



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2023

INDICE

Presentazione della Relazione sulla Performance	3
1) Sintesi dei principali risultati raggiunti.....	5
1 – L’AST di Ascoli Piceno.....	5
1.Prevenzione e Sanità Pubblica.....	8
Assistenza territoriale.....	16
Pre-requisiti.....	26
Assistenza ospedaliera.....	28
Anticorruzione e Trasparenza.....	31
Bilancio di Genere.....	32
2) Analisi del contesto esterno e delle risorse	34
1 -Analisi del contesto esterno	34
2- Le risorse economiche e finanziarie	35
3 - Le risorse professionali.....	36
4 - La struttura dell’offerta	37
1 – Obiettivi annuali e specifici (triennali).....	42
2 – Performance organizzativa complessiva.....	42
4) Misurazione e valutazione degli Obiettivi individuali.....	47
5) Il processo di misurazione e valutazione.....	48

Presentazione della Relazione sulla Performance

Con Determina n. 242/AST AP del 30/03/2023, l'AST di Ascoli Piceno ha approvato il Piano Integrato di Attività e organizzazione (PIAO) per il triennio 2023-2025, in attuazione dell'art. 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2021, n. 113 e smi ha introdotto il Piano Integrato di Attività e organizzazione (PIAO), quale strumento di programmazione e governance che, ai sensi del D.P.R. 24.6.2022, n. 81 nelle apposite sezioni del Piano gli adempimenti inerenti a:

- Piano dei fabbisogni;
- Piano delle azioni concrete;
- Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio;
- **Piano della performance;**
- Piano di prevenzione della corruzione;
- Piano organizzativo del lavoro agile;
- Piani di azioni positive.

Ai sensi del citato art. 6, il PIAO ha durata triennale viene aggiornato annualmente con specifico riferimento alla Performance stabilisce quanto segue:

- definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- definisce le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli utenti stessi mediante gli strumenti di cui al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, nonché le modalità di monitoraggio dei procedimenti attivati ai sensi del decreto legislativo 20 dicembre 2009, n. 198.

Pertanto al fine della conclusione del ciclo della performance, la Relazione alla Performance rappresenta lo strumento di rendicontazione della Sezione performance del PIAO attraverso cui l'AST illustra ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno 2023 e adempiendo alle disposizioni contenute nell'art. 10, comma 1, lettera b), del D. Lgs. n. 150 del 2009, approvando tale relazione entro il 30/6 dell'anno successione a quello di riferimento e che dovrà essere validata dall'Organismo Interno di Valutazione.

La relazione è stata predisposta recependo le indicazioni di cui alle linee guida del Dipartimento della funzione Pubblica n.3/2018. Tali linee guida sono redatte ai sensi del D.lgs. 150/2009, così come modificato dal D.lgs n. 74/2017, che attribuisce al Dipartimento della Funzione Pubblica le funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance.

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

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

Gli obiettivi analizzati nella presente Relazione corrispondono a quelli presentati nella sezione della PERFORMANCE del PIAO relativo al 2023 approvato con la citata determina n. 242/AST_AP del 30/03/2023, adeguati agli indicatori e ai target della delibera di Giunta relative agli obiettivi economici e sanitari 2023 di cui alle DGR 1634 del 13 novembre 2023.

In particolare, Con DGRM n. 1634/2023 la Giunta regionale ha definito gli obiettivi sanitari del 2023, Nel mese di luglio in occasione degli incontri settimanali del Coordinamento Enti, sono state fornite indicazioni ai Direttori generali degli Enti del SSR che per l'anno 2023 si sarebbe mantenuto l'assetto degli obiettivi formalizzati già per l'anno 2022 e che le Direzioni medesime, qualora non avessero già provveduto, potevano avviare la negoziazione di budget anno 2023 con le UU.OO. Aziendali, tenuto conto di eventuali integrazioni potessero intervenire successivamente alla formalizzazione degli obiettivi per il corrente anno. Gli obiettivi 2023 sono stati presentati ai Direttori generali degli Enti del SSR nell'incontro del Coordinamento Enti del 23.10.2023

Con DGRM n. 176 del 19 febbraio 2024, in riferimento agli obiettivi di cui alla DGR 1634/2023 sono stati definiti i criteri di valutazione e procedura di valutazione dei risultati dei Direttori Generali.

I vincoli economici della gestione 2023 sono stati definiti dalla Deliberazione di Giunta regionale n. 1851 del 30.12.2022 "L.R. n. 19 del 08/08/2022 con la quale la Regione ha assegnato in via provvisoria le risorse gli enti del SSR per l'esercizio 2023. Successivamente, con DGRM n. 2073 del 28/12/2023 sono state assegnate agli Enti del SSR le risorse definitive per l'anno 2023.

1) Sintesi dei principali risultati raggiunti

1 – L'AST di Ascoli Piceno

La legge regionale 8 agosto 2022 n. 19 concernente “Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale” è stata pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione Marche in data 11 agosto 2022 e, ai sensi dell’articolo 50 della medesima legge, è entrata in vigore il giorno 12 agosto 2022.

L’art. 42 comma 9 della L.R. n. 19/2022 ha previsto la soppressione, a decorrere dal 31/12/2022, dell’Asur e la contestuale istituzione dal 1 gennaio 2023 di n. 5 Aziende Sanitarie Territoriali (AST), nonché l’incorporazione dell’AO Ospedali Riuniti Marche Nord a decorrere dall’1/1/2023 nell’AST di Pesaro-Urbino. L’art. 23 della L.R. 19/2022 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:

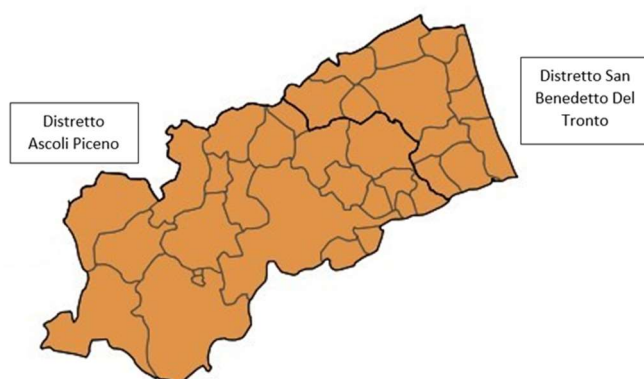
- Azienda sanitaria territoriale di Ancona
- Azienda sanitaria territoriale di Ascoli Piceno;
- Azienda sanitaria territoriale di Fermo;
- Azienda sanitaria territoriale di Macerata;
- Azienda sanitaria territoriale di Pesaro-Urbino.

Ai sensi del comma 2 del suddetto art. 23 gli ambiti territoriali di riferimento delle Aziende sanitarie territoriali risultano coincidenti con quelli delle Aree Vaste di riferimento della soppressa Azienda Sanitaria Unica Regionale.

Con DGRM 1500 del 21/11/2022 è stata costituita, con decorrenza 01/01/2023 l’Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Ascoli Piceno avente autonoma personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica con sede legale in Ascoli Piceno Via degli Iris.

L’Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno è articolata su 2 Distretti di seguito rappresentati.

Mappa Azienda Sanitaria Territoriale – Ascoli Piceno



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.

Sulla base della mission, dei principi delle finalità definiti dal comma 3 art. 1 e c. 4 art. 2 della LR n. 19/2022, l'obiettivo strategico dell'ATS è pertanto, è quello di porsi come garante della salute dei propri cittadini, attraverso la programmazione locale, intesa come confronto e presa in carico delle richieste della popolazione del territorio.

La ridefinizione del ruolo delle aziende sanitarie territoriali operato dalla recente legislazione, infatti, ha impresso una forte connotazione di innovazione nella gestione delle aziende sanitarie mediante il riconoscimento dell'autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

Per perseguire tali finalità strategiche, in attesa della definizione dell'assetto organizzativo-funzionale aziendale 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 che 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'assetto organizzativo-funzionale aziendale si rifà a quello dei sistemi a rete in cui le articolazioni organizzative rappresentano un insieme di nodi che sono legati tra loro da relazioni e connessioni più o meno deboli e che condividono sistemi operativi a supporto del funzionamento della rete (linguaggi, codici, valori che guidano i comportamenti, gli strumenti di programmazione e controllo, strumenti di integrazione gestionale, la gestione del personale, ecc.). In particolare, si è continuato a lavorare con le strutture organizzative esistenti.

Tali assetti organizzativi sono stati approvati con ASUR n. 356/DG del 20/6/2017 per quanto riguarda l'Area Socio-Sanitaria e con determina n. 355/DG del 20/06/2017, così come modificata con Determina ASUR n. 486/DG del 28/07/2017 con riferimento all'Area Sanitaria. Per quanto riguarda l'Area Amministrativo-Tecnico-Logistica (ATL), l'organizzazione è stata regolamentata con Determina ASUR n. 238/DG del 14/04/2017, così come modificata con Determina ASUR 264/DG del 05/05/2017.

