalla rendicontazione dei risultati conseguiti e la relativa valutazione degli stessi, discende la valutazione della performance organizzativa.

7.1 Il processo di misurazione e valutazione

Gli obiettivi attribuiti alle strutture aziendali sulla base dei quali viene misurata e valutata la performance sono inseriti nel Piano della Performance e sono coerenti agli obiettivi definiti a livello regionale, attribuiti all'Azienda.

Tutti gli obiettivi attribuiti alle singole articolazioni aziendali sono orientati al conseguimento di quelli generali dell'Azienda o, quanto meno, coerenti con essi.

Il processo di definizione degli obiettivi di ciascuna struttura aziendale si articola nelle seguenti fasi:

- gli obiettivi sono stati individuati dalla Direzione Generale e, ove necessario, discussi con i responsabili di Unità organizzativa;
- unitamente agli obiettivi sono stati individuati gli indicatori qualitativi e quantitativi per la misurazione del grado di raggiungimento degli stessi; tali indicatori sono predefiniti al fine di ridurre l'elemento soggettivo insito in ogni valutazione, a garanzia del valutato e dell'intero sistema di valutazione;
- gli obiettivi sono stati formalizzati in apposita scheda di budget attraverso una descrizione chiara e sintetica dei relativi indicatori e dei risultati attesi.

Le finalità della valutazione della performance sono molteplici, sebbene sostanzialmente legate da un unico filo conduttore: il miglioramento.

La valutazione è infatti finalizzata a:

- favorire la crescita professionale delle persone, attraverso l'individuazione dei propri punti di forza e di debolezza;
- migliorare i comportamenti organizzativi, anche con il supporto di specifici interventi formativi;
- sviluppare nei responsabili la capacità di azioni finalizzate allo sviluppo professionale dei collaboratori;

[Digitare il testo]

- valorizzare il ruolo e il contributo di ciascun dipendente;
- facilitare il confronto e il dialogo fra responsabili e collaboratori;
- migliorare il clima organizzativo attraverso la condivisione e il lavoro di gruppo;
- sostituire la logica dell'adempimento con una cultura gestionale basata su obiettivi e risultati;
- responsabilizzare a tutti i livelli;
- garantire il riconoscimento del merito e dell'impegno individuale e/o di gruppo;
- correlare l'erogazione di compensi economici all'effettiva prestazione e al miglioramento qualitativo e quantitativo dei servizi.

Si illustra, di seguito, il percorso seguito nell'anno 2024 per portare a compimento il processo di misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale.

- **Performance organizzativa**

La valutazione della performance organizzativa è basata sul raggiungimento degli obiettivi individuati e attribuiti durante il processo di budget.

Il documento di riferimento, denominato scheda di budget, contiene una serie di obiettivi, cui sono associati i relativi indicatori e target.

Gli obiettivi sono pesati in base alla rilevanza strategica di ciascuno.

Il sistema di pesatura è distinto tra area dirigenza e area comparto, e per lo stesso obiettivo il peso può assumere dimensioni differenti.

Ai fini della misurazione e valutazione della Performance, per agevolare la rendicontazione degli obiettivi 2024 il Controllo di Gestione, dopo aver provveduto ad inviare periodicamente durante l'anno, report contenenti dati di attività e di costo a ciascuna struttura aziendale, non appena disponibili i dati a consuntivo, ha provveduto ad inviare, a ciascuna struttura, la scheda di budget completa dei risultati ottenuti in riferimento ai flussi informativi a disposizione del Controllo di Gestione.

Di seguito è stata richiesta ai responsabili di struttura apposita rendicontazione al fine di argomentare gli obiettivi non misurabili dal Controllo di Gestione, nonché il mancato/parziale raggiungimento degli obiettivi già misurati.

La rendicontazione effettuata dai responsabili delle singole strutture sanitarie, fornita tramite apposita relazione opportunamente corredata dalla documentazione a supporto, ha fornito le basi utili al Direttore Sanitario e socio-sanitario, per svolgere la valutazione di prima istanza.

Specularmente, si è provveduto per l'area tecnico-amministrativa, al fine di permettere la formulazione del giudizio di prima istanza da parte del Direttore Amministrativo.

- **Performance individuale**

Per quanto riguarda la valutazione individuale, avvenuta in via differenziata per l'area omogenea ex Marche Nord e ex Area Vasta 1, con l'utilizzo di differenti schede, la stessa è stata effettuata attraverso l'utilizzo di un applicativo del sistema informatico Areas, ciò ha permesso la digitalizzazione dell'intero ciclo di valutazione.

