

DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI ANCONA

Oggetto: **Determina n. 411 del 28/06/2024 avente ad oggetto: “Relazione sulla Performance 2023. Adozione” – Modifiche e Integrazioni**

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 dare atto che con Determina DG AST 411 del 28/06/2024 è stata adottata la Relazione sulla Performance anno 2023 ai sensi dell’art. 10 del D.Lgs.150/2009 e s.m.i;
2. di modificare e integrare la Relazione sulla Performance anno 2023 di cui alla Determina 411/2024, con il testo allegato alla presente determina (allegato A) che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
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 che ha provveduto alla validazione della stessa ai sensi dell’art. 14, comma 4, lett.c) del D.Lgs 150/2009;
5. di trasmettere il presente atto al Responsabile Aziendale per la Trasparenza e per la Prevenzione della Corruzione AST Ancona;
6. di dare atto che l’adozione della presente determina non comporta oneri aggiuntivi a carico dell’Azienda;
7. 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;
8. 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

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 del Ministri –Dipartimento della Funzione Pubblica;
- Linea Guida sulla per la misurazione e valutazione della Performance individuale n. 5 Dicembre 2019 – Presidenza del Consiglio del 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 del Direttore Generale n. 487 del 31/03/2023 "Adozione Piano Integrato di Attività e Organizzazione AST Ancona – Anni 2023-2025";



- DGRM n. 1634 del 13/11/2023 "D. Lgs. 171/2016 e L. R. 19/2022 - Definizione degli obiettivi degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2023 e approvazione dei criteri relativi alla procedura di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2023;
 - Determina DG AST Ancona 1865 del 22/12/2023: Recepimento DGRM 1634/2023;
 - DGRM 176 del 19/02/2024 - DGR n. 1634 del 13.11.2023 "D. Lgs. 171/2016 e L. R. 19/2022 - Definizione degli obiettivi degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2023 e approvazione dei criteri relativi alla procedura di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2023" - Rettifica errori materiali e Precisazioni;
 - Determina DG AST Ancona 361 del 31/05/2004: Adozione Bilancio d'esercizio 2023 ai sensi dell'art. 14 l.r. 19/11/1996 n. 47.
 - Determina DG AST Ancona 411 del 28/06/2024: Relazione sulla Performance 2023. Adozione"
 - Verbale OIV del 12/07/2024 prot 0128958|15/07/2024|AST-AN|AFFGEN|A.
- Motivazione:

In data 28/06/2024 è stata adottata la Determina 411 avente ad oggetto: "Relazione sulla Performance 2023. Adozione", riservandosi di trasmettere l'atto all'Organismo Indipendente di Valutazione per la validazione di competenza così come disposto dall'art. 14, comma 4, lett.c) del D.Lgs 150/2009.

Successivamente alla trasmissione avvenuta nota 0119029|28/06/2024|AST-AN|AFFGEN|P, l'OIV ha richiesto per le vie brevi alcune modifiche e integrazioni da apportare alla Relazione.

Il documento allegato al presente atto recepisce le modifiche e integrazioni richieste dall'OIV che riguardano in particolare:

- Errore materiale di pag 33 della Relazione ex determina 411 in relazione all'attività di attestazione OIV di cui alla delibera ANAC 203/2023;
- Esplicitazione nelle tabelle riepilogative del paragrafo "Performance Organizzativa Complessiva" dei criteri di valutazione e delle conseguenti percentuali di raggiungimento degli obiettivi così come definite dalla DGRM 1634 e DGRM 176.

In data 12/07/2024 l'OIV ha validato la Relazione così come allegata al presente atto (prot 0128958|15/07/2024|AST-AN|AFFGEN|A).

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"

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

1. di dare atto che con Determina DG AST 411 del 28/06/2024 è stata adottata la Relazione sulla Performance anno 2023 ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs.150/2009 e s.m.i;
2. di modificare e integrare la Relazione sulla Performance anno 2023 di cui alla Determina 411/2024, con il testo allegato alla presente determina (allegato A) che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
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 che ha provveduto alla validazione della stessa ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett.c) del D.Lgs 150/2009;
5. di trasmettere il presente atto al Responsabile Aziendale per la Trasparenza e per la Prevenzione della Corruzione AST Ancona;
6. di dare atto che l'adozione della presente determina non comporta oneri aggiuntivi a carico dell'Azienda;
7. 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;
8. 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 2023





ALLEGATO A



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

ANNO 2023

INDICE

INTRODUZIONE E PERIMETRO DI RIFERIMENTO	3
1 - SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI	4
AREA PREVENZIONE	4
AREA TERRITORIALE E DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	14
AREA OSPEDALIERA	27
ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	33
BILANCIO DI GENERE	34
2 – ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO E DELLE RISORSE	35
ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO	35
ANALISI DEL CONTESTO INTERNO	35
RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE	39
RISORSE PROFESSIONALI	41
STRUTTURA DELL'OFFERTA	42
3 - MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE	45
PERFORMANCE ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA	45
PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELLE STRUTTURE	57
IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE	57

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.

Ai fini di una corretta interpretazione dei risultati presentati è necessario specificare che l'AST di Ancona è stata istituita il 1° gennaio 2023 ai sensi dell'art. 42 comma 9 della L.R. n. 19/2022 di riordino del SSR.

Il Direttore Generale AST Ancona è stato nominato con DGRM n. 769 del 30/05/2023, con decorrenza dal 17.7.2023 e fino ad allora la gestione è stata assicurata dal Commissario Straordinario.

In corso d'anno è stato quindi avviato il Ciclo della Performance, a partire dalla 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 2023. Il PIAO è stato approvato con Determina del Commissario Straordinario 487 del 31/03/2023 e successivamente integrato con Determina 1821 del Direttore Generale AST Ancona del 31/08/2023 limitatamente alla variazione del PTFP.

L'Azienda, oltre agli obiettivi del PIAO, ha inserito nel ciclo di programmazione gli obiettivi del Direttore Generale, approvati con DGRM 1634 del 13/11/2023 "Definizione degli obiettivi degli Enti del SSR per l'anno 2023 e approvazione dei criteri relativi alla procedura di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali degli Enti del SSR per l'anno 2023", ed alcuni obiettivi legati ad aree strategiche di intervento declinati nelle schede di budget.

I vincoli economici della gestione 2023 sono stati fissati dalla DGRM n. 1851 del 30 dicembre 2022, con la quale la Regione Marche ha autorizzato gli Enti del Servizio Sanitario Regionale alla Gestione Provvisoria dei rispettivi Bilanci Economici Preventivi anno 2023 per lo svolgimento delle sole attività istituzionali, e successivamente, dalla DGRM n. 2073 del 29/12/2023 che ha assegnato agli Enti del SSR le risorse definitive per l'anno 2023.

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.

Gli obiettivi regionali relativi all'attuazione del Piano della Prevenzione di cui alla DGRM1604/21 e declinati nella DGRM 1634 e successiva 176 sono pienamente raggiunti:

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
12 S	Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021)	Formalizzazione dei Piani Integrati Locali in ciascuna Area Vasta per l'attuazione dei Programmi del PRP	Approvazione e trasmissione ato	Determina AST AN 1824/2023			✓
13 S	Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021)	Numero riunioni del gruppo di coordinamento Piano Integrato Locale	>=3	15	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥95 (assegnazione 100% del punteggio)	100%	✓
14 S	Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021)	%Indicatori certificativi raggiunti per anno 2023	≥ 70%	70%			✓
15 S	Piano Pandemico Regionale 2021-2023 (DGR 188/2022)	Definizione Piano Pandemico Aziendale/Territoriale	Approvazione e trasmissione ato	Determina AST AN 1825/2023	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥95 (assegnazione 100% del punteggio)	100%	✓

Profilassi vaccinale e malattie diffuse

Per quanto riguarda la profilassi vaccinale, si evidenziano i risultati raggiunti per le coperture vaccinali in età pediatrica:

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
1 S	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib	Obiettivo minimo: >=92% con mantenimento o incremento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (= assegnazione 75% del valore del punteggio). Valore ottimale >= 95% (= assegnazione 100% del punteggio)	95,40%	100%	100%	✓
2 S	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite e rosolia (MPR)	Obiettivo minimo: >=90% con mantenimento o incremento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (= assegnazione 75% del valore del punteggio). Valore ottimale >= 95% (= assegnazione 100% del punteggio)	95,80%	100%	100%	✓

Si rende necessario evidenziare che nell'ultimo anno è emerso un calo delle coperture vaccinali che potrebbe accentuarsi nel prossimo futuro. Tale calo, registrato sui nati della coorte 2021, rappresenta una criticità imputabile in primis ad un peggioramento del fenomeno dell'esitazione vaccinale che si sta realizzando in questo periodo post pandemico. La letteratura vaccinale spiega le ragioni per cui a seguito di un evento pandemico è possibile registrare l'esacerbazione di fenomeni di esitazione; il numero dei colloqui pre-vaccinali è aumentato rispetto agli anni precedenti e anche questo è un indicatore indiretto di perdita di fiducia nei confronti delle vaccinazioni e delle istituzioni sanitarie. Il problema è ancora più spiccato nella coorte dei nati 2022, nella quale si stanno registrando numerose inadempienze di legge (Legge 119/2017) e quindi è possibile un peggioramento del dato vaccinale nei prossimi anni.

Con riferimento all'obiettivo relativo all'attività vaccinale anti Sars-CoV-2 risulta pienamente raggiunto, essendo stato allegato alla Determina 1825 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" uno specifica preparedness specifica sulle attività vaccinali.

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
6 S	Attività vaccinale anti Sars-CoV-2	Inclusione nel Piano Pandemico aziendale di azioni di preparedness a campagne vaccinali da condursi in emergenza a fronte di ondate pandemiche di tipo influenzale o analoghe	adozione Piano pandemico con preparedness specifica sulle attività vaccinali	Determina AST AN 1825/2023	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥ 95 (assegnazione 100% del punteggio)	100%	✓

Nel corso del 2023 è proseguita la campagna di vaccinazione covid, come strumento fondamentale nella riduzione della diffusione del contagio e nella prevenzione di forme gravi di malattia, con offerta dei vaccini raccomandati alle categorie previste dalle circolari ministeriali recepite a livello regionale, nonché ai soggetti per i quali era previsto l'obbligo della vaccinazione.

Nei dodici mesi del 2023 è stata data disponibilità mensile di accesso alla vaccinazione covid in giornate e orari prestabiliti sulle sedi di Senigallia, Jesi, Fabriano e Ancona. A fine 2023, nel mese di dicembre, sono stati organizzati Open days per le vaccinazioni Covid-19.

Di seguito si riporta una tabella di riepilogo dell'attività di somministrazione vaccini covid presso AST di Ancona, nel corso del 2023 (fonte SIAMA) per sede di erogazione:

PVP	Dose Sars-CoV-2
Sede Ancona	14.083
Sede Fabriano	1.962
Sede Jesi	6.136
Sede Senigallia	5.115
Totale	27.296

Per quanto riguarda l'obiettivo "Copertura vaccinale Antinfluenzale (soggetti vaccinati > 65 anni al termine della campagna antinfluenzale 2023/2024), i dati di copertura vaccinale negli ultra 65enni si evidenziano una riduzione rispetto allo scorso anno, riuscendo comunque a garantire lo standard minimo previsto come target AST Ancona

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
7 S	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	Obiettivo minimo >= 55% (=assegnazione 50% del punteggio). Obiettivo ottimale >=75% (=assegnazione 100% del punteggio)	58,97%	Obiettivo minimo >= 55% (=assegnazione 50% del punteggio). Obiettivo ottimale >=75% (=assegnazione 100% del punteggio)	50%	

Screening oncologici

Nell'anno 2023 l'estensione degli inviti per i tre screening oncologici è stata pari al 100% degli aventi diritto. Relativamente ai tre programmi di screening, oncologici sono stati mantenuti i livelli di copertura raccomandati nella popolazione target, nel rispetto degli specifici protocolli, garantendo il monitoraggio, la valutazione dell'intero percorso oltre gli standard di performance richiesti.

- Rispetto LEA per gli screening oncologici: tendere agli standard ONS per persone che effettuato test di screening di I livello, in programma organizzato per mammella:

Si ricorda che nell'anno 2023 la Regione Marche ha esteso la popolazione target per lo screening della mammella ampliando la coorte per la fascia di età 45-49 e 70-74 con notevole incremento della popolazione target di riferimento. A fronte di 50.515 inviti spediti in AST AN, sono state eseguite 19.691 mammografie di I livello. L'adesione allo screening mammario per l'anno 2023 è del 38,9% si considera il tasso di adesione grezza, mentre raggiunge il 55,40% considerando il tasso di adesione corretta, al netto cioè degli inviti inesitati (n. 5.816) e delle escluse dopo invito perché avevano effettuato una mammografia di recente (n. 9.163).

L'obiettivo previsto di raggiungere il target del 60% con un range del +/- 5% e quindi è stato pienamente raggiunto.

Se si considera l'adesione nella fascia di età standard (50-69), obiettivo su cui viene valutata la Regione Marche nel Nuovo Sistema di Garanzia, su 38.138 donne invitate, da cui vanno scorporati 4.296 inviti inesitati e 7.404 donne escluse dopo l'invito, hanno aderito 17.124 si evidenzia un tasso del 64,77%, confermando pienamente il raggiungimento del target.

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
3 S	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che effettuano test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della mammella	Obiettivo minimo: Per la fascia d'età 50-69 anni mantenimento (tolleranza - 5%)/superamento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (=assegnazione 75% del punteggio) Valore ottimale >80% (=assegnazione 100% del punteggio)	64,77%	100%	100%	

- Rispetto LEA per gli screening oncologici: tendere agli standard ONS per persone che effettuato test di screening di I livello, in programma organizzato per cervice uterina:

A fronte di 42.877 inviti spediti in AST AN, sono stati eseguiti 19.774 Pap Test/HPV Test di I livello. L'adesione allo screening cervicale per l'anno 2023 è del 46,1% se si considera il tasso di adesione grezza, mentre raggiunge il 56% considerando il tasso di adesione corretta, al netto cioè degli inviti inesitati (n. 4.315) e delle escluse dopo invito perché avevano effettuato una Pap Test/ HPV Test di recente (n. 3.351).

- Rispetto LEA per gli screening oncologici: tendere agli standard ONS per persone che effettuato test di screening di I livello, in programma organizzato per colon retto:

A fronte di 83.926 inviti spediti in AST AN, sono stati eseguiti 29.497 esami per la ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF). L'adesione allo screening colon-rettale per l'anno 2023 è del 35,1% se si considera il tasso di adesione grezza, mentre raggiunge il 43,3% considerando il tasso di adesione corretta, al netto cioè degli inviti inesitati (n. 10.000) e degli esclusi dopo invito perché avevano effettuato un SOF o una colonscopia di recente (n. 5890).

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
4 S	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che effettuano test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della cervice uterina	Obiettivo minimo: mantenimento (tolleranza - 5%)/superamento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	56,10%	100%	100%	
5 S	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che effettuano test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro del colon retto	Obiettivo minimo: mantenimento (tolleranza - 5%)/superamento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	43,35% Anno 2022 42,31		75%	

Avvio campagna screening HCV

A partire da luglio 2023, nell'ambito dell'AST AN, è stata avviata la campagna di screening per l'eliminazione del Virus dell'Epatite C (HCV), secondo quanto previsto dal decreto del Ministero della Salute del 14 maggio 2021 sullo "Screening nazionale gratuito per l'eliminazione del Virus HCV". Questa iniziativa è stata ulteriormente supportata dalla DGR Marche 936/2021 "Screening per l'eliminazione del Virus epatite C, Assegnazione fondi" e dalla nota ARS 12593 dell'8 marzo 2023 "Progetto Screening per l'eliminazione del Virus Epatite C". La campagna è stata ufficialmente avviata con la Determina del Commissario Straordinario AST AN n. 1085 del 14 luglio 2023.

Il progetto ha previsto l'organizzazione e il coordinamento di una campagna di screening per l'HCV, che coinvolge circa 136.000 persone (uomini e donne residenti nell'AST AN, nati tra il 1969 e il 1989)

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
16 S	Screening HCV popolazione	Avvio campagna screening HCV popolazione nat 1969-1989	Comunicazione avvio campagna	Determina del Commissario Straordinario AST AN n. 1085 del 14 luglio 2023	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90 e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥95 (assegnazione 100% del punteggio)	100%	✓

Recupero vaccinazione anti HPV per coorte 1998

Nel contesto delle attività di prevenzione oncologica, è stata avviata una campagna di recupero per la vaccinazione anti HPV rivolta alle ragazze nate nel 1998 residenti nei comuni dell'AST AN. Questo programma si inserisce nell'ambito delle direttive della DGRM 74 del 03/02/2020 e ha come obiettivo principale il recupero delle giovani non vaccinate, sfruttando l'invito al primo Pap Test per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina.

La DGRM 74/2020 della Regione Marche ha sottolineato l'importanza della vaccinazione anti HPV come strumento di prevenzione oncologica, evidenziando l'efficacia del vaccino nel prevenire tumori come quello della cervice uterina, della vulva, della vagina, dell'ano e dell'area testa-collo, anche se somministrato dopo l'inizio dell'attività sessuale.

È stato individuato che circa il 50% delle ragazze venticinquenni residenti nei comuni dell'AST AN non ha aderito alla vaccinazione nel dodicesimo anno di età. Pertanto, si è deciso di intervenire recuperando queste giovani non vaccinate. La popolazione target del programma è composta da ragazze residenti nell'AST AN, nate nel 1998 e non vaccinate contro l'HPV.

L'obiettivo principale di questo programma è fornire alle ragazze un'informazione puntuale sull'importanza della prevenzione oncologica offerta sia dal programma di screening sia dalla vaccinazione anti HPV. Contemporaneamente, si punta al recupero di una parte delle utenti non vaccinate nel dodicesimo anno di vita. Tutte le ragazze della coorte di nascita 1998 non precedentemente vaccinate hanno ricevuto un nuovo invito per sottoporsi gratuitamente al ciclo di vaccinazione e sono state informate sull'importanza della stessa.

L'implementazione del programma di recupero della vaccinazione anti HPV per la coorte 1998, in concomitanza con l'ingresso nel programma di screening oncologici, rappresenta un importante passo avanti nella prevenzione del tumore della cervice uterina e di altre patologie correlate all'HPV. La collaborazione tra diverse unità operative e la pianificazione accurata delle attività sono state cruciali per il successo del programma, garantendo una copertura vaccinale maggiore e una migliore informazione sanitaria per le giovani donne dell'AST AN.

PSAL Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro

Le UU.OO.CC PSAL (Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro, Igiene industriale, Epidemiologia Occupazionale, comunicazione, formazione) si occupano della tutela della salute e sicurezza sul lavoro e concorrono al raggiungimento degli obiettivi obiettivi LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e del Piano Regionale della Prevenzione (PRP 2020-2025).

Gli obiettivi LEA 2023 sono stati raggiunti attraverso attività di vigilanza nei luoghi di lavoro (aziende e cantieri edili), vigilanza REACH, inchieste infortuni e malattie professionali, rilascio autorizzazioni/pareri, indagini di igiene industriale, indagini epidemiologiche e report sui rischi occupazionali.

Contestualmente sono state garantite le azioni di assistenza, informazione e promozione della salute previste anche dal PRP 2020-2025.

Le attività sanitarie garantite sono visite mediche previste per Legge, ricorsi avversi al giudizio del Medico Competente ai sensi art 41 c.9 del DL 81/08 smi e la partecipazione del personale medico alle commissioni mediche AST (Invalidità civile, L. 68/99 ecc.).