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno (AST Ascoli Piceno) si estende su un territorio di 1.228,2 Km² (13,1% del territorio regionale) con struttura geomorfologica differenziata. La popolazione assistita al 01/01/2022 è pari a 202.317 distribuita in 33 Comuni e in 2 Distretti, con una densità di 164,73 abitanti per Km². La popolazione per Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona e classe di età è riportata nella tabella seguente:

Tab. 1 - Popolazione per classi di età

AST - ASCOLI PICENO	TOTALE POPOLAZIONE ALL' 1/01/2022	CLASSI DI ETÀ'							
		NEONATI	1-4 anni	5-14 anni	15-44 anni Maschi	15-44 anni Femmine	45-64 anni	65-74 anni	>=75 anni
DS 12 - San Benedetto del Tronto	100.761	638	2.771	8.488	16.416	15.867	31.049	12.057	13.475
DS 13 - Ascoli Piceno	101.556	564	2.435	8.179	16.331	15.180	31.237	13.104	14.528
Totale	202.317	1.202	5.206	16.667	32.747	31.047	62.286	25.161	28.001

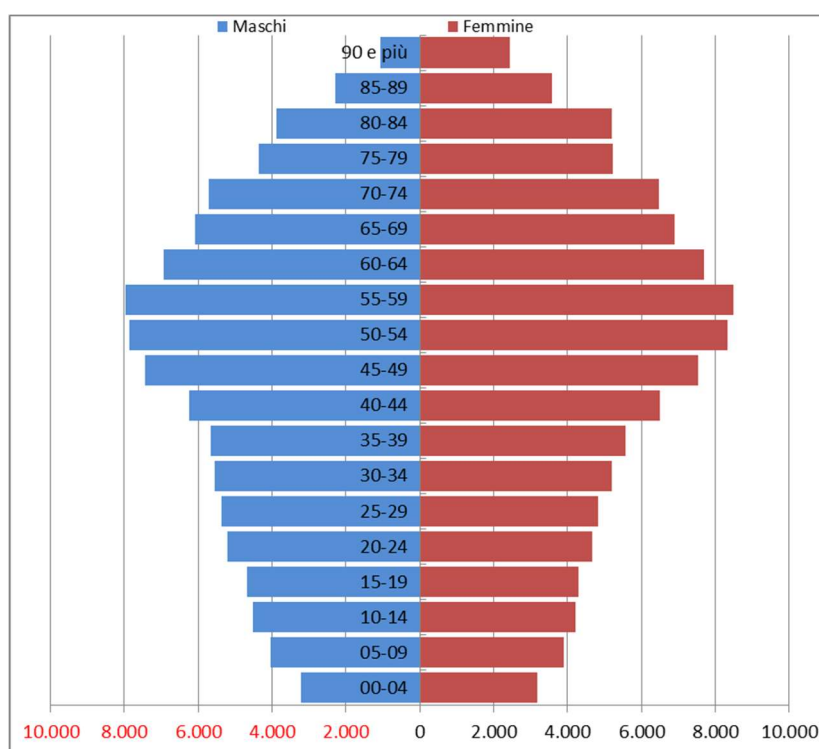
Nella provincia di Ascoli Piceno la speranza di vita alla nascita è di 80,8 anni per gli uomini e di 85,6 per le donne, valori sostanzialmente allineati al dato regionale, che è di 81,1 anni per gli uomini e di 85,2 per le donne e più alti rispetto al dato medio nazionale che è di 80,3 per gli uomini e di 84,8

per le donne (dati Istat 2021). L'indice di vecchiaia determinato come rapporto tra il numero di ultra sessantacinquenni e la popolazione tra 0 e 14 anni è pari al 230%, al di sopra di 18 punti percentuali rispetto al dato regionale che è di 213% e al di sopra di 43 punti percentuali rispetto al dato nazionale, che si attesta a 188%. Al 01/01/2022 gli ultra sessantacinquenni dell'AST Ascoli Piceno sono 53.162 e rappresentano il 26,28% della popolazione residente, dato sostanzialmente allineato alla media regionale che è al 25,68% e superiore al dato italiano che si attesta al 23,8%.

Nel 2022 il saldo naturale dei primi dieci mesi della provincia di Ascoli Piceno è risultato negativo, per -1.298 unità, con un incremento di 66 unità rispetto ai primi dieci mesi del 2021 incremento imputabile in parte ancora all'emergenza Sanitaria Covid-19.

Il grafico in basso, detto "Piramide delle Età", rappresenta la distribuzione della popolazione delle Marche per età e sesso al 1° gennaio 2022. La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). In generale, la forma di questo tipo di grafico dipende dall'andamento demografico di una popolazione, pertanto la base piuttosto "stretta", un segmento mediano più allargato ed un vertice "appiattito" testimonia un calo delle nascite ed un aumento della popolazione più anziana, in particolare si evidenzia la maggiore longevità femminile degli ultra-sessantenni, che evidenzia l'attesa di vita maggiore.

Fig. 2 – Piramide per Età



La piramide evidenzia in sintesi come i valori più bassi si rilevano nelle classi di età della prima infanzia riflettono il calo delle nascite registrato negli ultimi anni. Invece, tra i valori più alti figurano quelli relativi alle coorti superstiti tra i nati del 1961-1976, che oggi presidiano la popolazione in tarda età attiva.

Una delle sfide più complesse è quindi rappresentata dall'ottimizzazione, da parte dei sistemi sanitari, delle risorse disponibili, al fine di rispondere alla complessità delle domande di salute indotte dalla continua crescita delle patologie cronico-degenerative. Il mondo della cronicità, in particolare per le fasce più anziane della popolazione, è un'area in progressiva crescita, che

comporta un sempre maggiore impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali.

La struttura del nucleo familiare (e le sue modifiche nel tempo) costituisce un parametro fondamentale nella politica del welfare, sicuramente fattore rilevante per la programmazione e l'organizzazione sociale e sanitaria aziendale; a questo proposito, il numero medio di componenti delle famiglie con almeno un nucleo nell'anno 2022 è risultato per le Marche pari a 2,96 unità, valore sostanzialmente allineato alla media nazionale che si attesta a 3,01.

2- Principali risultati raggiunti

Con DGR 176 del 24/02/2024 per la valutazione dei Direttori Generali degli Enti del SSR per il 2023, nella verifica degli adempimenti LEA, non è più utilizzata la "Griglia LEA" ma il sistema di indicatori del cosiddetto "CORE" del Nuovo Sistema di Garanzia -NSG (ex D.M. 12 marzo 2019), come esplicitato nella scheda 2 del nuovo Patto per la Salute 2019-2020. Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), rispetto alla Griglia LEA, presenta nuovi strumenti di misurazione della qualità, appropriatezza ed efficienza dei servizi sanitari regionali dando evidenza delle criticità eventualmente presenti con riferimento all'erogazione dei Lea.

Con riferimento agli obiettivi regionali di seguito rendicontati si segnala che di fronte a un primo report messo a disposizione della Regione per la valutazione di Direttori Generali, siamo ancora nella fase delle controdeduzioni da parte dell'AST.

1.Prevenzione e Sanità Pubblica

a) Igiene e Sanità Pubblica

I Servizi di Igiene e Sanità Pubblica sono istituzionalmente e funzionalmente preposti alla prevenzione delle malattie infettive e diffuse. In base all'evoluzione epidemiologica della pandemia questi Servizi hanno subito le maggiori modifiche quali – quantitative delle attività di prevenzione primaria collettiva.

Norme nazionali e indicazioni regionali hanno definito le strategie degli interventi in funzione degli scenari che hanno caratterizzato l'evoluzione della pandemia nel corso del tempo determinando conseguentemente le attività dei Servizi, anche modificandole in modo importante da un mese all'altro.

Gli obiettivi relativi al Piano Regionale della Prevenzione di cui alla di cui alla DGRM 1634/23, sono i seguenti:

Relazione sulla Performance 2023

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	RISULTATO 23	RAGGIUNGIMENTO TARGET 2023
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	DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI ASCOLI PICENO n. 1134 del 29/12/2023	✓
13	Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021)	Numero riunioni del gruppo di coordinamento Piano Integrato Locale	Numero riunioni effettuate		>=3	Area di afferenza modificata in "Prevenzione", in quanto obiettivo a carico del Direttore del Dipartimento di Prevenzione che è anche il Responsabile Aziendale del Piano Integrato Locale. Al fine della stesura del Piano Integrato Locale sono stati organizzati incontri online con i referenti e componenti dei programmi PP9 (15/12/2023), PP4 (15/12/2023), PL14 (7/12/2023), PL13 (01/12/2023), PP6 (09/11/2023), PP7 (13/11/2023), PP8 (20/11/2023).	✓
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%	Obiettivo regionale legato ad attività gruppi tecnici regionali. Per l'anno 2023 sono stati rendicontati come raggiunti il 90% degli obiettivi regionali. Tale dato è in fase di approvazione da parte del Ministero della Salute	✓
15	Piano Pandemico Regionale 2021-2023 (DGR 188/2022)	Definizione Piano Pandemico Aziendale/Territoriale	Determina Piano Pandemico		Approvazione e trasmissione atto	DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI ASCOLI PICENO n. 1130 del 28/12/2023	✓

In merito all'obiettivo n. 12 il Piano Integrato Locale è stato formalizzato dall'AST in data 29/11/23 con Det n. 1134/DG. Per quanto riguarda l'obiettivo n. 13 al fine della stesura del Piano Integrato Locale sono stati organizzati incontri online con i referenti e componenti dei programmi PP9 (15/12/2023), PP4 (15/12/2023), PL14 (7/12/2023), PL13 (01/12/2023), PP6 (09/11/2023), PP7 (13/11/2023), PP8 (20/11/2023). In riferimento all'obiettivo n. 14 legato ad attività gruppi tecnici regionali per l'anno 2023 sono stati rendicontati come raggiunti il 90% degli obiettivi regionali. Tale dato è in fase di approvazione da parte del Ministero della Salute. Il Piano Pandemico Aziendale/territoriale è stato adottato con DET 1130/DG del 28/12/23.

In riferimento agli obiettivi di copertura vaccinale si evidenzia che i valori relativi a tutti gli indicatori di copertura vaccinale sono influenzati dal rilevante fenomeno dell'esitazione vaccinale, definita dall'OMS come il "ritardo nella accettazione o il rifiuto delle vaccinazioni, nonostante la disponibilità di servizi vaccinali". I dati nazionali e regionali a confronto mostrano in maniera univoca che nelle Marche il fenomeno dell'esitazione vaccinale è più marcato rispetto alla situazione complessiva nazionale. L'esitazione vaccinale è un fenomeno complesso, influenzato da oltre 30 differenti determinanti.

I maggiori determinanti di esitazione vaccinale in Italia sono (Giambi e coll.):

- Non avere piena raccomandazione da parte del proprio pediatra
- Percezione negativa del rapporto rischio/beneficio di effettuare una vaccinazione
- Essere stati esposti a narrazioni di eventi avversi post vaccinali accaduti a parenti/amici
- Essere propensi alla medicina alternativa.

L'andamento delle coperture vaccinali in Italia ha subito una variazione significativa nell'ultima decade.

Il dato per l'anno 2023 registrato nell'AST di Ascoli Piceno risulta comunque superiore al target per esavalente con il superamento del valore obiettivo con un risultato pari al 95% e un valore di MPR pari al 93%.