Invero, successivamente alla compilazione della scheda da parte del valutatore tramite applicativo AREAS, si è proceduto a strutturare il processo di sottoscrizione della scheda di valutazione da parte del valutatore e da parte del valutato nel sistema applicativo "portale del dipendente", introducendo un tempo limite per l'accettazione /rifiuto della valutazione proposta.

[Digitare il testo]

In caso di mancata condivisione della valutazione, il valutato ha avuto la facoltà, entro il termine di 10 giorni, di avanzare presso l'Organismo Indipendente di Valutazione aziendale richiesta di seconda istanza. Il sistema di valutazione, condiviso con le organizzazioni sindacali aziendali sulla base delle decisioni assunte da un apposito tavolo di lavoro, prevede la differenziazione delle quote individuali della retribuzione di risultato per una quota pari al 20% del fondo di équipe per quanto riguarda l'area omogenea ex Marche Nord e per una quota pari al 30% per l'ex Area Vasta 1.

In riferimento alla valutazione della dirigenza, la scheda attualmente in uso in Azienda, seppure differenziate rispetto alle due aree omogenee, contengono gli obiettivi da attribuire annualmente ai dirigenti e si pongono lo scopo di assicurare:

- una migliore organizzazione del lavoro,
- il rispetto degli ambiti riservati rispettivamente alla legge e alla contrattazione collettiva,
- l'incentivazione della qualità della prestazione lavorativa,
- la selettività e la concorsualità nelle progressioni di carriera,
- il riconoscimento di meriti e demeriti,
- il rafforzamento dell'autonomia, dei poteri e della responsabilità della dirigenza,
- l'incremento dell'efficienza del lavoro pubblico ed il contrasto alla scarsa produttività e all'assenteismo,
- la trasparenza dell'operato delle amministrazioni pubbliche anche a garanzia della legalità.

Al fine di garantire quanto sopra, l'Azienda ha strutturato la scheda in distinte aree, contenenti ciascuna obiettivi specifici.

A ciascuna area è stato attribuito un peso che rappresenta la strategicità dell'area stessa.

Anche per il comparto, la valutazione della performance individuale è collegata alla valutazione della performance organizzativa, che misura pertanto l'apporto di ciascun dipendente al raggiungimento degli obiettivi di struttura. La valutazione individuale è effettuata dal diretto superiore del valutato, secondo i principi del contraddittorio e della partecipazione.

La valutazione del personale del comparto è quindi parte dell'intero ciclo della Performance, e, se gestita come un processo articolato in fasi, momenti ed attività ben distinti, può portare reali vantaggi nella gestione del personale dipendente dell'Azienda.

L'Azienda ha strutturato la scheda in distinte macro aree, contenenti ciascuna ambiti specifici volti alla valutazione dell'impegno e la disponibilità correlati all'articolazione dell'orario di lavoro rispetto al conseguimento degli obiettivi, delle le abilità tecniche e il grado di aggiornamento, del grado di raggiungimento degli obiettivi prestazionali quali-quantitativi ed infine della volontà di evoluzione professionale.

I dipendenti sono valutati attraverso una scala di diversi gradi di valutazione, la cui legenda è riportata sulla scheda stessa.

Il raggiungimento del valore soglia pari a 60% del raggiungimento degli obiettivi di scheda, presuppone una valutazione positiva.

Per coloro che hanno prestato servizio per un periodo inferiore a 3 mesi lavorativi (valore espresso in 0,25 unità equivalenti) non si procede alla valutazione individuale e, conseguentemente, alla corresponsione del relativo premio.

Anche per l'area comparto, in caso di mancata accettazione della valutazione, è possibile adire all'OIV aziendale per avanzare richiesta di seconda istanza.

[Digitare il testo]

8 Le risultanze della valutazione della Performance anno 2024

La Campagna per la valutazione della Performance Organizzativa ha avuto avvio nel mese di aprile 2024 e si è terminata nel mese di giugno 2024.

