



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2023

INDICE

Presentazione della Relazione sulla Performance	2
1. L'AST di Fermo: struttura dell'offerta, risorse e servizi erogati	3
Popolazione e territorio	3
Le risorse economiche finanziarie	7
Le risorse professionali	10
La struttura dell'offerta.....	11
I servizi sanitari erogati	15
Macroarea Ospedaliera	15
Macroarea Prevenzione.....	18
Dipartimento Salute Mentale	20
Dipartimento Dipendenze Patologiche.....	22
Macroarea Territorio	23
Dipartimento Emergenza Urgenza.....	28
2. Il processo di misurazione e valutazione	29
3. Sintesi dei principali risultati raggiunti	32
Prevenzione collettiva	36
Prevenzione veterinaria e sicurezza alimentare	38
Ass. Distrettuale/Territoriale, Integr. Osp-Terr e Integr. Socio-Sanitaria.....	44
Area Ospedaliera	46
Obiettivi economici e ATL.....	49
4. Misurazione e valutazione degli obiettivi individuali.....	57
5. Bilancio di Genere	59

PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

Con legge regionale n. 19 del 8 agosto 2022 concernente “Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale” la Regione Marche ha disposto il riassetto del SSR. L’art. 23 individua le Aziende Sanitarie Territoriali (AST), che assicurano le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'equo accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione socio-sanitaria organizzate nel territorio. Al comma 1 del predetto art. 23 vengono individuate le seguenti AST: a) l'Azienda sanitaria territoriale di Ancona; b) l'Azienda sanitaria territoriale di Ascoli Piceno; c) l'Azienda sanitaria territoriale di Fermo; d) l'Azienda sanitaria territoriale di Macerata; e) l'Azienda sanitaria territoriale di Pesaro-Urbino. L’art. 42 al comma 9 stabilisce: “Alla data del 31 dicembre 2022 l'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) è soppressa e dal 1° gennaio 2023 sono costituite e divengono operative le Aziende sanitarie territoriali, che subentrano all’ASUR senza soluzione di continuità, secondo le modalità stabilite dalla Giunta regionale ai sensi dei commi 5 e 6.

Con D.Lgs n. 150/2009 art. 10, comma 1, lettera b), come modificato dal D.Lgs n. 74 /2017 art. 8, lettera c, è stato posto l’obbligo, per gli Enti Pubblici, di predisporre ed approvare annualmente una Relazione sulla Performance che evidenzia a consuntivo, con riferimento all’anno precedente, i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi programmati ed alle risorse impiegate, rilevando gli eventuali scostamenti. La Relazione sulla Performance rappresenta, quindi, uno strumento di accountability, mediante il quale le amministrazioni pubbliche illustrano ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell’anno precedente, concludendo in tal modo il ciclo di gestione della performance. Inoltre, costituisce un momento di analisi e di riflessione sull’operato aziendale e vuole rappresentare un’occasione per rileggere i risultati effettivi e concreti in una logica di miglioramento e di innovazione: è in questo senso un documento che riassume l’esperienza e i risultati raggiunti da tutte le Strutture aziendali. La Relazione fornisce alcune caratteristiche del contesto in generale ed espone gli elementi caratterizzanti l’Azienda in termini di attività, risorse e indicatori di performance: misurare i risultati, anche ai fini di effettuare la successiva valutazione, determina la necessità di fissare, in fase di programmazione, gli obiettivi, di stabilire delle grandezze, cioè degli indicatori in grado di rappresentarli e di rilevare sistematicamente, ad intervalli di tempo definiti, il valore degli indicatori. Aver definito il ciclo della performance è un punto di forza del percorso già avviato negli anni dall’Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), concatenando i diversi livelli di programmazione e correlandola con la realizzazione, la valutazione, il controllo e la rendicontazione. Il Ciclo della Performance nell’Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo 2023 ha visto una progettazione del sistema di gestione degli obiettivi ad albero, in cui dalle linee strategiche vengono ispirate dagli obiettivi aziendali assegnati dalla Regione Marche con Delibera regionale n. 1634 del 13/11/2023. L’Azienda, dopo aver individuato le proprie linee strategiche ha determinato, al suo interno, gli obiettivi operativi/organizzativi declinando le linee definite dalla Regione Marche attraverso un sistema di indicatori e risultati attesi volti al conseguimento degli obiettivi aziendali assicurando peraltro, l’analisi ed il miglioramento della performance organizzativa, attraverso la correlata verifica dei risultati conseguiti. La Relazione sulla performance 2023 rappresenta pertanto anche uno strumento di miglioramento gestionale, grazie al quale l’Azienda può riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti nell’anno precedente e migliorando, progressivamente, il funzionamento del ciclo della Performance.

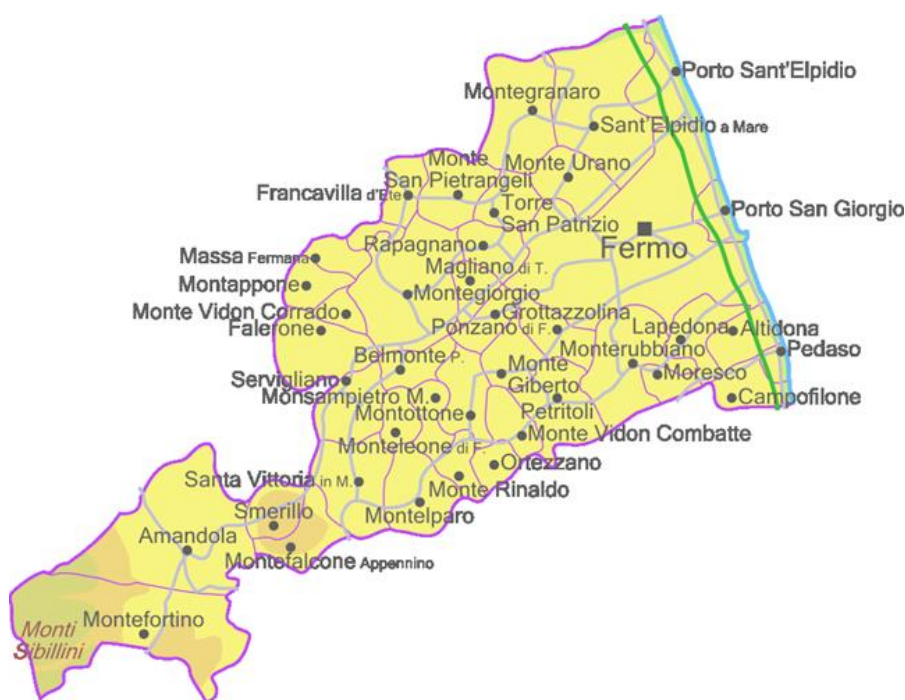
CAPITOLO 1

L'AST DI FERMO: STRUTTURA DELL'OFFERTA, RISORSE E SERVIZI EROGATI

POPOLAZIONE E TERRITORIO

Con DGRM 1501 del 21/11/2022 è stata costituita, con decorrenza 01/01/2023 l'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Fermo avente autonoma personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, con sede legale in Fermo, Via Dante Zeppilli 18. L'Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo è articolata su 1 Distretto di seguito rappresentato (Figura 1)

Figura 1: Mappa Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo



In tale contesto, la **mission** dell'AST, ai sensi dell'art. 23 della LR 19/2022, è di assicurare le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'equo accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione socio-sanitaria organizzate nel territorio, di garantire la continuità delle cure attraverso un modello integrato tra servizi territoriali e servizi ospedalieri e il coordinamento delle prestazioni correlate alle condizioni di salute del singolo.

Per perseguire tali finalità strategiche, l'**assetto organizzativo-funzionale aziendale** sarà previsto nell'atto aziendale di cui al comma 1 bis dell'articolo 3 del d.lgs. 502/1992 e che ai sensi dell'art. 24 comma 2

della LR n. 19/2022 dovrà essere definito in modo da assicurare l'esercizio unitario delle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché il coordinamento e l'integrazione dell'attività dei servizi territoriali dei distretti presenti nelle Aziende sanitarie territoriali con quella dei presidi ospedalieri e degli altri soggetti erogatori pubblici e privati.

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo (AST Fermo) è composta da 40 Comuni con una popolazione, al 1° gennaio 2023, di 167.824 residenti (Tabella 1), dei quali 82.319 (49%) maschi e 85.505 (51%) femmine, con un'età media di 47,8 anni.

Tabella 1: Struttura popolazione residente AST Fermo (2023) Fonte Istat

	Totale popolazione residente al 01/01/2023	Neonati	1-4 anni	5-14 anni	15-44 anni Maschi	15-44 anni Femmine	45-64 anni	65-74 anni	=> 75 anni
AST - Fermo	167.824	987	4.339	13.915	27.111	25.659	51.410	21.213	23.190
		19.241			104.180			44.403	
		11,5%			62,1%			26,4%	

L'AST Fermo ha una superficie di 862,75 kmq e la densità abitativa al 1° gennaio 2023 è pari a 194,5 abitanti per kmq (Tabella 2), superiore alla densità della Regione Marche (157,9) ed inferiore alla densità dell'Italia (195,3).

Tabella 2: Densità abitativa AST Fermo (2023) Fonte Istat

	Superficie territoriale (kmq)	Totale popolazione residente al 01/01/2023	Densità (ab. X Kmq)
AST - Fermo	862,75	167.824	194,5
Regione Marche	9.401,18	1.484.298	157,9
ITALIA	302.068,26	58.997.201	195,3

La dinamica demografica della popolazione dell'AST Fermo per l'anno 2023 (Tabella 3) presenta un *saldo naturale* negativo, pari a -1.150, dato dalla differenza tra il numero di iscritti per nascita ed il numero di cancellati per decesso dai registri anagrafici dei residenti. Il *tasso di natalità* (5,7), dato dal rapporto tra il numero di nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente moltiplicato per 1.000, che indica il numero di nascite ogni 1.000 abitanti, è in diminuzione rispetto ai due anni precedenti. Anche il *tasso di mortalità* (12,5), dato dal rapporto tra il numero dei decessi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente moltiplicato per 1.000, che indica il numero di decessi per 1.000 abitanti, è nel 2023 in diminuzione rispetto ai due anni precedenti. Come nell'AST Fermo, anche nella Regione Marche ed in Italia il *saldo naturale* nel 2023 risulta essere negativo.

Tabella 3: Dinamica demografica della popolazione residente (2019 - 2023) Fonte Istat

		Saldo naturale	Tasso di natalità (1.000 Ab.)	Tasso di mortalità (1.000 Ab.)
2019	AST - Fermo	-1.027	6,2	12,1
2020		-1.159	6,3	13,1
2021		-1.390	5,9	14,0
2022		-1.224	5,8	13,1
2023		-1.150	5,7	12,5
2019	Regione Marche	-7.775	6,4	11,5
2020		-10.535	6,3	13,3
2021		-10.508	6,2	13,2
2022		-10.841	5,9	13,2
2023		-8.829	5,9	11,9
2019	ITALIA	-214.333	7,0	10,6
2020		-335.425	6,8	12,5
2021		-301.097	6,8	11,9
2022		-320.901	6,7	12,1
2023		-281.261	6,4	11,2

Tabella 4: Struttura della popolazione (2019 – 2023) Fonte Istat

		Indice di Vecchiaia (100)	Indice Dipendenza Strutturale (100)	Indice Dipendenza degli Anziani (100)	Indice di Ricambio della Popolazione Attiva (100)
2019	AST - Fermo	204,3	59,1	39,7	153,7
2020		210,8	59,5	40,4	158,4
2021		216,4	60,5	41,4	161,6
2022		223,0	60,9	42,1	164,7
2023		230,8	61,1	42,6	164,2
2019	Regione Marche	197,2	59,9	39,8	143,9
2020		203,1	60,2	40,4	147,3
2021		207,5	60,5	40,8	149,6
2022		212,6	60,7	41,3	152,1
2023		218,8	60,7	41,6	153,4
2019	ITALIA	174,0	56,4	35,8	132,9
2020		179,3	56,7	36,4	135,6
2021		182,6	57,3	37,0	138,1
2022		187,6	57,5	37,5	141,4
2023		193,1	57,4	37,8	143,8

Al 1° gennaio 2023 all'AST Fermo, *l'indice di vecchiaia*, che rappresenta il numero di anziani ogni 100 giovani, è pari a 230,8, superiore sia rispetto al valore regionale (218,8) che nazionale (193,1). (Tabella 4)

L'indice di dipendenza strutturale, ovvero il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni) mostra come, nel territorio dell'AST Fermo, ci sono 61,1 individui a carico, ogni 100 che lavorano (valore regionale 60,7 e nazionale 57,4).

L'indice di *dipendenza degli anziani*, dato dal rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64), presenta un valore più alto (42,6) sia rispetto al dato regionale (41,6) che nazionale (37,8).

L'indice di ricambio della popolazione attiva, che rappresenta il rapporto tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni), è pari a 164,2. Il valore osservato è superiore sia al dato regionale (153,4) che nazionale (143,8).

Tabella 5: Struttura della popolazione (2019 – 2023) Fonte Istat

		Speranza di vita alla nascita - Maschi	Speranza di vita a 65 anni - Maschi	Speranza di vita alla nascita - Femmine	Speranza di vita a 65 anni - Femmine	Speranza di vita alla nascita - Totale	Speranza di vita a 65 anni - Totale
2019	AST - Fermo	81,7	19,9	85,4	22,7	83,5	21,3
2020		81,4	19,3	85,2	22,4	83,2	20,8
2021		81,1	19,0	84,4	21,8	82,7	20,4
2022		82,0	19,8	85,6	22,4	83,8	21,1
2023		82,1	20,2	85,8	22,7	83,9	21,5
2019	Regione Marche	81,9	20,1	86,1	23,2	84,0	21,6
2020		81,0	19,0	85,2	22,3	83,0	20,7
2021		81,1	19,2	85,2	22,3	83,1	20,8
2022		81,2	19,4	85,4	22,5	83,3	20,9
2023		81,8	19,9	85,9	22,9	83,8	21,4
2019	ITALIA	81,1	19,4	85,4	22,6	83,2	21,0
2020		79,8	18,3	84,5	21,7	82,1	20,0
2021		80,3	18,8	84,8	22,0	82,5	20,4
2022		80,6	18,9	84,8	21,9	82,6	20,4
2023		81,1	19,5	85,2	22,4	83,1	20,9

■ Dato stimato

La *speranza di vita alla nascita* indica il numero medio di anni che restano da vivere ad un neonato, quindi nel 2023 un neonato dell'AST Fermo mediamente può vivere 83,9 anni, più tempo sia rispetto al dato regionale che nazionale. Anche la *speranza di vita a 65 anni*, che indica il numero medio di anni che restano da vivere ad un sessantacinquenne sono 21,5, più tempo rispetto al dato regionale (21,4) che nazionale (20,9). (Tabella 5)

LE RISORSE ECONOMICHE FINANZIARIE

L'Azienda, che gestisce un Bilancio complessivo di circa 330 milioni di Euro, evidenzia una situazione di equilibrio economico complessivo. L'esercizio 2023 chiude con il pareggio di bilancio. La tabella 6 sottostante scompone il risultato di bilancio in termini di costi e ricavi di esercizio, evidenziando il contributo delle varie gestioni (ordinaria, finanziaria, straordinaria e imposte e tasse) all'equilibrio aziendale.