Tali risultati hanno consentito il raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Relazione sulla Performance 2023

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	RISULTATO 23	RAGGIUNGIMENTO TARGET 2023
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)	95%	✓
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)	93%	✓

Con riferimento all'obiettivo Copertura vaccinale Antinfluenzale (soggetti vaccinati > 65 anni al termine della campagna antinfluenzale), i dati di copertura vaccinale negli ultra 65enni delle ultime stagioni influenzali sono stati caratterizzati da un progressivo innalzamento a valori comunque distanti dagli obiettivi nazionali del 75% (minimo) e 95% (ottimale). Nell'ultimo biennio tuttavia si è registrata una inversione di tendenza negativa, collegata principalmente alla scarsa attenzione comunicativa dedicata alla campagna vaccinale antinfluenzale a livello nazionale.

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	RISULTATO 23	RAGGIUNGIMENTO TARGET 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)	41,63% (42%)	✗

b) Prevenzione nei luoghi di lavoro

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

La pandemia da COVID-19 ha accentuato tali complessità ed ha evidenziato l'importanza del legame tra le politiche in materia di prevenzione e sicurezza sul lavoro e quelle di sanità pubblica.

I luoghi di lavoro infatti rappresentano tuttora un ambito sociale rilevante per la promozione della salute e per la sensibilizzazione sulle misure per il contenimento dei contagi, compresa la campagna vaccinale.

Dall'inizio della pandemia i Servizi PSAL, in collaborazione con la Regione Marche, hanno elaborato una serie di documenti di indirizzo e hanno fornito assistenza alle varie figure aziendali della prevenzione, con particolare riferimento all'adeguamento delle misure di prevenzione e protezione nelle varie fasi della pandemia.

Di seguito gli obiettivi assegnati riferiti alla Prevenzione nei luoghi di lavoro, raggiunti al 100%.

Relazione sulla Performance 2023

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	RISULTATO 23	RAGGIUNGIMENTO TARGET 2023
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%	7%	✓
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%	✓

c) Screening oncologici

Nell'anno 2023, aderendo agli indirizzi regionali, l'Unità di Screening ha subito una radicale modifica organizzativa con una conseguente bassa adesione, rispetto al suo percorso storico.

Si è avuta a livello regionale la modifica della modalità di invito che è divenuto concordato e personalizzato per ciascun utente, producendo un allungamento dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie.

Si è avuta la modifica della modalità di generazione inviti, con propedeuticità al nuovo software gestionale (denominato SCOPRE) per tutti gli Screening Oncologici, producendo un allungamento dei tempi di generazione e spedizione degli inviti stessi.

Si è avuta la modifica della modalità di prenotazione prestazioni, condizionata al CUP Regionale, producendo un allungamento dei tempi di erogazione di ogni prestazione e diminuzione del numero di posti disponibili.

E' stato introdotto il nuovo PDTA dello screening cervice-uterina, con passaggio dal Pap-test all'HPV test come esame di primo livello screening (nella fascia di età 30-64 anni) con inizio a fine giugno 2023. Prima di questa data, non è stato possibile né invitare, né erogare prestazioni di HPV test, in quanto l'esame deve essere processato nel Laboratorio centralizzato Regionale di Fabriano; tale centralizzazione è entrata in vigore solo in seguito al collaudo del software (26/06/2023) e alla messa a punto nella segreteria e nei 13 consultori aziendali di stampanti etichettatrici idonee e dispositivi di prelievo.

E' stato introdotto l'allargamento delle fasce di età dello screening mammario; oltre alla fascia (50-69 anni LEA) dal 2023 si offre la mammografia di screening anche alla fascia 45-49 anni e 70-74 anni. La criticità che ha inficiato il superamento dell'obiettivo del precedente anno, è dovuta al fatto che i posti messi a disposizione per gli screening dalle Radiologie, sono rimasti invariati, con conseguente diminuzione di quelli dedicati all'obiettivo LEA.

Relazione sulla Performance 2023

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	RISULTATO 23	RAGGIUNGIMENTO TARGET 2023
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)	36%	
4		% persone effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della cervice uterina	Persone in età target che eseguono nel 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)	34%	
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%	
16	Screening HCV popolazione	Avvio campagna screening HCV popolazione nat 1969-1989	Avvio nelle AST della campagna di screening		Comunicazione avvio campagna	100%	

d) Prevenzione Primaria Collettiva - Area veterinaria e sicurezza alimentare

La rete della prevenzione primaria collettiva-area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare- si articola sul territorio delle Aree Vaste con i Servizi: Igiene Alimenti e Nutrizione (IAN), Igiene Alimenti di Origine Animale (IAOA), Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche (IAPZ) e Sanità Animale (SA).

Di seguito gli obiettivi assegnati agli altri Servizi della Prevenzione

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	RISULTATO 23	RAGGIUNGIMENTO TARGET 2023
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	Completato da Dante Martella (SA), Bruno Toscani (IAOA), Antonio Santone (IAN)	

L'obiettivo di cui sopra, comune alle aree risulta raggiunto

Tab. 8. Igiene degli Alimenti e Nutrizione (Servizio IAN)

Relazione sulla Performance 2023

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	RISULTATO 23	RAGGIUNGIMENTO TARGET 2023
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	100,0%	✓
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	100,0%	✓
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 dal Reg. 625/2017 e Reg. 627/2019- DDPFVSA n.49 del 20/03/2017	% di audit sugli stabilimenti riconosciuti di cui al DDPFVSA n.49 del 20/03/2017	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%	✓
42	PIANO NAZIONALE MICOTOSSINE 2016-2018-Controllo ufficiale delle micotossine in alimenti. Nota DG SAN 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%	✓
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%	✓
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: DG SAN n.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%	32%	✓
48	PROGRAMMAZIONE CONTROLLI UFFICIALI SULLE IMPRESE ALIMENTARI 852/2004 E 853/2004	% 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%	✓

Tutti gli obiettivi relativi al Servizio IAN risultano raggiunti.

Igiene degli Alimenti Di Origine Animale (Servizio IAOA)

Tutti gli obiettivi relativi al Servizio IAOA risultano raggiunti.

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	RISULTATO 23	RAGGIUNGIMENTO TARGET 2023
35	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	% 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%	✓
36	CONTROLLI ANALITICI NELLE FASI DI PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI-attuazione Accordo Stato-Regioni del 10 novembre 2016, rep212, concernente Linee guida controllo ufficiale ai sensi Reg. 882/04 e 854/04, Capitolo 15 e ripartizione dei controlli su base regionale (nota 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%	✓
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%	✓

Igiene Degli Allevamenti E Produzioni Zootecniche (Servizio Iapz)

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	RISULTATO 23	RAGGIUNGIMENTO TARGET 2023
22	FARMACO SORVEGLIANZA-attività di ispezione e verifica art. 88 D.Lgs n.193/2006. Nota DGSAF n.1466 del 26/01/2012; DM 14/05/2009 e nota DGSAF 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	100,0%	✓
23	Piano Nazionale Alimentazione animale	% campionamenti eseguiti sul totale degli attesi	N. campionamenti e analisi svolte	N. campionamenti e analisi programmati	100%	100,0%	✓
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	100,0%	✓
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%	✓

Tutti gli obiettivi relativi al Servizio IAPZ risultano raggiunti.

Sanità Anomale e Igiene Urbana veterinaria (Servizio Sanità Animale)

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	RISULTATO 23	RAGGIUNGIMENTO TARGET 2023
17	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE 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	3,3%	✓
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	1,1%	✓
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	3,4%	✓
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	3,9%	✓
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	1,0%	✓
27	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSF n.1618 del 28/01/2013	% stabilimenti controllati sugli stabilimenti bovini da controllare per TBC come previsto dai piani di risanamento	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%	98%	✓
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%	100%	✓
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 ZOONOTICHE - 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%	90%	✓
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	54%	✗
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)	100%	✓
50	QUALIFICHE SANITARIE (Art. 2, O.M. 28 maggio 2015 e s.m.i.)	Mantenimento qualifica di provincia indenne per Brucellosi bovina			SI	100%	✓
		Mantenimento qualifica di provincia indenne per Brucellosi ovi-caprina			SI	100%	✓
		Mantenimento qualifica di provincia indenne per tubercolosi bovina			SI	100%	✓
		Acquisizione qualifica di provincia indenne per tubercolosi bovina			-	100%	✓
		Mantenimento qualifica di provincia indenne per leucosi bovina enzootica			SI	100%	✓
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 cani e/o gatti 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	100%	✓

La motivazione del mancato raggiungimento dell'obiettivo "Biosicurezza Allevamenti Suini" è da ricondurre al fatto che durante l'anno 2023 il personale in servizio ha dovuto fronteggiare situazioni critiche legate alla gestione delle non conformità emerse nei controlli sia ordinari che facenti parte degli obiettivi previsti dal DGRM in oggetto, emersi in corso dell'anno; oltre a portare avanti l'ordinaria attività di servizio.

Assistenza territoriale**a) Area Distrettuale**

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.

L'emergenza Covid ha messo in evidenza il ruolo strategico svolto dai servizi territoriali e dalle Cure primarie, attraverso le USCA, in numerose fasi del contrasto alla diffusione del virus e alla cura dei pazienti che non necessitano del ricovero.

Infine il PNRR e il Decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" mirano a realizzare un nuovo modello di assistenza territoriale di prossimità per portare le risposte ai bisogni di salute il più vicino possibile ai cittadini.

Di seguito gli obiettivi assegnati

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	Valore Numeratore 23	Valore Denominatore 23	RISULTATO 23	RAGGIUNGIMENTO TARGET 2023
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.	2150	201046	10,7	✓
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.	1653	201046	8,2	✓
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%)	880	201046	4,4	✓
56	Assistenza residenziale	N. residenti anziani (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				in attesa del flusso
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%)	294	656	45%	✓
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	5	152	3%	✓

L'obiettivo 56 risulta ad oggi non valutato in quanto il flusso FAR è in attesa di validazione della Regione Marche. Gli altri obiettivi assegnati risultano pienamente raggiunti.

b) Assistenza Distrettuale, territoriale, integrazione ospedale territorio e integrazione socio sanitaria –

Relazione sulla Performance 2023

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	Valore Numeratore 23	Valore Denominatore 23	RISULTATO 23	RAGGIUNGIMENTO TARGET 2023
65	Attività legate all'attuazione del PNRR	Definizione dei modelli assistenziali per le strutture di prossimità (CdC, QdC, 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		report inviati ARS		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		Determina n 808/ASTAP del 29/09/23 trasmessa con prot. 102893 del 07/12/2023		100%	✓
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	1		1.210.099,96 €	1.210.099,96 €	100%	✓
68		Report sull'utilizzo delle risorse	Trasmissione mensile report previsti dalla DGR 1243/2023	100%		report inviati ARS		100%	✓

c) Emergenza Urgenza

Il sistema di Emergenza Urgenza in ambito sanitario, quale insieme delle funzioni di soccorso, trasporto e comunicazione, organizzate al fine di assicurare l'assistenza sanitaria al verificarsi di emergenze o urgenze, ha richiesto una rimodulazione per rispondere allo scenario determinato dell'emergenza Covid.