Gli obiettivi di vigilanza sono stati concordati a livello regionale nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento (art 7 D. Lgs 81/08) e dell'Ufficio Operativo (DPCM 21/12/2007) per individuare obiettivi

comuni, evitare sovrapposizioni e definire i casi in cui è opportuno intervenire congiuntamente (ITL, VVF, NIL, CP, ARPAM...).

Lo PSAL ha contribuito al raggiungimento degli obiettivi Dipartimentali per la vigilanza REACH secondo il Piano regionale di Attività di Controllo sull'applicazione dei Regolamenti REACH e CLP.

Gli obiettivi fissati dal PRP 2020-2025 (DGR 1640/2021) e adottati localmente con Piano Integrato Locale (Determina del Direttore Generale AST Ancona n. 1824/AST AN del 27/11/2023) riguardano le linee PP6, PP7, PP8, PP3. I PMP attivati hanno coinvolto complessivamente 1.078 aziende di diversi comparti:

- Lavoratori precari e/o con contratti cosiddetti atipici (PP6) e Rischio biologico (PP6) - settore Trattamento/smaltimento rifiuti
- Esposizione professionale ad agenti chimici e fisici con effetti a lungo termine (cancerogeni certi) (PP6) - comparto legno e lavorazione cuoio
- Prevenzione delle cadute dall'alto (PP7) - comparto Edile
- Manutenzione del verde (PP7) – comparto Agricoltura
- Prevenzione delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico (PP8) - comparto Metalmeccanico
- Rischio Stress Lavoro Correlato (PP8) - comparto Logistica
- Rischio cancerogeno (PP8) - comparto Legno
- Luoghi di lavoro che Promuovono salute (PP3).

Dal complesso delle attività svolte, gli obiettivi assegnati con DGR. 1634/2023 riferiti all'Area Prevenzione nei luoghi di lavoro sono stati raggiunti al 100%.

Di seguito gli obiettivi assegnati con Det. 1634/2023 riferiti alla Prevenzione nei luoghi di lavoro, raggiunti al 100%.

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
8 S	Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	Percentuale di aziende controllate e/o assistite con o senza sopralluogo sul totale da controllare / assistere, anche in relazione all'andamento dell'emergenza pandemica	≥ 5%	5,90%	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥ 95 (assegnazione 100% del punteggio)	100%	✓
11 S	Sicurezza dei prodotti chimici. Controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)	% imprese controllate su imprese programmate	>=95%	342%	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥ 95 (assegnazione 100% del punteggio)	100%	✓

Ambiente e Salute

Nell'ambito delle attività di sorveglianza e prevenzione, la valutazione dei rischi per la salute derivanti da esposizioni ambientali, la caratterizzazione dei fattori di rischio nel 2023 la UOS Epidemiologia, ricompresa nella UOC ISP Ambiente e Salute della AST Ancona, e il Servizio di Epidemiologia dell'ARPAM hanno proceduto a svolgere in collaborazione con il Comune di Falconara Marittima uno studio volto ad indagare lo stato di salute della popolazione con particolare riferimento a specifici esiti sanitari, in relazione alle evidenze emerse fino ad oggi, e ad approfondire un eventuale e possibile ruolo causale degli inquinanti emessi dalla raffineria. Il gruppo ho concluso la fase di analisi ed elaborazione dati e presentato i dati preliminari dello studio all'intero Gruppo di Lavoro, coordinato dal Sindaco di Falconara M.

Nell'ambito delle attività di Promozione della consapevolezza e della partecipazione alle scelte per la salute nel corso del 2023 si è svolta un'intensa attività di comunicazione/divulgazione del Profilo di Salute o di alcuni argomenti trattati attraverso la diffusione in gruppi di miglioramento aziendali interdisciplinari, attivazione di nuova pagina web dedicata all'Area Epidemiologica, all'interno del sito web dell'AST stessa, in cui si è proceduto ad inserire il Profilo di Salute nello spazio denominato "Report e pubblicazioni". In questo modo è stato possibile rendere scaricabile integralmente il Profilo di Salute ed Equità come anche le relative slides di sintesi, appositamente predisposte. Il link è il seguente <https://www.asur.marche.it/web/portal/area-epidemiologica>; inserendo le informazioni contenute nel PIL di AST Ancona, con comunicazioni formali ai destinatari interessati.

Nel 2023 sono state svolte le attività previste dal Gruppo di lavoro Tecnico/Operativo Regionale sulle Sorveglianze PASSI e PASSI d'ARGENTO, secondo quanto stabilito dal decreto del Dirigente del Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR – ARS n. 6 del 23 settembre 2022. Il Gruppo di lavoro ha funzione di supporto alle rilevazioni, di raccordo tra il livello regionale e quello territoriale, collabora alla definizione delle strategie e allo svolgimento di azioni volte al raggiungimento degli obiettivi.

Di seguito si riportano gli obiettivi individuati nella DGRM 1634/2023 riferibili a tale attività:

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
10 S	Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale	Registrazione schede cause di morte anno 2021	100%	100%	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥ 95 (assegnazione 100% del punteggio)	100%	

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).

Di seguito gli obiettivi individuati con Det. 1634/2023 assegnati agli altri Servizi della Prevenzione, distinguendo tra gli obiettivi Core del Nuovo Sistema di Garanza e gli altri obiettivi. Tutti gli obiettivi risultano raggiunti al 100%.

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

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
17 S	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Stabilimenti ovicaprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle stabilimenti e 5% dei capi)	3% allevamenti aperti in BDN al 31/12/2022	3,5%	100%	100%	✔
18 S	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende suinicole controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% aziende)	1% allevamenti aperti in BDN al 31/12/2022	1,0%			✔
19 S	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende bovine controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% aziende)	3% allevamenti aperti in BDN al 31/12/2022	3,7%			✔
20 S	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende equine controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (5% aziende)	3% allevamenti aperti in BDN al 31/12/2022	4,9%			✔
21 S	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende apistiche controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% aziende)	1% apiari aperti in BDN al 31/12/2022	1,1%			✔
22 S	FARMACOSORVEGLIANZA - attività di ispezione e verifica art. 88 D Lgs n. 193/2006. Nota DGSAF n. 1466 del 26/01/2012; DM 14/05/2009 e nota DGSAF 13986 del 15/07/2013	Attività svolta sul totale degli operatori controllabili in base all'art. 68 comma 3, art. 71 comma 3, art. 70 comma 1, art. 79-80-81-82-84-85 del D Lgs n. 193/2006	≥ 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite	105,5%	100%	100%	✔
23 S	Piano Nazionale Alimentazione animale	% campionamenti eseguiti sul totale degli atesi	100%	100,0%			✔
24 S	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	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	102,5%			✔
25 S	PNR- PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 156/2006	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNR	100% delle categorie di matrici programmate, con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	101,2%			✔
26 S	Additivi alimentari (Piano nazionale controllo additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNCA	100% in tutte le categorie previste	100,0%	✔		

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE – ALTRI INDICATORI

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
27 S	MALATTE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAAF n.1618 del 28/01/2013 - LEA vincolante	% allevamenti controllati sugli allevamenti bovini da controllare per TBC come previsto dai piani di risanamento	100%	100%	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥95 (assegnazione 100% del punteggio)	100%	✓
28 S	MALATTE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAAF n.1618 del 28/01/2013 - LEA vincolante	% allevamenti controllati sugli allevamenti bovini, ovini e caprini da controllare per BRC come previsto dai piani di risanamento	100%	100%			✓
29 S	ENCEFALOPATE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% di capi bovini morti sottoposti al test per BSE sul totale degli attesi	≥ 85%	89%			✓
30 S	ENCEFALOPATE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% di capi ovini e caprini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per ogni specie	100% del valore atteso	685%			✓
31 S	ENCEFALOPATE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% di capi ovini e caprini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per ogni specie	100% del valore atteso	487%			✓
32 S	SALMONELLOSIS ZOO NOTICHE - Reg 2160/03 e s.m.i.: nota DGSAA 3457 - 26/02/2010, Nota DGSAAF 1618 N. DEL 28/01/2013 e relative registrazioni dati nel SIS-BDN	% campionamenti sul totale dei campioni previsti dal "piano salmonellosis" in allevamento	100%	177%	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥95 (assegnazione 100% del punteggio)	100%	✓
33 S	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	100%	112%			✓
34 S	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	% controllo per benessere in allevamenti di "altri bovini"	100%	133%			✓
35 S	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	% controllo per benessere negli impianti di macellazione	100%	107%			✓
36 S	CONTROLLI ANALITICI NELLE FASI DI PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI - attuazione Accordo Stato-Regioni del 10 novembre 2016, rep 212, concernente Linee guida controllo ufficiale ai sensi Reg 853/04 e 854/04, Capolo 15 e ripartizione dei controlli su base regionale (nota DGSAN n. 15168 del 14/04/2017. Percentuale di controlli analitici minimi effettuati per ciascuna matrice alimentare nelle fasi, rispettivamente, di "produzione" e "distribuzione"	% campioni effettuati sul totale dei programmi negli esercizi di produzione e distribuzione	100% in ciascuna matrice alimentare	102%	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥95 (assegnazione 100% del punteggio)	100%	✓
37 S	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg CE 1830/2003- alimenti genericamente modificati	Corretto rapporto dei campionamenti previsto dall'allegato al Piano OGM, riferito alle materie prime e agli intermedi di lavorazione	> 60% dei campioni è dedicati a materie prime e intermedi di lavorazione	100%			✓
38 S	AUDIT SU OSA- controlli ufficiali previsti dai Reg. 882/04 e Reg. 854/04. DDPFVSA n. 49 del 20/03/2017	% di audit sugli stabilimenti riconosciuti di cui al DDPFVSA n. 49 del 20/03/2017	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 S	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%	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥95 (assegnazione 100% del punteggio)	100%	✓
40 S	PIANO SORVEGLIANZA MBV - zone di produzione e stabilizzazione dei molluschi bivalvi vivi ai sensi del Reg. CE 854/04	% di aree di raccolta dei molluschi sottoposte a monitoraggio con la frequenza prevista	100%	100%			✓
41 S	Potenziamento dell'attività di rischio in sicurezza alimentare (Reg 178/2002, al 2 DGRM n. 1803 del 09/12/2008)	Atti formali relativi all'attività di comunicazione del rischio nell'ambito della sicurezza alimentare	Report interdisciplinare di Area Vasta dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare	PROT 214767 DEL 28/12/2023			✓
42 S	PIANO NAZIONALE MICOTOSSINE 2016-2018-Controlli ufficiali delle micotossine in alimenti. Nota DGSAN n.14944 del 14/4/2016 (PAMA 2018)	Volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal Piano Nazionale Micotossine in Alimenti (PNMA)	1	24/24=100%			✓

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE – ALTRI INDICATORI

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto	% Ragg. su indicatore
43 S	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)	≥1% degli stabilimenti e ≥33% stabilimenti semibradi commerciali aperti con capi	3,36% degli stabilimenti 51,58% stabilimenti semibradi commerciali aperti con capi	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95%(assegnazione 90% del punteggio); ≥95 (assegnazione 100% del punteggio)	100%	✔	100%
44 S	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità dei dati in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Allevamenti avicoli controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R	1% degli allevamenti - (DM 07/03/23)	2%			✔	100%
45 S	ACQUE DESTINATE AL CONSUMO UMANO – DLgs 18/2023	% di controlli esterni effettuati sui controlli previsti secondo la frequenza di campionamento indicata nel DLgs 18/2023	> 90% qualora non sia presente un programma di controllo coordinato con gli enti gestori (in alternativa > 90% del programma concordato)	130%			✔	100%
46 S	ACQUE MINERALI - D. Lgs 176/2011 "Attuazione della direttiva 2009/54/CE, sull'utilizzazione e la commercializzazione delle acque minerali naturali" - DM 10 febbraio 2015 "Criteri di valutazione delle caratteristiche delle acque minerali naturali" - Circolare Ministero della Sanità n. 17 del 13/09/1991 - Circolare Ministero della Sanità n. 19 del 14/05/1993 sulle acque minerali. - DDPF n.49 del 20.03.2017	% di controlli effettuati sui controlli previsti (alle sorgenti utilizzate e agli impianti di imbottigliamento) secondo le circolari ministeriali e DDPF 49/2017	> 90%	101%			✔	100%
47 S	PRODOTTI FITOSANITARI DDPF VSA n. 28 del 25/02/2021 "Piano regionale di controllo ufficiale sul commercio ed impiego dei prodotti fitosanitari per il periodo 2021-2024" e indirizzi operativi ministeriali: DGISAN (L.c.c.8.2/2022/1	Numero di ispezioni effettuate presso le attività di deposito e vendita di prodotti fitosanitari sul numero di attività autorizzate	> 20%	25%			✔	100%
48 S	PROGRAMMAZIONE CONTROLLI UFFICIALI SULLE IMPRESE ALIMENTARI 852/2004 E 853/2004	% controlli ufficiali effettuati sul programmato (sulla base della programmazione inviata al Settore PVSA)	100%	102%			✔	100%
49 S	CONTROLLI UFFICIALI EFFETTUATI SULLE IMPRESE ALIMENTARI 852/2004 E 853/2004	% inserimento dei controlli ufficiali nel sistema informativo Datafarm	100%	100%			✔	100%
50 S	QUALIFICHE SANITARIE (Art. 2, O.M. 28 maggio 2015 e s.m.i.)	Mantenimento qualifica di provincia indenne per Brucellosi bovina	SI	SI			✔	100%
50 S	QUALIFICHE SANITARIE (Art. 2, O.M. 28 maggio 2015 e s.m.i.)	Mantenimento qualifica di provincia indenne per Brucellosi ovicaprina	SI	SI			✔	100%
50 S	QUALIFICHE SANITARIE (Art. 2, O.M. 28 maggio 2015 e s.m.i.)	Acquisizione qualifica di provincia indenne per tubercolosi bovina	SI	SI			✔	100%
50 S	QUALIFICHE SANITARIE (Art. 2, O.M. 28 maggio 2015 e s.m.i.)	Mantenimento qualifica di provincia indenne per leucosi bovina enzootica	SI	SI			✔	100%
51 S	IGIENE URBANA VETERINARIA	Numero di ispezioni effettuate presso strutture veterinarie	100%	si			✔	100%
51 S	IGIENE URBANA VETERINARIA	Numero di ispezioni effettuate presso cani e gatti e rifugi	1	0			✔	100%
52 S	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	≥ 10	20	✔	100%		

AREA TERRITORIALE E DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

In coerenza con quanto definito nel PIAO 2023-2025 nel corso dell'anno 2023 si sono concentrate le attività sul perseguimento di obiettivi di 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.

Nel 2023 è pertanto proseguita l'implementazione delle attività cliniche specialistiche e l'ulteriore sviluppo delle attività di presa in carico della cronicità negli ambulatori infermieristici.

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 l'insieme delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate direttamente presso il domicilio delle persone, con l'obiettivo di favorire il recupero e il mantenimento delle capacità residue di autonomia e di relazione. Rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e sono destinate alle persone per le quali, a causa di limitazioni funzionali, è impossibilitato l'accesso ai servizi ambulatoriali.

L'indicatore utilizzato per rappresentare l'attività è il numero di pazienti trattati in Assistenza domiciliare per intensità di cura per 1000 abitanti.

L'indicatore fornisce informazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti trattati in cure domiciliari integrate per i livelli di intensità assistenziale CIA 1, CIA2, CIA3. (CIA è il coefficiente di intensità assistenziale e indica la frequenza con cui il paziente ha ricevuto cure domiciliari nel periodo di cura)

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
53 S	Assistenza Domiciliare	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1	≥ 4,00 x 1000 ab	6,02	100%	100%	✓
54 S	Assistenza Domiciliare	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2	≥ 2,50 x 1000 ab	3,88			✓
55 S	Assistenza Domiciliare	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3	> 2,00 x 1000 ab. (Tolleranza 20%)	2,63			✓

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.

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
56 S	Assistenza residenziale	N. residenti anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamenti socio-sanitario residenziale	>41 x 1000 ab ≥ 75aa	42,09	100%	100%	✓
57 S	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	> 35% (Tolleranza 25%)	32%	100%	100%	✓

Area Salute Mentale

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 entrambi gli indicatori.

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
58 S	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	≤ 5,0	2%	100%	100%	✓
109 S	TSO-Trattament Sanitario Obbligatorio	Diminuzione del 3% rispetto al 2022	- 3% rispetto al TSO 2022	0,96 per 10.000 abitanti	100,00%	100,00%	✓

Per quanto riguarda la % di ricoveri ripetuti si evidenzia un pieno raggiungimento dell'obiettivo (Valore regionale 2022 pari a 6,7%, valore nazionale 2022 14,6%).

Per l'obiettivo di riduzione del 3% del tasso di ospedalizzazione per TSO sulla popolazione residente, il target da raggiungere era pari a 1,02 ricoveri per 10.000 abitanti, si registra un risultato pari a 0,96 per 10.000 abitanti. Rispetto ai valori anno 2022 sia regionali (1 TSO su 10.000 ab) che nazionali (1 TSO su 10.000) l'AST Ancona si posizione comunque nella media.

I TSO calcolati comprendono anche i TSO dell'Azienda Ospedaliera di Ancona, considerando che il Dipartimento Salute Mentale di Ast Ancona è l'interlocutore territoriale di riferimento per la popolazione che afferisce all'azienda.

Area Materno Infantile

Il 16 dicembre 2010, la Conferenza Unificata ha approvato un accordo fondamentale tra il governo, le Regioni, le Province Autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane per migliorare la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza degli interventi assistenziali durante la gravidanza e il parto, e per ridurre i tagli cesarei. La Regione Marche ha recepito questo accordo con la Delibera della Giunta Regionale (DGR) n. 1088 del 25 luglio 2011, apportando successive modifiche nel 2011, 2013 e 2014.

Per implementare queste direttive, è stato istituito il Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR), con l'obiettivo di rivedere i punti nascita, neonatologia e pediatria; adattare i percorsi diagnostici-terapeutici regionali; implementare raccomandazioni ministeriali per prevenire la morte materna e le complicazioni; ridurre i parti cesarei; controllare il dolore durante il travaglio e il parto; integrare l'assistenza tra territorio e ospedale; formare i professionisti; e monitorare la qualità dell'assistenza.

In questo contesto normativo, a livello locale è costituito il Comitato Percorso Nascita Aziendale Locale, che opera in stretto coordinamento con il Comitato Percorso Nascita Regionale, stabilendo annualmente il proprio piano di attività e producendo un report dettagliato per il Direttore Generale dell'AST AN. Il report descrive le attività svolte, i risultati raggiunti e il livello di implementazione del percorso nascita nell'AST, in linea con l'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010.

Il Comitato Percorso Nascita Aziendale Locale è stato formalmente istituito con la Determina DG AST AN 821 del 31/05/23 - "costituzione del Comitato Percorso Nascita locale dell'AST di Ancona. Individuazione coordinatore e componenti", con l'obiettivo di coordinare permanentemente l'implementazione del percorso nascita all'interno dell'azienda, fungendo da guida e verifica delle attività. La composizione del comitato è stata aggiornata con la successiva Determina 1072 per includere professionisti rappresentativi sia dell'area ospedaliera che territoriale, assicurando così un'implementazione efficace e completa delle direttive regionali e nazionali.

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
66 S	Implementazione Percorso Nascita	Costituzione del Comitato Percorso Nascita Locale	Trasmissione Determina	- Determina Commissario Straordinario AST AN 821 del 31/05/23 - Determina Commissario Straordinario AST AN 1072 del 13/07/23	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% (assegnazione 90% del punteggio); ≥ 95 (assegnazione 100% del punteggio)	100%	✓

Liste di attesa

Le criticità nella gestione delle liste di attesa per prestazioni specialistiche e ricoveri, già evidenti prima del 2020, si sono notevolmente acuite a causa della pandemia. Negli ultimi tre anni, si sono resi necessari stanziamenti di risorse ad hoc per recuperare le prestazioni non erogate a causa dell'emergenza pandemica da Covid-19.