Tabella 6

DESCRIZIONE	BILANCIO DI PREVISIONE 2023	IV REPORT 2023	CONSUNTIVO 2023
A) Valore della produzione			
B) Costi della produzione			
C) Proventi e oneri finanziari			
D) Rettifiche di valore di attività finanziarie			
E) Proventi e oneri straordinari			
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	6.375.289,6130	2.190.744,52	6.352.286,68
Totale imposte e tasse (Y)	6.375.289,6091	6.350.462,35	6.352.286,68
RISULTATO DI ESERCIZIO	0,00	- 4.159.717,83	- 0,00

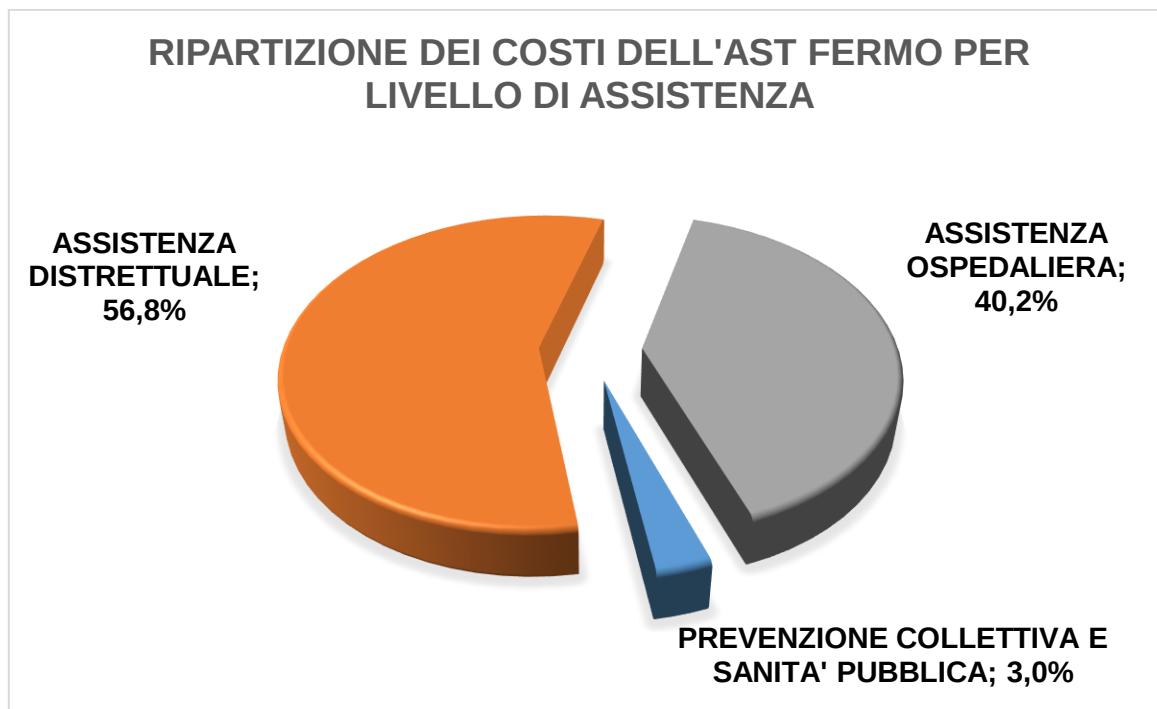
Per un maggior dettaglio dei costi e ricavi si rinvia al prospetto seguente, sintesi del Modello CE. (Tabella 7)

Tabella 7

CODICE	DESCRIZIONE	BILANCIO DI PREVISIONE 2023	IV REPORT 2023	CONSUNTIVO 2023
	A) Valore della produzione			
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	327.977.999,2053	327.911.312,65	330.017.232,18
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 2.286.461,8000	- 3.428.908,00	- 1.365.525,07
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti	2.472.737,3600	3.096.390,22	3.460.701,61
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	20.319.790,7917	20.237.905,33	21.557.571,65
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	4.525.628,0000	4.630.051,89	5.526.143,02
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	3.145.074,4200	2.959.707,92	2.966.881,51
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	4.423.975,7100	4.449.645,43	4.962.711,66
AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	150.535,9200	159.552,20	187.916,39
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	360.729.279,6069	360.015.657,64	367.313.632,95
	B) Costi della produzione			
BA0010	B.1) Acquisti di beni	65.495.950,1600	66.075.423,60	64.994.920,56
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	185.524.571,3860	187.744.943,45	190.366.848,98
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	3.336.243,4639	3.141.462,41	3.167.153,72
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	2.704.839,8500	2.596.107,46	2.629.329,93
BA2080	<u>Totale Costo del personale</u>	88.441.611,2840	88.611.059,91	88.598.580,47
BA2090	B.5) Personale del ruolo sanitario	69.600.875,0205	71.290.576,91	71.335.943,19
BA2230	B.6) Personale del ruolo professionale	502.806,6002	463.733,66	433.733,66
BA2320	B.7) Personale del ruolo tecnico	10.911.632,9040	9.944.804,14	9.916.658,41
BA2410	B.8) Personale del ruolo amministrativo	7.426.296,7593	6.911.945,20	6.912.245,21
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	1.217.582,6300	1.179.626,53	1.166.003,79
BA2560	<u>Totale Ammortamenti</u>	5.026.857,3500	5.052.527,11	5.565.831,82
BA2570	B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	66.627,6000	66.627,96	58.196,26
BA2580	B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	4.960.229,7500	4.985.899,15	5.507.635,56
BA2630	B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	30.000,0000	130.000,00	53.450,75
BA2660	B.13) Variazione delle rimanenze	-	-	-
BA2690	B.14) Accantonamenti dell'esercizio	2.576.333,8700	3.293.762,64	5.909.182,97
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	354.353.989,9939	357.824.913,11	362.451.302,99
	C) Proventi e oneri finanziari			
CA0010	C.1) Interessi attivi	-	-	-
CA0050	C.2) Altri proventi	-	-	-
CA0110	C.3) Interessi passivi	-	-	3.137,58
CA0150	C.4) Altri oneri	-	-	-
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	-	-	3.137,58
	D) Rettifiche di valore di attività finanziarie			
DA0010	D.1) Rivalutazioni	-	-	-
DA0020	D.2) Svalutazioni	-	-	-
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-	-	-
	E) Proventi e oneri straordinari			
EA0010	E.1) Proventi straordinari	-	-	1.494.249,01
EA0260	E.2) Oneri straordinari	-	-	1.154,71
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	-	-	1.493.094,30
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	6.375.289,6130	2.190.744,52	6.352.286,68
	Y) Imposte e tasse			
YA0010	Y.1) IRAP	6.257.089,4091	6.230.598,91	6.232.423,68
YA0060	Y.2) IRES	118.200,2000	119.863,44	119.863,00
YA0090	Y.3) Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)	-	-	-
YZ9999	Totale imposte e tasse (Y)	6.375.289,6091	6.350.462,35	6.352.286,68
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	0,00	- 4.159.717,83	- 0,00

Il grafico 1 mostra la ripartizione dei costi aziendali nei tre livelli di assistenza: in particolare, fatto 100 il totale dei costi dell'anno 2023, mostra come alla prevenzione collettiva e sanità pubblica venga destinato il 3% (corrispondente a 10.953.764 €), all'assistenza distrettuale il 56,8% (corrispondente a 208.029.829 €) e, infine, al livello ospedaliero il 40,2% dei costi sostenuti (pari a 147.459.040 €).

Grafico 1



In termini di costo pro-capite, ossia del consumo medio di risorse che ciascun residente marchigiano assorbe dal Servizio sanitario pubblico (dato dal rapporto tra il costo complessivo sostenuto per i cittadini residenti ed il numero di residenti marchigiani), l'AST Fermo evidenzia un costo pro-capite pari a 2.183 euro.

LE RISORSE PROFESSIONALI

L'AST di Fermo conta 1.684 dipendenti alla data del 31/12/2023, così suddivisi per profilo contrattuale e rappresentati nella tabella 8 che segue.

Tabella 8

DOTAZIONE ORGANICA		AST FM
RUOLO	AREA	Teste al 31/12/2023
SANITARIO	Dirigenza medica	254
	Dirigenza sanitaria non medica	37
	Comparto sanitario	904
PROFESSIONALE	Dirigenza professionale	5
	Comparto professionale	0
TECNICO	Dirigenza tecnica	2
	Comparto tecnico	290
AMMINISTRATIVO	Dirigenza amministrativa	9
	Comparto amministrativo	183
TOTALE		1.684

Grafico 2

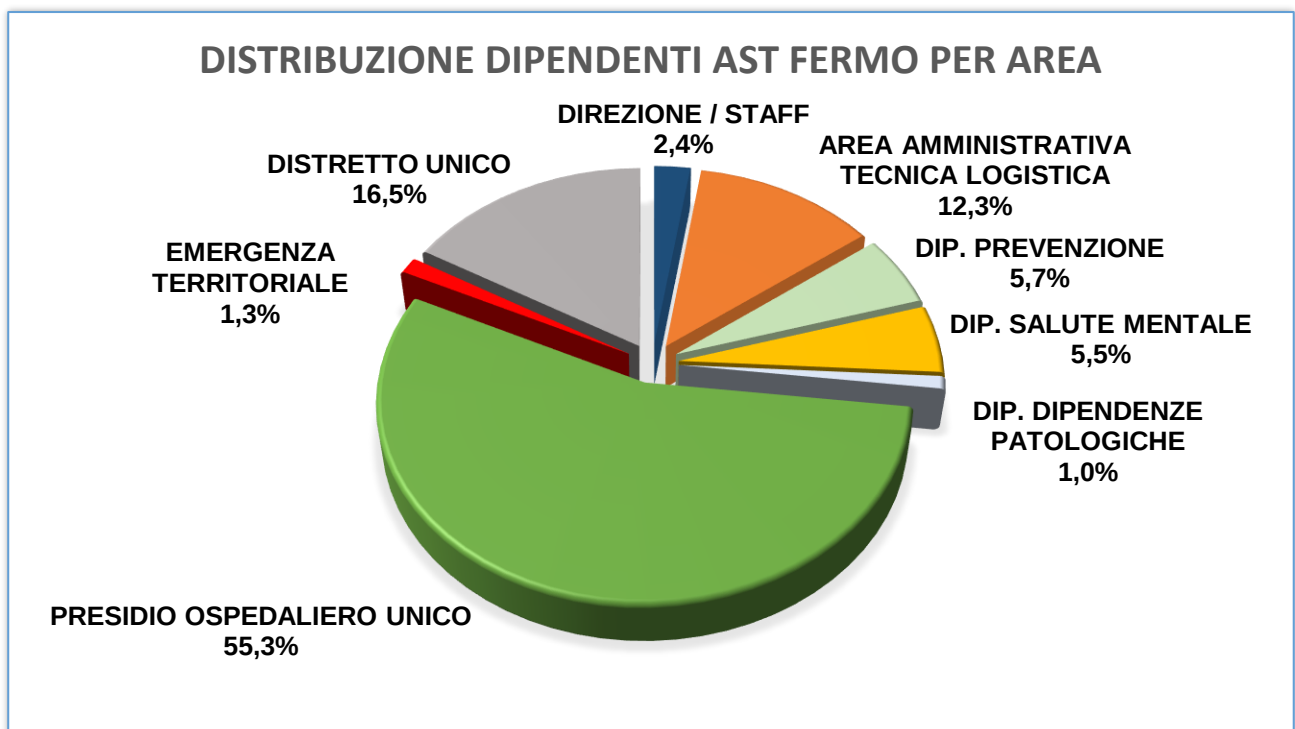
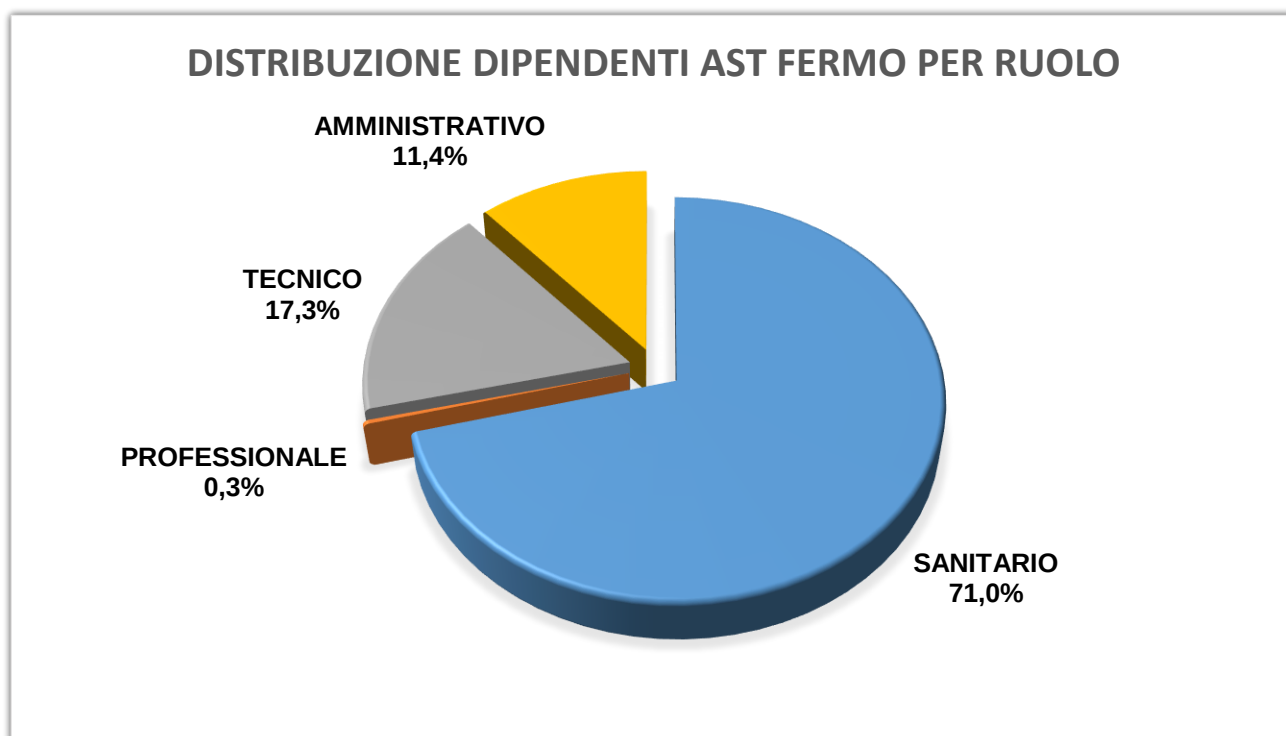


Grafico 3



LA STRUTTURA DELL' OFFERTA

L'Azienda opera mediante 1 Presidio Unico comprendente 2 stabilimenti ospedalieri. A questi si aggiungono 1 Casa di Cura Privata accreditata e 3 Istituto di Riabilitazione. Sul territorio aziendale sono altresì presenti 2 Case della salute, derivanti dalla riconversione di ex ospedali minori.

Figura 2



Tabella 9: Strutture Pubbliche (Fonte Modello HSP 11 e HSP 11bis anno 2023)

CODICE STRUTTURA	DESCRIZIONE STRUTTURA	CODICE STABILIMENTO	DESCRIZIONE STABILIMENTO
110004	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	01	STABILIMENTO DI FERMO
		02	STABILIMENTO DI AMANDOLA

Tabella 10: Strutture private accreditate (Fonte Modello HSP 11 anno 2023)

CODICE STRUTTURA	codice stabilimento	Denominazione struttura	Tipologia struttura	Descrizione stabilimento
110078	01	CdC MARCHE - RETE IMPRESA	Struttura multi-specialistica	RITA SRL CASA DI CURA PRIVATA VILLAVERDE

Nell'anno 2023 i posti letto direttamente gestiti sono pari a 314 unità, comprendenti 32 posti letto di DH/DS, e 282 posti letto ordinari (incluso detenuti, nido e discipline ospedaliere per acuti).

Tabella 11

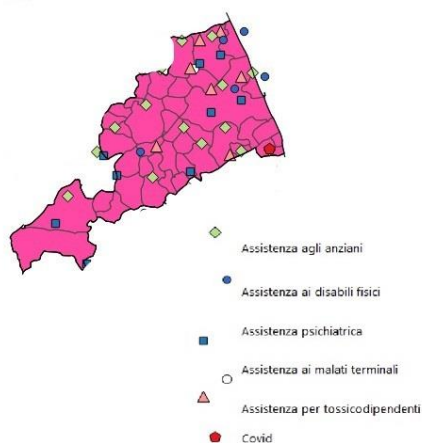
Descrizione struttura	Descrizione Stabilimento	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria Riab. E Lungod. (cod. 56-60)	Degenza ordinaria escluso precedenti	Totale
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	STABILIMENTO DI AMANDOLA	0	3	0	20	23
	STABILIMENTO DI FERMO	22	7	0	262	291
	Totale complessivo	22	10	0	282	314

L'Azienda opera mediante 34 strutture territoriali a gestione diretta e 39 strutture territoriali convenzionate (Fonte STS 11).

Figura 3: Attività diagnostica, laboratorio e clinica



Figura 4: Tipologia di assistenza



La tabella 12 che segue, coerentemente con i flussi ministeriali STS 11 e 24, riporta il numero di strutture a gestione diretta e il numero delle strutture private convenzionate per il 2023 suddivise per tipologia di struttura e tipo di assistenza erogata.

Tabella 12

Numero di strutture a gestione diretta	Tipo struttura				
assistenza erogata	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	AMBULATORIO E LABORATORIO	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	Totale complessivo
Assistenza agli anziani			4		4
Assistenza ai disabili fisici			1		1
Assistenza ai malati terminali			1		1
Assistenza per tossicodipendenti	1				1
Assistenza psichiatrica	5		1	3	9
Attività clinica	12				12
Attività di consultorio familiare	6				6
Attività di laboratorio	8	1			9
Diagnostica strumentale e per immagini	8				8
Vaccinazioni anti COVID-19	8				8
Totale	48	1	7	3	59
Numero di strutture convenzionate	Tipo struttura				
assistenza erogata	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	AMBULATORIO E LABORATORIO	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	Totale complessivo
Assistenza agli anziani			11		11
Assistenza ai disabili fisici				6	6
Assistenza per tossicodipendenti			4	1	5
Assistenza psichiatrica			6		6
Attività clinica		4			4
Attività di laboratorio		7			7
Covid-19			1		1
Diagnostica strumentale e per immagini		1			1
Totale		12	22	7	41
Totale complessivo	48	13	29	10	100

Di seguito la tabella 13 mostra il numero di posti letto di assistenza residenziale e semiresidenziale attivi nel 2023.

Tabella 13

AST4

POSTI LETTO PER STRUTTURA	Tipo di assistenza erogata	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	TOTALE
Strutture a gestione diretta ASUR	Assistenza agli anziani	79		79
	Assistenza ai disabili fisici	14		14
	Assistenza ai malati terminali	10		10
	Assistenza psichiatrica	15	35	50
	totale	118	35	153
Strutture convenzionate	Assistenza agli anziani	390		390
	Assistenza ai disabili fisici		127	127
	Assistenza per tossicodipendenti	41	8	49
	Assistenza psichiatrica	79		79
	Covid-19	0		0
totale		510	135	645
Totale complessivo		628	170	798

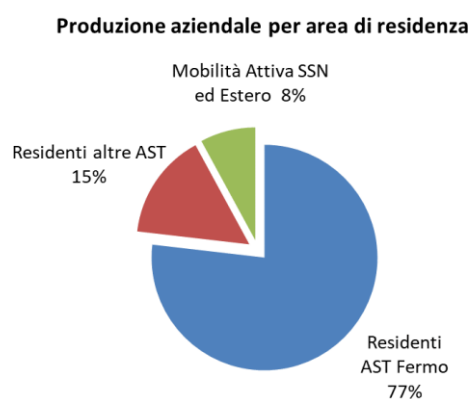
Relativamente alla medicina di base, nell'AST Fermo operano mediante 104 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 154.389 unità, e 16 pediatri di libera scelta, che assistono 13.435 under 14.