Di seguito gli obiettivi relativi all'area Emergenza- urgenza

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	RISULTATO 23	RAGGIUNGIMENTO TARGET 2023
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 20% aggiuntivo della % 2022	46%	✓
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 20% aggiuntivo della % 2022	64%	✓
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%	72%	✗
90		% pazienti codice bianco (5 = non urgenza) visitati entro 240 minuti	N° pazienti codice bianco visitati entro 240 minuti	N° pazienti codice bianco	≥ 75%	72%	✗
91		% abbandoni PS	N° pazienti con esito 5-6-7	N° totale pazienti	≤ 2022	100%	✓

Gli obiettivi dell'area emergenza e urgenza sono caratterizzati da una fortissima criticità per le UO di Pronto soccorso, per l'incremento del flusso in accesso che ha richiesto uno specifico intervento regionale a supporto della gestione del sovraffollamento con la DGR 734/2022, e in particolare nella dotazione di personale medico delle strutture con una forte carenza medica e ricorso anche al supporto di soggetti esterni, elemento che impatta negativamente sui tempi di visita dei pazienti con codice verde e bianco, stante la necessaria priorità di gestione dei pazienti con codice arancione e azzurro.

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	RISULTATO 23	RAGGIUNGIMENTO TARGET 2023
70	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	≤ 0,12	10%	✓
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	83%	✓
81	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	riduzione di almeno 10% del valore 2022	6,8%	✓

d) Rete trapianti

Relazione sulla Performance 2023

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	RISULTATO 23	RAGGIUNGIMENTO TARGET 2023
92	Rete trapianti	N° accertamenti morte cerebrale/ n. cerebrolesi deceduti in T.L. + DCD			> valore 2022	80%	✓
93		N° donatori di cornee			> valore 2022	100%	✓
95		N° coppie avviate allo studio per la donazione rene da vivente			> valore 2022	100%	✓
96		Costituzione del Comitato aziendale ospedaliero per la donazione di organi e tessuti	Istituzione del Comitato con atto e realizzazione di almeno 2 incontri del Comitato		invio atto e verbali riunioni entro il 31/12/2023	100%	✓
97		Formalizzazione delle Procedure Operative aziendali relative al processo di donazione di organi e tessuti	Predisposizione documento e recepimento formale		invio atto entro il 31/12/2023	100%	✓

e) Area Salute Mentale

L'Area della Salute Mentale è costituita da Centri di salute mentale, centri diurni e strutture residenziali gestiti a livello organizzativo e gestionale dai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) delle Aree Vaste.

Come per altre tipologie di inserimenti (anziani e disabili) per quelli riguardanti i pazienti psichiatrici ogni Area Vasta individua un responsabile degli inserimenti nelle strutture semiresidenziali e residenziali; lo stesso è tenuto a verificare, all'atto della richiesta di inserimento, l'effettiva disponibilità di P.L. contrattualizzati attraverso le modalità definite con il Responsabile del Procedimento competente.

Di seguito l'obiettivo 58 della Salute Mentale che risulta pienamente raggiunto.

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	RISULTATO 23	RAGGIUNGIMENTO TARGET 2023
58	Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologia	% 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	Totale ricoveri in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	≤5.0	3%	✓

L'obiettivo di seguito riportato relativo ai TSO non risulta raggiunto

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	Valore Numeratore 23	Valore Denominatore 23	RISULTATO 23	RAGGIUNGIMENTO TARGET 2023
109	TSO-Trattamento Sanitario Obbligatorio	Diminuzione del 3% rispetto al 2022	x	Popolazione Residente	- 3% rispetto ai TSO 2022	27	19	1,42	✗

L'obiettivo assegnato: "riduzione tasso TSO % 2023/2022" non risulta raggiunto in termini di confronto numerico 2023 su 22 ma l'analisi sui dati non può prescindere dall'analisi di contesto clinico ed ambientale in cui i dati risultano raccolti.

I numeri assoluti dei ricoveri accolti in SPDC nella AST AP sono cresciuti in modo significativo dal 2022 al 2023, dato analogo verificabile in tutta la nazione e nella Regione Marche (confronta rapporto Ministero della Salute 2022 e Quaderni SIEP 2023). Incrementando il numero dei ricoveri, si raccolgono maggiori emergenze e criticità dal territorio, Tutti i ricoveri sono in urgenza, con quasi il 100% provenienti dai Pronto Soccorsi.

La prevalenza dei TSO risulta fatta dai servizi dell'emergenza urgenza territoriale. In tal modo, il dato di accrescimento non rappresenta indice di mal funzionamento del DSM, bensì indice di criticità sociale come tutte le indagini psichiatriche nazionali testimoniano, da cui emergono condotte di aggressività e/o agitazione che talvolta esitano in interventi delle FFOO e talvolta in TSO.

I dati di riscontro osservabili già nel 2022 ed estratti dal Quaderno della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP) per l'anno 2023, indicano per la Regione Marche un accrescimento quasi del 20%, in linea con accrescimento nazionale (Quaderno SIEP 2023, pagine 53-54, allegato) del tasso di TSO e per riscontro analogo, ho contattato i direttori dei DSM marchigiani con dati sovrapponibili. Dalla stessa pubblicazione emerge che il tasso di TSO nelle regioni italiane oscilla dal 2,1/1000.000 abitanti al 24,5/100.000 abitanti.

La Regione Marche si colloca in media al 10,5/1000.000 abitanti, dato che applicato nella nostra Provincia indica circa il 21/200.000 abitanti, come percentuale riaspetto al totale dei ricoveri/200.000 abitanti.

Riassumendo, segnalo come indicatori da considerare per il mancato contenimento dei TSO: l'incremento totale del numero dei ricoveri; la prevalenza dei TSO effettuati dal 118 e continuità assistenziale; il numero dei TSO collegati ad intossicazioni patologiche da abusi di sostanze in costante crescita locale e nazionale; il numero dei TSO effettuati dal 118 per gesti anticonservativi di soggetti non noti a questo DSM, numero di eventi in grande accrescimento negli anni post covid.

f) Liste di Attesa

La programmazione regionale sulla riduzione delle liste di attesa è esplicitata nei seguenti atti programmatori:

- DGR n.640/2018 del 14/05/2018 "Piano Regionale per il Governo dei Tempi di Attesa per le prestazioni di Specialistica Ambulatoriale e diagnostica sottoposte a monitoraggio dal Piano nazionale Governo Liste di Attesa (PNLA) per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche per gli anni 2018-2020";
- DGR n.380 del 01/04/2019 "Governo dei tempi d'attesa. Percorsi di tutela finalizzati a garantire l'effettuazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nei tempi previsti e gestione della mancata Disdetta dell'appuntamento per gli assistiti residenti nella Regione Marche".
- DGR n.462 del 16/04/2019 "Recepimento PNGLA 2019-2021 (Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019). Nuovo Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche per gli anni 2019-2021. DGR 380/2019 Modifica e integrazione".
- DGR n. 779 del 24/06/2019 "Governo Tempi di Attesa. Modifica DGR 703/2019, DGR 380/2019, DGR 462/2019"
- DGR n. 1361 del 7/11/2019 - Avvio del percorso di governo dei tempi d'attesa per prestazioni non ricomprese nel Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa (PNGLA). Implementazione della trasparenza del sistema di prenotazione. Modifica DGR 779/2019 ed integrazione DGR 462/2019"
- DGR n.827 del 29 giugno 2020, recante "Epidemia di COVID-19: piano di potenziamento delle attività ambulatoriali per la fase 2 dell'emergenza pandemica finalizzato alla riduzione dei tempi di attesa";
- D.L.n.104 del 14 agosto 2020. art.29 comma 8, convertito con modificazioni dalla legge n.126 del 13 ottobre 2020, rubricato "Disposizioni urgenti in materia di liste di attesa";
- DGR n.1323 del 10 settembre 2020; azioni relative al personale dipendente, lavoratore autonomo e convenzionato ai fini della realizzazione del piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa;

- D.L.n.73 del 25 maggio 2021, art.26, convertito con modificazioni dalla legge n.106 del 23 luglio 2021, rubricato “Disposizioni in materia di liste di attesa e utilizzo flessibile delle risorse”.
- Con il Piano Operativo Regionale, di cui alla DGRM 490/2022, la Regione Marche ha messo a disposizione degli Enti del SSR le risorse ministeriali destinate al 2022 per il recupero delle prestazioni non erogate durante la pandemia attraverso gli strumenti straordinari (di cui ai commi 2 e 3 all’art. 29 del DL 104/2020). In particolare, ha destinato fondi per le prestazioni aggiuntive sia per gli interventi chirurgici che per prestazioni ambulatoriali.

In continuità con la DGR n. 490/22, in merito all’uso dei finanziamenti non utilizzati dalla Regione nel 2022 , il Ministero della Salute ha fornito le “Indicazioni alle regioni per le attività di recupero delle prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus Sars-Cov-2, e attività per la riduzione delle liste di attesa” in cui, al punto 2 vengono spiegate le “Modalità di utilizzo del finanziamento di cui al decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198 coordinato con la legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14”

Con la DGR 1046/2023 si è ritenuto opportuno destinare al recupero delle prestazioni ambulatoriali e ospedaliere l’intera quota dello 0,3% del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2023. Con DGR 1243/2023 si è provveduto ad approvare il “Piano Operativo Regionale 2023: recupero e miglioramento liste d’attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri e screening” che per l’AST di Ascoli Piceno, a seguito dell’intesa *sul riparto del FSN 2023, è stimabile in euro 1.210.099,96.*

L’Azienda ha dato attuazione alle indicazioni regionali recependole e declinandole operativamente nel Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa riguardanti la specialistica ambulatoriale, lo screening e le sedute operatorie.

Per il raggiungimento degli obiettivi 2023 sono state introdotte le seguenti azioni.