Si riportano, di seguito, le risultanze complessive della valutazione organizzativa dell'intera Azienda, derivanti dalle valutazioni di prima istanza, effettuate a cura del Direttore Sanitario, del Direttore amministrativo e del Direttore Sociosanitario:

[Digitare il testo]

Stabilimento	DESCRIZIONE CDR	2024 % grado di raggiungimento DIRIGENZA de	2024 % Grado di raggiungimento COMPARTO def
PESARO/FANO	ALLERGOLOGIA	94	100
PESARO/FANO	ANATOMIA PATOLOGICA	100	100
PESARO/FANO	TERAPIA DEL DOLORE E NUTRIZIONALE	100	100
PESARO/FANO	ANESTESIA E RIANIMAZIONE IN URGENZA	96	98
OSP URBINO	CHIRURGIA GENERALE URBINO	74	74
OSP URBINO	ORTOPEDIA	97	99
OSP URBINO	OTORINOLARINGOIATRIA	95	95
OSP PERGOLA	CHIRURGIA GENERALE PERGOLA	81	94
PESARO/FANO	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE DISTRETTO PESARO	97	98
OSP URBINO	MEDICINA E LD POST ACUZIE URBINO	99	96
OSP URBINO	NEFRODIALISI	89	100
OSP URBINO	ONCOLOGIA	96	99
OSP URBINO	GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	96	96
OSP URBINO	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE DISTRETTO URBINO	97	100
OSP URBINO	BREAST UNIT	99	0
OSP PERGOLA	UOC MEDICINA/LPA PERGOLA	96	98
PESARO/FANO	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE DISTRETTO FANO	96	98
OSP URBINO	MEDICINA E CHIRURGIA E ACCETTAZIONE URGENZA URBINO	90	97
OSP URBINO	CARDIOLOGIA ED UTIC	91	100
OSP URBINO	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	96	89
OSP URBINO	SISTEMA EMERGENZA TERRITORIALE (CENTRALE 118)	100	100
OSP URBINO	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	96	100
OSP URBINO	PEDIATRIA	97	100
Multisede EX AV1	RADIODIAGNOSTICA	96	99
OSP URBINO	SENOLOGIA CLINICA E SCREENING MAMMOGRAFICO	100	0
OSP URBINO	PATOLOGIA CLINICA (ex Laboratorio analisi AV1)	100	100
urbino	IMMUNOEMATOLOGIA - URBINO	92	96
PESARO/FANO	CARDIOLOGIA ED UTIC	98	98
PESARO/FANO	CHIRURGIA GENERALE	98	100
PESARO/FANO	CARDIOLOGIA FANO E SCOMPENSO CARDIACO	96	98
PESARO/FANO	CHIRURGIA VASCOLARE	97	0
PESARO/FANO	DERMATOLOGIA	96	98
PESARO/FANO	ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	98	100
PESARO/FANO	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	99	100
PESARO/FANO	EMATOLOGIA E CENTRO TRAPIANTI	95	100
PESARO/FANO	EMODINAMICA E CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	100	100
PESARO/FANO	FISICA MEDICA E ALTE TECNOLOGIE	100	100
PESARO/FANO	GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	100	100
PESARO/FANO	GERIATRIA	100	99
PESARO/FANO	LABORATORIO ANALISI	100	100
PESARO/FANO	MEDICINA INTERNA	98	99
PESARO/FANO	MALATTIE INFETTIVE	100	99
PESARO/FANO	MEDICINA NUCLEARE	98	100
PESARO/FANO	NEUROCHIRURGIA	98	100
PESARO/FANO	NEFRO - DIALISI	96	98
PESARO/FANO	NEUROLOGIA	98	99
PESARO/FANO	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	98	100
PESARO/FANO	OCULISTICA	100	100
PESARO/FANO	ONCOLOGIA	96	99
PESARO/FANO	OTORINOLARINGOIATRIA	99	100
PESARO/FANO	ORTOPEDIA	96	99
PESARO/FANO	OSTETRICIA GINECOLOGIA	96	100
PESARO/FANO	PEDIATRIA	100	100
PESARO/FANO	PNEUMOLOGIA	95	96
PESARO/FANO	PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	99	100
PESARO/FANO	RADIOTERAPIA	97	98
PESARO/FANO	RIABILITAZIONE	98	100
PESARO/FANO	SENOLOGIA BREAST UNIT	92	0
PESARO/FANO	IMMUNOEMATOLOGIA E TRASFUSIONALE	100	100
PESARO/FANO	UROLOGIA	98	99
OSP URBINO	OCULISTICA AREA VASTA 1	78	85

[Digitare il testo]

[Digitare il testo]