I SERVIZI SANITARI EROGATI

Macroarea Ospedaliera

In riferimento all'assistenza ospedaliera, l'AST nel 2023 ha erogato complessivamente 13.277 ricoveri (comprensivi anche della quota di produzione dei privati accreditati), di cui 77% ai propri residenti, 15% a residenti di altre AST e 8% ai residenti di altre regioni (Grafico 4). Il numero di interventi chirurgici sono stati oltre 6000. L'ultimo tasso disponibile di ospedalizzazione globale per acuti (numero di ricoveri per mille abitanti con la mobilità passiva extraregionale) è pari a 124,9 con un valore pari a 94,9 per i ricoveri in regime ordinario e 30 per quelli in regime diurno.

Grafico 4



Nel 2023, il Dipartimento Chirurgico mostra un aumento dell'attività rispetto all'anno precedente, sia in regime ordinario sia in regime diurno. Per l'ordinario diminuisce la degenza media pre-operatoria ed aumentano i DRG ad alta complessità. Il peso medio DRG risulta in lieve flessione rispetto allo storico ma è comunque superiore al peso medio del ricovero nella casistica standard, come evincibile dal Case Mix superiore a 1. Nel regime diurno si ha un notevole aumento dei casi a fronte di una lieve diminuzione della complessità. (Tabella 14)

Il Dipartimento Medico, nel 2023, mostra nel regime ordinario un aumento del volume di attività, un miglioramento nell'appropriatezza ed un aumento sia della complessità che del peso medio DRG dei ricoveri. Nel regime diurno a fronte di una lieve flessione dei casi si ha un aumento della complessità della casistica trattata. (Tabella 15)

Il Dipartimento Materno - Infantile, nel 2023, mostra nel regime ordinario, un aumento del volume di attività, del peso medio dei DRG ed un Case Mix superiore a 1. Diminuisce leggermente la degenza media pre-operatoria. Nel regime diurno la diminuzione del volume di attività è compensata dalla maggiore complessità della casistica trattata. (Tabella 16)

Tabella 14

DIPARTIMENTO CHIRURGICO 2023	
	REGIME ORDINARIO
Dimessi	2.899
Degenza Media	5,60
Degenza Media Pre-Operatoria	1,16
Peso Medio DRG	1,5072
Case Mix	1,073988187
Numero Interventi Principali	2.795
% DRG Chirurgici	93,5%
DRG Alta Complessità	852

	REGIME DIURNO
Dimessi	921
GG Degenza	921
Peso Medio DRG	1,0801

Tabella 15

DIPARTIMENTO MEDICO 2023	
	REGIME ORDINARIO
Dimessi	3.195
Degenza Media	13,40
Degenza Media Pre-Operatoria	4,93
Peso Medio DRG	1,4373
Case Mix	1,040575142
Numero Interventi Principali	1.007
% DRG Chirurgici	10,7%
DRG Alta Complessità	87

	REGIME DIURNO
Dimessi	1.134
GG Degenza	13.885
Peso Medio DRG	0,8217

Tabella 16

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE 2023	
	REGIME ORDINARIO
Dimessi	2.144
Degenza Media	3,30
Degenza Media Pre-Operatoria	0,47
Peso Medio DRG	0,5806
Case Mix	1,069285128
Numero Interventi Principali	1.008
% DRG Chirurgici	29,2%
DRG Alta Complessità	20

	REGIME DIURNO
Dimessi	364
GG Degenza	372
Peso Medio DRG	0,9021

Il confronto della Mobilità Passiva Intra-Regionale (Tabella 17) evidenzia un leggero aumento rispetto all'anno precedente, sia in termini di volumi sia di complessità con un riallineamento al dato ante-Covid. (Grafico 5)

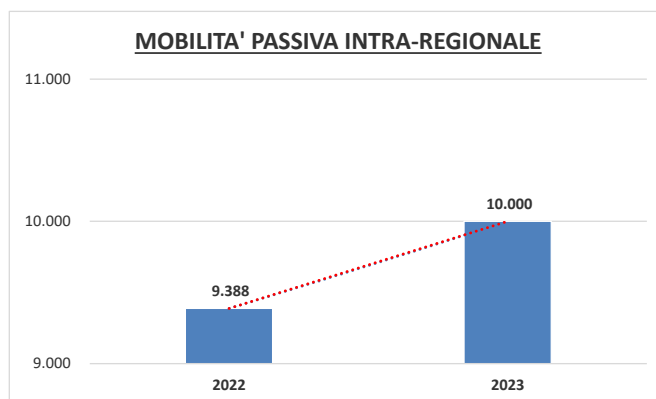
Tabella 17

ANNO 2022	Mbl PASSIVA Intra-Regione		
	CASI	IMPORTO	PESO M
	9.388	37.500.584,28	1,278

ANNO 2023	Mbl PASSIVA Intra-Regione		
	CASI	IMPORTO	PESO M
	10.000	39.365.452,71	1,284

Δ%	6,52%	4,97%	0,40%
----	-------	-------	-------

Grafico 5

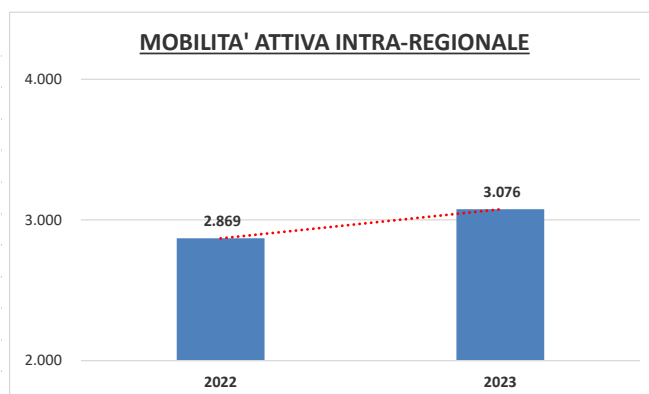


Anche la Mobilità Attiva Intra-Regionale (Tabella 18), è in aumento rispetto all'anno precedente (Grafico 6), tendenza volta a favorire una minore dipendenza dalle altre strutture Regionali (almeno per le prestazioni relative a discipline presenti e per attività coerenti con la tipologia di presidio ospedaliero insistente su tale Provincia).

Tabella 18

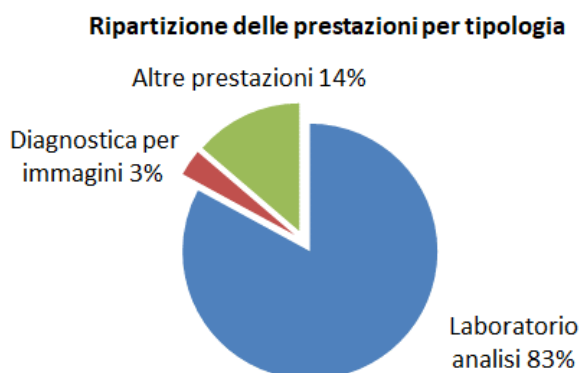
ANNO 2022	Mbl ATTIVA Intra-Regione		
	CASI	IMPORTO	PESO M
	2.869	10.336.804,65	1,19
ANNO 2023	Mbl ATTIVA Intra-Regione		
	CASI	IMPORTO	PESO M
	3.076	10.595.180,36	1,18
Δ%	7,22%	2,50%	-0,90%

Grafico 6



In merito all'assistenza specialistica, nel 2023 sono state globalmente erogate dall'azienda e dagli erogatori privati accreditati ad essa convenzionati 3.618.893 prestazioni, di cui 83% prestazioni di laboratorio analisi e 3% di diagnostica per immagini.

Grafico 7



I volumi di attività per tipologia di prestazione relativi all'area ospedaliera nel 2023 presentano un incremento di oltre il 5% rispetto all'anno precedente, (Grafico 8) di cui le prime visite e visite di controllo (Grafico 9) aumentano del 8,6%.

Grafico 8

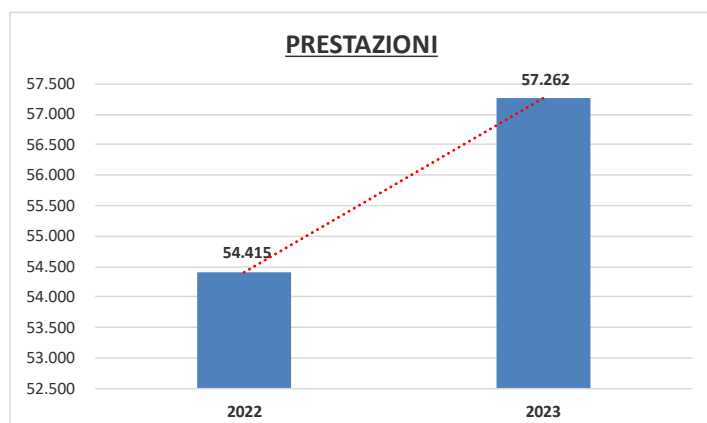
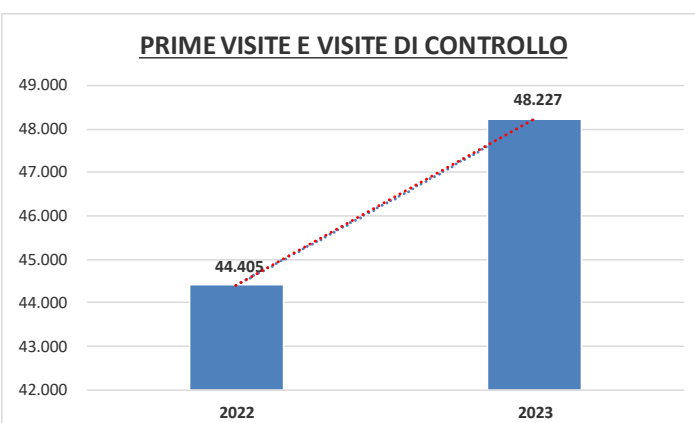


Grafico 9



Macroarea Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione (DP), 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.

L'attuale organizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione, consolidata e collaudata nel tempo, ha consentito una capillare e radicata presenza sul territorio di quei Servizi che costituiscono la struttura portante della rete della prevenzione primaria collettiva:

- Igiene e Sanità Pubblica
- Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
- Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro
- Sanità Animale
- Igiene degli Alimenti di Origine Animale.
- Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche

Alla luce di quanto definito dal LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", il DP garantisce attraverso le sue articolazioni ed i suoi professionisti il supporto tecnico-scientifico

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.

Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP)

I Servizi di Igiene e Sanità Pubblica sono quelli che funzionalmente sono preposti alla prevenzione delle malattie infettive e diffuse. La UOC ISP-PMI si occupa della Sorveglianza, Prevenzione e Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i Programmi Vaccinali. È organizzata nelle seguenti specifiche aree: - Area Vaccinazioni; - Area Sorveglianza, Prevenzione e Controllo delle malattie infettive e diffuse. - Area Medicina dei Viaggi e Profilassi Internazionale – Area Ambiente e Salute – Area Igiene e Sicurezza Ambienti di Vita - Area Medicina dello Sport - UOS Epidemiologia e Promozione della Salute – UOSD Screening Oncologici.

Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPSAL)

L'U.O.C. Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPSAL) ha come obiettivi primari la tutela della salute dei lavoratori e la salvaguardia della sicurezza nei luoghi di lavoro perseguiti attraverso interventi di vigilanza e controllo, informazione, assistenza e promozione della salute.

Tali interventi sono rivolti sia ad aziende del settore pubblico che del settore privato operanti nei 40 Comuni del territorio di competenza. In AST Fermo al 31.12.2022 erano attive n. 9.663 Posizioni Assicurative Territoriali (PAT) con almeno un addetto con n. 39.377 lavoratori (Flussi informativi INAIL).

Sanità Animale (SA)

L'UOC Sanità Animale (SA), nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione (DP) della AST di Fermo, assicura tutte le prestazioni e i servizi stabiliti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) obbligatori e vincolanti, unitamente a quelle previste dagli obblighi derivanti dall'esercizio delle funzioni di Autorità Competente Locale in Sicurezza Alimentare delegate dall'Azienda, e alle attività previste dalla normativa vigente in materia di sanità animale, la cui finalità principale è di tutela della salute umana ed animale attraverso la prevenzione e il controllo delle malattie infettive, con particolare riguardo alle zoonosi (malattie trasmissibili dagli animali all'uomo), nonché di tutte le attività di sanità pubblica veterinaria, tipiche di questo settore, che hanno un impatto ambientale e di sicurezza pubblica.

Igiene degli Alimenti di Origine Animale (IAOA)

Il SIAOA, in quanto Autorità Locale Competente (ACL) in ambito di Sicurezza Alimentare, svolge l'attività di Controllo Ufficiale su tutta le filiere produttive degli alimenti di origine animale e loro derivati (carni, prodotti ittici, latte, uova e miele) attraverso l'utilizzo di strumenti quali: monitoraggio, sorveglianza, verifica, ispezione, campionamento e audit. I Controlli Ufficiali vengono espletati nelle fasi di produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione delle seguenti attività: Allevamenti di molluschi eduli lamellibranchi(vongole ,cozze, ostriche etc.),Impianti di macellazione (carni rosse, carni bianche e selvaggina), Laboratori di Trasformazione carni, Mercato Ittico, Laboratori di lavorazione prodotti della pesca, Impianti di depurazione e spedizione molluschi, Caseifici, Centri di imballaggio uova, Laboratori di produzione miele, Depositi all'ingrosso, Selvaggina cacciata, Macellerie e laboratori annessi, Pescherie e laboratori annessi, Paste all'uovo, Generi alimentari, Gastronomie, Supermercati ed Ipermercati, Mense, Ristoranti. Sul territorio dell'AST FM sono presenti n. 73 Stabilimenti riconosciuti e circa n. 4.118 Imprese Alimentari Registrate di cui n. 441 di competenza SIAOA e n. 3.677 di competenza congiunta: SIAOA/SIAN.

Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (IAPZ)

Nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione (DP) della AST di Fermo, il Servizio assicura i compiti e le prestazioni stabiliti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) obbligatori e vincolanti, in attuazione delle norme regionali, europee e nazionali di sanità pubblica veterinaria, concordemente alle attività derivanti dagli impegni conferiti dall'Azienda Sanitaria in rappresentanza di specifiche funzioni in qualità di Autorità Competente Locale in Sicurezza Alimentare.

Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN)

L'UOC SIAN, ha quale compito fondamentale, la tutela della salute della popolazione per gli aspetti legati alla sicurezza alimentare e alla nutrizione e per questo è funzionalmente suddiviso in due aree (igiene degli alimenti e igiene della nutrizione). Si occupa quindi del controllo e vigilanza in ogni fase della produzione, distribuzione e somministrazione dei prodotti alimentari e delle bevande, della tutela delle acque destinate al consumo umano, del corretto utilizzo e commercializzazione dei prodotti fitosanitari in agricoltura, degli aspetti nutrizionali riferiti alla popolazione ed alle collettività.

Dipartimento Salute Mentale

L'Area della Salute Mentale è costituita da un'Area Ospedaliera per ricoveri acuti e nel territorio di Centri di salute mentale, centri diurni e strutture residenziali gestiti a livello organizzativo e gestionale dal Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dell'Azienda Sanitaria Territoriale. Ogni anno il DSM di Fermo ha un contatto con almeno 2.500 pazienti a cui offre una consulenza o una prestazione di tipo socio-sanitario-riabilitativo o un ricovero in struttura socio-sanitaria. Considerando invece gli utenti in carico (ossia quelli con almeno tre contatti l'anno con il CSM o DH oppure un ricovero in SPDC) presso tutte le strutture del DSM, si rimanda a quanto sinteticamente rappresentato nella tabella 19.

Tabella 19

Anno		2023	
ETA'	Maschi	Femmine	Totale pazienti presi in carico
15 -18	33	7	40 (1,9%)
19-24	54	84	138 (6,5%)
25 - 34	120	106	226 (10,6%)
35 - 44	164	114	278 (13,0%)
45 - 54	254	235	489 (23,0%)
55 - 64	249	288	537 (25,0%)
> 64	176	246	422 (20,0%)
Totale	1.050 (49%)	1.080 (51%)	2.130

Gli utenti stranieri in trattamento nella AST di Fermo sono complessivamente ogni anno 190 rappresentando il 8,9% di tutti i pazienti in carico. Rispetto alle prestazioni offerte nel 2023, il DSM di Fermo ha offerto una media di 5 prestazioni a persona con approcci multimodali ed integrati tra più figure professionali (psichiatri, psicologi, educatori, infermieri, riabilitatori, assistenti sociali etc).

Tabella 20

Anno	2023		
	M	F	Totale
Prestazioni	21.455	21.053	42.508
Media prestazioni			5,01

Nel 2023 si è registrato un aumento di ricoveri presso l'SPDC per tutte le fasce di età in particolare un aumento dei ricoveri dei pazienti adolescenti nella fascia di età 15-24 anni, andamento che rispecchia il trend nazionale. Gli adolescenti manifestano patologie particolarmente gravi, come gravi disturbi di personalità, abuso di sostanze e gesti anticonservativi.

Tabella 21

UTENTI RICOVERATI in SPDC e in DH	2023		
	M	F	Totale
SPDC	201	134	335
DH	3	1	4

Il ricovero ripetuto di pazienti con patologie mentali nel mese successivo alla dimissione è indice di una scarsa integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali ed evidenzia problematiche di presa in carico dei pazienti da parte della salute mentale territoriale. La AST di Fermo presenta un dato decrescente. Questo è indice di buona integrazione della continuità ospedale-territorio, della presa in carico adeguata da parte dell'equipe territoriale multiprofessionale del DSM e della buona integrazione con la rete sociale territoriale.