Per rafforzare il processo di riassorbimento delle prestazioni ambulatoriali, dei ricoveri ospedalieri e degli screening rimasti inevasi, il Governo è intervenuto con il decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126. In base alle disposizioni contenute nell'articolo 29, comma 1, del citato decreto, le Regioni e gli enti del SSN potevano avvalersi, fino al 31 dicembre 2020, di strumenti straordinari per recuperare le prestazioni non erogate durante l'emergenza epidemiologica, nonché di risorse specifiche del Fondo Sanitario.

La Regione Marche ha adottato il Piano Operativo per il recupero delle liste di attesa con DGR 1323/2020. L'art. 26 del DL n. 73/2021 ha prorogato le risorse stanziato fino al 31 dicembre 2021, per consentire un maggior recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione e delle prestazioni ambulatoriali non erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate. Tali misure sono state ulteriormente prorogate nella Legge di bilancio 2022. Con DGR 490/2022, la Regione Marche ha rimodulato il Piano Operativo per il recupero delle liste di attesa di cui alla DGR 1323/2020, includendo anche il coinvolgimento delle strutture private accreditate. Con DGR 1043/2022 (Approvazione accordo con l'AIOP per l'anno 2022), il finanziamento straordinario è stato assegnato alle Case di Cura Multispecialistiche.

Con DGASUR n. 416 del 1/6/2022, è stato adottato il nuovo "Piano Attuativo Aziendale per il governo delle liste d'attesa 2022-2023". L'ulteriore proroga degli strumenti straordinari adottati nel 2022 è avvenuta con DL n. 198 del 29 dicembre 2022 - art 4 comma 9-octies "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi", convertito con modificazioni dalla L. 24 febbraio 2023, n. 14. Fino al 31 dicembre 2023, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono avvalersi delle misure previste dall'articolo 26, commi 1 e 2, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, e dell'articolo 1, comma 277, della legge 30 dicembre 2021, n. 234.

Il Ministero della Salute, con la circolare del 30/5/2022, ha fornito indicazioni per il recupero delle prestazioni ambulatoriali, di screening e di ricovero ospedaliero non erogate durante l'emergenza epidemiologica, indicando che le Regioni potevano avvalersi, fino al 31 dicembre 2023, delle misure previste dalla legislazione vigente entro il limite dello 0,3% del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale per il 2023 (articolo 4, comma 9 octies).

- Per il recupero dei ricoveri ospedalieri, ambulatoriali e di screening, la circolare precisa che le Regioni possono utilizzare:
- Prestazioni aggiuntive con tariffa oraria aumentata per il personale della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie (60-80 euro lordi onnicomprensivi).
- Prestazioni aggiuntive con tariffa oraria aumentata per il personale del comparto sanità (50 euro lordi onnicomprensivi).
- Reclutamento a tempo determinato di personale del comparto e della dirigenza medica, sanitaria e veterinaria, anche in deroga ai vigenti CCNL di settore, o attraverso forme di lavoro autonomo.

Per il recupero delle prestazioni ambulatoriali e di screening, le Regioni possono inoltre incrementare il monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna con ore aggiuntive, nel rispetto dell'Accordo collettivo nazionale vigente, nonché avvalersi delle strutture private accreditate in deroga all'articolo 15, comma 14, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95.

Con DGR n. 1046 del 10/07/2023, gli Enti del SSR sono stati autorizzati all'utilizzo delle risorse di cui all'art.4, commi 9 septies e 9 octies, e con DGR n. 1243 del 10/08/2023 è stato approvato il Piano Operativo Regionale 2023 per il recupero e miglioramento delle liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri e screening. Questo piano include il Piano Aziendale dell'AST di Ancona con risorse pari a 1.001.358,55

euro, di cui 945.958 euro per committenza a privato accreditato e 55.400 euro per assunzioni a tempo determinato.

Per la committenza di prestazioni specialistiche ai privati accreditati, con il supporto dell'Ufficio Coordinamento Aziendale Liste di Attesa (UCALA – AST Ancona), l'Azienda ha formalizzato addendum ai contratti esistenti:

Addendum al contratto Labor spa: nota prot. 149003 del 08/09/2023 per 512.215 euro.

Addendum al contratto Villa Silvia: nota prot 147658 del 06/09/2023 per 179.132 euro.

Addendum al contratto Bios Center: prot 147655 del 06/09/2023 per 254.612 euro.

Si riporta di seguito una sintesi dell'utilizzo delle risorse assegnate con DGR 1046 del 10/07/2023 impegnate per gli utenti nelle liste extra-tempo, per ottenere le prestazioni entro i limiti di priorità indicati nelle impegnative:

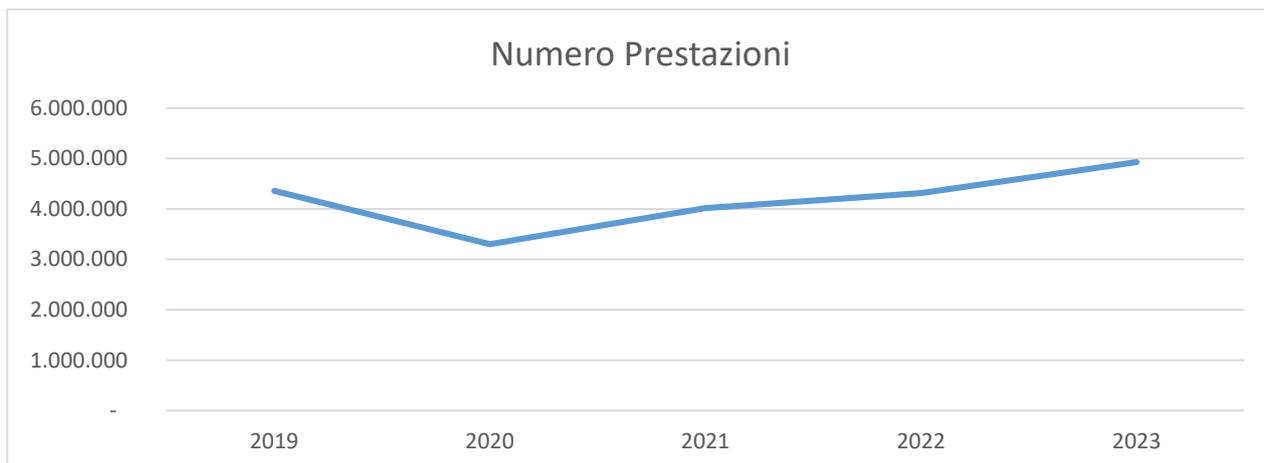
SPESA SOSTENUTA PER IL RECUPERO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI/RICOVERO	Anno 2023
Assunzione/Riallocazione personale (inclusi COCOCO)	€ 334.750,48
Committenza a privato accreditato	€ 746.219,60
Totale Complessivo	1.080.970,08 €

Dal 2022 si è attivata la diminuzione della durata degli SLOT riallineandola a quella pre-Covid per tutte le branche specialistiche e gli esami strumentali con aumento dell'attività. Il percorso si è concluso nel 2023. Si è fatto ricorso all'attività aggiuntiva per il personale dipendente (prestazioni aggiuntive per carenza di organico e prestazioni aggiuntive Balduzzi). Nel 2023 si è istituito l'UCALA (Ufficio Coordinamento Aziendale Liste di Attesa) che nel corso dell'anno ha stilato un piano di recupero delle prestazioni PNGLA e non PNGLA, sulla base dell'analisi dell'offerta e dell'appropriatezza della domanda e ha attivato un sistema di recall da parte dell'azienda per quegli utenti la cui prescrizione riportava la classe di priorità e che non trovavano disponibilità ad effettuare la prestazione al primo contatto con il CUP

Si evidenzia altresì come i volumi complessivi dell'attività ambulatoriale istituzionale siano aumentati in misura pari al 14% rispetto allo scorso anno e si sono riportati a livelli superiori rispetto al 2019:

Distretti	2023		2022		2021		2020		2019	
	Num.Prestaz	Valore								
Distretto di Senigallia	1.079.387	12.138.762	932.560	11.018.731	889.374	10.362.213	792.509	9.144.112	975.043	11.496.794
Distretto di Jesi	1.657.516	15.176.774	1.752.572	14.365.013	1.343.620	12.896.382	1.005.269	10.763.420	1.379.287	14.693.783
Distretto di Fabriano	648.075	8.723.082	565.564	7.323.455	558.851	8.357.286	485.775	7.707.404	645.957	9.248.454
Distretto di Ancona	1.544.508	10.950.325	1.062.924	8.466.856	1.227.836	9.001.006	1.018.007	7.393.905	1.362.776	10.971.460
Totale	4.929.486	46.988.944	4.313.620	41.174.055	4.019.681	40.616.886	3.301.560	35.008.841	4.363.063	46.410.490

Il trend nel corso del quinquennio è così rappresentabile:



Di seguito si riportano gli obiettivi assegnati dalla DGRM 1634 riconducibili all'area in esame.

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
59 S	Ottimizzazione offerta ambulatoriale	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica; - mammografia; - TAC tracci; - ecocolordoppler tronchi sovraaortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale.	>90%	84%	100%	0%	✗
60 S	Ottimizzazione offerta ambulatoriale	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica; - mammografia; - TAC tracci; - ecocolordoppler tronchi sovraaortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale.	>90%	74%		0%	✗
61 S	Completezza della compilazione della ricetta per tipologia accessoclasse priorità per le prestazioni previste dal PNGLA	Numero delle prestazioni richieste con indicazione della tipologia accessoclasse priorità	>90%	76,28%	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥ 95 (assegnazione 100% del punteggio)	80%	!
62 S	Ottimizzazione offerta ambulatoriale	Aumento delle prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate alle aziende	>10%	In fase di valutazione			!
63 S	Ottimizzazione offerta ambulatoriale	Inserimento nelle liste di pre-appointamenti (liste di garanzia) di tutti i pazienti che ne hanno diritto, con verifica del numero di telefono dell'utente	≥ 99%	99,87%		100%	✓
64 S	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 31/01/2024	100%		100%	✓
67 S	Recupero e miglioramento liste di attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri e screening DGR 1243 del 10.08.2023	Utilizzo delle risorse	100%	ATTUAZIONE DGR 1046/23 - Piano autorizzazione spesa ex art. 4 comma 9-oclesl. n. 14 L.24/02/23 per € 1.001.359 Utilizzate il 100% delle risorse assegnate	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥ 95 (assegnazione 100% del punteggio)	100%	✓
68 S	Recupero e miglioramento liste di attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri e screening DGR 1243 del 10.08.2023	Report sull'utilizzo delle risorse	100%	100%			✓

Nel calcolo degli indicatori obiettivi 59 e 60 sono considerate le prestazioni erogate nel primo semestre dell'anno 2023. Il 1 Luglio è stata, infatti, avviata dalla Regione la sperimentazione di cui alla circolare dell'Agenda Sanitaria Regionale del 23/08/2023 che nel fornire le linee di indirizzo per la corretta gestione

dell'utente che richiede la prenotazione di una prestazione al CUP modifica i criteri per la popolazione delle agende con classe di priorità B e D.

Dal punto di vista organizzativo, invece, le indicazioni programmatiche in materia di potenziamento dell'offerta ambulatoriale e di riduzione delle liste di attesa sono state attuate ma sono emerse delle criticità di sistema:

- carenza di personale medico specialista dipendente e convenzionato;
- necessità di garanzia prioritaria della continuità assistenziale nelle strutture ospedaliere;
- bassa adesione del personale medico e delle professioni all'attività aggiuntiva basata sia sul fondo Balduzzi che sul finanziamento regionale di cui alla DGRM n.490 del 02/05/2022, anche in ragione della presenza di una regolamentazione datata e rigida.

Infine, si deve evidenziare che l'applicazione dell'istituto delle prestazioni aggiuntive è vincolato a indicazioni normative che richiedono il rispetto di vincoli che derivano dalla loro finalizzazione alla copertura di turni e non adatte a modelli di impiego flessibili correlati al potenziamento di attività quali quella chirurgica o ambulatoriale (ad es prolungamenti orari di attività).

Per quanto riguarda il numero di prestazioni richieste con indicazione della tipologia e priorità di accesso, si evidenzia un risultato percentuale del 76,28% a fronte di un target del 90%, con una percentuale di raggiungimento del 85,7%. ottenendo una percentuale di raggiungimento dell'80% in applicazione del range previsto dalla DGRM 176/2024 (raggiungimento del 85% compreso tra 85% e 90% determina il riconoscimento dell'80%).

Attività legate all'attuazione del PNRR

Il Decreto ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022 relativo ai "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", individua le COT come "un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza".

IL DM77 viene recepito dalla Regione Marche con Delibera di Giunta Regionale n. 1781 del 27 dicembre 2022, con la quale viene richiesto il parere della Commissione assembleare competente sullo schema di deliberazione concernente "Prime indicazioni per l'attuazione degli standard previsti dal DM 77/2022 - Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale" e le "Linee di Indirizzo per l'Interconnessione Aziendale delle Centrali Operative Territoriali (COT)".

Le linee di indirizzo allegate alla DGR sono state proposte dall'ASUR e costituiscono il riferimento rispetto al quale l'AST ha adottato e definito i modelli assistenziali delle strutture di afferenza.

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
Attività legate all'attuazione del PNRR	Definizione dei modelli assistenziali per le strutture di prossimità (CdC, OdC, COT) aziendali previste dalla DGR 559/22 secondo gli standard del DM 77/22	Report entro il 31/01/2024	Nota prot: 19151 31/01/2024	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% (assegnazione 90% del punteggio); ≥95 (assegnazione 100% del punteggio)	100%	✓

Con DGR n. 970 del 27 luglio 2022 così come modificata con DGR 1330 del 17/10/2022, la Giunta regionale ha approvato i provvedimenti di delega agli Enti del SSR delle attività relative agli interventi di rispettiva competenza territoriale definiti dal Piano Operativo Regionale, approvato con la DGR n. 656 del 30/05/2022. 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.

Il POR aggiornato prevede anche l’adeguamento della delega (in corso di sottoscrizione) da parte della Regione, quale soggetto a attuatore all’AST di AN quale soggetto incaricato di dare esecuzione agli interventi in base alla competenza territoriale per i seguenti interventi della Missione 6 (Salute).

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

Il target da raggiungere entro il 31/12/23 riguardava la stipula dei contratti dei lavori che per alcuni interventi (quelli che aderiscono all’Accordo Invitalia) risulta un indicatore critico, a causa delle tempistiche di rilascio delle verifiche preventive necessarie all’appalto dei lavori nonché delle difficoltà incontrate nella stipula dei contratti con l’operatore economico.

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)	Fabriano	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

Le COT dovranno svolgere una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza

Il target da raggiungere entro il 30/6/23 riguarda la stipula dei contratti per il raggiungimento del quale l'AST AN non ha riscontrato criticità.

Nel corso del secondo semestre 2023 si è dato corso all'esecuzione dei lavori per la realizzazione delle COT e per la loro interconnessione, in modo da giungere al raggiungimento del target del 30/06/2024 con le COT pienamente 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 €

Secondo il piano di fabbisogno che verrà formalizzato con successivo atto, l'AST di Ancona ai sensi e per gli effetti di cui alla D.G.R. n. 200 del 20.02.2023, provvederà a svolgere un'unica procedura aggregata per l'acquisto delle apparecchiature necessarie (Device) e, conseguentemente, ogni AST aderirà a tale procedura per stipulare i rispettivi contratti per le quote assegnate, completando poi la fase esecutiva e la fase di rendicontazione pro quota. L'intervento non presenta target in scadenza al 31/12/2023.

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 €

Le procedure di gara che saranno individuate come necessarie per la realizzazione della progettualità in questione saranno condotte dall'AST di Ancona ai sensi e per gli effetti di cui alla D.G.R. n. 200 del 20.02.2023, avente ad oggetto: "Articoli 43 e 44 della legge regionale 8 agosto – approvazione schema di convenzione per le attività di centralizzazione degli acquisti".

Con Decreto del Direttore dell'ARS n. 21 del 07/04/2023 è stato nominato il gruppo di progetto.

L'intervento non presenta target in scadenza al 31/12/2023.

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	

Si tratta di strutture di ricovero dell'Assistenza Territoriale che svolgono una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

Il target da raggiungere entro il 30/9/23 riguarda la stipula delle obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità per il raggiungimento del quale l'AST AN non ha riscontato criticità, ad eccezione dell'Ospedali di comunità di Jesi a causa delle tempistiche di rilascio delle verifiche preventive necessari all'appalto dei lavori.

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 €, è stato indetto l'appalto specifico per l'intervento denominato "Sistema Informativo Ospedaliero" per circa 10 milioni di € ed è in corso l'indizione dell'appalto specifico denominato "Cartelle Cliniche Verticali" per ulteriori 5 milioni di €.

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 - ECOTOMOGRFO	Senigallia	AN	57.000,00 €
F39I22000060007	Grandi Apparecchiature - ECOTOMOGRFO	Ancona Poliambulatorio 2000	AN	57.000,00 €
F19I22000070007	Grandi Apparecchiature - MAMMOGRFO	Senigallia	AN	274.500,00 €
F59I22000060007	Grandi Apparecchiature - MAMMOGRFO	Ancona	AN	274.500,00 €

Per quanto riguarda la Missione 6 C2 Investimento 1.1.2. le apparecchiature previste sono state tutte acquisite entro il 31/12/2023. Per quanto riguarda Ecotomografi gli stessi risultano anche collaudati.

Per l'installazione della TAC e della risonanza magnetica sono in corso di reperimento le risorse per far fronte ai lavori necessari all'installazione delle stesse.

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 €

Questo investimento consiste nell'avviare un piano di formazione sulle infezioni ospedaliere per tutto il personale del SSN. Il target al 31/3/2023 di completamento procedure di selezione dei provider non risulta critico.

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.

Si fa riferimento al sistema denominato Dossier Sanitario Elettronico Ospedaliero (DSEO) ed allo SCREENING HCV.

AREA OSPEDALIERA

L'anno 2023 rappresenta il primo periodo "operativo standard" successivo alla pandemia: i volumi di produzione tendono ad avvicinarsi ai livelli 2019, dopo anni di attività ridotta e rimodulata per fare fronte all'evento pandemico, evidenziando un incremento complessivo della produzione di ricoveri pari al 2% rispetto al 2022.

Anno	2023	2022	2021	2020	2019
Totale Ordinari	23.037	22.297	21.910	20.386	24.837
Totale DH/DS	5.178	5.310	4.659	3.798	5.423
Totale Ricoveri	28.215	27.607	26.569	24.184	30.260

I posti letto mediamente utilizzati (Mod. HSP 22) evidenziano il progressivo impegno ad un ripristino della piena capacità produttiva, condizionato dalla disponibilità di risorse a disposizione, rispetto al 2022 sono stati riattivati circa l'1% dei posti letto.

Anno	2023	2022	2021	2020	2019
Posti Letto Medi Ordinari	553	548	525	503	614
Posti Letto Medi DH/DS	74	72	72	74	79
Totale Posti Letto Medi	627	620	597	577	693

Si evidenzia un utilizzo più efficiente della risorsa posto letto, rispetto a tutto il quadriennio precedente, sintetizzato nell'indicatore tasso di occupazione, che rileva una performance anche migliore dell'anno 2019. La degenza media per ricoveri ordinari si attesta su un valore di 6,89 rispetto ad un valore regionale di 6,81.