- Monitoraggio e verifica della qualità delle agende di prenotazione:
- Analisi dell’offerta finalizzata ad evidenziare aree di criticità e ad attuare misure correttive: i dati relativi agli

Relazione sulla Performance 2023

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	RISULTATO 23	RAGGIUNGIMENTO TARGET 2023
59	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler 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.d.	dato non disponibile
60		Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraaortici; - 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%	60%	✗
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%	76%	✗
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%	100%	✓
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%	n.d.	Non disponibile
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%	✓

Anche nel 2023, le indicazioni programmatiche in materia sono state attuate ma sono emerse delle criticità di sistema:

- per i ricoveri:
 - *priorità dei percorsi in emergenza / urgenza nell'uso degli spazi operatori;*
 - *carenza di personale medico anestesista e delle discipline chirurgiche;*
 - *carenza di personale nell'ambito dei blocchi operatori;*
- per le prestazioni ambulatoriali:
 - *carenza di personale medico specialista dipendente e convenzionato;*
 - *necessità di garanzia prioritaria della continuità assistenziale nelle strutture ospedaliere;*
 - *bassa adesione del personale medico e delle professioni all'attività aggiuntiva;*

Occorre anche rilevare che il sistema CUP regionale non consente di disporre un cruscotto di monitoraggio di alcuni degli indicatori degli obiettivi assegnate e questo ha reso complesso il governo delle azioni correttive. Le situazioni di non conformità sono attribuiti alla situazione straordinaria per l'effetto di recupero sul periodo pandemico, associato alla grave situazione relativa alla carenza di personale medico; l'Azienda ha attuato le azioni possibili, grazie alle risorse straordinarie messe a disposizione, ma lo strumento dell'attività aggiuntiva è condizionato dall'adesione dei professionisti e anche a fronte dell'incremento della valorizzazione oraria non ha

raccolto l'adesione necessaria a rispondere alla domanda. Si ritiene anche di evidenziare come le problematiche riscontrate nell'AST hanno una valenza regionale e nazionale.

g) Farmaceutica

L'Assistenza Farmaceutica rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) definiti con il DPCM 12.01.2017, in base al quale viene delegato alle Regioni il compito di garantire il rispetto dei criteri di appropriatezza, sicurezza ed economicità, favorendo l'uniformità delle scelte attinenti all'uso dei farmaci, a tutela dell'equità del servizio reso ai cittadini. In tale contesto è obbligo per le Regioni assicurare il rispetto di tetti di spesa sulla assistenza farmaceutica, come precedentemente stabiliti dalla L. 232/2016 e s.m.i. di cui alla L. 145/2018, per la Farmaceutica Convenzionata (7,96%) e per gli Acquisti Diretti di medicinali (6,89% di cui 0,20% gas medicinali), in rapporto alla spesa sanitaria complessiva (tetto del 14,85%). Tali parametri, per l'anno 2021, sono stati successivamente aggiornati con la L. 178/2020 (Legge di Stabilità 2021), in particolare, fermo restando il valore complessivo del 14,85 per cento, il limite della spesa farmaceutica convenzionata è rideterminato nella misura del 7% mentre il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti è rideterminato nella misura dell'8% per l'anno 2022, dell'8,15% per l'anno 2023 e dell'8,30% a decorrere dall'anno 2024. Conseguentemente il valore complessivo della spesa farmaceutica è rideterminato nel 15% per l'anno 2022, nel 15,15% nell'anno 2023 e nel 15,30% a decorrere dall'anno 2024.

L'AST, al fine di contenere e qualificare la spesa farmaceutica nei limiti programmati ha attuato le seguenti azioni che hanno consentito il contenimento della spesa e la garanzia di un servizio farmaceutico capillare nel territorio:

- *la fornitura dei farmaci del PHT (prontuario ospedale-territorio) in distribuzione per conto (DPC) tramite le farmacie convenzionate;*
- *la fornitura diretta dei farmaci alla dimissione ospedaliera, necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale;*
- *l'erogazione diretta, al fine di garantire la continuità assistenziale, dei farmaci agli assistiti nella fase di dimissione dal ricovero ospedaliero o in seguito a visita specialistica ambulatoriale;*
- *l'erogazione diretta di alcune classi di farmaci per terapie croniche ad alto costo ed alta complessità.*

Inoltre l'AST ha dato applicazione alla DGR 1764 del 27/12/2018 "Disposizioni relative alla promozione dell'appropriatezza e della razionalizzazione d'uso dei farmaci e del relativo monitoraggio" ed ha definito nonché evidenziato le aree ulteriormente migliorabili e definendo le azioni da porre in essere, principalmente in tali ambiti:

- *farmaci a brevetto scaduto e farmaci biosimilari che determinerebbero un consistente risparmio senza ridurre l'assistenza, in quanto è stato dimostrato che non ci sono evidenze di un'incidenza maggiore di segnalazioni di sospette reazioni avverse rispetto agli originatori o una ridotta efficacia terapeutica;*
- *farmaci oncologici, ipolipemizzanti, antiaggreganti e anticoagulanti, antibiotici, farmaci per disturbi oculari, antidepressivi, farmaci per disturbi genito-urinari, anti-Parkinson sono quelli su cui richiamare l'attenzione sia per i costi che per i consumi;*
- *Consumi antibiotici.*

A livello ospedaliero sono stati fatti incontri con i principali reparti aziendali al fine di analizzare i report di spesa e definire le conseguenti azioni di miglioramento.

In particolare l'AST, attraverso la farmacia ha seguito sia l'acquisto che il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva di:

- Farmaci inclusi nel Prontuario Terapeutico.
- Sostanze stupefacenti e psicotrope utilizzate in ospedale e in DD per quelle di esclusiva distribuzione ospedaliera.
- Farmaci off label e quelli inclusi nella legge 648/96 con monitoraggio della relativa spesa
- Farmaci non registrati in Italia come da DM 11/2/97 e successive integrazioni o temporaneamente carenti.
- Farmaci ad esclusiva distribuzione ospedaliera (Farmaci H)
- Farmaci in dimissione ospedaliera e post-visita ambulatoriale
- Farmaci dispensati a Case di riposo/RSA e Casa circondariale al fine di fornire continuità assistenziale e contestualmente ottenere un contenimento della spesa farmaceutica convenzionata.
- Prodotti (integratori, parafarmaci, alimenti a fini medici speciali e dispositivi medici) destinati a pazienti affetti da malattie rare
- Prodotti (integratori, parafarmaci, alimenti a fini medici speciali e dispositivi medici) destinati a pazienti affetti da fibrosi cistica
- Allestimento delle preparazioni galeniche officinali e preparazioni magistrali per farmaci non reperibili in commercio (farmaci orfani non sterili...) in conformità alle norme F.U e NBP.
- Vaccini anti Covid 19.
- Farmaci inclusi in Sperimentazioni cliniche.

Ai fini della promozione dell'appropriatezza prescrittiva in materia di farmaceutica convenzionata, si è proceduto alla trasmissione della reportistica relativa ai consumi farmaceutici per singolo medico prescrittore. Il documento "Valutazione comparativa - Scheda di sintesi del medico di medicina generale e relativi assistibili", trasmesso ai singoli prescrittori via mail o consegnato nel corso di incontri delle equipe territoriali, consente a ciascun professionista di poter conoscere il proprio profilo prescrittivo e confrontarlo con la media regionale, rilevando le eventuali deviazioni sia in termini di spesa che di ipo- o iper-prescrizione di singole classi farmacologiche.

Inoltre si è proceduto ad organizzare ed effettuare incontri personalizzati con i medici alto spendenti al fine di condividere le azioni di miglioramento da porre in essere ai fini dell'appropriatezza prescrittiva.

Di seguito gli obiettivi relativi all'Assistenza farmaceutica di cui alla DGR 1634 del 13 novembre 2023, di cui quelli relativi al consumo di farmaci sentinella non risultano raggiunti nonostante l'implementazione delle azioni di appropriatezza prescrittiva e monitoraggio della spesa sopra indicate

Relazione sulla Performance 2023

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	Valore Numeratore 23	Valore Denominatore23	RISULTATO 23	RAGGIUNGIMENTO TARGET 2023
7	Spesa farmaceutica per acquisti diretti	Incremento della spesa farmaceutica acquisti diretti del 4% rispetto alla spesa del 2022. Sono esclusi i gas medicali ed i vaccini (Fonte ARS: flussi H e F).	(Spesa 2023-2022)*100	Spesa 2022	≤ + 4%	186.367.345	54.612.592,89	3,41	100%
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		27.800.000	28.032.948,72		232.949	✗
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 J01ND1 - 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	114.098		1.229.770 DDD del 2023 - 1.115.672 DDD del 2022	✗
10	Ispezioni Farmacie convenzionate	N. di ispezioni presso le farmacie convenzionate (Piano farmacovigilanza Veterinaria)	N. ispezioni presso le farmacie convenzionate		10	10 nel 2023		100%	✓
11	Centralizzazione allestimento terapie oncologiche e	UFA n. 1 per provincia			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	EURO 20.301.685 (ANNO 2022)	EURO 20.284.249 (ANNO 2023)	100%	✓
13	Anagrafica dispositivi medici in AREAS	Normalizzazione anagrafica dispositivi medici entro il 31/12/2023			rendicontazione entro il 28/02/2024			100%	✓
14	Rispetto scadenze per adempimenti LEA C14 e C15 Acquisti diretta di farmaci	I dati e le motivazioni di scostamento richieste devono pervenire all'ARS 7- 10 giorni prima della scadenza del MEF	Rendicontazione entro 7- 10 giorni prima delle scadenze MEF		SI / NO				✓
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%	12	21	57%	✗
16	Coerenza tra flussi 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%	21.128.748	22.425.814	94%	100%
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%	3 incidenti segnalati nel 2023: 1 grave validato il giorno dopo		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	2.482.595	2.742.550	259.955	✗

Per quanto riguarda gli indicatori che presentano criticità si può relazionare quanto segue.

Per quanto riguarda l'obiettivo relativo al rispetto del tetto sulla farmaceutica convenzionata lo sfioramento è riconducibile all'aumento di prescrizione di farmaci ipolipemizzanti in conseguenza dell'applicazione di nuove linee guida che hanno ridotto il livello target del colesterolo. Sono stati svolti degli incontri con i medici sia ospedalieri che MMG al fine di raccomandare un uso appropriato della categoria farmaceutica.