Tabella 22: Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria

2023	
AST Fermo	2.17

Nelle 3 strutture semi-residenziali a gestione AST di Fermo nel 2023 sono transitati 35 pazienti mentre nella struttura Riabilitativa Residenziale della AST sono stati presenti 20 pazienti.

Dipartimento Dipendenze Patologiche

Il Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche (STDP) della AST di Fermo, insieme alle Strutture Operative Territoriali del Privato Sociale accreditato, è quindi la componente pubblica dell'organizzazione dipartimentale che provvede alla consulenza, primo sostegno e orientamento, informazione, prevenzione, riduzione del danno, assistenza e cura nonché alla riabilitazione delle persone che hanno problemi conseguenti all'abuso ed alla dipendenza di sostanze psicoattive o comportamenti compulsivi.

Tabella 23: Utenti in carico al STDP – anni 2019/2023

Anno	SOSTANZE	ALCOL	GAP	FAMILIARI	DETENUTI	TOTALE
2019	537	181	85	91	75	969
2020	565	157	48	41	52	863
2021	531	134	47	68	60	840
2022	526	149	43	17	84	819
2023	518	176	52	107	87	940

Tabella 24: Rispetto alle persone in trattamento solo per uso di sostanze, i dati significativi, confrontati con i dati nazionali sono:

	AST DI FERMO 2023	ITALIA 2022 (dati disponibili nella Relazione al Parlamento)
Tasso sulla pop. generale (100.000ab)	371,22	216
Casi incidenti	14,00%	13,00%
Sesso maschile	84,59%	86%
Età media	39,74	42
Fascia di età più rappresentata	69,58% tra i 30 e i 54 anni 18,84% < 30 anni	Il 68% tra i 30 e i 54 anni il 15% < 30 anni
Sostanze d'abuso	Eroina 53,48% Cocaina+crack 15,28% Cannabinoidi 4,28%	Eroina 61,5% Cocaina 21,7% Cannabinoidi 11,4%

Tabella 25: Nazionalità utenti STDP AST di Fermo

Anno 2023	SOSTANZE	ALCOL	GAP
Cittadinanza italiana	89,89%	90,04%	96,39
Cittadinanza straniera	10,11%	9,96%	3,61%

Rispetto alle prestazioni offerte in ambulatorio, quasi il 60% delle persone in cura per Disturbo da Uso di Sostanze ha ricevuto prestazioni farmacologiche, oltre il 70% prestazioni psicosociali, il 79% sanitarie non farmacologiche. Rispetto all'invio dei pazienti in struttura residenziale del privato sociale convenzionato, nella AST di Fermo, le persone che vengono inviate in trattamento residenziale sono in media il 7% dell'utenza in carico (nel 2018 era il 9,8%, una costante diminuzione in linea con i dati nazionali). E' aumentato negli ultimi anni anche l'ingresso di stranieri solo di sesso maschile – 10% circa degli invii - dato che sta ad indicare la maggiore capacità di presa in carico di questa utenza che prima veniva reclutata e seguita solo in strada o in carcere ma che poi sfuggiva alle proposte di tipo riabilitativo. Nel semiresidenziale l'accesso è favorito dalla presenza del Centro Diurno a conduzione integrata del Comune e della AST di Fermo, situato nel territorio di Porto San Giorgio.

Tabella 26: Dati inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali utenti STDP AST di Fermo (solo dipendenti da sostanze)

2023	FEMMINE	MASCHI	% sul totale pazienti
RESIDENZIALE	17	28	5,14%
SEMIRESIDENZIALE	3	17	2,28%
2022	FEMMINE	MASCHI	% sul totale pazienti
RESIDENZIALE	9	34	6,37%
SEMIRESIDENZIALE	2	13	2,22%
2021	FEMMINE	MASCHI	% sul totale pazienti
RESIDENZIALE	12	36	7,21%
SEMIRESIDENZIALE	4	9	1,95%

Macroarea Territorio

Nel processo di trasformazione organizzativa, volto al potenziamento delle cure erogate a livello territoriale, il Distretto rappresenta lo strumento centrale e strategico per l'identificazione dei servizi nel nuovo sistema di welfare. Le manovre di rientro e l'attuazione degli standard ospedalieri fanno sì che il baricentro del sistema sanitario sia spostato sempre di più dall'ospedale al territorio, per offrire una risposta adeguata all'aumento delle patologie cronico-degenerative e quelle a compartecipazione sociale.

Il Distretto è un anello irrinunciabile della filiera del welfare regionale con il ruolo che va dalla produzione di cure primarie e intermedie, al governo della domanda socio-sanitaria ponendosi come filtro regolatore dell'accesso alle strutture ospedaliere. Negli anni si è assistito ad un progressivo incremento del volume di attività delle cure domiciliari. Nel 2023 si sono avuti 67.344 accessi con un incremento del +4% rispetto all'anno precedente. Nell' AST di Fermo si è verificato un progressivo aumento dell'offerta delle cure domiciliari alla popolazione anziana che è passata dal 3,1% del 2020 ad oltre il 4% negli anni 2022-2023, in linea con il trend regionale.

Nell'anno 2023 sono stati assistiti 1.407 utenti presso le strutture residenziali dell'AST di Fermo area anziani (Tabella 27), un incremento del 7,4% sul 2019 (1.309 utenti). A marzo 2023 è stato inoltre riattivato il centro diurno Alzheimer nel Presidio distrettuale Montegranaro, una struttura semiresidenziale potenzialmente in grado di accogliere 20 pazienti gestita dal Distretto Sanitario in collaborazione con il CDCD e con la Neurologia di AST Fermo. La riapertura della struttura ha permesso ad AST Fermo di dotarsi di tutti i setting assistenziali necessari a fornire appropriata assistenza a persone con demenza: domiciliarità (ADI), ambulatorio (CDCD), strutture semiresidenziali e strutture residenziali (RP demenze e RSA demenze). Nel 2023 il centro ha accolto 18 pazienti per un totale di 1.225 pazienti. L'AST Fermo dispone inoltre di un hospice oncologico di 10 posti letto sito nel Presidio Distrettuale di Montegranaro. Nel 2023 tale hospice ha assistito 131 ospiti, erogando un totale di 2.445 giornate di assistenza.

Tabella 27: Numero posti letto a gestione diretta o privati convenzionati e numero pazienti ospitati per tipologia di struttura residenziale area anziani (2023)

		Anno	
		2023	
Tipo Assistenza	Strutture	P.L.	Pz.
Cure Intermedie	Presidio di MONTEGIORGIO	20	109
	Presidio di S.ELPIDIO A MARE	20	124
	Totale	40	233
Residenza Sanitaria Assistenziale	Presidio di AMANDOLA	19	54
	Presidio di MONTEGRANARO	Chiusa nel 2021	
	Presidio PETITROLI	20	80
Residenza Protetta	Str. Convenzionata "Anni Azzurri" CAMPOFILONE	68	260
	"Pietro Paolo De Minicis" FALERONE	20	24
	"Sassatelli" FERMO	77	95
	"Opere Pie" FRANCAVILLA	30	30
	"Antoliini" MONTEPARO	12	13
	"Madre Teresa di Calcutta" MONTOTTONE	6	6
	"Fondazione Marziali Cruciani" MONTEFALCONE	32	41
	"Opera Pia Arpili" MONTEGIBERTO	65	95
	"Vecchi e Poveri" MONTEGIORGIO	20	23
	"Opera Pia" MONTEGRANARO	15	15
	"Don Marzetti" MONTERUBBIANO	23	31
	"San Francesco" MONTE SAN PIETRANGELI	25	26
	"Pacifico Marini" PETRITOLI	48	69
	"Suore S. Gaetano" PORTO SAN GIORGIO	40	49
	"Comunale" S.ELPIDIO A.MARE	40	30
TOTALE		640	1.407

Nel territorio della provincia di Fermo sono presenti quattro strutture residenziali area disabili: una pubblica e tre private convenzionate con AST Fermo. La Tabella 28 indica il numero di utenti assistiti presso le strutture residenziali area disabilità di AST Fermo nel 2023.

Tabella 28: Numero pazienti assistiti presso le strutture residenziali area disabili di AST Fermo nel 2023 (fonte flussi RIA 2023 e STS24)

Struttura	N° utenti 2023
Istituto Mancinelli	38
Comunità di Capodarco	51
Comunità Socio Educativa Riabilitativa (COSER) PSE	6
Residenza Assistenziale Riabilitativa AST Fermo	201
TOTALE	296

Le strutture semiresidenziali sociosanitarie destinate all'assistenza di utenti con disabilità fisiche o cognitive presenti nella AST Fermo sono di 2 tipologie: i Centri Diurni Riabilitativi per Disabili di Capodarco e Montessori, strutture prettamente sanitarie, e i Centri diurni Socio Educativo Riabilitativi (CSER).

In Tabella 29 sono indicati gli utenti assistiti in CSER convenzionati nell'anno 2023, a cui vanno sommati utenti assistiti in PL autorizzati e accreditati ma non convenzionati.

Tabella 29: Numero pazienti inseriti presso CSER convenzionati con relative giornate di degenza totali (2023)

2023						
	GIRASOLE	CITTADELLA SOLE	SERRA	MONTEPACINI	BOTTEGA IDEE	ALBERO TALENTI
Utenti (TOT 178)	18	16	22	20	16	16
DEGENZA gg	4.312	3.441	4.414	4.090	3.788	3.840

I 2 Centri Diurni Riabilitativi per Disabili di Capodarco e Montessori nel 2023 hanno preso in carico 32 utenti adulti Capodarco e 17 utenti minori il Montessori, fornendo rispettivamente 7.465 e 3.383 giornate di assistenza (Fonte Flusso RIA 2023)

I dati relativi agli utenti presi in carico dall'Unità Multidisciplinare per l'Età Evolutiva dopo segnalazione scolastica, mostrano un aumento del 30%.

Tabella 30: Numero utenti segnalati dall'Istituzione scolastica al servizio UMEE

Anno Scolastico	Utenti
2020-2021	560
2021-2022	662
2022-2023	731

Il servizio per la "Disabilità Adulti" si rivolge alle persone maggiorenni, tra i 18 e i 64 anni, con disabilità psico-fisiche, ad esordio infantile, a cui viene garantita la presa in carico multidisciplinare all'interno di un sistema integrato di funzioni di sostegno. Nel periodo in cui è stata condotta la rilevazione (luglio 2023) l'Unità Multidisciplinare per l'Età Adulta aveva in carico 645 utenti, con un incremento dell'utenza di 4 punti percentuali rispetto alla precedente rilevazione. Tra i 645 soggetti in carico 48 utenti hanno avuto diagnosi di disturbo dello spettro autistico, ovvero un disturbo del neuro-sviluppo che coinvolge principalmente linguaggio e comunicazione, interazione sociale, interessi ristretti, stereotipati e comportamenti ripetitivi.

Tabella 31: Numero utenti in carico al Servizio Disabilità Adulti (luglio 2023)

Stuttura	Utenti
Umea Montegiorgio	157
Umea Porto S. Elpidio	175
Umea Porto S. GIORGIO	278
Utenti di non pertinenza territoriale	27
Fuori età	8
Totale	645

Nel periodo di rilevazione (luglio 2023) sono 50 gli utenti inseriti in strutture residenziali e 175 gli utenti presso gli CSER del territorio.

Tabella 32: Numero utenti in carico al Servizio Disabilità Adulti per tipologia di interventi (luglio 2023)

Tipologia di interventi	Utenti
Inserimento in struttura residenziale	50
Inserimento in struttura semiresidenziale	175
Tirocinio di inclusione sociale	213
Altro	207
Totale	645

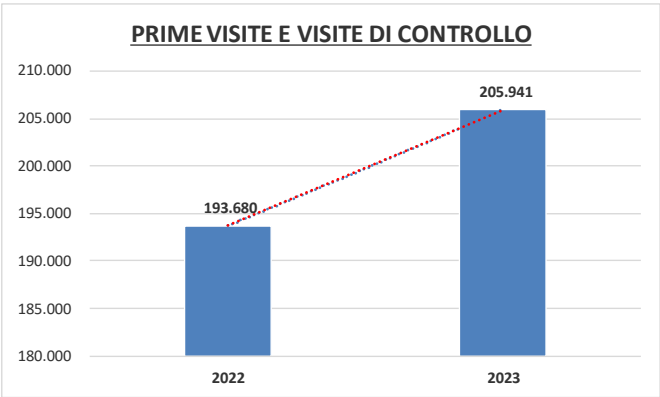
L'Assistenza Specialistica Ambulatoriale

Nell'anno 2023, le prestazioni, erogate dall'AST di Fermo alla popolazione residente sono aumentate del 15,6% rispetto all'anno precedente (Grafico 10) di cui le visite (siano esse prima visita o controllo) presentano un incremento del 6,3%. (Grafico 11)

Grafico 10



Grafico 11



Le attività consultoriali

Nell'anno 2023 al Consultorio familiare dell'AST di Fermo, ci sono stati in totale 194 liberi accessi, la maggior parte dei quali sono soggetti adulti. L'analisi dei dati per genere mostra che gli accessi riguardano prevalentemente il genere femminile sia tra gli adulti che tra gli adolescenti. (Tabella 33)

Tabella 33: Numero liberi accessi al Consultorio AST Fermo nell'anno 2023

2023	Adolescenti		Adulti	
	M	F	M	F
Numero accessi	14	27	47	106
Totale	41		153	

La Tabella 34 mostra il numero delle donne, che hanno avuto accesso al percorso di Interruzione Volontaria della Gravidanza dell'AST di Fermo.

Tabella 34: Numero donne che hanno interrotto volontariamente la gravidanza nell'anno 2023

ANNO	NUMERO IVG
2023	68

Relativamente ai dati riferiti all'attività che si svolge in relazione alle AA GG (TM e TO) , il numero di provvedimenti , richieste di collaborazioni che ci sono state inviate nel 2023 sono 414.

Dipartimento Emergenza Urgenza

L'attività di emergenza urgenza in AST Fermo è tracciata attraverso il Flusso Ministeriale EMUR PS. I dati riportati nella Tabella 35 mostrano il numero di accessi distinti per competenza territoriale del Pronto Soccorso per l'anno 2023 ed il totale complessivo risulta essere superiore rispetto a quello dell'anno precedente.

Tabella 35: Numeri di accessi per sede AST Fermo (2023)

Accessi x Sede	2023
OSPEDALE DI FERMO	37.167
OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II - AMANDOLA	3.875
OSPEDALE DI MONTEGIORGIO	3.599
PAAT DI SANT'ELPIDIO A MARE	3.074
Totale complessivo	47.715

CAPITOLO 2

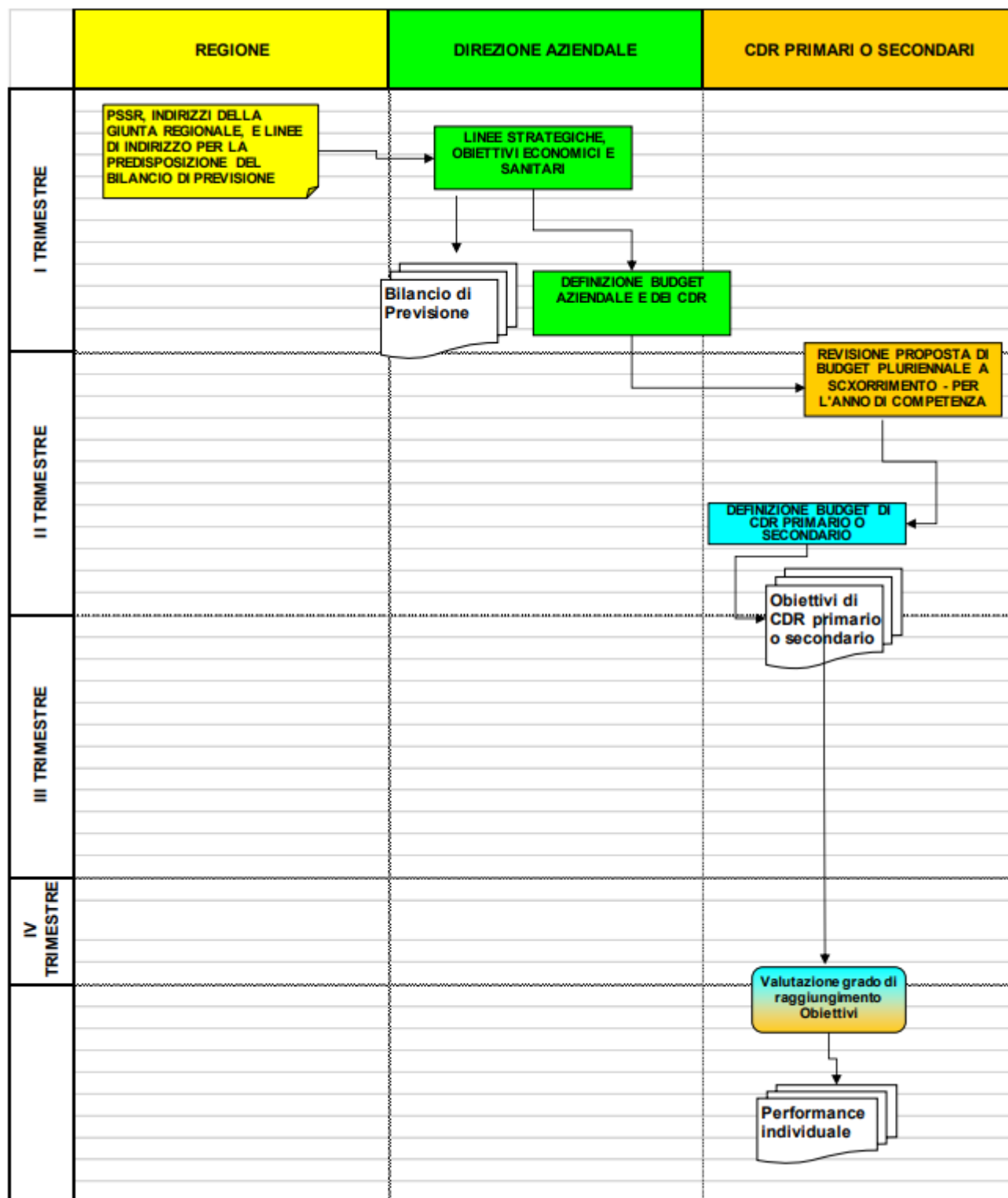
IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

Ai sensi dell'art 4. del D. Lgs 150/2009 così come modificato del D. Lgs 74/2017, le amministrazioni pubbliche sviluppano, in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio, il ciclo di gestione della performance che si articola nelle seguenti fasi: a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, tenendo conto anche dei risultati conseguiti nell'anno precedente, come documentati e validati nella relazione annuale sulla performance di cui all'articolo 10; b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse; c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi; d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale; e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito; f) rendicontazione dei risultati, nonché ai competenti organi di controllo interni ed esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi. Di seguito è riportato lo schema del ciclo delle performance aziendale che risulta coerente con le fasi di cui al D.Lgs. 150/2009 (art. 4) e con lo schema di cui alle Linee guida del Dipartimento della Funzione pubblica per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance n. 2/2017.