Anno	2023	2022	2021	2020	2019
Tasso Occupazione PL Ordinari	78,7%	75,3%	78,1%	76,2%	74,8%
Tasso Occupazione PL DH/DS	100,9%	101,1%	92,1%	80,8%	91,0%

Il proseguimento delle azioni per il governo delle liste di attesa chirurgiche e ambulatoriali, finalizzate al rispetto delle soglie previste nel Piano Nazionale del Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) è esitato in un incremento dei volumi degli interventi del 2,5% rispetto al 2022, riallineandoli quasi ai livelli del 2019 (15.030 interventi realizzati nel 2023, -1% rispetto al 2019).

La composizione dei volumi tra DRG Chirurgici e Medici evidenzia una maggiore incidenza dei secondi rispetto ai primi con una quota del 41% di incidenza sul totale rispetto al 38% del 2019.

Anno	2023	2022	2021	2020	2019
DRG Chirurgici	11.599	11.309	10.787	9.201	11.598
DRG Medici	16.616	16.298	15.782	14.983	18.662

Nel 2023, l'ICP (indice comparativo di performance), ovvero l'indicatore che a parità di case mix valuta la capacità di una struttura di trattare in modo efficiente la propria casistica, è rimasto costante a 0,9. In sintesi, se messa a confronto con l'anno 2019, l'attività di ricovero (area medica e chirurgica) ha registrato una flessione complessiva del 6,7% (sia in regime di ricovero ordinario che in regime diurno). Questo, anche

per la spinta ad effettuare molte prestazioni in ambito ambulatoriale e delle azioni volte al miglioramento dell'appropriatezza del setting di erogazione delle prestazioni.

Si sottolinea l'orientamento dell'offerta in ottica di sistema aziendale che, grazie ad una continua ed integrata modulazione della programmazione delle attività, ha permesso di garantire, le attività chirurgiche in favore dell'intera rete, consentendo alle strutture gravate di maggiori liste d'attesa di poter smaltire le stesse con accessi ai diversi stabilimenti ospedalieri.

In relazione ai più significativi indicatori CORE NSG, obiettivo della Direzione come da DGRM 1634/23, si propongono, nella tabella sottostante risultati conseguiti per l'anno 2023, in cui per tutti è stato raggiunto il target fissato.

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
70 S	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	≤ 0,15	0,11	100%	100%	✓
71 S	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	≥ 2022	Anno 2022: 86,56% Anno 2023: 90,54%	100%	100%	✓
72 S	"Piani" di cui art. 1 c 528 L. 208/15	% pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni	≥ 2022	Anno 2022: 79,18% Anno 2023: 79,48%	100%	100%	✓
73 S	"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	≤ 20%	19,95%	100%	100%	✓
74 S	"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	≤ 20%	Non Applicabile	Non Applicabile		
75 S	"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%	98,85%	100%	100%	✓

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

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto	% Ragg. su indicatore
76 S	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Riduzione % n. ricoveri in DH diagnostici per pazienti adulti residenti	≤ 2022	56,66%	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥ 95 (assegnazione 100% del punteggio)	0%	✘	0%
77 S	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Riduzione % n. accessi in DH medico per pazienti adulti residenti	≤ 2022	-2,14%		100%	✔	100%
78 S	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Degenza media pre-operatoria	< 2022	-0,03		100%	✔	100%
79 S	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza) + (esclusi ricoveri urgenti)	≥ 2022	-0,55%		100%	✔	100%
80 S	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% DRG Medici da reparti chirurgici (esclusi dimessi da Cardiologia pediatrica (Cod 05) e Nefrologia - Tr Rene (Cod. 48) + (esclusi ricoveri urgenti)	< 2022	-2,66%		100%	✔	100%
81 S	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	riduzione di almeno 10% del valore 2022	Anno 2023: 3,37% Anno 2022: 3,45% Obiettivo: 3,1%	90%	ⓘ	90%	
82 S	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% nuovo intervento di resezione entro 120 gg da intervento chirurgico conservativo per tumore maligno alla mammella	riduzione di almeno 10% del valore 2022	-86,96%	100%	✔	100%	
83 S	Numero parti fortemente pre-termine (22-31 settimane) avvenuti in punti nascita senza UTN	% di parti fortemente pre-termine	≤ 2022	100,00%	100%	✔	100%	
84 S	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	≥ 90%	9,0%	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥ 95 (assegnazione 100% del punteggio)	0,0%	✘	0%
85 S	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 al polmone	NO	Non Applicabile		Non applicabile		
86 S	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	≥ 90%	85,00%		90,0%	ⓘ	90%

Le maggiori criticità riguardano i tempi di attesa per gli interventi per classi di priorità A per i tumori in particolare per il tumore della prostata, per i quali nonostante l'implementazione di azioni finalizzate a riportare i tempi di attesa nel range richiesto mediante il potenziamento degli organici così come previsto nel PFTP di cui alla Determina 487 del 31/03/2023 l'obiettivo non risulta raggiunto.

Area Emergenza

Nel 2023, i Pronto Soccorso dell'AST di Ancona hanno visto un notevole aumento degli accessi. In particolare, Fabriano ha registrato un incremento del 12,70%, Jesi dell'8,58% e Senigallia del 9,86%. Questo aumento ha interessato diversi codici colore: a Fabriano sono cresciuti soprattutto i codici azzurri e verdi (+17,52% e +17,54%), a Jesi i codici arancioni e rossi (+42,21% e +20,29%), mentre a Senigallia sono aumentati principalmente i codici bianchi (+35,56%).

Nonostante l'incremento degli accessi, nel 2023 si è osservata una riduzione dei tempi di attesa nei Pronto Soccorso dell'AST di Ancona. Questo miglioramento riguarda sia la mediana dei tempi di attesa, sia la percentuale di pazienti che vengono visitati nei tempi previsti per il loro codice colore, oltre che la percentuale di pazienti che completano l'iter di Pronto Soccorso entro otto ore. Tuttavia, ci sono fattori esterni che influenzano negativamente questi dati e che non possono essere risolti solo con provvedimenti organizzativi interni. Tra questi, la disponibilità di posti letto per i ricoveri, gli accessi impropri al Pronto Soccorso, la capacità di accoglienza dei servizi territoriali e la cronica carenza di medici specializzati.

TEMPI MEDI DI ATTESA			
DescrizioneTriage	Struttura	Minuti 2023	Minuti 2022
Totali		78,2	83,5
Arancione – URGENZA	STABILIMENTO DI FABRIANO	9,3	12,5
	STABILIMENTO DI JESI	50,6	49,6
	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	39,2	48,9
Azzurro – URGENZA DIFFERIBILE	STABILIMENTO DI FABRIANO	23,0	23,4
	STABILIMENTO DI JESI	141,3	138,2
	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	106,3	125,6
Bianco - NON URGENZA	STABILIMENTO DI FABRIANO	58,5	62,4
	STABILIMENTO DI JESI	116,8	103,6
	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	122,0	144,5
Nero – Deceduto	STABILIMENTO DI FABRIANO	4,5	20,0
	STABILIMENTO DI JESI	12,0	11,3
	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	17,7	3,3
Rosso - EMERGENZA	STABILIMENTO DI FABRIANO	5,4	6,7
	STABILIMENTO DI JESI	4,9	5,2
	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	5,7	6,7
Verde - URGENZA MINORE	STABILIMENTO DI FABRIANO	36,9	34,0
	STABILIMENTO DI JESI	106,0	107,5
	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	108,4	123,5

Un altro aspetto significativo è il fenomeno degli abbandoni del Pronto Soccorso, sia prima della visita medica sia durante gli accertamenti o prima della chiusura della cartella clinica. A Fabriano, il numero di abbandoni nel 2023 è stato praticamente irrilevante, con solo 42 casi registrati rispetto ai 46 del 2022. A Jesi, invece, c'è stato un netto miglioramento: gli abbandoni durante gli accertamenti sono diminuiti dell'83,3% (da 1.225 nel 2022 a 199 nel 2023) e quelli prima della visita medica sono scesi del 37,1% (da 503 a 316).

L'aumento degli accessi ai Pronto Soccorso ha portato anche a un incremento del numero di pazienti trattenuti in OBI (Osservazione Breve Intensiva) in tutti e tre gli ospedali.

Anno	2023			2022		
	Num. Pazienti	Num. Accessi	Num. Prestazio	Num. Pazienti	Num. Accessi	Num. Prestazio
Osservazione breve intensiva	1.734	1.799	1.799	1.227	1.266	1.266

A Fabriano e Jesi è aumentato anche il numero di pazienti ricoverati in Medicina d'Urgenza. A Jesi, inoltre, sono cresciuti il valore medio e il peso medio del DRG, mentre a Fabriano c'è stata una lieve e non significativa flessione di questi parametri. A Senigallia, invece, non ci sono stati ricoveri ordinari nel 2023 perché la Medicina d'Urgenza è stata chiusa nel marzo 2022 a causa della carenza di medici strutturati.

Struttura	Fabriano		Jesi		Senigallia	
	2023	2022	2023	2022	2023	2022
Totale Ordinari	243	176	51	47	-	4
Giornate Degenza	530	386	282	232	-	53
Degenza Media	2,2	2,2	5,5	4,9	-	13,3
Peso Medio DRG	0,9105	0,9996	0,9887	0,9269	-	1,1110

In conclusione, sebbene i correttivi organizzativi interni abbiano portato a un miglioramento dei dati rispetto al 2022, sono necessari interventi strutturali adeguati per affrontare le problematiche persistenti. Questi interventi dovrebbero mirare a ridurre gli accessi impropri, migliorare la disponibilità di posti letto e affrontare la carenza di personale medico specializzato, per raggiungere gli standard previsti dalla normativa nazionale e regionale.

Nel 2023, nell'AST di Ancona sono state implementate azioni e correttivi per la gestione del sovraffollamento nei Pronto Soccorso, seguendo le direttive della DGRM 742/2022 e le ulteriori indicazioni fornite dalla DGRM 1707 del novembre 2023.

Sono stati anche implementati percorsi fast track per diverse specialità mediche in ciascun ospedale, con alcune eccezioni a Senigallia, dove i fast track radiologico-ortopedico e chirurgico saranno avviati nel corso del 2024 persistono tuttavia persistono criticità nelle dimissioni protette verso le RSA, a causa di posti insufficienti, e nella presa in carico dei pazienti da parte dei servizi territoriali.

Infine, a Jesi, sono stati riorganizzati i percorsi interni per migliorare la gestione dei ricoveri urgenti. È stato implementato un protocollo che prevede briefing quotidiani tra i medici del Pronto Soccorso e dei reparti per coordinare i ricoveri, garantendo che vengano effettuati entro le 20:00, con possibilità di ricoveri notturni in caso di necessità. Sono state anche concordate modalità di ricovero presso altri ospedali dell'AST di Ancona in situazioni di criticità. Questi interventi hanno migliorato la comunicazione tra i reparti e la gestione dei posti letto, contribuendo ad un'allocazione più organizzata dei pazienti e raggiungendo gli obiettivi di riorganizzazione delle attività di ricovero.

Gli impatti delle azioni, sono visibili nel trend degli indicatori della DGRM 1634, che seppur non raggiungono il target previsto per i tempi di attesa codici arancioni, azzurro e verde, evidenziano un netto miglioramento rispetto all'anno precedente con valori molto vicini all'obiettivo, come si evince dalla tabella che segue:

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	DENOMINATORE	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
87 S	Efficienza Rete Emergenza -Urgenza	% pazienti codice arancione (2 = urgenza) visitati entro 15 minuti	almeno 10% aggiuntivo della %2022	Anno 2022: 59,7% Obiettivo 65,67%	62,40%	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥ 95 (assegnazione 100% del punteggio)	100,0%	✓
88 S	Efficienza Rete Emergenza -Urgenza	% pazienti codice azzurro (3 = urgenza differibile) visitati entro 60 minuti	almeno 10% aggiuntivo della %2022	Anno 2022: 59,3% Obiettivo 65,67%	62,50%		100,0%	✓
89 S	Efficienza Rete Emergenza -Urgenza	% pazienti codice verde (4 = urgenza minore) visitati entro 120 minuti	≥ 75%	Anno 2022: 72,9%	74,40%		100,0%	✓
90 S	Efficienza Rete Emergenza -Urgenza	% pazienti codice bianco (5 = non urgenza) visitati entro 240 minuti	≥ 75%	Anno 2022: 78,9%	75,10%		100,0%	✓
91 S	Efficienza Rete Emergenza -Urgenza	% abbandoni PS	≤ 2022	Anno 2022: 3,2%	1,60%		100,0%	✓

Gli obiettivi 87 e 88 evidenziano uno scostamento rispetto al target rispettivamente del 4,98% e del 4,1% per cui in applicazione dei range previsti dalla DGRM 176/2024 si possono considerare raggiunti al 100%.

Si sottolinea comunque l'ottimo risultato raggiunto nella riduzione della percentuale di abbandono.

Rete trapianti

Il 2023 ha visto l'avvio da parte del Comitato Regionale Trapianti Marche del programma di donazione e trapianto di organi da donatore a cuore fermo; sono stati segnalati 7 donatori presso l'ospedale di Jesi, di cui 3 donatori utilizzati. Questo inizio è servito da incentivo per il resto della Rete marchigiana, presso l'AOU delle Marche si sono poste le basi per la costituzione dell'equipe multidisciplinare che avrà il compito di attuare tale programma.

Significativo l'apporto in termini di donatori procurati delle strutture dell'AST di Ancona, in particolare di Jesi.

Ottima anche l'attività di procurement delle cornee, che ha registrato un significativo aumento rispetto al 2022, 56 cornee donate nel 2023 contro le 24 cornee donate nel 2022.

Di seguito gli indicatori DGRM 1634/2023 relativi all'area:

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	DENOMINATORE	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
92 S	Trapianti	N° accertamenti morte cerebrale/ n. cerebrolesi deceduti in T.L	> 2022	Anno 2022: 63,2%	68,96% (20/29)	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); > 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); < 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); >=95 (assegnazione 100% del punteggio)	100%	✓
93 S	Trapianti	N° donatori di cornee	> 2022	Anno 2022: 24	56,00		100%	✓
94 S	Trapianti	N° donatori multi-tessuto	> 2022		Nessuno		0%	✗
95 S	Trapianti	N° coppie avviate allo studio per la donazione rene da vivente	> 2022	Anno 2022: 8	4,00		0%	✗
96 S	Trapianti	Costituzione del Comitato aziendale ospedaliero per la donazione di organi e tessuti	invio atto e verbale entro il 31/12/2023		In istruzione, non ancora formalizzato		0%	✗
97 S	Trapianti	Formalizzazione delle Procedure Operative aziendali relative al processo di donazione cornee	invio atto entro il 31/12/2023		In fase di formalizzazione procedura Aziendale congiunta		0%	✗

Nel 2023, così come nel 2022, non sono state effettuate donazioni 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.

Attualmente in AST Ancona è stata formalizzata la procedura operativa per la donazione delle cornee sono presso l'ospedale di Fabriano, mentre a Jesi è stata redatta una bozza che è in corso di sperimentazione. I coordinatori locali trapianti dei tre stabilimenti ospedalieri di AST Ancona, stanno a tutt'oggi lavorando, in collaborazione con la Direzione Medica di Presidio, per uniformare le procedure esistenti e formalizzarne una unica aziendale applicabile in ogni realtà locale ospedaliera.

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

"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 primo PIAO aziendale per il triennio 2023-2025 è stato garantito 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. 203/2023, 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 2024-2026;
- 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.

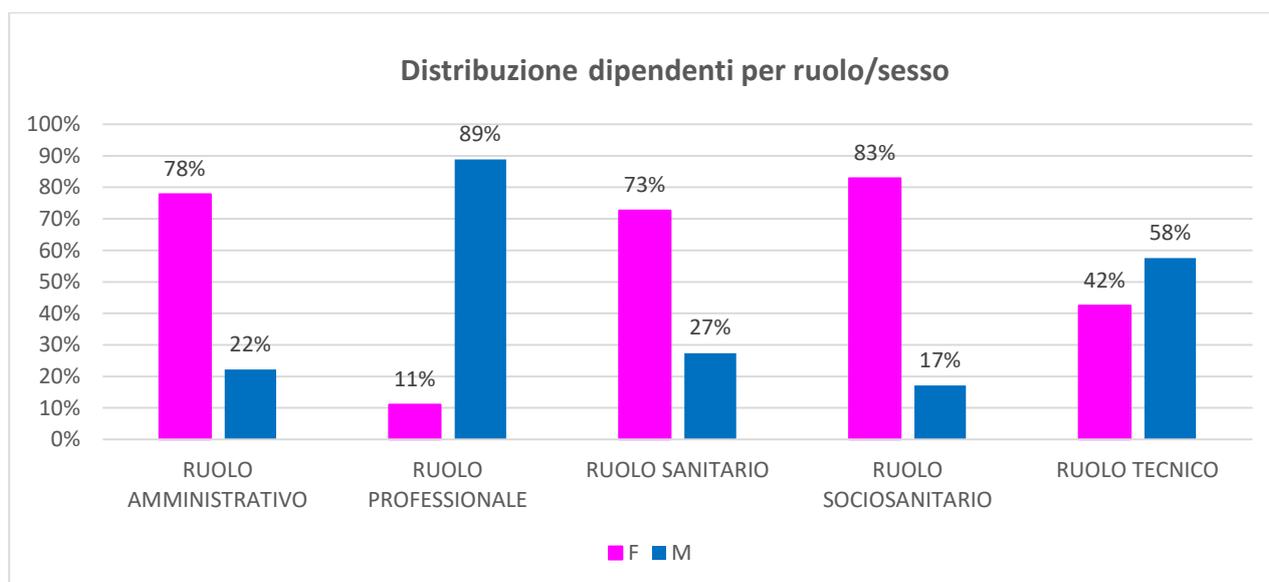
Gli obiettivi di cui sopra sono stati perseguiti e raggiunti nel corso del 2023.

Per il 2023, l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) ha effettuato le attività di cui alla delibera ANAC n. 203/2023.

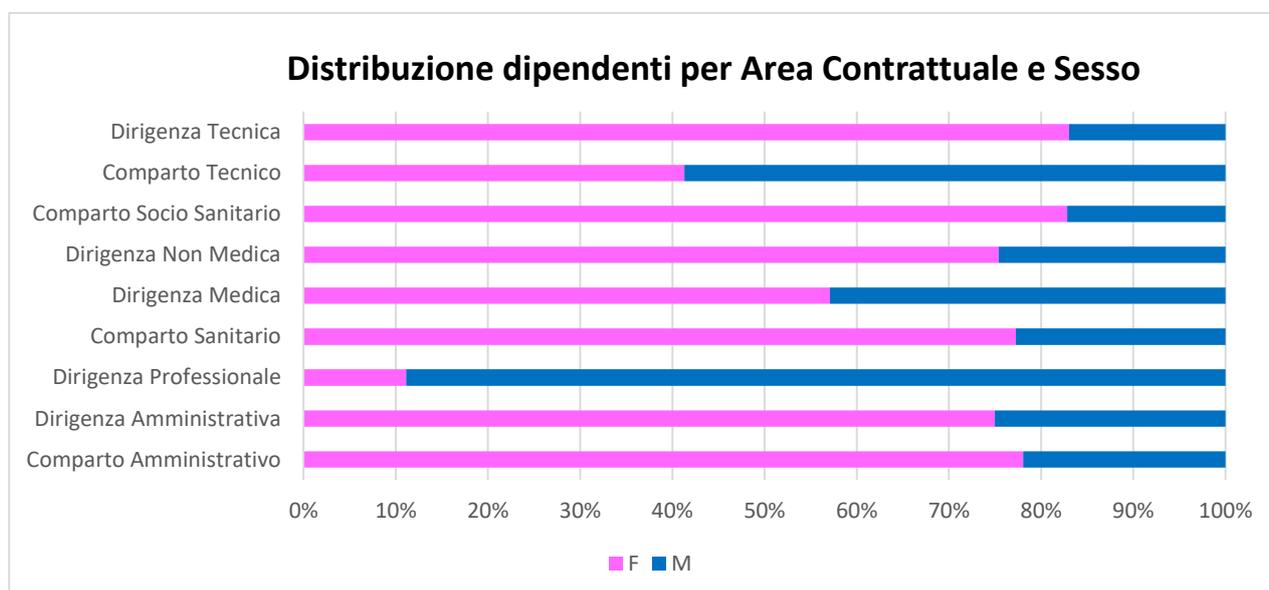
BILANCIO DI GENERE

Nelle seguenti tabelle e grafici si evidenzia la composizione quali quantitativa delle risorse umane al 31.12.2023. Come si evince dai grafici e tabelle che seguono, la dotazione organica del personale dipendente risulta costituita prevalentemente da personale femminile che costituisce circa il 71% del totale.