Per quanto riguarda l'obiettivo di riduzione del consumo di antibiotici per pazienti residenti si può osservare che in seguito alle forti riduzioni dei consumi degli anni 2020 e 2021 conseguenti alla pandemia covid soprattutto nel 2022 e in parte nel 2023 vi è stato un graduale incremento. Nel 2023 sono stati fatti numerosi incontri con i medici ospedalieri e MMG che hanno comunque portato ad una riduzione di consumi su classi di farmaci quali fluorochinologici e macrolidi.

Per quanto riguarda l'obiettivo sul rispetto scadenze per adempimenti LEA C14 e C15 Acquisti diretta di farmaci Si può dichiarare che questo obiettivo è stato raggiunto.

Dopo un confronto con i competenti organi regionali è infatti emerso che nel corso dell'anno 2023 gli adempimenti relativi al c14 e c15 (confronto tra valore dei flussi della farmaceutica e i dati contabili e analisi delle motivazioni degli scostamenti) sono stati effettuati direttamente dalla

Regione. L'AST ha contribuito nel rispetto delle scadenze a comunicare il valore delle note di credito ricevute. Non sono stati richiesti a questa AST approfondimenti ulteriori non essendo state riscontrate particolari anomalie.

Per quanto riguarda l'obiettivo relativo al rispetto della tempistica di inserimento delle schede di sospetta reazione avversa nella rete di farmacovigilanza, le problematiche riscontrate sono conseguenza di ritardi nell'invio alla farmacia delle schede compilate da singoli prescrittori.

Infine per quanto riguarda l'obiettivo relativo alla spesa per assistenza protesica, l'aumento rispetto al 2022 è dovuto al riconoscimento di prezzi più alti alle sanitarie in conseguenza dell'applicazione della DGRM 1783 del 27/12/2022 ad oggetto "Approvazione schema di accordo tra Regione Marche e Aziende ortoprotesiche, attive sul territorio regionale, per la fornitura di ausili, protesi ed ortesi a carico del Sistema Sanitario Regionale – DPCM 12 gennaio 2017 - Livelli Essenziali di Assistenza".

Pre-requisiti

Di seguito l'analisi dei risultati dei prerequisiti

PRE-REQUISITI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	RISULTATO OSSERVATO	% di raggiungimento
PRE-REQUISITI	DGR 248/2018 (Decreto Ministero della Salute n. 262 del 07.12.2016) + Analisi di coerenza dei Flussi informativi con i Modelli Ministeriali	Flusso FAR: rispetto tempistica invio (Trimestrale)			Alimentazione completa con dati per Trimestre	100%	✓
PRE-REQUISITI	DGR 248/2018 (Decreto Ministero della Salute n. 262 del 07.12.2016) + Analisi di coerenza dei Flussi informativi con i Modelli Ministeriali	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%	79%	✗
PRE-REQUISITI	DGR 248/2018 (Decreto Ministero della Salute n. 262 del 07.12.2016) + Analisi di coerenza dei Flussi informativi con i Modelli Ministeriali	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%	78%	✓
PRE-REQUISITI	DGR 248/2018 (Decreto Ministero della Salute n. 262 del 07.12.2016) + Analisi di coerenza dei Flussi informativi con i Modelli Ministeriali	Flusso SIAD: rispetto tempistica invio (Trimestrale)			Alimentazione completa con dati per Trimestre	100%	✓
PRE-REQUISITI	DGR 248/2018 (Decreto Ministero della Salute n. 262 del 07.12.2016) + Analisi di coerenza dei Flussi informativi con i Modelli Ministeriali	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 e effettuata nei 90 giorni previsti	Totale Prese in carico (PIC) con prima valutazione	>=80%	51%	✗
PRE-REQUISITI	DGR 248/2018 (Decreto Ministero della Salute n. 262 del 07.12.2016) + Analisi di coerenza dei Flussi informativi con i Modelli Ministeriali	Flusso HOSPICE: rispetto tempistica invio (Trimestrale)			Alimentazione completa con dati per Trimestre	100%	✓
PRE-REQUISITI	DGR 248/2018 (Decreto Ministero della Salute n. 262 del 07.12.2016) + Analisi di coerenza dei Flussi informativi con i Modelli Ministeriali	Flusso SIND: rispetto tempistica invio (annuale)			Alimentazione completa con dati Annuali	100%	✓
PRE-REQUISITI	DGR 248/2018 (Decreto Ministero della Salute n. 262 del 07.12.2016) + Analisi di coerenza dei Flussi informativi con i Modelli Ministeriali	Flusso SIND: Rispetto coerenza utenti con anno precedente (cut-off >=90%)	Totale utenti SIND anno 2022	Totale utenti SIND anno 2021	>=90%	100%	✓
PRE-REQUISITI	DGR 248/2018 (Decreto Ministero della Salute n. 262 del 07.12.2016) + Analisi di coerenza dei Flussi informativi con i Modelli Ministeriali	Flusso File R: rispetto tempistica invio (annuale)			Alimentazione completa con dati Annuali	100%	✓
PRE-REQUISITI	DGR 248/2018 (Decreto Ministero della Salute n. 262 del 07.12.2016) + Analisi di coerenza dei Flussi informativi con i Modelli Ministeriali	Flusso SISM: rispetto tempistica invio (Semestrale)			Alimentazione completa con dati per Semestre	100%	✓
PRE-REQUISITI	DGR 248/2018 (Decreto Ministero della Salute n. 262 del 07.12.2016) + Analisi di coerenza dei Flussi informativi con i Modelli Ministeriali	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%	100%	✓
PRE-REQUISITI	DGR 248/2018 (Decreto Ministero della Salute n. 262 del 07.12.2016) + Analisi di coerenza dei Flussi informativi con i Modelli Ministeriali	Flusso SDO: rispetto tempistica invio (Mensile)			Alimentazione completa con dati mensili	100%	✓
PRE-REQUISITI	DGR 248/2018 (Decreto Ministero della Salute n. 262 del 07.12.2016) + Analisi di coerenza dei Flussi informativi con i Modelli Ministeriali	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%	63%	✗
PRE-REQUISITI	DGR 248/2018 (Decreto Ministero della Salute n. 262 del 07.12.2016) + Analisi di coerenza dei Flussi informativi con i Modelli Ministeriali	Flusso EMUR PS + EMUR 118: rispetto tempistica invio (Mensile)			Alimentazione completa con dati mensili	100%	✓
PRE-REQUISITI	DGR 248/2018 (Decreto Ministero della Salute n. 262 del 07.12.2016) + Analisi di coerenza dei Flussi informativi con i Modelli Ministeriali	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%	0%	✓
PRE-REQUISITI	DGR 248/2018 (Decreto Ministero della Salute n. 262 del 07.12.2016) + Analisi di coerenza dei Flussi informativi con i Modelli Ministeriali	Flusso Farmaceutica: rispetto tempistica invio (Mensile)			Alimentazione completa con dati mensili	100%	✓
PRE-REQUISITI	DGR 248/2018 (Decreto Ministero della Salute n. 262 del 07.12.2016) + Analisi di coerenza dei Flussi informativi con i Modelli Ministeriali	Flusso File C: rispetto tempistica invio (Mensile)			Alimentazione completa con dati mensili	100%	✓
PRE-REQUISITI	DGR 248/2018 (Decreto Ministero della Salute n. 262 del 07.12.2016) + Analisi di coerenza dei Flussi informativi con i Modelli Ministeriali	Flusso File C: % complessiva sul rispetto scadenze di invio del flusso (totale record inviati nei tempi (somma tutti i mesi) / totale record inviati) - parametro >=85%	Somma record con invio mensile rispettando i tempi di invio del flusso File C	totale record inviati flusso File C	>=85%	100%	✓
PRE-REQUISITI	PNRR = Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali - linea M6C211.3.2	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	100%	✓
PRE-REQUISITI	PNRR = Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali - linea M6C211.3.2	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	100%	✓
Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi informativi	Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi informativi: Invio settimanale dati post letto e ricoveri	Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi informativi: Invio settimanale dati post letto e ricoveri			Adempimento settimanale invio flusso ricoveri covid-19	100%	✓
Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi informativi	Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi informativi: Anagrafe Vaccinale (percorso Vaccinale e percorso vaccinale Covid-19)	Rispetto flussi Trimestrali (Anagrafe Vaccinale - Percorso vaccinale Covid-19 e percorso No- Covid-19)			Alimentazione AVN (Trimestrale) e alimentazione Giornaliera AVC	100%	✓

. La discrepanza che si evidenzia tra il dato STS 24 e il Flusso FAR è evidentemente dovuta dal non caricamento dei ricoveri da parte delle strutture residenziali e semiresidenziali all'interno di SIRTE. Le motivazioni possono essere ricondotte esclusivamente alle varie problematiche riscontrate nell'utilizzo di SIRTE nell'anno 2023. In primo luogo è a tutti conosciuto l'episodio del danneggiamento del server su cui erano depositate le banche dati:

- In data 20/01/2023 l'incidente avvenuto presso il Datacenter sanitario Sanzio di Regione Marche, ha causato il danneggiamento del server che ospita alcune importanti banche dati, tra cui quella del sistema informativo SIRTE ed in particolare del modulo Residenzialità.
- Con Nota 0010346 del 27/01/2023 il DEC del contratto, comunica l'avvio in emergenza di suddetto modulo, seppur senza la disponibilità dei dati storici, comunicando la possibilità di inserire solo i nuovi ricoveri, mentre per i pazienti con ricovero attivo è necessario attendere il ripristino dei dati storici, solo allora sarà possibile registrare RUG, scale, diari e altre attività.
- Con Nota 0014241 del 15/02/2023, visto il protrarsi dei tempi di recupero dei dati storici, vengono disposte nuove modalità operative, in cui si chiede alle strutture, per i pazienti già ricoverati di ricreare la scheda di presa in carico con tutte le informazioni disponibili.
- Con Nota 021153 del 04/12/2023, viene comunicato il recupero dei dati storici, resi disponibili in un'apposita banca dati dedicata consultabile e stampabile

L'incidente avvenuto al Datacenter ha quindi ostacolato il lavoro degli operatori delle strutture che hanno dovuto ricaricare tutti i dati dei ricoveri attivi. Anche il ripristino dei dati storici, avvenuto solo in data 04/12/2023, non è risultato funzionale al loro lavoro. Come se non bastasse in corso d'anno 2023 le strutture sia private che pubbliche hanno segnalato dei problemi di funzionamento del software sirte nell'inserimenti dei dati o nella loro correzione. Le segnalazioni al servizio assistenza di SIRTE non sempre hanno portato ad una rapida soluzione delle problematiche con conseguente impossibilità per le strutture di assolvere ai loro impegni. Nel corso dei primi mesi del 2024 l'AST ha raccolto le problematiche irrisolte e si è fatta parte attiva per cercare di risolvere con la software house. Inoltre è intenzione di questa AST effettuare dei monitoraggi di completo caricamento dei dati con cadenza trimestrale in modo da evitare l'accumularsi di situazioni irrisolte. A tal fine verrà chiesto alle strutture di fornire i modelli sts24 con step trimestrali.