Figura 5



Figura 6



In particolare, l'attività di programmazione strategica aziendale è avviata con la definizione delle risorse a disposizione per l'Azienda, così come stabilite dalla Giunta Regionale nella delibera di indirizzo per la predisposizione del Bilancio di Previsione per l'anno di riferimento, nonché con l'analisi del contesto di riferimento in termini di vincoli esterni derivanti da disposizioni vigenti a livello nazionale e regionale.

Sulla base di tali elementi, la Direzione Aziendale stabilisce le linee strategiche aziendali da perseguire nell'anno di riferimento, tenuto conto degli obiettivi strategici contenuti nel Piano Sanitario vigente nonché degli obiettivi sanitari assegnati all'Azienda dalla Regione (riferiti all'anno precedente se ancora non adottati per l'anno in corso). Sulla base di tale quadro programmatico, la Direzione Aziendale negozia le schede di budget con i CDR, nel rispetto di una logica di budget pluriennale a scorrimento. Le schede di budget sono formulate sulla base dello schema riportato nell'apposita sezione del PIAO riferita al piano delle performance. Nel momento in cui la Regione procede all'eventuale revisione delle assegnazioni di Budget alle Aziende del SSR, la Direzione Aziendale se del caso rivede l'assegnazione; in alternativa la conferma. Il Budget di attività e costi assegnato a ciascun CDR, è oggetto di monitoraggio periodico (almeno trimestrale); i Responsabili di CDR sulla base dei report ricevuti dal Controllo di Gestione producono eventuali considerazioni ritenute utili per l'eventuale revisione delle assegnazioni o per l'individuazione di azioni correttive. A fine anno, appena disponibili i dati di chiusura del Bilancio di esercizio e di attività, si valuta il grado di raggiungimento degli obiettivi economici e sanitari dei CDR. Al fine di effettuare la valutazione individuale, gli obiettivi sono assegnati ai singoli dipendenti. Il criterio di assegnazione degli obiettivi tiene conto della posizione organizzativa ricoperta, in quanto vi deve essere coerenza fra obiettivo e funzione. Definita l'assegnazione degli obiettivi il personale viene valutato sul grado di realizzazione degli obiettivi assegnati e sulle proprie performance individuali. Il sistema di valutazione genera delle concrete ricadute sia sul salario di risultato sia sulla valutazione professionale per lo sviluppo della carriera. Si evidenzia che alla luce della disciplina introdotta con il D. Lgs 74/2017 si enfatizza il ruolo dell'OIV, lungo tutto il ciclo, un supporto metodologico volto ad assicurare efficacia, solidità e affidabilità al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP), che dovrà, fornire parere vincolante sul SMVP adottato annualmente dall'Azienda (art. 7 D. Lgs 150/2009).

CAPITOLO 3

SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI

Con DGRM 176 del 19/02/2024 sono stati definiti i criteri per la valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali degli Enti del Sistema Sanitario Regionale, che vengono valutati secondo il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- **OBIETTIVI ECONOMICI:** riguardano le azioni da effettuarsi nel rispetto del vincolo economico e si riferisce a settori trasversali quali l'area dei costi e dei debiti, gli adempimenti connessi all'attuazione del processo di riorganizzazione degli Enti del SSR, la spesa farmaceutica e dei dispositivi medici, le risorse umane, la dematerializzazione delle prescrizioni, l'implementazione del fascicolo sanitario elettronico e l'attuazione del PNRR;

- **OBIETTIVI SANITARI:** riguarda per ognuno dei tre macro-livelli assistenziali, Prevenzione collettiva e sanità pubblica, Assistenza Distrettuale e Assistenza Ospedaliera, gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e le attività previste per una buona qualificazione dell'erogazione dei LEA che devono essere attuati grazie alle risorse assegnate provvisoriamente agli Enti del Servizio Sanitario Regionale con DGR 1851 del 30.12.2022 e della successiva DGR 2073 del 28.12.2023, e di cui si valuterà l'applicazione attraverso opportuni indicatori di seguito esplicitati.

Gli obiettivi sanitari fanno riferimento al Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) - di cui al D.M. 12.03.2019 - che si articola attraverso un insieme di indicatori relativi ai tre macro-livelli di assistenza - Prevenzione collettiva e sanità pubblica, Assistenza Distrettuale e Assistenza Ospedaliera - a loro volta suddivisi tra "Indicatori Core" e "Altri indicatori", nonché altri indicatori previsti da deliberazioni di Giunta regionale, in quanto ritenuti indispensabili per il mantenimento ed il miglioramento della qualità assistenziale. Gli indicatori relativi agli obiettivi sanitari sono suddivisi in due Sezioni: - NGS CORE; - ALTRI INDICATORI. per ciascuna sezione sopra descritta sono previsti indicatori singoli o gruppi di indicatori.

Seguono quindi, distinti per aree, tabelle sintetiche circa il raggiungimento dei succitati obiettivi, precedute dalla griglia riportante la valutazione dei prerequisiti. Si evidenzia come tale rendicontazione si inserisca nel procedimento di valutazione dei risultati anno 2023 delle Direzioni Generali degli Enti del SSR; percorso in itinere e per il quale deve ancora essere espletata la fase di contraddittorio.

PRE-REQUISITI								
Prog.		INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST FERMO	RISULTATO RAGGIUNTO AST FERMO	Esito AST FERMO	Note
PRE-REQUISITI		Flusso FAR: rispetto tempistica invio (Trimestrale)			Alimentazione completa con dati per Trimestre	Flusso alimentato con dati trimestrali come verificato e riscontrato dalla Regione	✓	
		Flusso FAR: rispetto coerenza con il modello STS24 sul totale utenti (cut-off 80/120%)	Totale Utenti Flusso FAR	Totale utenti modello STS24	Rapporto tra Utenti FAR e utenti STS24 deve essere compreso in un range +-20%	83%	✓	
		Flusso FAR: rispetto coerenza con il modello STS24 sui nuovi ammessi (cut-off 80/120%)	Nuovi Ammessi Flusso FAR	Nuovi Ammessi modello STS24	Rapporto tra Nuovi Ammessi FAR e Nuovi Ammessi modello STS24 deve essere compreso in un range +-20%	91%	✓	
		Flusso SIAD: rispetto tempistica invio (Trimestrale)			Alimentazione completa con dati per Trimestre	Il flusso è stato rispettato nelle scadenze trimestrali	✓	
		SIAD: % Prese in Carico (PIC) con valutazioni/rivalutazioni (se presenti) effettuate nei 90 giorni previsti sul totale delle Prese In Carico (PIC) - Target >=80%	Totale Prese in carico (PIC) con valutazione/rivalutazione effettuata nei 90 giorni previsti	Totale Prese in carico (PIC) con prima valutazione	>=80%	n.d.	!	L'intestazione del report regionale che ne descrive la modalità di calcolo differisce dall'indicatore in questione; pertanto l'obiettivo non si ritiene valutabile
		Flusso HOSPICE: rispetto tempistica invio (Trimestrale)			Alimentazione completa con dati per Trimestre	Il flusso è alimentato dall'ARS	✓	
		Flusso SIND: rispetto tempistica invio (annuale)			Alimentazione completa con dati Annuali	Flusso alimentato con dati annuali	✓	
		Flusso SIND: Rispetto coerenza utenti con anno precedente (cut-off >=90%)	Totale utenti SIND anno 2022	Totale utenti SIND anno 2021	>=90%	98,50%	✓	

PRE-REQUISITI								
Prog.		INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST FERMO	RISULTATO RAGGIUNTO AST FERMO	Esito AST FERMO	Note
PRE-REQUISITI		Flusso File R: rispetto tempistica invio (annuale)			Alimentazione completa con dati Annuali	Flusso alimentato con dati annuali	✓	
		Flusso SISM: rispetto tempistica invio (Semestrale)			Alimentazione completa con dati per Semestre	Il flusso è stato rispettato nelle scadenze semestrali	✓	
		Flusso SISM: indicatore di referenzialità, numero soggetti inseriti in anagrafica in rapporto al numero soggetti con prestazioni territoriali - target >=80%	Numero Soggetti inseriti in anagrafica (parte territoriale) SISM	Numero soggetti con prestazione territoriale SISM	>=80%	n.d.	⚠	Dato al momento non verificabile stante i problemi nel SIRTE (in relazione all'esito degli invii al GAF); tuttavia, da una verifica con le UU.OO. Interessate, l'obiettivo risulterebbe raggiunto
		Flusso SDO: rispetto tempistica invio (Mensile)			Alimentazione completa con dati mensili	Flusso alimentato mensilmente; 100% tenuto conto di due anomalie tecniche non imputabili a questa AST	✓	La tempistica prevista è stata rispettata ad eccezione del mese di Gennaio. In tale occasione si evidenzia che l'invio è stato effettuato nei tempi (ID GAF 134662) ma, sono state riscontrate problematiche derivanti dall'errata formattazione del file da parte del gestionale DSEO. L'anomalia è stata prontamente segnalata ma i tempi di risoluzione da parte del fornitore non hanno permesso il rispetto della scadenza. Per completezza si segnala anche, che nell'invio di agosto per la sola struttura privata accreditata 'Villa Verde' a causa del cambio di gestionale, alcuni ricoveri riferiti a mesi precedenti sono stati impropriamente eliminati; il conseguente re-invio 'a sanatoria' ha generato un'apparente ritardo per dati che di contro erano stati inviati nei tempi previsti.
		Flusso SDO: % complessiva sul rispetto scadenze di invio del flusso [totale record inviati nei tempi (somma tutti i mesi) / totale record inviati] - parametro >=85%	Somma record con invio mensile rispettando i tempi di invio del flusso SDO	totale record inviati flusso SDO	>=85%	80,33%	⚠	Obiettivo calcolato sterilizzando i record fuori termine per le ragioni di cui sopra. Va inoltre segnalato come il ritardo sia connesso agli esami istologici (servizio gestito mediante convenzione e non presente in AST secondo l'impianto organizzativo ex ASUR), i cui tempi di refertazione incidono sulla chiusura delle SDO
		Flusso EMUR PS + EMUR 118: rispetto tempistica invio (Mensile)			Alimentazione completa con dati mensili	Flusso alimentato mensilmente	✓	La trasmissione di Settembre è occorsa in giornate non lavorative (Domenica 15/10 - per cui la scadenza, da codice civile, dovrebbe essere il primo giorno lavorativo successivo).L'invio (ID GAF 145009) è pertanto da ritenersi nei tempi. Relativamente all'invio dei dati di dicembre, il flusso con ID GAF 148976 è stato trasmesso nei tempi. Nei giorni successivi però, allo scopo di migliorare la qualità del dato, è stato effettuato un re-invio che ha sovrascritto i termini della prima trasmissione generando un apparente ritardo.
		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%	Somma record con invio mensile rispettando i tempi di invio del flusso EMUR PS + EMUR 118	totale record inviati flusso EMUR PS + EMUR 118	>=85%	88,00%	✓	Obiettivo calcolato sterilizzando i record fuori termine per le ragioni di cui sopra.

PRE-REQUISITI								
Prog.		INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST FERMO	RISULTATO RAGGIUNTO AST FERMO	Esito AST FERMO	Note
	PRE-REQUISITI	Flusso Farmaceutica: rispetto tempistica invio (Mensile)			Alimentazione completa con dati mensili	Flusso alimentato mensilmente	✓	
		Flusso File C: rispetto tempistica invio (Mensile)			Alimentazione completa con dati mensili	Flusso alimentato mensilmente	✓	
		Flusso File C: % complessiva sul rispetto scadenze di invio del flusso (totale record inviati nei tempi (somma tutti i mesi) / totale record inviati) - parametro $\geq 85\%$	Somma record con invio mensile rispettando i tempi di invio del flusso File C	totale record inviati flusso File C	$\geq 85\%$	n.d.	⚠	Non risulta presente un report regionale sul tema. Si precisa tuttavia che a far data dal mese di Settembre, gli esami esenti del laboratorio analisi non venivano correttamente generati dal sistema LIS e trasferiti a file C; la problematica è stata risolta nel mese di Novembre comportando un apparente ritardo nell'analisi dei record di competenza dei singoli mesi (che andrebbe sterilizzato)
		Flussi PNRR: Avvio del Flusso informativo sanitario del Consultorio (SICOF)	Adempienti alla fase di test		Adempienti alla fase di test, nomina dei referenti e adesione alla fase di test	Effettuati gli adempimenti alla fase di test ed individuati i referenti	✓	
		Flussi PNRR: Avvio del Flusso Informativo sanitario di Riabilitazione	Adempienti alla fase di test		Adempienti alla fase di test, nomina dei referenti e adesione alla fase di test	Effettuati gli adempimenti alla fase di test ed individuati i referenti	✓	
	Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi informativi	Invio settimanale dati posti letto e ricoveri			Adempimento settimanale invio flusso ricoveri covid-19	Flusso inviato nelle tempistiche richieste	✓	
		Rispetto invio flussi Trimestrali (Anagrafe Vaccinale - Percorso vaccinazione Covid-19 e percorso No-Covid-19)			Alimentazione AVN (Trimestrale) e alimentazione Giornaliera AVC	Entrambi i flussi inviati nelle tempistiche richieste	✓	

Prevenzione collettiva

Di seguito gli obiettivi afferenti tale area, con individuato il valore target per questa AST, il risultato ottenuto, un giudizio sintetico circa il raggiungimento o meno dell'obiettivo ed eventuali argomentazioni a corredo degli stessi.

AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - INDICATORI NSG "CORE"								
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST FERMO	RISULTATO RAGGIUNTO AST FERMO	Esito AST FERMO	Note
1	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	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)	89,73% (vs 90,78% 2022)	✗	
2	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con 1 dose di vaccino MPR	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	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)	88,32% (vs 90,24% 2022)	✗	
3	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della mammella	Persone in età target che eseguono nel 2023 il test di screening per carcinoma mammella	Popolazione target 2023	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 >60% (=assegnazione 100% del punteggio)	47,45% (vs 52,55% 2022)	✗	Modifiche della modalità di generazione degli inviti (con propedeuticità al nuovo sw gestionale SCOPRE), della modalità di prenotazione prestazioni (condizionata al CUP Regionale), che ha prodotto un allungamento dei tempi di erogazione di ogni prestazione e la diminuzione del numero di posti disponibili, infine l'allargamento delle fasce d'età (45-49 anni e 70-74 anni) dello screening mammario, hanno condizionato il perseguimento dell'obiettivo.
4		% persone che effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della cervice uterina	Persone in età target che eseguono nel 2023 il test di screening per cervice uterina	Popolazione target 2023	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)	20,27% (vs 28,23% 2022)	✗	Modifiche della modalità di generazione degli inviti (con propedeuticità al nuovo sw gestionale SCOPRE), della modalità di prenotazione prestazioni (condizionata al CUP Regionale), che ha prodotto un allungamento dei tempi di erogazione di ogni prestazione e la diminuzione del numero di posti disponibili, infine l'introduzione del nuovo PDTA dello screening cervice-uterina (con passaggio dal Pap-test all'HPV), hanno condizionato il perseguimento dell'obiettivo.
5		% persone che effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro del colon retto	Persone in età target che eseguono nel 2023 il test di screening per tumore colon retto	Popolazione target 2023	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)	20,21% (vs 18,69% 2022)	⚠	Raggiunto al 75% secondo i criteri stabiliti con DGRM 176/2024

AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - ALTRI INDICATORI								
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST FERMO	RISULTATO RAGGIUNTO AST FERMO	Esito AST FERMO	Note
6	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	Piano Pandemico aziendale redatto e formalmente adottato, comprensivo di documentazione 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	Det. 856 ASTFM del 29/12/2023	✓	
7	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	Numero di soggetti di età ≥ 65 anni vaccinati per antinfluenzale	Popolazione ≥ 65 anni residente	Obiettivo minimo ≥ 55% (=assegnazione 50% del punteggio). Obiettivo ottimale ≥ 75% (=assegnazione 100% del punteggio)	59,91%	⚠	Raggiunto al 50% secondo i criteri stabiliti con DGRM 176/2024
8	Prevenzione, sicurezza e salute nei luoghi di lavoro	Percentuale di aziende controllate e/o assistite con o senza sopralluogo sul totale da controllare / assistere	N. Aziende controllate e /o assistite	N aziende con almeno 1 dipendente	≥ 5%	6,41%	✓	
9	Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale e delle sezioni Regionali dei Registri Tumori di cui all'art. 244 del Dlgs 81/08	Trasmissione dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale (anno 2022)	Dati di anatomia patologica necessari trasmessi al Registro Tumori Regionale (anno 2022)	Dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale presenti negli archivi aziendali (anno 2022)	100%	100%	✓	
10		Registrazione e controllo di qualità delle schede cause di morte anno 2021	Numero schede cause di morte registrate e controllate per la qualità anno 2021	Numero totale schede cause di morte anno 2021	100%	100%	✓	
11	Sicurezza dei prodotti chimici: controlli nella fase di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (Reg. REACH e CLP)	% imprese controllate su imprese programmate	N. imprese controllate	N. imprese programmate	≥ 95%	100%	✓	
12	Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021)	Formalizzazione dei Piani Integrati Locali in ciascuna AST per l'attuazione dei Programmi del PRP	Determina in ciascuna AST		Approvazione e trasmissione atto	Det. 755 ASTFM del 29/11/2023, 838 ASTFM del 21/12/2023	✓	
13	Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021)	Numero riunioni del gruppo di coordinamento Piano Integrato Locale	Numero riunioni effettuate		≥ 3	12-18-26/07/2023; 20/12/2023	✓	
14	Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021)	%Indicatori certificativi raggiunti per anno 2023 (dato regionale)	N. Indicatori PRP per anno 2023 raggiunti	N. Indicatori PRP per anno 2023	≥ 70%	La conferma del raggiungimento verrà data dall'ARS con nota specifica	✓	
15	Piano Pandemico Regionale 2021-2023 (DGR 188/2022)	Definizione Piano Pandemico Aziendale/Territoriale	Determina Piano Pandemico		Approvazione e trasmissione atto	Det. 856 ASTFM del 29/12/2023	✓	
16	Screening HCV popolazione	Avvio campagna screening HCV popolazione nati 1969-1989	Avvio nelle AST della campagna di screening		Comunicazione avvio campagna	Avviato da giugno 2023	✓	

Prevenzione veterinaria e sicurezza alimentare

Di seguito gli obiettivi afferenti tale area, con individuato il valore target per questa AST, il risultato ottenuto, un giudizio sintetico circa il raggiungimento o meno dell'obiettivo ed eventuali argomentazioni a corredo degli stessi.

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - INDICATORI NSG "CORE"								
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST FERMO	RISULTATO RAGGIUNTO AST FERMO	Esito AST FERMO	Note
17	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% allevamenti ovi-caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli allevamenti)	N. allevamenti ovi-caprini controllati I&R	N. totale allevamenti ovi-caprini da controllare	3% allevamenti aperti in BDN al 31/12/2022	4,49%	✓	
18		% allevamenti suini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% degli allevamenti)	N. allevamenti suini controllati I&R	N. totale allevamenti suini da controllare	1% allevamenti aperti in BDN al 31/12/2022	2,60%	✓	
19		% allevamenti bovini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli allevamenti)	N. allevamenti bovini controllati I&R	N. totale allevamenti bovini da controllare	3% allevamenti aperti in BDN al 31/12/2022	3,28%	✓	
20		% allevamenti equini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli allevamenti)	N. allevamenti equini controllati I&R	N. totale allevamenti equini da controllare	3% allevamenti aperti in BDN al 31/12/2022	3,34%	✓	
21		% apiari controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% degli apiari)	N. apiari controllati I&R	N. totale apiari da controllare	1% apiari aperti in BDN al 31/12/2022	1,05%	✓	
22	FARMACO SORVEGLIANZA-attività di ispezione e verifica art. 88 D.Lgs n.193/2006. Nota DGSF n.1466 del 26/01/2012; DM 14/05/2009 e nota DGSF n.13986 del 15/07/2013	Attività svolta sul totale degli operatori controllabili in base all'art.68 comma 3, art.71 comma 3, art.70 comma 1, artt. 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs n.193/2006	N. totale degli operatori controllati	N. totale degli operatori controllabili	≥ 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite	100%	✓	
23	Piano Nazionale Alimentazione animale	% campionamenti eseguiti sul totale degli attesi	N. campionamenti e analisi svolte	N. campionamenti e analisi programmati	100%	100%	✓	
24	FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	% campioni effettuati sul totale dei previsti nell'ambito del programma di ricerca dei residui di fitosanitari negli alimenti vegetali	N. campioni effettuati	N. totale campioni previsti	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	100%	✓	
25	PNR- PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci, sostanze illecite e contaminanti e loro residui negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNR	N. Campioni effettuati per il PNR	Totale campioni previsti dal PNR	100% delle categorie di matrici programmate, con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	100%	✓	
26	Additivi alimentari (Piano nazionale controllo additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNCAA	N. Campioni effettuati per il PNCAA	Totale campioni previsti dal PNCAA	100% in tutte le categorie previste	100%	✓	

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - ALTRI INDICATORI								
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST FERMO	RISULTATO RAGGIUNTO AST FERMO	Esito AST FERMO	Note
27	INDICATORI ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSF n.1618 del 28/01/2013	% stabilimenti controllati sugli stabilimenti bovini da controllare per TBC come previsto dai piani di risanamento	Stabilimenti bovini controllati per TBC	Stabilimenti bovini da controllare per TBC	100%	100%	✓	
28		% stabilimenti controllati sugli stabilimenti bovini, ovini e caprini da controllare per BRC come previsto dai piani di risanamento	Stabilimenti delle tre specie controllati per BRC	Stabilimenti delle tre specie da controllare per BRC	100%	100%	✓	
29	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSF 2832 del 12 febbraio 2014	% di capi bovini morti sottoposti al test per BSE sul totale degli attesi	Numero di bovini morti testati per BSE	Numero totale dei bovini morti in età campionabile	≥ 85%	95,35%	✓	
30		% di capi ovini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per gli ovini (DDSPVSA n. 8/2023)	N. capi ovini morti sottoposti al test TSE/Scrapie	N. minimo dei capi ovini previsti annualmente dal Ministero della salute	100% del valore atteso	100%	✓	
31		% di capi caprini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per i caprini (DDSPVSA n. 8/2023)	N. capi caprini morti sottoposti al test TSE/Scrapie	N. totale dei caprini morti in età campionabile	100% del valore atteso	100%	✓	
32	SALMONELLOSI ZOO NOTICHE - Reg. 2160/03 e s.m.i.; nota DGSF 3457-26/02/2010; nota DGSF 1618 n. del 28/01/2013 e relativa registrazione dati nel SIS- BDN	% campionamenti sul totale dei campioni previsti dal "piano salmonellosi" in allevamento	Campioni effettuati	Totale campioni previsti dal piano salmonellosi	100%	100%	✓	
33	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	% controllo per benessere in allevamenti di vitelli, suini, ovaiole e polli da carne	N. controlli effettuati per ciascuna specie in attuazione del PNBA	% di allevamenti controllabili per la medesima specie	100%	100%	✓	
34		% controllo per benessere in allevamenti di "altri bovini"	N. controlli effettuati su "altri bovini" in attuazione del PNBA	% di allevamenti controllabili per la medesima categoria	100%	100%	✓	
35		% controlli per benessere negli impianti di macellazione	N. controlli per il rispetto del benessere negli impianti di macellazione (Regolamento 1099/2009)	% di stabilimenti controllabili in attuazione del medesimo Piano	100%	100%	✓	

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - ALTRI INDICATORI								
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST FERMO	RISULTATO RAGGIUNTO AST FERMO	Esito AST FERMO	Note
36	CONTROLLI ANALITICI NELLE FASI DI PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI-attuazione Accordo Stato-Regioni del 10 novembre 2016, rep. 212, concernente Linee guida controllo ufficiale ai sensi Reg. 882/04 e 854/04, Capitolo 15 e ripartizione dei controlli su base regionale (nota DG SAN n. 15168 del 14/4/2017. Percentuale di controlli analitici minimi effettuati per ciascuna matrice alimentare nelle fasi, rispettivamente, di "produzione" e "distribuzione"	% di campionamenti effettuati sul totale dei programmati negli esercizi di produzione e distribuzione	N. campionamenti effettuati negli esercizi di produzione e distribuzione	N. totale di campionamenti programmati negli esercizi di produzione e distribuzione	100% in ciascuna matrice alimentare	100%	✓	
37	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003- alimenti geneticamente modificati.	Corretto rapporto del campionamento previsto dall'allegato al Piano OGM, riferito alle materie prime e agli intermedi di lavorazione	N. campioni eseguiti	N. totale campioni previsti dal Piano OGM	> 60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione	100%	✓	
38	AUDIT SU OSA - controlli ufficiali previsti dai Reg. 625/2017 e Reg. 627/2019- DDPFVSA n. 49 del 20/03/2017	% di audit sugli stabilimenti riconosciuti di cui al DDPFVSA n. 49 del 20/03/2017	Adozione atti formali che definiscono il programma annuale di audit dell'Autorità Competente Locale su OSA		100% del numero minimo di audit che sarebbe necessario eseguire se tutti gli stabilimenti fossero classificati a "basso rischio", per ciascuna tipologia di cui al DDPFVSA	100%	✓	
39	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	N. campionamenti ed analisi eseguiti	N. totale campioni ed analisi previsti	100%	100%	✓	
40	PIANO SORVEGLIANZA MBV - zone di produzione e stabulazione dei molluschi bivalvi vivi ai sensi del Reg. CE 627/2019	% di aree di raccolta dei molluschi sottoposte a monitoraggio con la frequenza prevista	Aree di raccolta molluschi sottoposte a monitoraggio con frequenza previste	Aree di raccolta molluschi	100%	100%	✓	

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - ALTRI INDICATORI								
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST FERMO	RISULTATO RAGGIUNTO AST FERMO	Esito AST FERMO	Note
41	Potenziamento della attività di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare (Reg.178/2002, all.2 DGRM n. 1803 del 09/12/2008)	Atti formali relativi all'attività di comunicazione del rischio nell'ambito della sicurezza alimentare	Esecuzione delle attività annuali di comunicazione del rischio programmata dall'Autorità competente locale, per ciascuna AST, entro il 31 dic 2023		Report interdisciplinare di AST dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare	Pubblicazioni su VeSA Marche	✓	
42	PIANO NAZIONALE MICOTOSSINE 2016-2018-Controllo ufficiale 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)	N. totale campionamenti effettuati	N. totale campionamenti previsti	100%	100%	✓	
43	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)	N. stabilimenti suinicoli controllati per biosicurezza	N. totale allevamenti suinicoli	1% degli stabilimenti a cui aggiungere il 33% stabilimenti semibradi commerciali aperti con capi	3,76%	✓	
44	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Allevamenti avicoli controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R	N. allevamenti avicoli controllati	N. totale allevamenti avicoli	1% degli allevamenti - (DM 07/03/23)	19,30%	✓	
45	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	N. di campionamenti effettuati	N. totale dei campioni previsti dal DLgs 18/2023	> 90% qualora non sia presente un programma di controllo coordinato con gli enti gestori (in alternativa > 90% del programma concordato)	100%	✓	

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - ALTRI INDICATORI								
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST FERMO	RISULTATO RAGGIUNTO AST FERMO	Esito AST FERMO	Note
46	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	N. di campionamenti effettuati	N. totale dei campionamenti previsti da circolari e DDPF 49/2017	> 90%	100%	✓	
47	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 /1.4.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	N. di ispezioni effettuate presso le attività di deposito e vendita di prodotti fitosanitari	N. di attività di deposito e vendita di prodotti fitosanitari autorizzate	> 20%	25%	✓	
48	PROGRAMMAZIONE CONTROLLI UFFICIALI SULLE IMPRESE ALIMENTARI 852/2004 E 853/2004	%i controlli ufficiali effettuati sul programmato (sulla base della programmazione inviata al Settore PVSA)	N. totale controlli ufficiali effettuati	N. totale controlli ufficiali programmati	100%	100%	✓	
49	CONTROLLI UFFICIALI EFFETTUATI SULLE IMPRESE ALIMENTARI 852/2004 E 853/2004	% Inserimento dei controlli ufficiali nel sistema informativo Datafarm	N. totale controlli ufficiali inseriti	N. totale controlli ufficiali effettuati	100%	100%	✓	

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - ALTRI INDICATORI								
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST FERMO	RISULTATO RAGGIUNTO AST FERMO	Esito AST FERMO	Note
50	QUALIFICHE SANITARIE (Art. 2, O.M. 28 maggio 2015 e s.m.i.)	Mantenimento qualifica di provincia indenne per Brucellosi bovina			SI	SI	✔	
		Mantenimento qualifica di provincia indenne per Brucellosi ovi-caprina			SI	SI	✔	
		Mantenimento qualifica di provincia indenne per tubercolosi bovina			SI	SI	✔	
		Mantenimento qualifica di provincia indenne per leucosi bovina enzootica			SI	SI	✔	
51	IGIENE URBANA VETERINARIA	Numero di ispezioni effettuate presso strutture veterinarie	N. totale ispezioni effettuate	N. totale ispezioni programmate	100%	100%	✔	
		Numero di ispezioni effettuate presso canili e/o gattili e rifugi	N. totale ispezioni effettuate	N. totale ispezioni programmate	100%	100%	✔	
52	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	36	✔	

Ass. Distrettuale/Territoriale, Integr. Osp.-Terr. e Integ. Socio Sanitaria

Di seguito gli obiettivi afferenti tale area, con individuato il valore target per questa AST, il risultato ottenuto, un giudizio sintetico circa il raggiungimento o meno dell'obiettivo ed eventuali argomentazioni a corredo degli stessi.

ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA - INDICATORI NSG "CORE"								
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST FERMO	RISULTATO RAGGIUNTO AST FERMO	Esito AST FERMO	Note
53	Assistenza domiciliare	Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1	N. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1 (0,14 - 0,30)		> 4,00 x 1000 ab.	5,8 x 1000 ab.	✓	
54		Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2	N. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2 (0,31 - 0,50)		> 2,50 x 1000 ab.	5,8 x 1000 ab.	✓	
55		Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3	N. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3 (> 0,50)		> 2,00 x 1000 ab. (Tolleranza 20%)	1,7 x 1000 ab.	✓	
56	Assistenza residenziale	N. residenti anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale	Numero di anziani (età ≥ 75 anni) non autosufficienti residenti presenti nelle strutture residenziali, per le tipologie di trattamento R1, R2, R2D, R3		> 41 x 1.000 ab. ≥ 75 aa	50,2 x 1000 ab.	✓	
57	Potenziamento della Rete delle Cure Palliative	% Deceduti per tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul totale dei deceduti per tumore	Σ Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore + Σ Assistiti in cure domiciliari con assistenza conclusa per decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore	Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili	> 35% (Tolleranza 25%)	37,65%	✓	
58	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	Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	Totale ricoveri in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	≤ 5,0	2,1%	✓	
59	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolor Doppler tronchi sovraaortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale.	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B (esclusi i periodi di eventuale sospensione delle attività)	> 90%	n.v.	⚠	A far data dal mese di Agosto si osserva una anomala variabilità dei dati fra prenotato ed erogato (frutto delle differenti indicazioni regionali circa la gestione delle agende CUP) che non li rende ad oggi valutabili. Peralto una valutazione sul primo semestre (arco temporale non inficiato dal fenomeno di cui sopra) evidenzierebbe il pieno raggiungimento dell'obiettivo (valore rilevato 92,6% -> 100%)

ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA - ALTRI INDICATORI								
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST FERMO	RISULTATO RAGGIUNTO AST FERMO	Esito AST FERMO	Note
60	Ottimizzazione offerta ambulatoriale	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale.	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%	n.v.	!	A far data dal mese di Agosto si osserva una anomala variabilità dei dati fra prenotato ed erogato (frutto delle differenti indicazioni regionali circa la gestione delle agende CUP) che non li rende ad oggi valutabili. Peraltro una valutazione sul primo semestre (arco temporale non inficiato dal fenomeno di cui sopra) evidenzierebbe un raggiungimento dell'obiettivo pari al 80% (valore rilevato: 77,2%-> % raggiungimento rispetto a valore target: 85,8%-> valorizzazione secondo DGRM: 80%)
61		Completezza della compilazione della ricetta per tipologia accesso/classe priorità per le prestazioni previste dal PNGLA	Numero delle prestazioni richieste con indicazione della tipologia accesso/classe priorità	N. totale delle richieste di prestazioni	>90%	98,8%; 98,9%	✓	Verificato su file C, stante le anomalie verificate sul cruscotto qlik
62		Aumento delle prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate alle aziende	(N. prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate all'Azienda 2023) - (N. prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate all'Azienda 2022)	(N. prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate all'Azienda 2021)	>10%	64,60%	✓	
63		Inserimento nelle liste di garanzia di tutti i pazienti che ne hanno diritto, con verifica del numero di telefono dell'utente	Utenti che hanno diritto ad essere inseriti nelle liste di presa in carico e che non hanno rifiutato espressamente tale inserimento, inseriti nelle liste di garanzia con verifica del numero di telefono dell'utente	Utenti che hanno diritto ad essere inseriti nelle liste di presa in carico e che non hanno rifiutato espressamente tale inserimento	>99%	100%	✓	
64		Predisposizione di piani di committenza per prestazioni specialistiche ambulatoriali, inclusive delle prestazioni di cui al PNGLA, relativi all'attività erogabile dalle strutture private convenzionate	Produzione reportistica da inviare entro la data stabilita al Settore "Territorio e Integrazione Socio sanitaria", attestante la 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%	✓	
65	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	Produzione documento attestante i modelli assistenziali secondo gli standard del DM 77/2022		Reportistica inviata entro il 31/01/2024	100%	✓	
66	Implementazione Percorso Nascita	Costituzione del Comitato Percorso Nascita Locale	Produzione entro il 31/12/2023 determina attestante la costituzione del Comitato Percorso Nascita Locale		Trasmissione Determina	det. 780/AST_FM del 12/12/2023	✓	
67	Recupero e miglioramento liste di attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri e screening DGR 1243 del 10.08.2023	Utilizzo delle risorse	Risorse definite dalla DGR 1243/2023	Risorse utilizzate al 31.12.2023	1	1	✓	
68		Report sull'utilizzo delle risorse	Trasmissione mensile report previsti dalla DGR 1243/2023		100%	100%	✓	
AREA ACCREDITAMENTI								
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST FERMO	RISULTATO RAGGIUNTO AST FERMO	Esito AST FERMO	Note
69	Presentazione degli esiti delle verifiche di vulnerabilità sismica delle strutture sanitarie	Evidenza dell'appalto affidato	.		presentare l'esito della verifica della vulnerabilità sismica per almeno una struttura residenziale o semiresidenziale pubblica	100%	✓	