Di seguito si illustra la distribuzione per sesso/ruolo. Tale analisi evidenzia come la netta preponderanza del sesso femminile nei ruoli Sanitario, SocioSanitario, e Amministrativo, mentre il ruolo tecnico e professionale sono ancora appannaggio del sesso maschile, in particolare il ruolo professionale



L'analisi della distribuzione dei dipendenti per area contrattuale e sesso evidenzia che anche negli incarichi dirigenziali la % ricoperta dalle dipendenti donne è molto più elevata rispetto alla quota maschile, ad eccezione dell'area professionale. Per il comparto l'unico caso in cui la quota azzurra supera il 50% rispetto alla rosa, è nel ruolo tecnico, restando tutte le altre aree in netta maggioranza femminili.



2 – ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO E DELLE RISORSE

ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

Con DGRM 1499 del 21/11/2022 è stata costituita, con decorrenza 01/01/2023 l'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Ancona avente autonoma personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica con sede legale in Ancona.

La programmazione aziendale per l'anno 2023, ha preso avvio con la DGRM n. 1851 del 30 dicembre 2022, con la quale la Regione Marche ha autorizzato gli Enti del Servizio Sanitario Regionale alla Gestione Provvisoria dei rispettivi Bilanci Economici Preventivi anno 2023 per lo svolgimento delle sole attività istituzionali, nelle modalità e nei termini riportati nell'Allegato A di suddetto Delibera.

Con DGRM n. 769 del 30/05/2023 è stato nominato Direttore Generale dell'AST di Ancona.

Con DGRM n. 1634 del 13/11/2023 la Regione Marche definisce e assegna 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 regionali, con la conseguente revisione dei singoli obiettivi assegnati, portando a conclusione il percorso con la definizione delle schede di Budget per ogni singolo Centro di Responsabilità.

Infine la DGR Marche n. 2073 del 29 dicembre 2023, le Aziende del Sistema Sanitario Regionale sono impegnate a predisporre il bilancio preventivo economico annuale entro il 31/12/2023, il cui schema è definito nella richiamata deliberazione, in attuazione della L.R. n. 47 del 19/11/1996 (art.2 comma 3) e della L.R. n. 13 del 20/06/2003.

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

Il Territorio e la Popolazione assistita

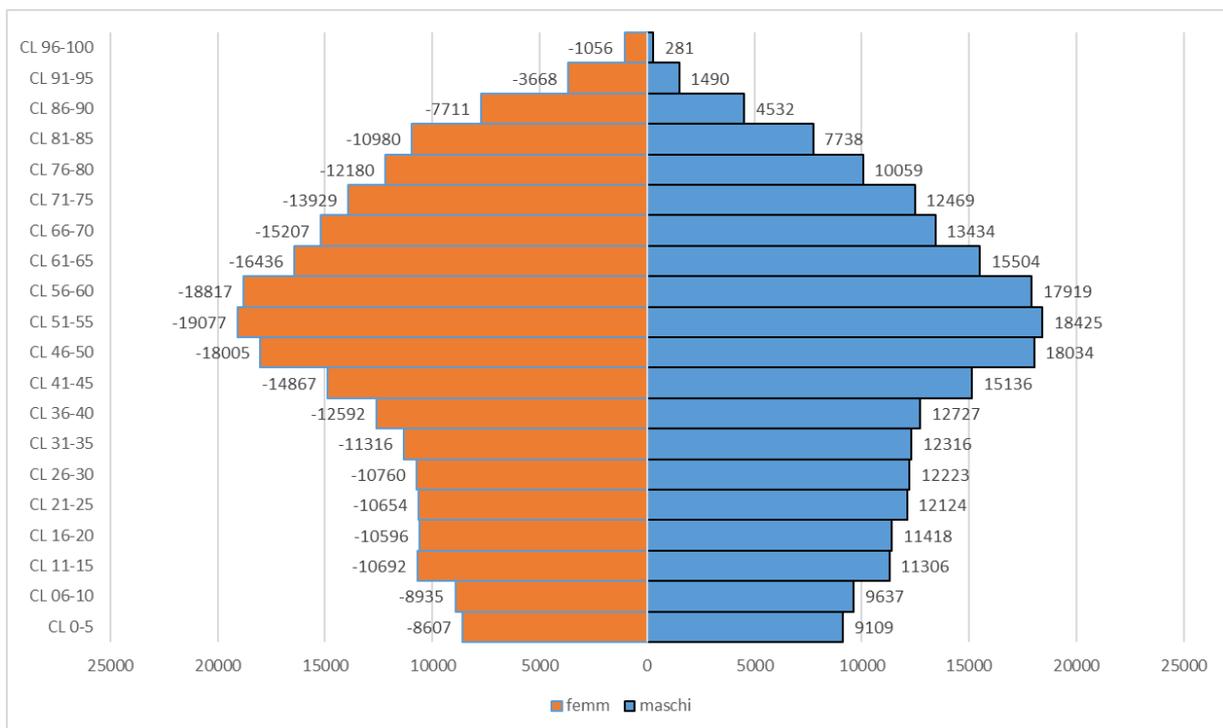
L'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona (AST Ancona) si estende su un territorio di 2.178,22 Km² (23,3% del territorio regionale) con struttura geomorfologica differenziata. La popolazione assistita al 31/12/2023 è pari a 473.823 distribuita in 50 Comuni (di cui 3 afferenti alla provincia di Macerata) e in 4 Distretti, con una densità di 217,46 abitanti per Km². La popolazione per l'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona e classe di età è riportata nella tabella seguente (fonte ISTAT).

Distretto	Neonati	Classe 1 -14	Classe 15 - 44	Classe 45 - 64	Classe 65 - 74	Classe 75+	Popolazione al 31/12/2023
Distretto Senigallia	437	8.099	23.232	23.746	9.540	11.320	76.374
Distretto Jesi	630	11.671	32.505	31.869	12.542	14.261	103.478
Distretto Fabriano	218	4.485	13.049	13.637	5.414	6.472	43.275
Distretto Ancona	1.553	27.978	79.723	77.176	29.760	34.506	250.696
Totale complessivo	2.838	52.233	148.509	146.428	57.256	66.559	473.823

La popolazione residente è in costante riduzione dal 2013: al 31 dicembre 2023 la popolazione scende a 473.688 quasi il 4% abitanti in meno. La presenza femminile è leggermente maggiore di quella maschile (243.440 donne e 230.248 uomini; rapporto uomini/donne 0,95). L'età media della popolazione della provincia di Ancona di 47,3 anni.

Nella provincia di Ancona il numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere alla nascita (definita speranza di vita alla nascita), dal 1992 è aumentato progressivamente (era di 78,8 anni per arrivare a 84,3 anni nel 2019). Negli ultimi due anni però c'è stata una battuta d'arresto per gli effetti della pandemia. Il valore è sceso a 83 anni.

Il grafico di seguito riprodotto, denominato "Piramide delle Età", rappresenta la distribuzione della popolazione in AST Ancona al 31 Dicembre 2023 per classi d'età e per genere. La popolazione della regione è riprodotta per classi quinquennali di età (asse Y) e la sua composizione per genere (asse X). La forma del grafico, caratterizzata da una base piuttosto "stretta", un segmento mediano più allargato ed un vertice "appiattito", risalta il calo delle nascite e l'aumento della popolazione più anziana residente, che si caratterizza per una maggiore presenza di donne ad evidenza della maggiore longevità femminile delle ultra-sessantenni.



Gli stranieri residenti nell'AST Ancona rappresentano l'8,7% della popolazione residente. 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.

I principali indicatori di struttura della popolazione (indice di vecchiaia, indice di dipendenza anziani, indice di dipendenza strutturale, indice di ricambio della popolazione attiva, indice di struttura della popolazione attiva, confermano un progressivo invecchiamento della popolazione: la popolazione con più di 64 anni costituisce il 25,8% della popolazione mentre quella con meno di 15 anni il 12,2%.

Si stima che il 24% delle persone di 65 anni e più vivono da sole, le donne sono circa una su tre (31,6% vs il 13,9% degli uomini).

Organizzazione Aziendale

L'art. 42, comma 9, della L.R. n. 19/2022 ha previsto la soppressione, a decorrere dal 31/12/2022, dell'Asur e la contestuale istituzione dal 1 gennaio 2023 di n. 5 Aziende Sanitarie Territoriali (AST) stabilendo:

“...che subentrano all'ASUR senza soluzione di continuità, secondo le modalità stabilite dalla Giunta regionale ai sensi dei commi 5 e 6. In relazione alla soppressa Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) l'Azienda sanitaria territoriale di Ancona svolge, secondo le modalità stabilite dalla Giunta regionale ai sensi dei commi 5 e 6, 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'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR). Le funzioni di commissario liquidatore sono svolte dal direttore generale dell'Azienda sanitaria territoriale di Ancona, che provvede altresì agli ulteriori adempimenti obbligatori per legge derivanti dalla soppressione dell'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR). Ai fini della gestione liquidatoria viene mantenuta la separazione contabile e la segregazione patrimoniale rispetto alla gestione contabile e patrimoniale dell'Azienda sanitaria territoriale di Ancona istituita con questa legge. La gestione liquidatoria è posta a carico delle risorse del bilancio regionale”.

Inoltre all'art. 42, comma 13, stabilisce che: “Il personale in servizio nella soppressa Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) è trasferito senza soluzione di continuità alle Aziende sanitarie territoriali ... conformemente a quanto previsto dall'*articolo 31 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165* (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche), sulla base dei criteri e delle modalità stabiliti dalla Giunta regionale ai sensi dei commi 5 e 6”.

La Giunta Regionale Marche ha proceduto ad adottare gli atti necessari per dare corpo e forma alla riorganizzazione del SSR nel rispetto della L.R. 19/2022, ed in particolare, dopo aver istituito l'unità di progetto di cui all'art. 42, c. 3 della L.R. 19/2022:

- con DGRM n. 1170 del 19.9.2022 ha approvato le direttive per dare attuazione alle disposizioni di cui all'art. 42, C. 1 e 2 della L.R. 19/2022 volte ad evitare duplicazioni organizzative e funzionali alle strutture amministrative, tecniche e professionali non sanitarie, assicurando l'invarianza dei costi, onde consentire al riorganizzando assetto del SSR di effettuare le più opportune scelte organizzative e funzionali atte alla piena integrazione dei servizi sul territorio;

- con DGRM n. 1385 del 28.10.2022 ha approvato gli indirizzi per la costituzione delle Aziende Sanitarie Territoriali, stabilendo al punto 4.1 dell'allegato “A” che il personale assegnato alla Direzione Generale ASUR è integralmente assegnato all'AST di Ancona e, per lo svolgimento di funzioni interaziendali e di coordinamento, opererà in raccordo con l'ARS, attraverso specifici protocolli di intesa; al punto 6.5 dello stesso allegato “A” la Giunta regionale precisa che ..”nel caso dell'AST di Ancona per assetto previgente si intende quello dell'Area Vasta 2, prevedendo separatamente un'organizzazione dedicata per le funzioni di cui all'art. 42, c. 9 (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'Azienda sanitaria unica regionale), che sarà definito con successivo atto di Giunta” ed inoltre, precisa che: “la AST di Ancona mantiene provvisoriamente l'organizzazione dell'Area Vasta 2 integrata dell'organizzazione della soppressa Direzione Generale ASUR, fino alla determinazione delle linee guida per gli atti aziendali e relativa applicazione, con la previsione di protocolli di intesa con ARS”;

- con DGRM n. 1499 del 21.11.2022 e DGRM n. 1561 del 28.11.2022 ha demandato, tra l'altro, al Direttore del Dipartimento Salute di Regione Marche, l'adozione di un Decreto di assegnazione del personale e del patrimonio all'AST di Ancona;

- con DGRM n. 1718 del 19.12.2022 la stessa Giunta Regionale ha provveduto agli adempimenti funzionali previsti dagli art. 42 e 43 della L.R.8 agosto 2022, n. 19 (Organizzazione del servizio sanitario regionale) e DGRM 1385/2022” prevedendo:

- che “I rapporti di lavoro del personale in corso al 31/12/2022 presso Area Vasta 2 continuano con la AST di Ancona ed il personale conserva tutti i diritti acquisiti”.
- che “I rapporti di lavoro del personale assegnato alle UO di Ingegneria Clinica e Ufficio Legale presso la Direzione Generale ASUR in corso al 31/12/2022 continuano con le AST comprendenti le sedi di lavoro presso cui lo stesso personale opera al 31/12/2022”;
- che “I rapporti di lavoro del personale in corso al 31/12/2022 presso la Direzione Generale ASUR, non assegnato alle UO di cui al punto 2.8, continuano con la AST di Ancona ed il personale conserva tutti i diritti acquisiti;
- che “Dovranno essere attivate apposite convenzioni fra le AST e ARS relative al personale dedicato alle funzioni previste dall’art. 43 della Legge Regionale n. 19/2022 e alle funzioni di cui alla Legge Regionale n. 26/1996;
- che “dovranno, inoltre, essere temporaneamente attivate apposite convenzioni tra le AST per garantire la continuità delle funzioni trasversali dell’Area Tecnico Logistica Amministrativa e delle altre aree laddove necessario, tra le quali si evidenzia il coordinamento dei Dirigenti delle professioni sanitarie dell’Area Tecnica – dell’Area della Riabilitazione – dell’Area della Prevenzione dell’ASUR, ai sensi della legge n. 251/2000”;
- che “Nelle more dell’adozione dell’atto aziendale e dei regolamenti di organizzazione della AST di Ancona, la dotazione organica di quest’ultima, è determinata dalla sommatoria dei sezionali dell’Area Vasta 2 e della Direzione Generale della dotazione organica ASUR approvata nel Piano di fabbisogno triennale ASUR vigente, decrementata dei posti di cui al punto 2.8” Allegato “A”, paragrafo 3.2. ;
- che “Nelle more dell’adozione dell’atto aziendale e dei regolamenti di organizzazione delle AST, resta invariato l’assetto degli incarichi del comparto e della dirigenza secondo gli atti di organizzazione vigenti e nel rispetto dei limiti relativi all’applicazione degli standard del comitato LEA. Ciò fermo restando l’esigenza di evitare duplicazioni organizzative e funzionali relativamente alle strutture amministrative, tecniche e professionali non sanitarie preposte all’esercizio delle funzioni aziendali”;
- che “Le Aree Dipartimentali dell’ASUR esistenti al 31.12.2022, coinvolgendo più aree vaste, vengono mantenute nelle more dell’adozione degli atti aziendali delle AST. I Direttori delle predette Aree Dipartimentali conservano la struttura e l’incarico per lo svolgimento delle funzioni

L’organizzazione dell’Area Amministrativa Tecnico Logistica (ATL) è, fino alla conclusione del processo di riforma che avverrà con l’adozione dell’Atto Aziendale, esplicitata nell’Allegato A della Determina DG AST Ancona n. 1273/2023 denominato “Quadro aggregativo delle strutture organizzative PTA AST Ancona”.

L’organizzazione dell’Area Sanitaria dell’AST Ancona è attualmente regolamentata dalla Determina ASUR n. 361/DG del 23/06/2017, così come modificata con Determina ASUR n. 486/DG del 28/07/2017.

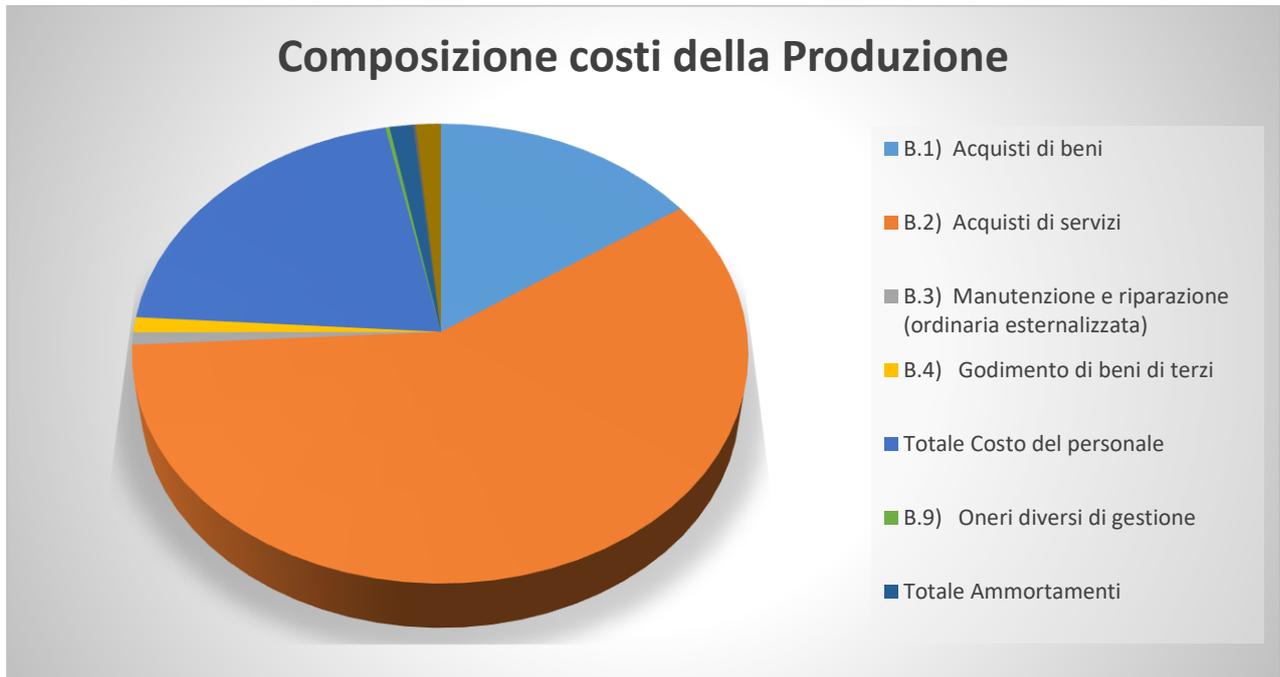
RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE

L'Azienda, che gestisce un Bilancio complessivo di circa 1.083 milioni di Euro e chiude il bilancio 2023 registrando il pareggio di bilancio.

Di seguito si evidenzia il Conto Economico Consuntivo 2023 a confronto con il Bilancio di Previsione.