Stabilimento	DESCRIZIONE CDR	2024 % grado di raggiungimento DIRIGENZA de	2024 % Grado di raggiungimento COMPARTO def
Territorio	DSM Urbino	93	98
Territorio	DSM Pesaro	95	100
Territorio	DCA	99	100
Territorio	DISTRETTO FANO	91	92
Territorio	DISTRETTO URBINO	92	93
Territorio	DISTRETTO PESARO	93	96
Territorio	IGIENE E SANITA' PUBBLICA PREVENZIONE MALATTIE INFETTIVE	98	98
Territorio	IGIENE E SANITA' PUBBLICA PREVENZIONE SCREENING EPIDEMIOLOGIA E PROMOZIONE SALUTE	92	92
Territorio	IGIENE E SANITA' PUBBLICA AMBIENTE E SALUTE	100	100
Territorio	PREVENZIONE E SICUREZZA A MBIENTI DI LAVORO	100	100
Territorio	IGIENE ALIMENTI E NUTRIZION E	100	100
Territorio	SANITA' ANIMALE	100	100
Territorio	IGIENE E SANITA' ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	100	100
Territorio	IGIENE ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE	100	100
Territorio	DIPENDENZE PATOLOGICHE URBINO	100	100
Territorio	DIPENDENZE PATOLOGICHE PESARO	100	100
Territorio	MEDICINA LEGALE	100	100
Territorio	DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE AV1	98	97
Territorio	CURE PALLIATIVE - HOSPICE AV1	100	100
	FARMACIA OSPEDALIERA Urbino	98	98
	FARMACIA TERRITORIALE	98	98
	DIR. MEDICA DI PRESIDIO OSP EDALIERO	100	100
	SERVIZIO INFERMIERISTICO	100	100
	SERVIZIO INFERMIERISTICO	100	100
	DIREZIONE MEDICA PESARO FANO	100	100
	FARMACIA OSPEDALIERA Pesaro Fano	98	98
	PSICOLOGIA OSPEDALIERA	100	100
	AFFARI ISTITUZIONALI E GENERALI	100	100
	AFFARI LEGALI	100	100
	AFFARI LEGALI ex AV1	99	99
	BILANCIO, PATRIMONIO E COORDINAMENTO INVESTIMENTI	98	98
	CONTROLLO DI GESTIONE	100	100
	DIREZIONE MEDICA: QUALITA' ACCREDITAMENTO E FORMAZIONE	100	100
	GESTIONE APPROVIGIONAMENTO DI BENI, SERVIZI E LOGISTICA	100	100
	GESTIONE ED AMMINISTRAZIONE DELLE RISORSE UMANE	99	99
	INGEGNERIA CLINICA E MANUTENZIONI	99	99
	SERVIZIO INFORMATICO	98	98
	SERVIZIO TECNICO E MANUTENZIONE	100	100
	SERV. BILANCIO	99	99
	SUPPORTO AL CONTROLLO DI GESTIONE	100	100
	MEDICINA CONVENZIONATA E RELAZIONI CON IL PRIVATO	97	97
	FUNZIONI GENERALI DI SUPPORTO ALLA DIREZIONE ED AL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	100	100
	DIREZIONE AMMINISTRATIVA ospedaliera	96	96
	DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI PRESIDIO	99	99
	SISTEMI INFORMATIVI	98	0
	U.O.C. PATRIMONIO, NUOVE OPERE E ATTIVITA' TECNOLOGICHE	100	100
	FRONT OFFICE E RELAZIONI CON IL PUBBLICO	97	97
	GESTIONE RISORSE UMANE	99	99
	U.O. FORMAZIONE	98	98
	DIREZIONE MEDICA: QUALITA', ACCREDITAMENTO E FORMAZIONE	100	100

[Digitare il testo]

A corredo della presente relazione sulla performance anno 2024 si richiamano le valutazioni di prima istanza redatte a cura del Direttore Sanitario – prot. n. 0082733 del 30/06/2025, del Direttore Amministrativo – prot. n. 0082714 del 30/06/2025 e del Direttore Socio Sanitario - prot.n.0082694 del 30/06/2025 - per i rispettivi ambiti di competenza, con l'indicazione puntuale dei criteri utilizzati nella valutazione della performance organizzativa 2024.

Alle valutazioni di prima istanza sono collegate e conservate agli atti le singole schede di budget con l'illustrazione degli obiettivi operativi 2024, del loro grado di raggiungimento e della relativa valutazione.

Il Direttore Generale

Dott. Alberto Carelli



ALBERTO
CARELLI
30.06.2025
15:02:21
UTC

Documento sottoscritto con firma digitale ex D.Lgs. 82/2005 e ss.mm.ii