AREA DIREZIONE SANITA' E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA								
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST FERMO	RISULTATO RAGGIUNTO AST FERMO	Esito AST FERMO	Note
109	TSO-Trattamento Sanitario Obbligatorio	Diminuzione del 3% rispetto al 2022	N° TSO a Residenti Maggiorenni	Popolazione Residente	- 3% rispetto ai TSO 2022	-42,86%		

Area Ospedaliera

Di seguito gli obiettivi afferenti tale area, con individuato il valore target per questa AST, il risultato ottenuto, un giudizio sintetico circa il raggiungimento o meno dell'obiettivo ed eventuali argomentazioni a corredo degli stessi

AREA OSPEDALIERA - INDICATORI NSG "CORE"								
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST FERMO	RISULTATO RAGGIUNTO AST FERMO	Esito AST FERMO	Note
70	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	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	≤ 0,12	0,022	✓	
71	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	Pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate	Totale pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore	≥ 2022	1,05%	✓	
72	"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	% pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Pazienti con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria <3 giorni	Totale pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica	≥ 2022	100,00%	✓	
73	"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	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	≤ 22%	21,54%	✓	
75	"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	Numero di ricoveri per intervento tumore mammella in reparti con volume di attività > 135 casi annui	Numero totale ricoveri per interventi per tumore mammella	≤ 2% del vol. min. DM 70	Raggiunto mediante collaborazione in Brest Unit con AST-AP	✓	

AREA OSPEDALIERA - ALTRI INDICATORI								
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST FERMO	RISULTATO RAGGIUNTO AST FERMO	Esito AST FERMO	Note
76	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Riduzione n. ricoveri in DH diagnostici per pazienti adulti residenti	N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti adulti residenti 2023		≤ 2022	-8	✓	
77		Riduzione n. accessi in DH medico per pazienti adulti residenti	N. Accessi in DH medico per pazienti adulti residenti 2023		≤ 2022	-50	✓	
78		Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	< 2022	-1,3%	✓	
79		% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza) - (esclusi ricoveri urgenti)	N. dimissioni con DRG chirurgico in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	N. complessivo di dimissioni in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	≥ 2022	0,5%	✓	
80		% DRG Medici da reparti chirurgici * - * (esclusi dimessi da Cardiocirurgia Pediatrica (Cod. 06) e Nefrologia - Tr. Rene (Cod. 48)) - (esclusi ricoveri urgenti)	Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici	< 2022	-6,67%	✓	
81		% Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	riduzione di almeno 10% del valore 2022	1,19%	✗	Obiettivo fortemente condizionato dalla carenza di strutture di post acuzie adeguate alla complessità del paziente, nonché dalle resistenze delle famiglie ad una gestione domiciliare dello stesso
82		% nuovo intervento di resezione entro 120 gg da intervento chirurgico conservativo per tumore maligno alla mammella			0%	Raggiunto mediante collaborazione in Brest Unit con AST-AP	✓	
83		Numero parti fortemente pre-termine (22-31 settimane) avvenuti in punti nascita senza UTIN			≤ 2022	-1	✓	
84	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%	87,50%	✓	100% secondo criteri di valutazione DGRM 176/2024
86		% prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero			≥ 90%	100%	✓	

AREA OSPEDALIERA - ALTRI INDICATORI								
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST FERMO	RISULTATO RAGGIUNTO AST FERMO	Esito AST FERMO	Note
87	Emergenza-urgenza Pronto soccorso	% pazienti codice arancione (2 = urgenza) visitati entro 15 minuti	N° pazienti codice arancione visitati entro 15 minuti	N° totale pazienti codice arancione	almeno 10% aggiuntivo della % 2022	-12,20%	✗	Obiettivo fortemente condizionato dalla carenza di personale medico, solo parzialmente compensata dal ricorso a personale delle Cooperative (fenomeno in linea con l'andamento regionale e nazionale)
88		% pazienti codice azzurro (3 = urgenza differibile) visitati entro 60 minuti	N° pazienti codice azzurro visitati entro 60 minuti	N° totale pazienti codice azzurro	almeno 10% aggiuntivo della % 2022	-15,30%	✗	Obiettivo fortemente condizionato dalla carenza di personale medico, solo parzialmente compensata dal ricorso a personale delle Cooperative (fenomeno in linea con l'andamento regionale e nazionale)
89		% pazienti codice verde (4 = urgenza minore) visitati entro 120 minuti	N° pazienti codice verde visitati entro 120 minuti	N° totale pazienti codice verde	≥ 75%	62,90%	✗	Obiettivo fortemente condizionato dalla carenza di personale medico, solo parzialmente compensata dal ricorso a personale delle Cooperative (fenomeno in linea con l'andamento regionale e nazionale)
90		% pazienti codice bianco (5 = non urgenza) visitati entro 240 minuti	N° pazienti codice bianco visitati entro 240 minuti	N° pazienti codice bianco	≥ 75%	82,60%	✓	
91		% abbandoni PS	N° pazienti con esito 5-6-7	N° totale pazienti	≤ 2022	-0,20%	✓	
92	Rete trapianti	N° accertamenti morte cerebrale/ n. cerebrolesi deceduti in T.I. + DCD			> 2022	60% (2023) vs 45,5% (2022)	✓	
93		N° donatori di cornee			> 2022	12 (2023) vs 6 (2022)	✓	
94		N° donatori mult tessuto procurati			> 2022	30% (2023) vs 9% (2022)	✓	
95		N° coppie avviate allo studio per la donazione rene da vivente			> 2022	4 (2023) vs 3 (2022)	✓	
96		Costituzione del Comitato aziendale ospedaliero per la donazione di organi e tessuti	Istituzione del Comitato con atto e realizzazione di almeno 1 incontri del Comitato		invio atto e verbale entro il 31/12/2023	Comitato non ancora istituito	✗	
97		Formalizzazione delle Procedure Operative aziendali relative al processo di donazione cornee	Predisposizione documento e recepimento formale		invio atto entro il 31/12/2023	Giugno 2023	✓	

Obiettivi economici e ATL

Di seguito gli obiettivi afferenti tale area, con individuato il valore target per questa AST, il risultato ottenuto, un giudizio sintetico circa il raggiungimento o meno dell'obiettivo ed eventuali argomentazioni a corredo degli stessi, preceduti, come per gli obiettivi sanitari, dalla valutazione dei prerequisiti.

PRE-REQUISITI						
Prog.	PREREQUISITI	TARGET AST FERMO		RISULTATO RAGGIUNTO AST FERMO	Esito AST FERMO	Note
	P.1 - Equilibrio di bilancio	SI		SI	✓	
	P.2 - rispetto del tetto della spesa del personale	SI		SI	✓	
	P.3 - Tempi di pagamento	≤ 0		≤ 0	✓	

GESTIONE DEI COSTI E DEI DEBITI								
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST FERMO	RISULTATO RAGGIUNTO AST FERMO	Esito AST FERMO	Note
1	Rispetto del budget dei costi	Valore economico del totale dei costi al netto degli scambi infragruppo, delle entrate proprie e di eventuali costi derivanti da ulteriori contributi non previsti a budget rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2023, rispetto al budget dei costi al netto degli scambi infragruppo e delle entrate proprie assegnato con DGR 1851/2022 e s.m.i.	(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) - (Budget dei costi, al netto degli scambi infragruppo e delle entrate proprie, assegnato con DGR 1851/2022 e s.m.i.)		<=0	<=0	✓	
3		Assicurare nell'ambito del bilancio di esercizio 2023 una specifica voce di spesa dedicata all'attività di raccolta sangue coordinata dal Direttore del Dirmt per il raggiungimento a livello regionale dell'autosufficienza del sangue			SI	SI	✓	In premessa si evidenzia come gli schemi di bilancio ed il pdc non siano modificabili da questa AST. Tuttavia al conto 0508010401 "Contributi ad associazioni enti e altri" confluisce quanto dedicato all'attività di raccolta sangue. Inoltre il dettaglio dei costi connessi al Dirmt sono rilevabili dall' Allegato E - All. 2 del Bilancio
4	Rispetto dei tempi di pagamento	% valore fatture pagate oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014	Valore Fatture pagate nell'esercizio 2023 oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014	Totale valore fatture pagate nell'esercizio 2023	<5% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contenzioso)	3,40%	✓	
5	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-octes della L. 14/2023, di conversione del DL 198/2022, nei limiti dei finanziamenti previsti dalla DGR 1243/2023.	(Totale costi per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali da strutture private accreditate regionali* rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2023) - (Totale costi per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali da strutture private accreditate regionali* rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2022)		<=0	<=0	✓	
ATTIVITA' RELATIVE ALL'IMPLEMENTAZIONE DELLA LEGGE DI ORGANIZZAZIONE DEL SSR								
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST FERMO	RISULTATO RAGGIUNTO AST FERMO	Esito AST FERMO	Note
6	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	100%	✓	

FARMACEUTICA								
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST FERMO	RISULTATO RAGGIUNTO AST FERMO	Esito AST FERMO	Note
7	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).	(Spesa 2023-2022)*100	Spesa 2022	≤ + 4%	7,98%	✗	Lo scostamento è in gran parte connesso al maggior costo di farmaci H (+2,9 ML di euro) indotto in gran parte da prescrizioni di specialisti di altre aziende; inoltre l'ampliamento di indicazioni AIFA all'utilizzo di farmaci Oncologici, nonché l'introduzione di nuovi farmaci e maggiori costi per malattie rare giustificano lo scostamento. Infine si fa presente che l'incremento dell'attività (la cui % è decisamente superiore rispetto all'incremento di costo registrato) più che giustifica lo scostamento
8	Spesa farmaceutica convenzionata netta	Assegnazione del tetto della spesa della farmaceutica convenzionata per ciascuna AST calcolato sulla base dei dati rilevati dalle Distinte contabili riepilogative mensili (DCR) del 2022	Tetto 2023		23.700.000	25.028.220	✗	
9	Riduzione consumo antibiotici per pazienti residenti, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata (Per AST: ATC J01 - Antibatterici per uso sistemico) (Per AOU e INRCA: ATC J01DH - Carbapenemi)	Variazione DDD antibiotici per pazienti residenti (Per AOU e INRCA la Variazione DDD è calcolata in rapporto a 100 giornate di degenza)	N° DDD antibiotici: anno 2023-2022		valore negativo	74.041	✗	Si segnala che su tale capitolo di spesa si registra in linea con il trend nazionale un incremento del consumo di antibiotici post pandemia Sars Cov 19. Si evidenzia inoltre come nel settore ospedaliero (ove è più diretto ed agevole il confronto con la dirigenza medica, rispetto a quanto possa avvenire con MMG e PLS convenzionati) si è ottenuta una riduzione del valore pari a -1,32%
10	Ispezioni Farmacie convenzionate	N. di ispezioni presso le farmacie convenzionate	N. ispezioni presso le farmacie convenzionate		10	33	✓	
11	Centralizzazione allestimento terapie oncologiche e riduzione del rischio clinico	UFA n. 1 per provincia/avvio progetto per realizzazione nel 2024	.		100%	100%	✓	
12	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	+389.924€;	!	A giustificazione del parziale mancato raggiungimento dell'obiettivo si evidenziano l'internalizzazione di alcuni servizi prima acquistati presso altre Aziende del SSR, nonché l'aumento dei prezzi dovuto ai noti fenomeni inflattivi
13	Anagrafica dispositivi medici in AREAS	Normalizzazione anagrafica dispositivi medici entro il 31/12/2023			rendicontazione entro il 28/02/2024	Questa AST-FM ha svolto, a partire da Giugno 2023 e nei tempi richiesti, tutto quanto necessario alle realizzazioni del Vademecum regionale per la nuova anagrafica dispositivi medici	✓	

FARMACEUTICA								
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST FERMO	RISULTATO RAGGIUNTO AST FERMO	Esito AST FERMO	Note
14	Rispetto scadenze per adempimenti LEA C14 e C15 Acquisti diretta di farmaci	I dati e le motivazioni di scostamento richieste devono pervenire entro 7 10 giorni dalla richiesta ARS	Rispetto della scadenza		100%	non pervenute richieste ARS	✓	
15	Rispetto tempistica di inserimento delle schede di sospetta reazione avversa a farmaci e vaccini nella rete di farmacovigilanza (art. 22 comma 5 DM 30/04/2015)	L'intervallo tra la data di segnalazione e la data di inserimento nella rete di farmacovigilanza deve essere inferiore a 7 giorni			100%	97,4%	✓	Valutazione secondo la DGRM 176/2024
16	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 Z "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)")	Flusso dei Consumi	Costi dai conti CE	≥ 90%	99,38%	✓	
17	Rispetto tempistica di validazione dei rapporti operatori 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.			100%	100%	✓	
18	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	+225.672€;	!	Obiettivo non valutabile in quanto l'aumento è condizionato dall'ampiammento dei LEA e dall'incremento tariffario stabilito dalla Regione

PERSONALE								
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST FERMO	RISULTATO RAGGIUNTO AST FERMO	Esito AST FERMO	Note
19	Rispetto del tetto di spesa per il personale	Rispetto del tetto di spesa (art. 11, comma 1 D. L. 35/2019 convertito in Legge 60/2019)			1	Il tetto di spesa assegnato è stato pienamente rispettato	✓	
20	Contenimento del precariato	Report periodici con UE e costo del personale in servizio con contratti di lavoro "flessibili"	Produzione reportistica da inviare entro la data stabilita al Settore Risorse umane e form. attestante il personale in servizio (in termini di UE e costo) con convenzioni interaziendali, con contratti di lavoro autonomo, con contratti di formazione lavoro o altri rapporti formativi, con contratti di somministrazione di lavoro		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%	✓	Sante le richieste regionali pervenute
21		Riduzione n. UE relative a contratti flessibili a TD	N. UE relative a contratti flessibili a TD anno 2023 - N. UE relative a contratti flessibili anno 2022 (entrambi gli anni al netto delle assunzioni per l'abbattimento delle liste di attesa)	N. UE relative a contratti flessibili TD anno 2022 (al netto delle assunzioni per l'abbattimento delle liste di attesa)	- 25% rispetto al 2022	n.d.	!	Non risulta possibile effettuare mediante il medesimo strumento gestionale, un'analisi comparativa del dato 2023 e 2022. Inoltre l'indisponibilità di graduatorie a tempo indeterminato ed il mantenimento in servizio del personale covid in corso di stabilizzazione, rendono difficoltoso il perseguimento dell'obiettivo.
22	Governo del ricorso all'istituto delle "prestazioni aggiuntive"	Definizione di un budget annuale dei costi relativi alle prestazioni aggiuntive	Produzione documentazione attestante la definizione del budget assegnato alle prestazioni aggiuntive		Report entro il 30/11/2023	Det. 451/AST_FM del 07/07/2023	✓	
23	Governo del ricorso all'istituto delle "prestazioni aggiuntive"	Report dei costi periodici per prestazioni aggiuntive	Produzione reportistica da inviare entro la data stabilita dal Settore Ris. umane e form. per Area contrattuale nel periodo di competenza, previsione del costo annuale e scostamento col budget assegnato		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%	✓	Sante le richieste regionali pervenute
24	Formazione e PNRR	Realizzazione del Corso base di cui al Piano Formativo Regionale sulle ICA (DGR n. 398/2023)	Produzione Modulo D - Comitati ICA		Realizzazione evento formativo entro il 31/12/2023 e relativo report	100%	✓	
25	Potenziamento del FSE (PNRR M6C2 1.3.1(b) «Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni»)	Incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario - Comunicazione	Interventi di Comunicazione volti ad aumentare l'utilizzo del fascicolo in consultazione, l'invio di documenti, incrementare l'uso da parte degli operatori verso i cittadini		≥1	100%	✓	
26		Incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario - Formazione	Partecipazione della Direzione generale e delle figure apicali degli Enti del SSR ad almeno un intervento formativo inerente l'avvio del Piano Operativo "Formazione FSE"		100%	100%	✓	