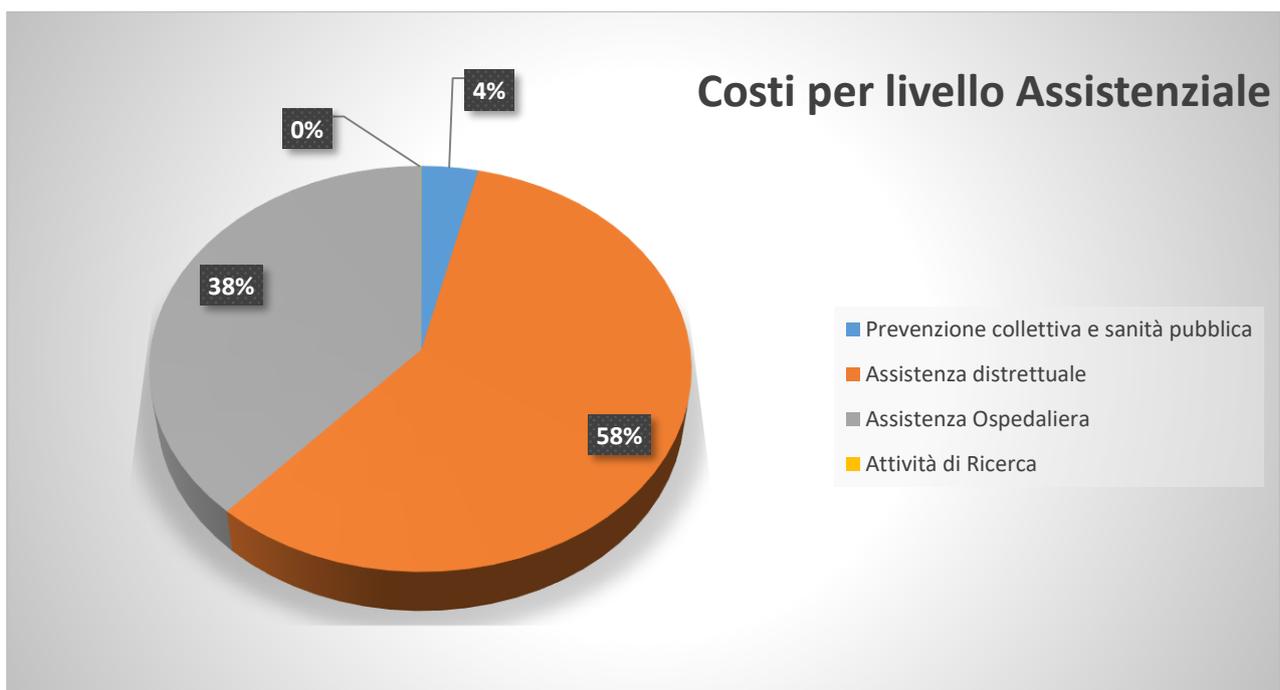
CODICE	DESCRIZIONE	BILANCIO DI PREVISIONE 2023	BILANCIO 2023 CE_NSIS
	A) Valore della produzione		
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	994.650.099	992.606.917
AA0020	A.1.A) Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale	988.393.404	981.611.449
AA0050	A.1.B) Contributi c/esercizio (extra fondo)	6.245.245	10.983.969
AA0180	A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca	-	-
AA0230	A.1.D) Contributi c/esercizio da privati	11.450	11.500
AA0330	A.4.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici	41.093.654	29.500.260
AA0610	A.4.B) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	-	9.039.781
AA0660	A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati	1.628.719	1.475.032
AA0670	A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia	7.026.363	6.961.493
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	12.534.097	14.448.417
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	7.815.167	7.895.967
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	11.497.067	14.353.564
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	919.182	947.240
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	1.080.272.207	1.083.219.104
	B) Costi della produzione		
BA0010	B.1) Acquisti di beni	159.437.368	164.220.425
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	636.092.830	629.045.274
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	9.416.214	9.269.277
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	11.074.603	11.399.930
<u>BA2080</u>	<u>Totale Costo del personale</u>	<u>224.236.546</u>	<u>222.634.275</u>
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	2.449.825	2.505.846
<u>BA2560</u>	<u>Totale Ammortamenti</u>	<u>13.981.665</u>	<u>14.451.497</u>
BA2630	B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	75.000
BA2660	B.13) Variazione delle rimanenze	-	1.643.994
BA2690	B.14) Accantonamenti dell'esercizio	7.068.696	15.314.778
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	1.063.757.746	1.070.560.295
	C) Proventi e oneri finanziari		
CA0110	C.3) Interessi passivi	44.592	
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	- 44.592	
	D) Rettifiche di valore di attività finanziarie		
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-	
	E) Proventi e oneri straordinari		
EA0010	E.1) Proventi straordinari	-	3.970.055
EA0260	E.2) Oneri straordinari	-	215.569
<u>EA0270</u>	<u>E.2.A) Minusvalenze</u>	-	<u>215.569</u>
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	-	3.754.486
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	16.469.869	16.413.294
YA0010	Y.1) IRAP	16.210.974	16.120.269
YA0060	Y.2) IRES	258.895	293.025
YA0090	Y.3) Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)	-	-
YZ9999	Totale imposte e tasse (Y)	16.469.869	16.413.294
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	- 0	0

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



Il grafico seguente mostra la ripartizione dei costi aziendali nei tre livelli di assistenza: in particolare, fatto 100 il totale dei costi dell'anno 2023, si evidenzia come alla prevenzione venga destinato il 3,7% (corrispondente a 39,86 milioni di euro), al Territorio il 57,8% (corrispondente a 628 milioni di euro) ed infine, al livello Ospedaliero il 38,3% dei costi sostenuti (pari a 416 milioni di euro). Alla Ricerca viene destinato lo 0,3% delle risorse complessive.

Il 2023 costituisce l'anno 0, rispetto al quale verranno valutati gli andamenti futuri, non avendo un dato storico di riferimento disaggregato per AST.



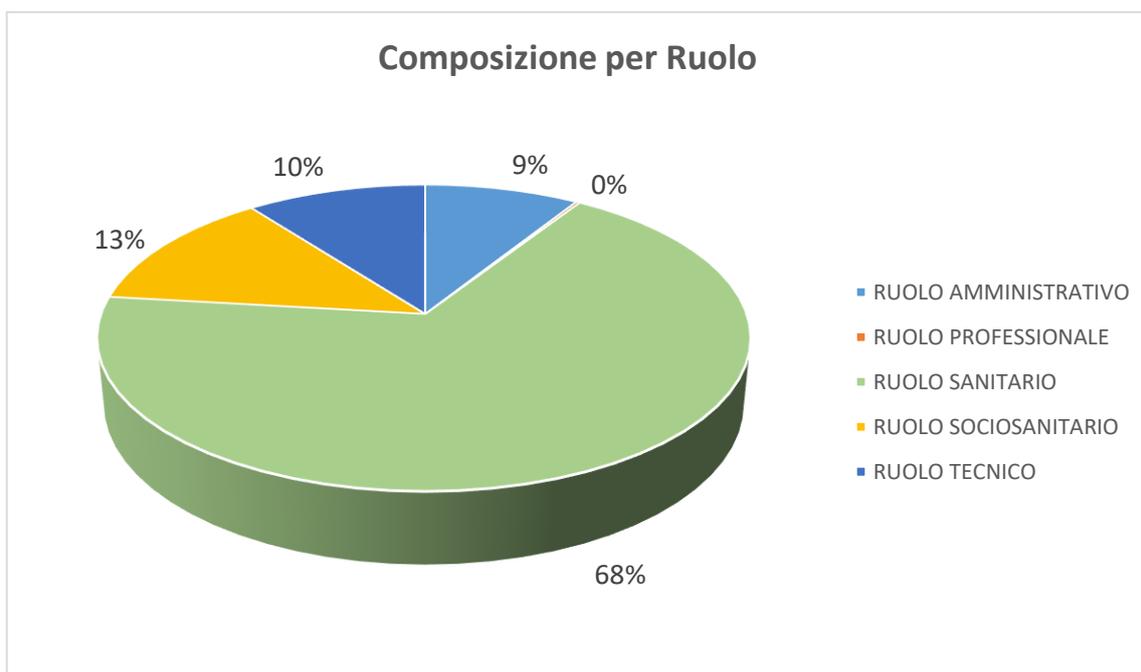
RISORSE PROFESSIONALI

Dal punto di vista del numero complessivo di risorse umane, la dinamica AST per l'anno 2023 registra un incremento complessivo di personale dipendente presente al 31/12/2023 rispetto all'1/1/2023 di 36 teste, il numero complessivo di teste è passato da 4.230 a 4.266.

In riferimento alle Unità equivalenti si evidenzia un incremento di 14 Unità rispetto al 1 gennaio, passando da 4.119 a 4.133.

Ruolo	Qualifica	UE AL 01/01/2023	UE AL 31/12/2023	TESTE AL 01/01/2023	TESTE AL 31/12/2023
Sanitario	dirigenza medica	627	632	639	643
	dirigenza non m.	106	114	109	119
	comparto san	2.038	2.057	2094	2117
	comparto socio san	518	531	531	550
Professionale	dirigenza prof	7	9	8	9
Tecnico	dirigenza tec	13	12	13	12
	comparto tec	427	414	436	429
Amministrativo	dirigenza amm	28	24	31	29
	comparto amm	356	341	369	358
Totale		4.119	4.133	4.230	4.266

Di seguito la distribuzione di personale per Area Vasta e per ruolo.



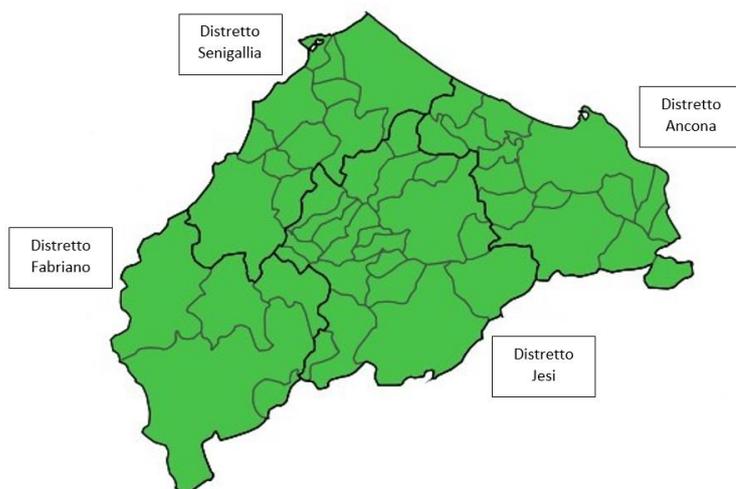
Il numero dei MMG in convenzione presso l'AST di Ancona al 01/01/2023 risultava pari a 297 unità (Fonte: Modello FLS12), per un'assistenza di una popolazione assistita pari a 407.881 unità (Fonte: Modello FLS11); al 01/01/2024 risultano 308 unità.

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.



L'Azienda opera mediante 107 strutture territoriali a gestione diretta e 134 strutture territoriali convenzionate (Fonte STS 11).

Di seguito si evidenziano i posti letto delle strutture residenziali e semiresidenziali distinti tra posti letto a gestione diretta e posti letto accreditati e per tipologia di intervento.

Posti letto in strutture territoriali a gestione diretta

Regime	Intervento	Sede Distretto				Totale AST ANCONA
		Distretto 4	Distretto 5	Distretto 6	Distretto 7	
Strutture Residenziali	CADM - Comunità Alloggio per persone con disturbi mentali				3	3
	CH - Country Hospital	5			8	13
	CI - Cure Intermedie		10	20	30	60
	CRCP - Hospice			8	20	28
	RS2 - RSA per Anziani non autosufficienti	60	40	20	60	180
	SRP2 - Strutture Riabilitative Residenziali (SRR)	9	10		22	41
	SRP3 - Comunità Protetta (CP)				20	20
	SRP4 - Gruppo Appartamento		5			5
STD - Strutture di riabilitazione per tossicodipendenti				8	8	
Strutture Residenziali Totale		74	65	48	171	358
Strutture Semiresidenziali	CD - Centro Diurno psichiatrico	15		18	32	65
	CDT - Centro diurno per Tossicodipendenti				12	12
	PRF6 - Centro diurno per Disabili psico-fisico-sensoriali				20	20
Strutture Semiresidenziali Totale		15		18	64	97
Totale complessivo		89	65	66	235	455

Posti letto in strutture accreditate

Regime	Intervento	Sede Distretto				Totale AST ANCONA
		Distretto 4	Distretto 5	Distretto 6	Distretto 7	
Strutture Residenziali	AS - Alloggi Sociali per Adulti In Difficoltà	16	20		15	51
	CA - Casa Albergo	42			6	48
	CAA - Comunità Alloggio per Anziani		6		6	12
	CAD - Comunità Alloggio per Disabili	10				10
	CADED - Centro di Accoglienza per ex-detenuti				4	4
	CADM - Comunità Alloggio per persone con disturbi mentali		12		4	16
	CADVV - Casa Accoglienza per Donne, anche con figli, vittime di violenza o sfruttamento sessuale			10	33	43
	CAGM - Comunità Alloggio per gestanti o madri anche con figli a carico	36	17		2	55
	CEM - Comunità Educativa	34	28		79	141
	CF - Casa Famiglia		12			12
	CFA - Comunità Familiare per Adulti		8			8
	CFM - Comunità Familiare per Minori	9		4	4	17
	CI - Cure Intermedie	3			-	3
	COSER/RD3 - COSER - Comunità Socio Educativo Riabilitativa		19	24	96	139
	CPAA - Centro di Pronta Accoglienza per Adulti	20	16	10	67	113
	CPAM - Comunità di Pronta Accoglienza per Minori				10	10
	CR - Casa di Riposo	198	193	65	139	595
	CR - Casa di Riposo per Anziani autosufficienti			24		24
	PRF1 - Residenze Sanitarie Riabilitazione (RSR) intensiva				50	50
	PRF2 - Residenze Sanitarie Riabilitazione (RSR) estensiva -RD1.2				45	45
	PRF3 - Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) disabili	-			20	20
	PRF4 - Unità speciali residenziali				40	40
	R1 - Cure intermedie				-	-
	R2 - Residenza Sanitaria Assistenziale per persone non autosufficienti				88	88
	R3 - Residenza Protetta per Anziani non autosufficienti		-		23	23
	R3.1 - RPDEM - Residenza Protetta Demenze	55	29		174	258
	R3.2 - RPA - Residenza Protetta per Anziani	487	542	173	987	2.189
	R3D - Residenza Protetta per persone con demenze			-		-
	RC - Residenze collettive o case alloggio per malati AIDS				10	10
	RD1USR - Unità Speciale Residenziale				63	63
	RD2 - Residenza Sanitaria Riabilitativa estensiva per Disabili				19	19
	RD3 - Residenza Socio-Sanitaria Assistenziale per Disabili			16		16
	RD4 - Gruppo appartamento per la Disabilità			-		-
	RPD/RD3 - RPD - Residenza Protetta per Disabili	13			24	37
	RS2 - RSA per Anziani non autosufficienti	17	19		166	202
	RS3 - RSA demenze	20				20
	SRP1 - Strutture residenziali terapeutiche (SRT)	10	20			30
	SRP1DCA - Struttura Residenziale Terapeutica per i Disturbi del Comportamento Alcoolici		20			20
	SRP2 - Struttura Riabilitativa Residenziale per la Salute mentale	-				-
	SRP2 - Strutture Riabilitative Residenziali (SRR)	-	20		21	41
SRP3 - Comunità Protetta (CP)	36	23	20	77	156	
SRP3 - Comunità Protetta per la Salute mentale		15			15	
STD - Strutture di riabilitazione per tossicodipendenti	25	52	17	21	115	
Strutture Residenziali Totale	1.031	1.071	363	2.293	4.758	
Strutture Semiresidenziali	CD - Centro Diurno psichiatrico				6	6
	CDD - Centro diurno demenze	20			50	70
	CDT - Centro diurno per Tossicodipendenti	12	6		9	27
	CSESR/SRDis2 - CSESR - Centro Diurno Socio Educativo Riabilitativo	70	78	64	177	389
	PRF6 - Centro diurno per Disabili psico-fisico-sensoriali				75	75
	SEM - Comunità semiresidenziale socioeducativa per Minorenni				-	-
	SR - CDA - Centro Diurno per Anziani		22	32	85	139
	SR - Centro Diurno per Anziani non autosufficienti				24	24
	SRD - Centro Diurno per persone con demenze		20		15	35
	SRDis1 - Centro Diurno Riabilitativo per Disabili	13		8		21
Strutture Semiresidenziali Totale	115	126	104	441	786	
Totale complessivo	1.146	1.197	467	2.734	5.544	

Relativamente alla medicina di base, l'Azienda opera mediante 297 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 411.016 unità, e 49 pediatri di libera scelta, che assistono 42.333 assistiti (Fonte: Modello FLS 12, Anno 2023).

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 2023) – Compreso Nido

Stabilimento	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto DS
Senigallia	243	21	9
Senigallia - Covid	1	0	0
Jesi	277	19	16
Jesi - Covid	33	0	0
Fabriano	132	12	15
Fabriano - Covid	1	0	0
Cingoli	30	0	0
Totale complessivo	717	52	40

Posti letto accreditati strutture private (HSP 13 – Anno 2023)

Denominazione struttura	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DS
Casa di Cura Villa Silvia	32	0
Cdc Marche - Rete Impresa AST 2	129	15
Kos Care SRL - Clinica Villa Jolanda	15	0
Totale	176	15

Con riferimento all'assistenza ospedaliera, l'AST nel 2023 ha erogato complessivamente 34.601 ricoveri (comprensivi anche della quota di produzione dei privati accreditati), di cui 82% da strutture pubbliche, e il 18% dalle strutture private accreditate.

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 1634 del 13 Novembre 2023 "D. Lgs. 171/2016 e L. R. 19/2022 - Definizione degli obiettivi degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2023 e approvazione dei criteri relativi alla procedura di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2023" sono stati attribuiti alle Aziende gli obiettivi economici e sanitari per l'anno 2023, 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 e i cambiamenti avvenuti in corso di anno dei vertici aziendali a seguito della nomina del Commissario Straordinario e successivamente del Direttore Generale.

Con DGRM 176 del 19/02/2024 avente ad oggetto: "DGR n. 1634 del 13.11.2023 "D. Lgs. 171/2016 e L. R. 19/2022 - Definizione degli obiettivi degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2023 e approvazione dei criteri relativi alla procedura di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2023" - Rettifica errori materiali e precisazioni" vengono apportate alcune modifiche e corretti alcuni errori materiali, lasciando invariati i criteri di valutazione di cui alla DGR 1634 che prevede l'applicazione di specifici range in caso di non raggiungimento del target assegnato.

Si riportano di seguito gli obiettivi 2023 assegnati a questa Azienda, i risultati rilevati e il raggiungimento degli stessi applicando i criteri di cui alle DGRM 1634 e 176.

OBIETTIVI ECONOMICI

Pre-requisiti

OBIETTIVI	INDICATORE	TARGET AST ANCONA	RISULTATO RAGGIUNTO	% Raggiungimento
P.1 - Equilibrio di bilancio		SI	Determina 361/2024 Risultato= 0	✓
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	Obiettivo det 988/2022 € 186.458.462 Bilancio 2023 in regione per € 182.291.431	✓
P.3 - Tempi di pagamento	Indicatore di tempestività dei pagamenti	<=0	-24	✓

Si evidenzia il raggiungimento di tutti e tre i pre-requisiti economici.

Gestione dei Costi e dei Debiti

N. DGRM 1634 - 176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
1E	Rispetto del budget dei costi	ASLUR, AAOO e INRCA: 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 2023, rispetto al budget dei costi al netto degli scambi infragruppo e delle entrate proprie assegnato con DGR 1851/2022 e s.m.i.	≤ 0	2%	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥ 95 (assegnazione 100% del punteggio)	100,00%	✓

Rispetto del budget dei costi

L'obiettivo economico generale assegnato alle Direzioni è determinato dal raggiungimento dell'equilibrio di Bilancio nonché dal perseguimento degli obiettivi economico-finanziari assegnati con DGRM 1634/2023 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.