In merito al flusso SDO Il risultato è attribuibile al ritardo nella chiusura delle sdo da parte dei reparti ospedalieri. Vale la pena rammentare che questa Direzione si è insediata a metà anno 2023. Di conseguenza gli sforamenti sui tempi di chiusura delle sdo dei primi 7 mesi dell'anno non dovrebbero essere presi in considerazioni. Appena la Direzione ha individuato il problema è subito intervenuta dando specifiche indicazioni ai reparti e istituendo un sistema di monitoraggio interno e di conseguente sollecito in caso di mancata chiusura delle sdo posto in capo alla direzione sanitaria di presidio.

Naturalmente negli ultimi mesi del 2023 gli effetti di questo intervento sono visibili. Analizzando i dati scorporati per periodi infraannuali si può evidenziare che la percentuale delle sdo chiuse entro i tempi previsti sul totale è stata del 61% nei primi 7 mesi del 2023. Tale percentuale però è salita al 69% nel mese di agosto, al 81% nel mese di settembre, 76 % nel mese di ottobre e 68% nel mese di novembre. Dicembre ha fatto registrare invece un crollo della percentuale di chiusura entro i termini in conseguenza del fatto che in corrispondenza di quella scadenza le UUOO aziendali devono chiudere convenzionalmente tutte le sdo effettuate in regime di ricovero diurno con conseguente notevole impegno che ha determinato dei ritardi.

L'azione di monitoraggio e stimolo è proseguita nell'anno 2024 con risultati anche migliori. Nel periodo gennaio aprile anno 2024 la percentuale di sdo chiuse entro i 30 giorni è salita al 89%. La tempestiva chiusura delle sdo è stata messa come specifico obiettivo di budget nell'anno 2024 e verrà fatta molta attenzione al rispetto del parametro nel mese di dicembre che è il più critico.

Alla luce di queste considerazioni e dei miglioramenti ottenuti già nel 2023 e nel 2024 si chiede di considerare l'obiettivo raggiunto.

Assistenza ospedaliera

a) Area Medica

Relativamente all'area medica, l'Asur, a seguito del riordino organizzativo di cui alla citata determina n. 361/DG del 23/6/2017 e s.m.i., opera attraverso i dipartimenti di Area Medica e di specialità medica, presenti nell'azienda in cui sono presenti Unità operative semplici e complesse delle discipline di Nefrologia e Dialisi, Oncologia, Neurologia, Pneumologia, Medicina Interna, Lungodegenza, Medicina fisica e Riabilitazione, Stroke Unit, Ematologia

Di seguito si riportano gli obiettivi relativi all'area Medica

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	RISULTATO 23	RAGGIUNGIMENTO TARGET 2023
70	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	≤ 0,12	10%	✓
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	-96	✓
77	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Riduzione n. accessi in DH medico per pazienti adulti residenti	N. Accessi in DH medico per pazienti adulti residenti 2023		≤ 2022	557	✗
81	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	riduzione di almeno 10% del valore 2022	6,8%	✓

Gli obiettivi relativi al NSG sono stati raggiunti, ad eccezione del miglioramento dei ricoveri in day hospital medico rispetto al 2022. La criticità nel raggiungimento di tale obiettivo sono state già individuate nel corso dell'anno attraverso il monitoraggio degli esiti degli indicatori da parte della Direzione Medica di Presidio, coordinati dalla Direzione Sanitaria; tale monitoraggio ha portato ad approfondire quelli più critici e ad individuare le relative azioni correttive. In particolare, con riferimento alla riduzione degli accessi dei DH medici, dopo la riduzione avvenuta nel 2021-2022, è stato necessario avviare una attività di puntuale riprogrammazione dei casi.

b) Area Chirurgica

Il Programma Nazionale Esiti (PNE) analizza annualmente l'attività ospedaliera con indicatori che sono entrati a far parte del cruscotto di indicatori con il quale viene monitorato il sistema sanitario delle Regioni (Nuovo Sistema di Garanzia). Poiché l'analisi condotta dal PNE comprende una pesatura della complessità della casistica con la produzione di valori aggiustati che viene effettuata a partire dalle SDO, la corretta compilazione e codifica è fondamentale al fine della valorizzazione della complessità della casistica trattata: diverse condizioni cliniche, di comune riscontro in ambito anamnestico, non vengono registrate nelle SDO, tra queste a titolo esemplificativo: tumori, obesità, anemia, pregresso infarto, nefropatie croniche, pregressa rivascolarizzazione coronarica. Si evidenzia che alcune diagnosi (quali ad esempio: diabete, malattia cerebrovascolare, insufficienza cardiaca) vengono considerate esclusivamente se presenti in un

ricovero precedente ed è pertanto necessario elevare l'attenzione alla codifica delle SDO da parte di tutte le UUOO. Per questo è stato effettuato un monitoraggio della qualità delle SDO e la segnalazione alla Direzione delle UUOO maggiormente critiche delle azioni correttive necessarie, promuovendo per la corretta gestione della codifica delle SDO.

La programmazione aziendale è stata volta al monitoraggio continuo degli esiti degli indicatori relativi all'attività chirurgiche, in particolare quello ritenuto più critico relativo alla degenza media post operatoria di colecistectomie laparoscopiche. Di seguito si rappresentano gli obiettivi relativi all'Area Chirurgica.

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	RISULTATO 23	RAGGIUNGIMENTO TARGET 2023
70	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	≤ 0,12	10%	✓
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	83%	✓
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	83%	✓
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	≥ 98%	100%	✓
78	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	< 2022 (0,55)	0,58	✗
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 (90,3%)	90%	✓
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 (6,4%)	4%	✓
82		% nuovo intervento di resezione entro 120 gg da intervento chirurgico conservativo per tumore maligno alla mammella			riduzione di almeno 10% del valore 2022 (2,9%)	4,1%	✗
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%	33,3%	✗

Per quanto riguarda l'obiettivo n. 78 sono state programmate azioni volte a diminuire le degenze pre-operatorie già nell'anno 2022 quando il target era degenza pre operatoria < di 1,29 per cui avendo raggiunto per l'anno 2022 un valore di 0,55 risulta difficile scendere sotto a questo target per cui il risultato di 0,58 è comunque uno standard molto alto.

L'obiettivo n. 82, non risulta raggiunto in quanto nonostante il numero esiguo di resezione entro 120 giorni da intervento chirurgico conservativo per tumore maligno alla mammella (pari a 3 nel 2022 ed a 5 nel 2023) si registra una percentuale in crescita per effetto della riduzione complessiva degli interventi effettuati (pari a 134 nel 2022 ed a 123 nel 2023).

In merito all'obiettivo di recupero dei tempi di attesa su interventi chirurgici classe di priorità A, l'obiettivo non è raggiunto. Nonostante le azioni correttive il risultato ottenuto è inferiore al valore target del 90%: pur avendo posto in essere un monitoraggio, nel corso del 2023 si sono determinate condizioni straordinarie per l'assoluta priorità dell'attività di recupero sui pazienti in lista di attesa.

c) Area Materno-Infantile

Le azioni dei Dipartimenti Materno-Infantile delle Aree Vaste sono volte al raggiungimento dei seguenti principali obiettivi strategici:

- *L'integrazione di tutte le unità operative nonché coinvolta nella salvaguardia della salute delle donne in età fertile a dei soggetti in età pediatrica inclusa l'assistenza psichiatrica in età evolutiva;*
- *La riduzione della mortalità perinatale, miglioramento della funzionalità dei servizi di diagnosi prenatale a dei percorsi di nascita adeguati sotto il profilo organizzativo, strutturale e tecnologico;*
- *La promozione della salute del neonato e la diagnosi precoce delle anomalie congenite a delle malattie genetiche e/o rare come chiave di volta per la prevenzione degli handicap;*
- *La promozione della salute della donna con interventi volti alla diagnosi tempestiva della patologia neoplastica (tumori del collo dell'utero e della mammella, per cui è documentata l'efficacia d'interventi di screening) e della osteoporosi in menopausa;*
- *L'umanizzazione dell'assistenza.*

L'attuazione del DM 70/2015 ha fortemente influenzato, nel corso degli ultimi anni, l'organizzazione dei punti nascita dell'ASUR mirando al raggiungimento degli standard previsti per la sicurezza dei pazienti.

Dal momento che la sicurezza e la qualità delle cure perinatali si fondano sul coinvolgimento attivo delle madri e delle loro famiglie, sulla qualità dei processi clinici, sul buon funzionamento dei gruppi di lavoro, i programmi aziendali di formazione ed addestramento svolgono un ruolo fondamentale per la qualità e sicurezza delle cure erogate

Anche l'Accordo Stato Regioni attraverso il documento del 24 gennaio 2018, avente come oggetto le Reti Tempo dipendenti, evidenzia, nel capitolo specifico della "Rete Neonatologica e i Punti Nascita", il bisogno fondamentale e necessario di programmi di formazione/aggiornamento orientati al potenziamento delle competenze ed abilità utilizzando Tecniche di Simulazione quale strumento di crescita e di certificazione delle competenze. La partecipazione del personale sanitario alla formazione, garantisce che l'intera organizzazione possa mantenere adeguati livelli di performance per la gestione di situazioni di urgenza-emergenza nei diversi livelli di cura secondo quanto previsto dal DM n. 70/2015.