SISTEMA TESSERA SANITARIA, RICETTA ELETTRONICA								
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST FERMO	RISULTATO RAGGIUNTO AST FERMO	Esito AST FERMO	Note
27	Ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale (prodotte da MMG, PLS, Specialisti) - PRESCRIZIONE	% Ricette dematerializzate di Specialistica Ambulatoriale	n. ricette dematerializzate specialistica ambulatoriale	Numero totale ricette specialistica ambulatoriale (risultante da Sistema TS)	≥ 80% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	89,95%	✓	
28	Ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata (prodotte da MMG, PLS, Specialisti) - PRESCRIZIONE	% Ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata	n. ricette dematerializzate farmaceutica	Numero totale ricette farmaceutica convenzionata (risultante da Sistema TS)	≥ 90% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	96,20%	✓	
29	Ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale (prodotte da MMG, PLS, Specialisti) - EROGAZIONE	Ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale (prodotte da MMG, PLS, Specialisti) - EROGAZIONE	% Ricette dematerializzate di Specialistica Ambulatoriale non gestite correttamente	n. ricette dematerializzate non gestite correttamente (stato della ricetta: prescritto) Rilevate da SOGEI dal confronto tra il flusso della ricetta dematerializzata e dai dati trasmessi ex comma 11 (File C)	< 10%	0%	✓	
30			Relazione sull'eventuale mancata interoperabilità tra i Sistemi Informativi che richiedono un coordinamento a livello regionale ai sensi dell'art. 43 della L. R. 19/2022	Relazione	Entro il 31.12.2023	Tenuto conto che non si è avuta notizia di una mancata interoperabilità tra i Sistemi Informativi (anche considerata l'indeterminatezza dell'indicatore), non è stato necessario produrre alcuna relazione.	✓	

DIGITALIZZAZIONE PROCESSI								
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST FERMO	RISULTATO RAGGIUNTO AST FERMO	Esito AST FERMO	Note
31	Codifica unitaria di tutti i prodotti aziendali	% prodotti a listino riconducibili alla codifica unica regionale ovvero completi di tutte le informazioni di dettaglio necessarie	Indice di completezza informativa dei prodotti codificati ex novo o corretti nel 2023	Indice di completezza informativa dei prodotti movimentati e codificati o corretti negli anni precedenti	20%	83,4%	✓	
32	Assesment della cybersicurezza con definizione del catalogo servizi	% servizi e relativi processi interessati dall'assesment sul totale	Numero di servizi e relativi processi su cui è stato fatto un assesment cybersicurezza	Totale servizi erogati (formalizzati nel catalogo)	60%	100%	✓	
33	Definizione di una organizzazione per la cybersicurezza dei servizi a catalogo	Presenza di una organizzazione di responsabili per la cybersicurezza di servizi e relativi processi	Numero di responsabili assegnati alla cybersicurezza	Totale dei responsabili necessari per implementare l'organizzazione che gestisce la cybersicurezza	80%	Det. DG 773/ASTFM	✓	

PNRR - MISSIONE 6								
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST FERMO	RISULTATO RAGGIUNTO AST FERMO	Esito AST FERMO	Note
34	Rispetto delle scadenze previste dal PNRR di cui al Piano operativo regionale (ALLEGATO AL CIS – 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"	Tipologia di documenti (esclusi LIS e RIS) prodotti in maniera strutturata nel formato CDA2 iniettabile nel pdf (D. M. Salute 20.05.2022 "Adozione delle Linee guida per l'attuazione del Fascicolo sanitario elettronico"		≥ 1	100%	✓	
35		Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Sub-investimento 1.1.2 (Grandi Apparecchiature)	Milestone CIS	Rispetto scadenze Milestone CIS	SI	100%	✓	
38		Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Sub investimento 1.1.1 - Digitalizzazione DEA I e II livello.	Gare AQ - Consip da pubblicare e contratti servizi digitalizzazione da concludere, come da Milestone CIS	Gare AQ - Consip pubblicati e contratti servizi digitalizzazione conclusi o in fase di aggiudicazione	100%	100%	✓	
39		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)	Milestone CIS	Rispetto scadenze Milestone CIS	SI	100%	✓	
40		Missione 6 - Componente 1: Investimento 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona	Milestone CIS	Rispetto scadenze Milestone CIS	SI	100%	✓	
41		Missione 6 - Componente 1: Investimento 1.2 - Casa come primo luogo di cura e Telemedicina - Sub-investimetro 1.2.2 Implementazione delle C.O.T.	Milestone CIS	Rispetto scadenze Milestone CIS	SI	100%	✓	
42		Missione 6 - Componente 1: Investimento 1.3 - Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	Milestone CIS	Rispetto scadenze Milestone CIS	SI	100%	✓	

Per quanto riguarda gli Obiettivi strategici di prevenzione della corruzione la sottosezione relativa alla Performance gli stessi sono stati completamente realizzati come da attestazione del RPTC disponibile agli atti. Anche gli obiettivi di risparmio energetico sono stati perseguiti mediante opere di sensibilizzazione che si sono tradotte in un contenimento della spesa.

CAPITOLO 4

MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI

Il percorso di misurazione degli obiettivi individuali assegnati al personale dipendente non si è ancora concluso al momento della stesura della presente relazione. La valutazione individuale è avviata sulla base di quanto definito dal sistema di valutazione e misurazione della performance 2023, nel rispetto della regolamentazione ex ASUR (non ancora aggiornata in attesa dell'adozione del nuovo Atto Aziendale). In sintesi, esso prevede quanto segue:

- la valutazione della performance individuale è effettuata in prima istanza dal dirigente sovraordinato; relativamente al personale afferente all'area delle professioni sanitarie la valutazione è effettuata di concerto con il Dirigente delle professioni sanitarie di riferimento e con il Coordinatore/POD ove esistente ed è sottoscritta da tutti i valutatori;
- la valutazione della performance individuale dei titolari degli incarichi di funzione è effettuata dal Dirigente Responsabile della struttura ovvero dal Direttore di dipartimento di concerto con il Dirigente delle professioni sanitarie per il personale di competenza; in tale ultima circostanza le relative schede sono sottoscritte da entrambi;
- la valutazione della performance individuale dei titolari di incarico di organizzazione per l'esercizio della sola funzione di coordinamento è effettuata dal Dirigente delle professioni sanitarie di concerto con il Dirigente Responsabile della struttura e la relativa scheda è sottoscritta da entrambi;
- la scheda di valutazione, debitamente compilata, deve essere illustrata al dipendente interessato al fine di acquisirne la sottoscrizione per condivisione; nel caso di non condivisione del giudizio espresso dal dirigente responsabile il dipendente interessato motiverà la propria posizione indicando le proprie ragioni in calce alla scheda.
- In presenza di mancata condivisione del giudizio il dipendente eserciterà azione per l'avvio delle procedure di conciliazione
- L'OIV è individuato quale soggetto terzo ed indipendente, competente e titolato ad esprimersi sulla corretta applicazione del sistema di valutazione e sul merito del contendere; pertanto, assume funzione di Organo di Conciliazione.
- Per accedere al percorso conciliativo il valutato deve esprimere, nel termine perentorio di giorni 15 dalla data di sottoscrizione della scheda di valutazione, richiesta di revisione della valutazione facendo pervenire esplicita contestazione scritta al valutatore di prima istanza e per conoscenza al Referente aziendale dell'OIV, nonché all'UO Supporto all'Area Politiche del Personale, esprimendo con chiarezza ed esaustività i motivi del proprio disaccordo e proponendo contestualmente il punteggio ritenuto congruo con le argomentazioni a sostegno del punteggio richiesto. Il valutatore di prima istanza, nel termine di giorni 15 dalla data di ricezione della richiesta, la esamina anche mediante contraddittorio con il dipendente. In caso di accoglimento/accordo il valutatore di prima istanza procederà a modificare la valutazione già emessa procedendo a trasmettere la scheda di valutazione

individuale aggiornata alle strutture di gestione del personale e di controllo di gestione, come sopra individuate. In caso di mancato accoglimento il valutatore di prima istanza trasmetterà la richiesta del dipendente di revisione della valutazione unitamente alle proprie argomentazioni in ordine al mancato accoglimento della stessa, al OIV per il tramite del Referente aziendale dell'OIV stesso. L'OIV esprime il proprio giudizio sulla base della documentazione ricevuta, dovendosi considerare facoltà discrezionale dello stesso la convocazione dei soggetti in discussione, che potranno avvalersi, eventualmente, di un rappresentante sindacale, e la richiesta ed acquisizione di ulteriori elementi di merito. L'OIV redige apposito verbale, ove verranno evidenziate le risultanze del proprio percorso valutativo, che verrà inoltrato all'attenzione del valutato e del valutatore dalla Struttura di Gestione del Personale. Il giudizio dell'OIV non è appellabile, ferme rimanendo le prerogative e le disponibilità previste dalle vigenti norme. Il percorso di valutazione individuale viene gestito tramite procedura informatizzata.

In ordine alla contrattazione integrativa, nell'anno 2023 questa AST ha stipulato con le OO.SS. **dell'Area Comparto** un Contratto integrativo che contiene la parte normativa valida per il triennio 2023 – 205 (recepimento pertanto il nuovo CCNL) e la parte economica anno 2023 (recepito con determina 777/2023).

Per le restanti 2 aree contrattuali non vi sono per l'anno 2023 accordi integrativi sottoscritti e vigenti

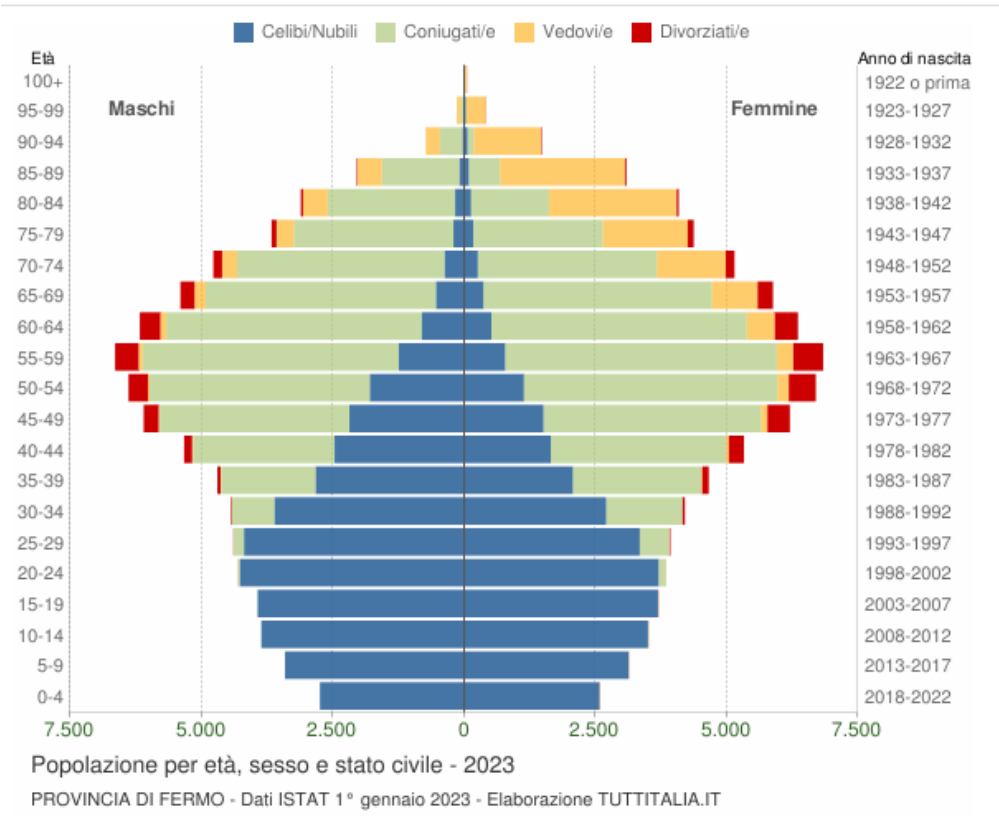
CAPITOLO 5

BILANCIO DI GENERE

Il bilancio di genere ha come obiettivo quello di individuare ed attuare le politiche volte alla promozione delle pari opportunità tra i generi. Sulla base della definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la Medicina di Genere rappresenta lo studio dell'influenza delle differenze biologiche, indicate col termine sesso, e socio-culturali e economiche, definite come genere sulla frequenza, i disturbi e la gravità delle malattie che colpiscono uomini e donne e, in generale, sullo stato di salute e di malattia di ogni persona. Pertanto, è opportuno sottolineare che la medicina di genere non riguarda solo la salute delle donne, né è limitata alle malattie che colpiscono gli organi della riproduzione, ma si interessa delle malattie che possono colpire entrambi i sessi, tanto da costituire un nuovo livello di analisi da inserire in tutte le aree della medicina già esistenti. La conoscenza delle differenze è fondamentale per una corretta prevenzione, per una migliore precisione diagnostica delle malattie e per l'identificazione della terapia più appropriata per ciascuno. L'applicazione della medicina di genere è recentissima: nel 1991, per prima, la cardiologa americana Bernardine Healy, direttore del National Institute of Health (NIH), pubblicò un articolo sull'importante rivista scientifica *New England Journal of Medicine*, intitolato "The Yentl syndrome". L'OMS, insieme ad altri organismi internazionali, ha riconosciuto il genere come uno dei fattori fondamentali nel determinare la salute o la malattia e nel 2009 ha istituito un Dipartimento attento alle disparità di genere e, successivamente, ha stabilito il genere come tema imprescindibile della programmazione sanitaria 2014-2019. Contemporaneamente anche in Europa diversi organismi hanno contribuito ad affermare come il genere sia una fondamentale variabile di salute e malattia, in particolare attraverso il programma Europa 2020 volto al raggiungimento di un'uguaglianza di genere. Nel 2011 l'Istituto Superiore di Sanità ha costituito un gruppo di lavoro all'interno del Dipartimento del Farmaco e successivamente, nel 2017, ha istituito il "Centro nazionale di riferimento per la medicina di genere", primo in Europa in questo ambito. In Italia è stata inoltre costituita una rete di attiva collaborazione per il sostegno della Medicina di Genere che comprende, oltre all'ISS, il Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere e il Gruppo Italiano su Salute e Genere (GISeG), alcune Università, numerose Federazioni mediche, Società e Associazioni scientifiche, nonché alcune Regioni che hanno inserito il concetto di genere nei Piani Socio Sanitari Regionali. Di seguito, si propone la lettura delle pari opportunità mediante l'esposizione dei principali dati di genere gestiti dall'Azienda: il personale dipendente ed i servizi sanitari erogati.

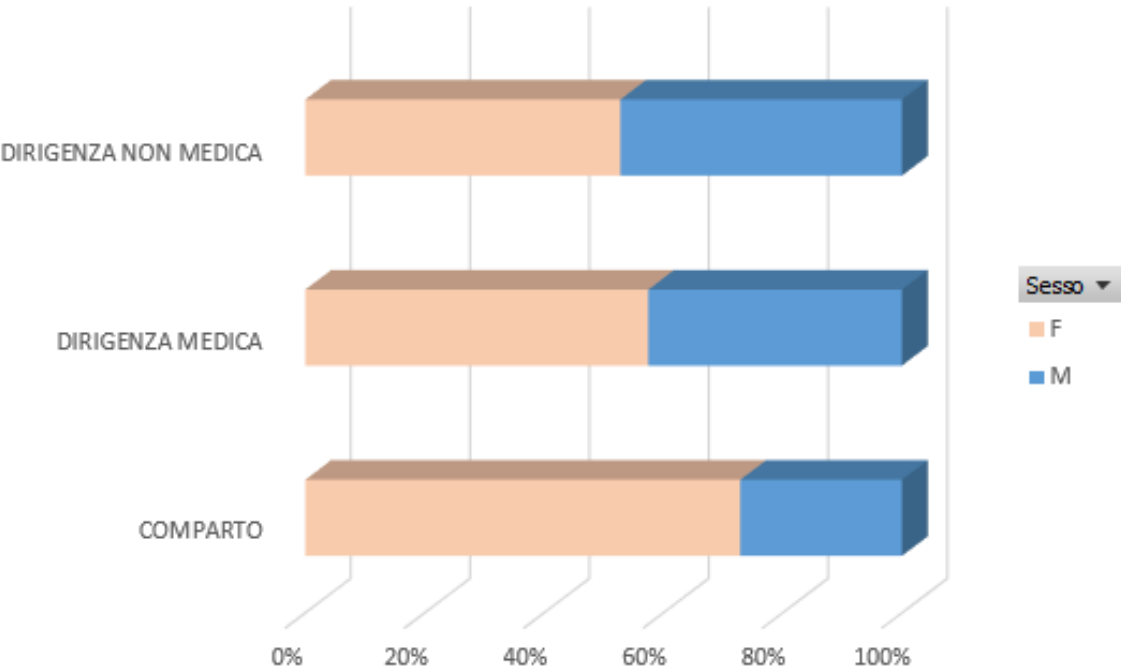
In linea con i tassi di invecchiamento e sopravvivenza, la popolazione femminile assistita (totale popolazione maschile residente n. 82.319 rispetto al totale della popolazione femminile n. 85.505) è maggiore di quella maschile, in particolare per le fasce di età over 40 come rappresentato nel grafico seguente.

Fig. 7



Relativamente all'occupazione, in Azienda prevalgono le dipendenti donne, in particolare nel settore del comparto che addirittura raggiungono la percentuale del 72,9%. Tuttavia, le dipendenti pur rappresentando oltre il 70% del personale aziendale, solo 14,8% di esse è dirigente; diversamente, il 26,6% dei dipendenti di sesso maschile è dirigente.

Fig. 8



Nell’analisi per ruolo, si evidenzia una netta predominanza del sesso femminile nel ruolo sanitario.

Fig. 9