La programmazione economico-finanziaria della Regione, citata all'art. 25 c. 1 del D.Lgs. 118/2011, è definita per l'anno 2023 con DGRM n. 2073 del 28/12/2023, avente ad oggetto "L.R. N. 19DEL 18/08/2022 – Disposizioni agli Enti del SSR per la redazione del Bilancio Preventivo Economico 2023 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2023-2025". In particolare, la Delibera citata individua all'Allegato A le risorse assegnate in via definitiva agli Enti del SSR.

Per quanto riguarda le risorse assegnate, il Budget dell'AST di Ancona prevede un'assegnazione di costi pari a 822.154.275 euro (al netto degli scambi infragruppo), comprensivi di contributi in conto capitale pari a 5.932.335 euro per gli investimenti ed una mobilità passiva extraregionale pari a 35.506.324 euro. La stessa Delibera assegna, infine, all'AST un livello di entrate proprie minimo da garantire pari a 19.000.000 euro.

In coerenza con tale assegnazione è stato adottato il Bilancio preventivo economico annuale 2023, di cui alla Determina n 1901 del 29/12/2023 e successiva Determina 15 del 09/01/2024.

Il prospetto seguente propone il confronto tra il quadro economico previsionale e la situazione economica di chiusura dell'esercizio 2023, sulla base dello schema di riferimento Regionale con cui sono stati assegnati i Budget agli Enti del SSR per l'anno 2023. Sulla base di tale schema, il Bilancio consuntivo 2023 evidenzia un totale dei costi (lettera i) pari a 845.973.145 euro contro una previsione di 823.402.293 euro, registrando un delta di 22.570.852, che scende a 15.245.208 viste le maggiori entrate proprie pari a 7.325.644 euro.

AST ANCONA		BILANCIO DI PREVISIONE 2023	BILANCIO DI ESERCIZIO 2023	Scostamento Consuntivo / Bilancio di Previsione
a1.3	FSR indistinto agli Enti del SSR di cui:	747.248.541	757.053.303	9.804.762
a1.3.1.a	da destinare alla spesa corrente	616.196.126	627.924.535	11.728.409
a1.3.1.b	da destinare al F.do di riequilibrio	100.742.865	98.807.099	- 1.935.766
a1.3.2	da destinare a spesa corrente con vincolo di destinazione regionale	27.343.383	30.321.669	2.978.286
a1.3.3	da destinare agli investimenti ai sensi del D.Lgvo 118/2011	2.966.168	-	- 2.966.168
-				
b	Mobilità attiva extraregionale di cui:	16.007.061	14.766.486	- 1.240.575
b1	Mobilità attiva extraregionale	16.007.061	14.766.486	- 1.240.575
-				
c1.2 e d1	FSR vincolato di cui:	17.687.797	19.442.699	1.754.902
-				
e	Ulteriori trasferimenti agli Enti del SSR di cui:	22.210.875	27.136.994	4.926.119
e1	Risorse regionali aggiuntive	12.582.781	17.047.079	4.464.298
e2+e3	Pay Back	9.628.094	10.089.915	461.821
-				
f=(a1.3+b+c .1.2+d.1+e)	TOTALE TRASFERIMENTI DA REGIONE AGLI ENTI DEL SSR	803.154.275	818.399.483	15.245.208
-				
g	ENTRATE PROPRIE DEGLI ENTI DEL SSR DI CUI:	20.248.018	27.573.662	7.325.644
g1	Ricavi propri	19.748.018	22.462.578	2.714.560
g2	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione	500.000	1.141.029	641.029
g3	Ricavi straordinari	-	3.970.055	3.970.055
-				
h=f+g	TOTALE RISORSE DISPONIBILI PER GLI ENTI DEL SSR	823.402.293	845.973.145	22.570.852
-				
i	TOTALE COSTI	823.402.293	845.973.145	22.570.852
-				
i1	Gestionali (al netto della mobilità passiva extraregionale)	784.166.292	807.344.935	23.178.643
i2	Mobilità passiva extraregionale	35.506.324	35.662.042	155.718
i4	Investimenti finanziati con contributi c/esercizio ai sensi del D.Lgvo 118/2011 (rif. voce a4.1)	3.729.677	2.966.168	- 763.509
j = (h-i)	Avanzo/disavanzo programmato	- 0	-	0,00

Tale scostamento tra il consuntivo e il bilancio di previsione è pari al 2%, quindi inferiore al limite del 5% previsto dalla DGRM 176/2024 per il riconoscimento della valutazione piena del 100% dell'obiettivo economico assegnato. Peraltro, si precisa che a consuntivo sono stati registrati gli impatti delle seguenti DGRM non previste nel Bilancio preventivo 2023:

- Accantonamenti ex DGRM 1914 DEL 12/12/2023 – MMG per € 2.827.937;
- Accantonamenti ex DGRM 211/2024 – PLS per € 417.061;
- INAIL MMG (applicazione art 1 comma 526 L 145/2018) per € 554.481;
- Incremento CCNL Dirigenza area sanità del 23/01/2024– art. 75 comma 1 e comma 3 per € 147.210; (Art 1 commi 435 e 435 bis Legge 205/2017);
- Incremento CCNL Comparto - art 103 comma 7 quantificato per € 320.467;
- Incremento CCNL Comparto - art 103 comma 8 quantificato per € 491.148.

AST ANCONA	BILANCIO DI PREVISIONE 2023	BILANCIO DI ESERCIZIO 2023	Scostamento Consuntivo /Bilancio di Previsione	
TOTALE COSTI	823.402.293	845.973.145	22.570.852	
ENTRATE PROPRIE DEGLI ENTI DEL SSR	- 20.248.018	- 27.573.662	- 7.325.644	
TOTALE RISORSE A DISPOSIZIONE	843.650.311	873.546.807	15.245.208	2%
di cui:				
Accantonamenti ex DGRM 1914 DEL 12/12/2023 - MMG		2.827.937		
Accantonamenti ex DGRM 211/2024 - PLS		417.061		
INAIL Medici di Assistenza Primaria (applicazione art 1 comma 526 L 145/2018)		554.481		
Incremento CCNL Comparto - art 103 comma 7 e 8		811.615		
Incremento CCNL Dirigenza - Indennità di disagio Pronto Soccorso art 75 c. 2		147.210		
Totale costi non assegnati con DGRM2073		4.758.304		
TOTALE AL NETTO COSTI NON ASSEGNATI CON DGRM 2073 E NON COMPRESI NEL BILANCIO DI PREVISIONE	838.892.007	868.788.503	10.486.904	1%

Peraltro, al netto di tali motivazioni, lo scostamento registrato rispetto al Bilancio preventivo 2023 è pari all'1%.

Gestione dei Costi e dei Debiti

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
3 E	Respetto del budget dei costi	Assicurare nell'ambito del bilancio di esercizio 2023 una specifica voce di spesa dedicata all'attività di raccolta sangue coordinata dal Direttore del Dirm per il raggiungimento a livello regionale dell'autosufficienza del sangue		Centro di costo	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥ 95 (assegnazione 100% del punteggio)	100,00%	✓

Non essendo possibile creare un sotto conto specifico nel piano dei conti regionale, in quanto modificabile solo a livello regionale, le attività vengono monitorate per il tramite dei centri di costo della Medicina Trasfusionale.

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
4 E	Respetto dei tempi di pagamento	% valore fatture pagate oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014	<5% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contenzioso)	12,00%	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥ 95 (assegnazione 100% del punteggio)	0,00%	✗

Per quanto riguarda l'obiettivo di riduzione delle fatture pagate oltre i tempi previsti dal DPCM 22/09/2014, si registra una percentuale del 12% contro un target del 5%. Il mancato rispetto del target è riconducibile ad una carenza di cassa manifestatasi dal mese di novembre 2023, che si è protratta nei mesi successivi dell'anno 2024, che ha rallentato di fatto i pagamenti di fatture liquidate non prossime alla scadenza. E' inoltre riconducibile al ritardo nella liquidazione di alcuni uffici liquidatori e/o alla non corretta gestione da parte dell'ufficio liquidatore del "motivi di blocco".

Si evidenzia, comunque, un miglioramento del valore raggiunto nell'anno 2023 rispetto al valore del precedente anno 2022 (15,70% valore raggiunto nell'anno 2022).

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
5 E	Rispetto art. 15 c. 14, D.L. 95/2012, convertito dalla L. 135/2012	Variazione annuale totale costi per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali da strutture private accreditate regionali * Sono escluse le singole strutture: - rientranti negli accordi quadro regionali dell'annualità 2022 e 2023; - con costi per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali dell'annualità 2023 - ai medesimi costi sostenuti nell'annualità 2011; - 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 dell'art. 4, c. 9-otties della L. 14/2023, di conversione del DL 196/2022, nei limiti dei finanziamenti previsti dalla DGR 1243/2023.	<=0	Il totale dei costi di acquisto di prestazioni specialistiche ambulatoriali da strutture private accreditate regionali, che non rientrano negli accordi quadro regionali annualità 2022-2023, rendicontati nel bilancio di esercizio 2023 risulta inferiore al totale costi allo stesso titolo rendicontati nel bilancio di esercizio 2022, come riscontrabile dall'allegato "Privati" ai rispettivi bilanci.	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥ 95 (assegnazione 100% del punteggio)	100,00%	✓

Il totale dei costi di acquisto di prestazioni specialistiche ambulatoriali da strutture private accreditate regionali, che non rientrano negli accordi quadro regionali annualità 2022-2023, rendicontati nel bilancio di esercizio 2023 risulta inferiore al totale costi allo stesso titolo rendicontati nel bilancio di esercizio 2022, come riscontrabile dall'allegato "Privati" ai rispettivi bilanci.

Attività relative all'implementazione della legge di organizzazione del SSR

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
6 E	Avvio delle Aziende Sanitarie Territoriali (AST) dal 01.01.2023	Adozione di tutti gli atti di specifica competenza per la piena funzionalità delle AST	entro il 31.12.2023	Determina 427 del 23/03/2023 - COLLEGIO SINDACALE - PRESA ATTO DESIGNAZIONI E COMPOSIZIONE Determina 1033 del 10/07/2023 - PRESA D'ATTO VERBALE COMMISSIONE ON - RETTIFICA DETERMINA N. 1018/AST_AN DEL 7.7.2023 - NOMINA ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE (IOV) Determina 1174 del 02/08/2023 - NOMINA DIRETTORE SANITARIO AST ANCONA MARCHE Determina 1343 del 13/09/2023 - NOMINA DIRETTORE AMMINISTRATIVO AST ANCONA MARCHE		100,00%	✓

Tutti gli atti di specifica competenza per la piena funzionalità delle AST, individuati sono stati adottati nei termini previsti.

Farmaceutica e Dispositivi Medici

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
7 E	Spesa farmaceutica per acquisti diretti	Variazione incrementale massima della spesa farmaceutica acquisti diretti del 4% rispetto alla spesa del 2022. Sono inclusi i farmaci innovativi. Sono esclusi i gas medicali ed i vaccini (Fonte ARS: flussi H e F).	≤ + 4%	3,68%	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥ 95 (assegnazione 100% del punteggio)	100,00%	✔

Per quanto riguarda l'obiettivo di contenimento della spesa farmaceutica per acquisti diretti rispetto ad un +4% rispetto agli acquisti 2022, si evidenzia un risultato percentuale del +3.68% rispetto al target, ottenendo una percentuale di raggiungimento del 100% in applicazione del range previsto dalla DGRM 176/24 (raggiungimento del 96,3% compreso tra 95% e 100% determina il riconoscimento del 100%).

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
8 E	Spesa farmaceutica convenzionata netta	Assegnazione del tetto della spesa della farmaceutica convenzionata per ciascuna AST calcolato sulla base dei dati rilevati dalle Distinte contabili repletive mensili (DCR) del 2022	66.300.000	67.876.316	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥ 95 (assegnazione 100% del punteggio)	100,00%	✔

Per quanto riguarda l'obiettivo garantire il rispetto del tetto di spesa assegnato per la spesa farmaceutica esterna, si evidenzia uno scostamento del tetto del + 2,38% ottenendo una percentuale di raggiungimento del 100% in applicazione del range previsto dalla DGRM 176/2024 (raggiungimento del 97,7% compreso tra 95% e 100% determina il riconoscimento del 100%).

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
9 E	Riduzione consumo antibiotici per pazienti residenti, in distribuzione diretta, per cont e convenzionata (Per ASUR: ATC J01 - Antibatterici per uso sistemico) (Per AAOO e INRCA: ATC J01DH - Carbapenem)	Variazione DDD antibiotici per pazienti residenti (Per AAOO e INRCA la Variazione DDD è calcolata in rapporto a 100 giornate di degenza)	valore negativo	12%	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥ 95 (assegnazione 100% del punteggio)	80,00%	⚠

Per quanto riguarda l'obiettivo di riduzione del consumo di antibiotici rispetto al 2022 in termini di DDD, si evidenzia un risultato di incremento del 12% non coerente con il target che prevedeva un valore in diminuzione, ottenendo una percentuale di raggiungimento dell'80% in applicazione del range previsto dalla DGRM 176/2024 (raggiungimento del 88% compreso tra 85% e 90% determina il riconoscimento dell'80%).

A fronte di un incremento nel 2023 rispetto al 2022 delle DDD 6,509% a livello ospedaliero, contestualmente si è registrata una diminuzione della spesa -7,387%, da cui si evince un maggior utilizzo di antibiotici a basso costo; per quanto riguarda la DPC l'unico antibiotico presente è la benzilpenicillina, farmaco sottoposto a nota 92 su prescrizione di centri specialistici. La spesa farmaceutica convenzionata ha subito un incremento del 12,26% rispetto al 2022 e lo stesso scostamento è stato registrato per le DDD.

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
10 E	Ispesioni Farmacie convenzionate	N. di ispezioni presso le farmacie convenzionate	23	100%	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥ 95 (assegnazione 100% del punteggio)	100,00%	✓

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
11 E	Centralizzazione allestimento terapie oncologiche e riduzione del rischio clinico	UFA n. 1 per provincia/awto progetto per realizzazione nel 2024	1	100%	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥ 95 (assegnazione 100% del punteggio)	100,00%	✓
12 E	Spesa relativa ai dispositivi medici	Riduzione o mantenimento della spesa relativa ai dispositivi medici rispetto al valore rendicontato nei precedenti esercizi (BA0220, BA0230 e BA0240)	≤ 2022	9,25%		90,00%	!
13 E	Anagrafica dispositivi medici in AREAS	Normalizzazione anagrafica dispositivi medici entro il 31/12/2023	rendicontazione entro il 28/02/2024	Il percorso di normalizzazione dell'anagrafica dei dispositivi medici è stato completato a dicembre 2023		100,00%	✓
14 E	Respetto scadenze per le relazioni afferenti agli adempimenti LEA C14 e C15 Acquisti diretti di farmaci	I dati e le motivazioni di scostamento richieste devono pervenire entro 7 10 giorni dalla richiesta ARS	100%	Rispetto 100% scadenze		100,00%	✓
15 E	Respetto 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 segnalazione e la data di inserimento nella rete di farmacovigilanza deve essere inferiore a 7 giorni	100%	0 segnalazioni in ritardo		100,00%	✓
16 E	Coerenza tra flusso Consumi DM (DM 1 e DM2, no DM Q e L) e Modello CE Consuntivo	90 % Costi da flusso Consumi DM rispetto a costi da conti CE B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi, esclusa la spesa rilevata per alcune CND (CND 2 "Apparecchiature e relativi componenti accessori e materiali" ad eccezione della Z13 "Materiali di consumo non specifici per strumentazione diagnostica" e della CND W "Dispositivi medico-diagnostici in vitro (D.Lgs 332/2000)");	> 90%	100%		100,00%	✓
17 E	Respetto tempistica di validazione dei rapporti operativi di incidenti gravi	L'intervallo tra la data dell'incidente e la data di validazione nella rete di dispositivo vigilanza deve essere inferiore a 3 giorni per gli incidenti gravi.	1	0 segnalazioni in ritardo		100,00%	✓
18 E	Spesa relativa all'assistenza protesica	Riduzione o mantenimento della spesa relativa agli acquisti sanitari per l'assistenza protesica rispetto al valore rendicontato nel precedente esercizio 2022 (CE BA0750)	≤ 2022	11%		80,00%	!

Tutti gli obiettivi del gruppo risultano pienamente raggiunti ad eccezione:

- Obiettivo di mantenimento della spesa per dispositivi medici rispetto al 2022, si evidenzia un risultato percentuale del 9,25% contro un target dello 0% (scostamento del 9,25%), ottenendo una percentuale di raggiungimento del 90% in applicazione del range previsto dalla DGRM 176/2024 (raggiungimento del 91,7% compreso tra 90% e 95% determina il riconoscimento del 90%).
- Obiettivo di mantenimento della spesa per assistenza protesica rispetto al 2022, si evidenzia un risultato percentuale del +11% contro un target dello 0% (scostamento dell'11%), ottenendo una percentuale di raggiungimento dell'80% in applicazione del range previsto dalla DGRM 176/2024 (raggiungimento del 88% compreso tra 85% e 90% determina il riconoscimento dell'80%).

Personale

Si riportano di seguito gli obiettivi assegnati per l'area personale per l'anno 2023 per i quali si evidenzia il pieno raggiungimento dei target richiesti:

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
19 E	rispetto del tetto di spesa del personale	rispetto del tetto del tetto di spesa (art. 11, comma 1 D.L.35/2019 convertito in Legge 60/2019)	100%	100%	Obiettivo minimo: < 98,5% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 98,5 e < 98,9% (assegnazione 25% del punteggio); < 100% e ≥ 99%(assegnazione 50% del punteggio);	100,00%	✓
20 E	Contenimento del precarato	Report periodici con UE e costo del personale in servizio con contratti di lavoro "flessibili"	Produzione reportistica al 30/09/2023 (da produrre entro il 30/11/2023); Produzione reportistica al 31/12/2023 (da produrre entro il 31/01/2024).	100%	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥95 (assegnazione 100% del punteggio)	100,00%	✓
21 E	Contenimento del precarato	Riduzione n. UE relative a contratti flessibili a TD	-25% rispetto al 2022	100%			✓
22 E	Governo del ricorso all'istituto delle "prestazioni aggiuntive"	Definizione di un budget annuale dei costi relativi alle prestazioni aggiuntive	Report entro il 30/11/2023	100%			✓
23 E	Governo del ricorso all'istituto delle "prestazioni aggiuntive"	Report dei costi periodici per prestazioni aggiuntive	Produzione reportistica al 30/6/2023 (da produrre entro il 30/11/2023); Produzione reportistica al 30/9/2023 (da produrre entro il 31/12/2023); Produzione reportistica al 31/12/2023 (da produrre entro il 31/03/2024).	100%	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥95 (assegnazione 100% del punteggio)	100%	✓
24 E	Formazione e PNRR	Realizzazione del Corso base di cui al Piano Formativo Regionale sulle ICA (DGR n.398/2023)	Realizzazione evento formativo entro il 31/12/2023 e relativo report	100%	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥95 (assegnazione 100% del punteggio)	100%	✓
25 E	Polenzamento 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	100%	N. 2 Comunicazioni: 1- MMG_PLS 2- Dirigenti Sanitari	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥95 (assegnazione 100% del punteggio)	100%	✓
26 E	Polenzamento 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	100%	100%			✓

Sistema Tessera Sanitaria, Ricetta Elettronica

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
27 E	Ricette dematerializzate di specialista ambulatoriale (prodote da MMG, PLS, Specialisti) - PRESCRIZIONE	% Ricette dematerializzate di Specialista Ambulatoriale	≥ 80% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	80,04%		100,00%	✓
28 E	Ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata (prodote da MMG, PLS, Specialisti) - PRESCRIZIONE	% Ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata	≥ 90% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	94,01%		100,00%	✓
29 E	Ricette dematerializzate di specialista ambulatoriale (prodote da MMG, PLS, Specialisti) - EROGAZIONE	Ricette dematerializzate di specialista ambulatoriale (prodote da MMG, PLS, Specialisti) - EROGAZIONE	< 10%	2,110%	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥95 (assegnazione 100% del punteggio)	100,00%	✓
30 E	Ricette dematerializzate di specialista ambulatoriale (prodote da MMG, PLS, Specialisti) - EROGAZIONE	Ricette dematerializzate di specialista ambulatoriale (prodote da MMG, PLS, Specialisti) - EROGAZIONE	Entro il 31.12.2023	Non sono pervenute a questa Azienda indicazioni sui sistemi che richiedono un coordinamento a livello regionale da porre in interoperabilità		N.V.	⚠

Tutto il gruppo di obiettivi relativi alla Tessera Sanitaria, alla ricetta elettronica e al fascicolo sanitario elettronico evidenzia il pieno raggiungimento dei target previsti, ad eccezione dell'obiettivo 30 che si ritiene non valutabile in quanto non sono pervenute a questa Azienda indicazioni sui sistemi che richiedono un coordinamento a livello regionale da porre in interoperabilità.

Digitalizzazione Processi

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
31 E	Codifica unitaria di tutti i prodotti aziendali	% prodotti a listino riconducibili alla codifica unica regionale ovvero completi di tutte le informazioni di dettaglio necessarie	20%	88,2%	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥ 95 (assegnazione 100% del punteggio)	100,00%	✓
32 E	Assesment della cybersicurezza con definizione del catalogo servizi	% servizi e relativi processi interessati dall'assesment sul totale	60%	98,0%			✓
33 E	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%	80,0%			✓

Tutto il gruppo di obiettivi relativi ai processi di digitalizzazione evidenzia il pieno raggiungimento dei target previsti.

PNRR – Missione 6

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

N. DGRM 1634_176	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Valore atteso 2023	VALORE RAGGIUNTO	Range di valutazione DGRM 1634/2023-176/2024	% raggiungimento con range	Raggiunto/non raggiunto
34 E	Respetto delle scadenze previste dal PNRR di cui al Piano operativo regionale (ALLEGATO AL CS – REGIONE MARCHE) approvato con DGR 271/2022 aggiornato con DGR 656/2022.	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"	≥ 1	2 tipologie di documenti nel format previsto dal FSE (verbale di Pronto soccorso PSO e lettera di dimissione ospedaliera LDO)	Obiettivo minimo: < 85% (assegnazione 0% del punteggio); ≥ 85 e < 90% (assegnazione 80% del punteggio); ≤ 90% e < 95% (assegnazione 90% del punteggio); ≥ 95 (assegnazione 100% del punteggio)	100,00%	✓
35 E	Respetto delle scadenze previste dal PNRR di cui al Piano operativo regionale (ALLEGATO AL CS – REGIONE MARCHE) approvato con DGR 271/2022 aggiornato con DGR 656/2022.	Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Sub-investimenti 1.1.2 (Grandi Apparecchiature)	SI	Sono state acquisite tutte le apparecchiature previste mediante adesione agli strumenti di acquisto CONSIP. Al 31/12/2023 non sono ancora state installate in quanto necessitano di lavori: la TAC e la risonanza magnetica di Fabriano.		100,00%	✓
36 E	Respetto delle scadenze previste dal PNRR di cui al Piano operativo regionale (ALLEGATO AL CS – REGIONE MARCHE) approvato con DGR 271/2022 aggiornato con DGR 656/2022.	Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.2: Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile PNRR		Il soggetto attuatore dell'intervento è la Regione Marche. A dicembre 2023 è stato approvato il progetto di fattibilità tecnica ed economica		Non Applicabile	
37 E	Respetto delle scadenze previste dal PNRR di cui al Piano operativo regionale (ALLEGATO AL CS – REGIONE MARCHE) approvato con DGR 271/2022 aggiornato con DGR 656/2022.	Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.2: Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile PNC	SI	Il soggetto attuatore dell'intervento è la Regione Marche. A dicembre 2023 è stato approvato il progetto di fattibilità tecnica ed economica		Non Applicabile	
38 E	Respetto delle scadenze previste dal PNRR di cui al Piano operativo regionale (ALLEGATO AL CS – REGIONE MARCHE) approvato con DGR 271/2022 aggiornato con DGR 656/2022.	Missione 6 – Componente 2: Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Sub-investimenti 1.1.1 – Digitalizzazione DEA Ie II livello.	100%	Al 31/12/2023 erano state aggiudicate l'ODA interoperabilità pari al 18% dei fondi PNRR ed avviato l'appalto specifico per l'interoperabilità pari al 32% dei fondi del PNRR.		100,00%	✓
39 E	Respetto delle scadenze previste dal PNRR di cui al Piano operativo regionale (ALLEGATO AL CS – REGIONE MARCHE) approvato con DGR 271/2022 aggiornato con DGR 656/2022.	Missione 6 - Componente 2: 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)	SI	Gli interventi riguardano: Terapia semintensiva ospedale di Jesi, terapia semintensiva ospedale di senigallia, adeguamento percorsi P.S. Ospedale di Jesi, Ospedale di Senigallia e Ospedale di Fabriano. A dicembre 2023 eravamo in possesso del progetto definitivo. Oltre ai sopraddetti interventi c'è anche quello che riguarda la terapia intensiva dell'ospedale di Jesi per il quale a dicembre 2023 il progetto non era stato sviluppato.		100,00%	✓
40 E	Respetto delle scadenze previste dal PNRR di cui al Piano operativo regionale (ALLEGATO AL CS – REGIONE MARCHE) approvato con DGR 271/2022 aggiornato con DGR 656/2022.	Missione 6 - Componente 1: Investimento 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona	SI	Al 31/12/2023 il target da rispettare era la stipula dei contratti entro il 30/09/2023. Sono stati rispettati dagli interventi relativi alla Cdc di Ancona e di Fabriano.		N.V.	⚠
41 E	Respetto delle scadenze previste dal PNRR di cui al Piano operativo regionale (ALLEGATO AL CS – REGIONE MARCHE) approvato con DGR 271/2022 aggiornato con DGR 656/2022.	Missione 6 - Componente 1: Investimento 1.2 - Casa come primo luogo di cura e Telemedicina - Sub-investimenti 1.2.2 Implementazione delle C.O.T.	SI	Al 31/12/2023 sono stati rispettati i target previsti nel CS che era la stipula dei contratti entro il 30/06/2023		100,00%	✓
42 E	Respetto delle scadenze previste dal PNRR di cui al Piano operativo regionale (ALLEGATO AL CS – REGIONE MARCHE) approvato con DGR 271/2022 aggiornato con DGR 656/2022.	Missione 6 - Componente 1: Investimento 1.3 - Rafforzamento dell'assistenza sanitaria infermieristica e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	SI	Al 31/12/2023 il target da rispettare era la stipula dei contratti entro il 30/09/2023. Sono stati rispettati dagli interventi relativi all'Ospedale di C. di Loreto e di Chiaravalle. Non è stato rispettato quello di Jesi.	N.V.	⚠	

Gli obiettivi 36 e 37 non sono applicabili in quanto il soggetto attuatore non è AST Ancona.

Gli obiettivi 40 e 42 si ritengono non valutabili in quanto il ritardo nella stipula dei contratti non è avvenuta per gli interventi che utilizzano gli accordi quadro Invitalia, sia per la complessità degli stessi, sia per le criticità emerse da parte degli operatori economici aggiudicatari di tutte le procedure e quindi per cause non ascrivibili ad AST Ancona.

OBIETTIVI SANITARI – Flussi Informativi

La disamina degli obiettivi sanitari assegnati alle Aree Prevenzione, Territoriale e Ospedaliera è stata condotta nel paragrafo relativo ai Principali Risultati Raggiunti.

Si seguito si evidenziano gli indicatori individuati dalla DGRM 1634 e riconfermati dalla DGRM 176 per gli obiettivi correlati al rispetto dei flussi informativi:

INDICATORE	TARGET AST ANCONA	RISULTATO OSSERVATO	% di raggiungimento
Flusso FAR: rispetto tempistica invio (Trimestrale)	Alimentazione completa con dati per Trimestre	100%	✓
Flusso FAR: rispetto coerenza con il modello STS24 sul totale utenti (cut-off 80/120%)	Rapporto tra Utenti FAR e utenti STS24 deve essere compreso in un range +/-20%	78%	✗
Flusso FAR: rispetto coerenza con il modello STS24 sui nuovi ammessi (cut-off 80/120%)	Rapporto tra Nuovi Ammessi FAR e Nuovi Ammessi modello STS24 deve essere compreso in un range +/-20%	85%	✓
Flusso SIAD: rispetto tempistica invio (Trimestrale)	Alimentazione completa con dati per Trimestre	100%	✓
SIAD: % Prese in Carico (PIC) con valutazioni/rivalutazioni (se presenti) effettuate nei 90 giorni previsti sul totale delle Prese In Carico (PIC) - Target >=80%	>=80%	45%	✗
Flusso HOSPICE: rispetto tempistica invio (Trimestrale)	Alimentazione completa con dati per Trimestre	100%	✓
Flusso SIND: rispetto tempistica invio (annuale)	Alimentazione completa con dati Annuali	100%	✓
Flusso SIND: Rispetto coerenza utenti con anno precedente (cut-off >=90%)	>=90%	103%	✓
Flusso File R: rispetto tempistica invio (annuale)	Alimentazione completa con dati Annuali	100%	✓
Flusso SISM: rispetto tempistica invio (Semestrale)	Alimentazione completa con dati per Semestre	100%	✓
Flusso SISM: indicatore di referenzialità, numero soggetti inseriti in anagrafica in rapporto al numero soggetti con prestazioni territoriali - target >=80%	>=80%	100%	✓
Flusso SDO: rispetto tempistica invio (Mensile)	Alimentazione completa con dati mensili	100%	✓
Flusso SDO: % complessiva sul rispetto scadenze di invio del flusso [totale record inviati nei tempi (somma tutti i mesi) / totale record inviati] - parametro >=85%	>=85%	58%	✗

INDICATORE	TARGET AST ANCONA	RISULTATO OSSERVATO	% di raggiungimento
Flusso EMUR PS + EMUR 118: rispetto tempistica invio (Mensile)	Alimentazione completa con dati mensili	100%	✓
Flusso EMUR PS + EMUR 118: % complessiva sul rispetto scadenze di invio del flusso (totale record inviati nei tempi (somma tutti i mesi) / totale record inviati) - parametro >=85%	>=85%	89%	✓
Flusso Farmaceutica: rispetto tempistica invio (Mensile)	Alimentazione completa con dati mensili	100%	✓
Flusso File C: rispetto tempistica invio (Mensile)	Alimentazione completa con dati mensili	100%	✓
Flusso File C: % complessiva sul rispetto scadenze di invio del flusso (totale record inviati nei tempi (somma tutti i mesi) / totale record inviati) - parametro >=85%	>=85%	100%	✓
Flussi PNRR: Avvio del Flusso informativo sanitario del Consultorio (SICOF)	Adempienti alla fase di test, nomina dei referenti e adesione alla fase di test	100%	✓
Flussi PNRR: Avvio del Flusso Informativo sanitario di Riabilitazione	Adempienti alla fase di test, nomina dei referenti e adesione alla fase di test	100%	✓
Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi informativi: Invio settimanale dati posti letto e ricoveri	Adempimento settimanale invio flusso ricoveri covid-19	100%	✓
Rispetto invio flussi Trimestrali (Anagrafe Vaccinale - Percorso vaccinazione Covid-19 e percorso No-Covid-19)	Alimentazione AVN (Trimestrale) e alimentazione Giornaliera AVC	100%	✓

Gli obiettivi inerenti i flussi informativi, sia in merito al rispetto della tempistica che in merito alla qualità del dato, intesa come coerenza tra i diversi flussi, sono stati complessivamente garantiti dall’Azienda.

In merito al prerequisito “SIAD: % Prese in Carico (PIC) con valutazioni/rivalutazioni (se presenti) effettuate nei 90 giorni previsti sul totale delle Prese In Carico (PIC)” il parziale raggiungimento del target è sicuramente causato dal blocco del sistema SIRTE avvenuta il 20/01/2023, e durato circa tre settimane, che ha compromesso la completezza della rilevazione dei dati, in quanto il relativo recupero ex post potrebbe essere stato parziale. La stessa considerazione vale anche per il prerequisito “Flusso FAR: rispetto coerenza con il modello STS24 sul totale utenti (cut-off 80/120%). Per tale motivo, si ritiene l’obiettivo pienamente raggiunto.

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 Gennaio 2023 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. A seguito della nomina del Direttore Generale AST Ancona avvenuta con DGRM n. 769 del 30/05/2023, il cui insediamento è avvenuto in data 17/07/2023 le attività di negoziazione hanno necessariamente subito un periodo di rallentamento.

Con DGRM n. 1634 del 13/11/2023 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 Ancona 1865 del 22 Dicembre 2023.

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 è basata sul raggiungimento degli obiettivi contenuti nella scheda di budget, a ciascun obiettivo è assegnato un indicatore e il target atteso. I singoli obiettivi sono pesati in relazione alla rilevanza strategica di ciascuno di essi sia per l'area della Dirigenza che del Comparto.

La misurazione avviene sulla base dei dati rilevati a consuntivo dal Controllo di Gestione e rendicontati per ogni singolo obiettivo nell'ambito della scheda di budget. I report di rendicontazione degli obiettivi annuali sono predisposti dall'UO Controllo di Gestione attraverso l'utilizzo dei seguenti sistemi informativi:

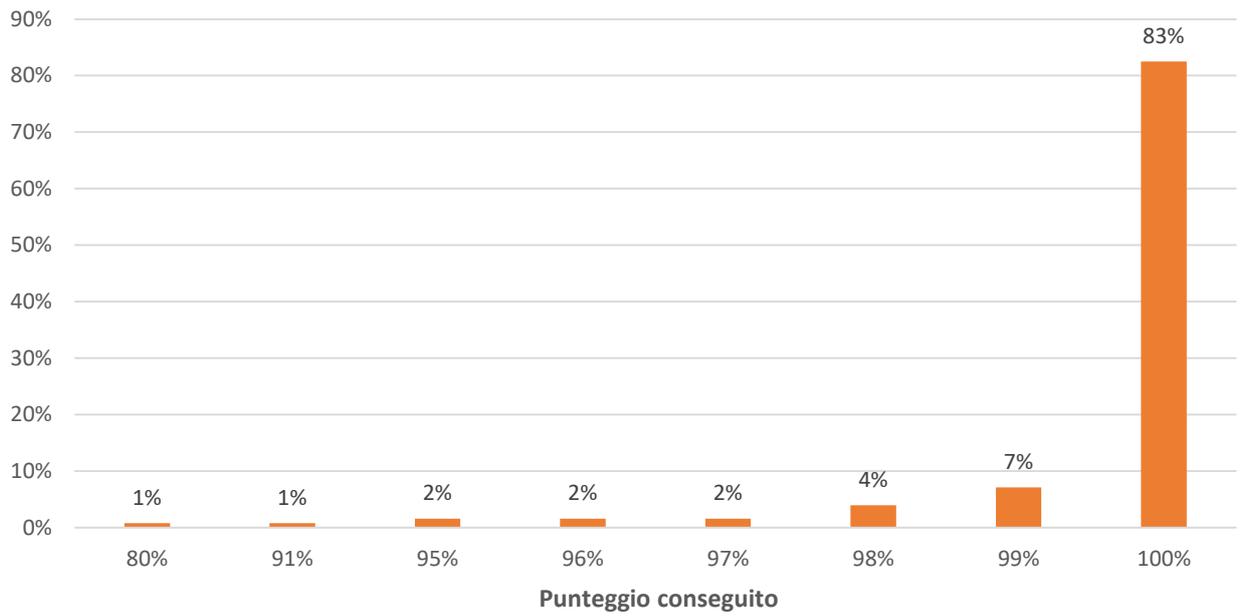
- Areas per i dati dei flussi economici
- Flusso SDO – Flusso Specialistica - Flusso SIAD – Flusso EMUR Tutti questi flussi sono organizzati in cruscotti direzionali Qlik View e Qlik Sense.
- Flussi IPPOCRATE – Flussi Alchymia e Flusso Winsimet, Flussi SISM
- Flusso Paleo per i risultati documentali non contenuti in altri flussi.

Nel caso in cui ci siano obiettivi non misurabili dal Controllo di Gestione, viene chiesta apposita relazione e/o integrazioni rispetto ad obiettivi già misurati e non pienamente raggiunti.

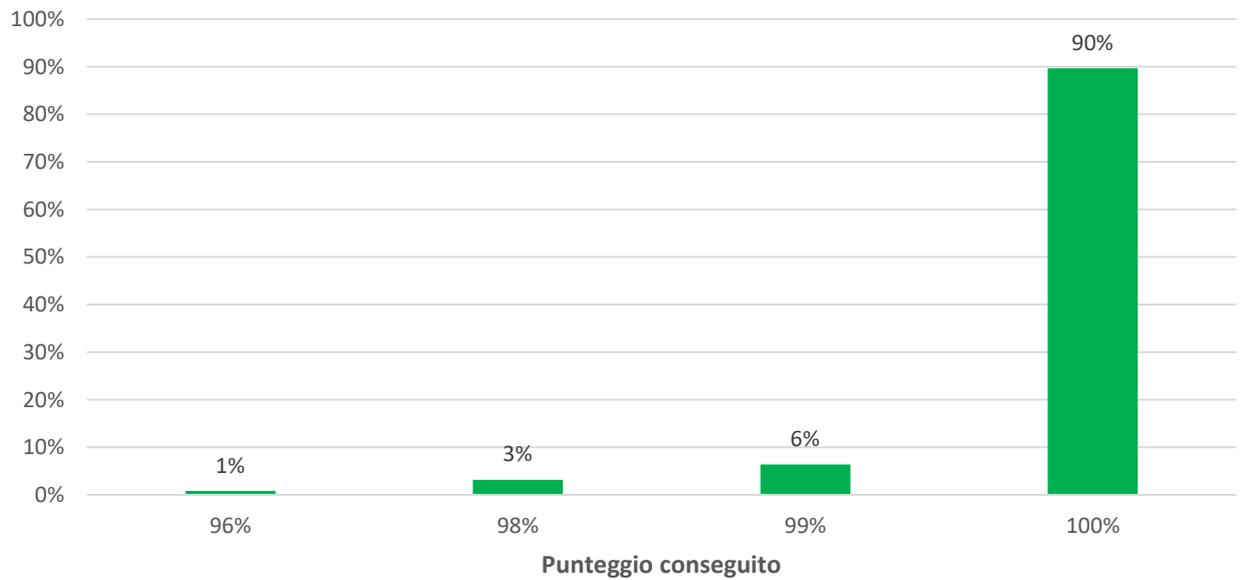
Sulla base dei materiali così istruiti dal Controllo di Gestione il Valutatore di I Istanza procede alla valutazione delle schede delle Unità Operative di propria competenza, redigendo apposito verbale di Valutazione. Nel procedere alla valutazione, il valutatore di prima istanza si avvale anche dei criteri di valutazione così come riportati nell'allegato 2 della Determina del Direttore Generale AST Ancona 1865 del 22/12/2023 - Recepimento DGRM 1634/2023.

Le attività volte alla misurazione della performance organizzativa hanno avuto avvio con nota del Direttore Generale Prot 0064786 del 04/04/2024 ed è ad oggi conclusa la valutazione di I istanza. Si riportano di seguito in forma grafica i grafici sul grado di raggiungimento degli obiettivi di budget delle 126 Unità Operative assegnatarie di Budget.

AREA DIRIGENZA



AREA COMPARTO



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 2023 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.