Di seguito gli obiettivi relativi all'Area Materno-Infantile

Relazione sulla Performance 2023

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	Valore Numeratore 23	Valore Denominatore 23	RISULTATO 23	RAGGIUNGIMENTO TARGET 2023
70	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	$\leq 0,12$	1.991	19.486	10%	✓
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	$\leq 20\%$	181	875	21%	✗
78	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	< 2022 (0,95)	2083	3168	0,98	✗
79	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza) - (esclusi ricoveri urgenti)	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)	$\geq 2022 (90,3\%)$	2242	2497	90%	✓
80	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% 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 (6,4%)	805	22429	4%	✓
83	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Numero di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN			≤ 2022	ANNO 2022 1 su 1.176	ANNO 2023 2 su 1.204	più 0,08%	✗
86	Recupero dei tempi di attesa interventi chirurgici classe di priorità A	% prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero			$\geq 90\%$	10	27	37,0%	✗

L'indicatore 83 non risulta raggiunto in quanto, infatti nell'anno 2022 vi è stato solo un parto fortemente pre termine su 1176 parti. Mentre nel 2022 vi sono stati soli 2 parti pre termine su 1204. Quindi di fatto vi è stato solo l'aumento di una unità.

Ovviamente si è trattato di due casi di urgenza che non consentivano il trasferimento della paziente in modo sicuro nel centro di riferimento regionale e che quindi hanno reso più opportuno il parto nel punto di accesso.

Anticorruzione e Trasparenza

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

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

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

Tali obiettivi, come evidenziato nel PTPC vigente, assegnati a tutti i dirigenti dell'area ATL consistono nella realizzazione delle seguenti attività:

- trasmissione da parte dei report periodici sullo stato dell'arte della pubblicazione dei dati di competenza sulla sezione "Amministrazione Trasparente";
- verifica degli adempimenti di pubblicazione da parte dei responsabili
- aggiornamento della mappatura dei rischi per il nuovo PTPC anni 2022-2024;
- invio dei questionari ANAC per la predisposizione della Relazione annuale sull'attività di prevenzione della Corruzione

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.

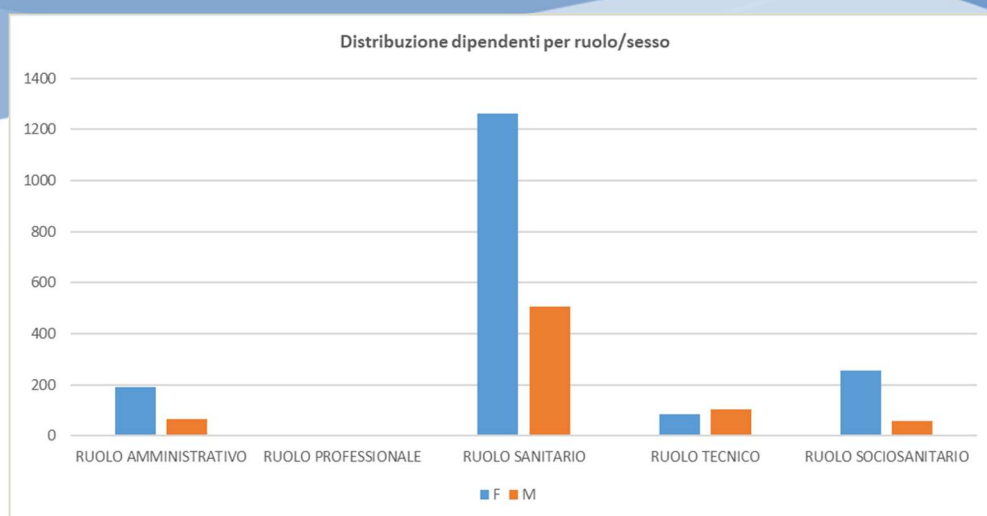
Sulla base della definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la Medicina di Genere rappresenta lo studio dell'influenza delle differenze biologiche, indicate col termine sesso, e socio-culturali e economiche, definite come genere sulla frequenza, i disturbi e la gravità delle malattie che 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.

Relativamente all'occupazione, in Azienda prevalgono le dipendenti donne, in particolare nel settore del comparto che addirittura raggiungono la percentuale del 74,9%. Tuttavia, le dipendenti pur rappresentando oltre il 70% del personale aziendale, solo 14,1% di esse è dirigente; diversamente, il 29,9% dei dipendenti di sesso maschile è dirigente.

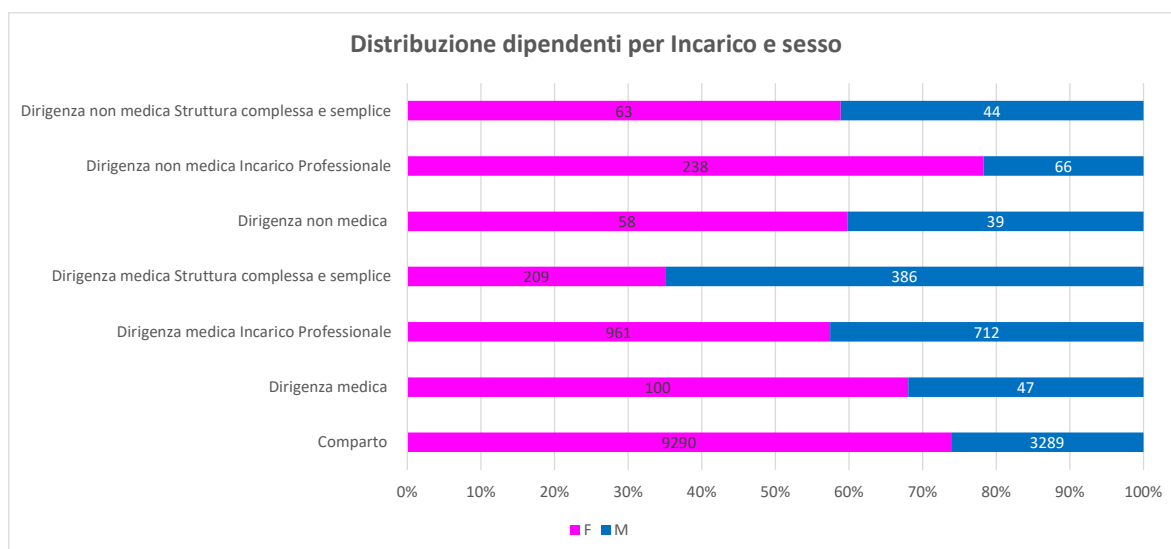
Tipologia contratti

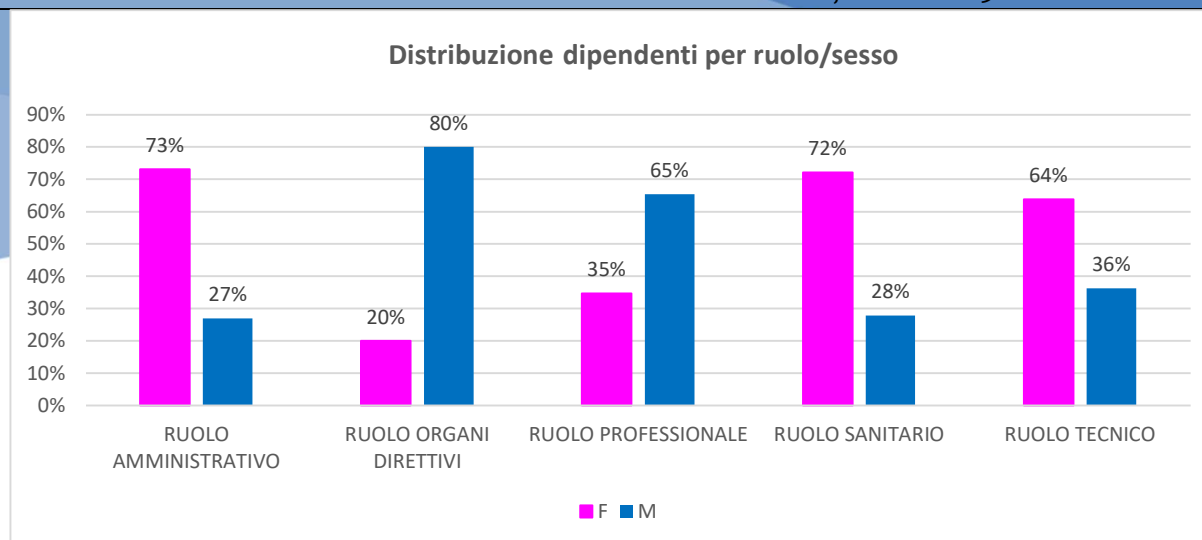
CONTRATTO	Femmine	Maschi	Totale	Femmine/Totale
COMPARTO	1.543	516	2.059	74,9%
DIRIGENZA	253	220	473	53,5%
TOTALE	1.796	736	2.532	70,9%
DIRIGENTI SU TOTALE	14,1%	29,9%	18,7%	



Di seguito si illustra la distribuzione per sesso/tipologia di incarico e per sesso/ruolo. Tale analisi evidenzia come gli incarichi di base siano affidati in misura percentuale maggiore alle donne (66% per la dirigenza medica e 60% per quella non medica), mentre le strutture complesse ai dipendenti maschi (63% per la dirigenza medica e non medica).

Nell'analisi per ruolo, si evidenzia una netta predominanza dei ruoli affidati a maschi nel ruolo professionale (68%).





2) Analisi del contesto esterno e delle risorse

1 -Analisi del contesto esterno

La programmazione aziendale 2023 è stata fortemente condizionata non solo dalle dinamiche del Fondo Sanitario Nazionale e dalle molteplici manovre adottate dal governo centrale per la riduzione della spesa pubblica ma in modo particolare dalle dinamiche scaturite dalla necessità di far fronte non solo all'emergenza Covid, ma anche alla crisi globale che ha determinato rilevanti incrementi della spesa energetica e la necessità di accogliere i profughi a causa della guerra in Ucraina.

Un ulteriore elemento di contesto che ha influenzato la gestione dell'anno 2022 ha riguardato l'entrata in vigore della legge L. 19 dell'8 Agosto 2022 di riordino del SSN, che prevede al 1/1/2023 la cessazione dell'ASUR e la contestuale costituzione delle nuove Aziende Sanitarie della Regione Marche come accennato nella premessa.

2- Le risorse economiche e finanziarie

L'Azienda, che gestisce un Bilancio complessivo di circa 500 milioni di Euro, evidenzia equilibrio economico complessivo.

L'esercizio 2023 chiude con il pareggio di bilancio, confermando la situazione di equilibrio economico aziendale.

Per un maggior dettaglio dei costi e ricavi si rinvia al prospetto seguente, sintesi del Modello CE:

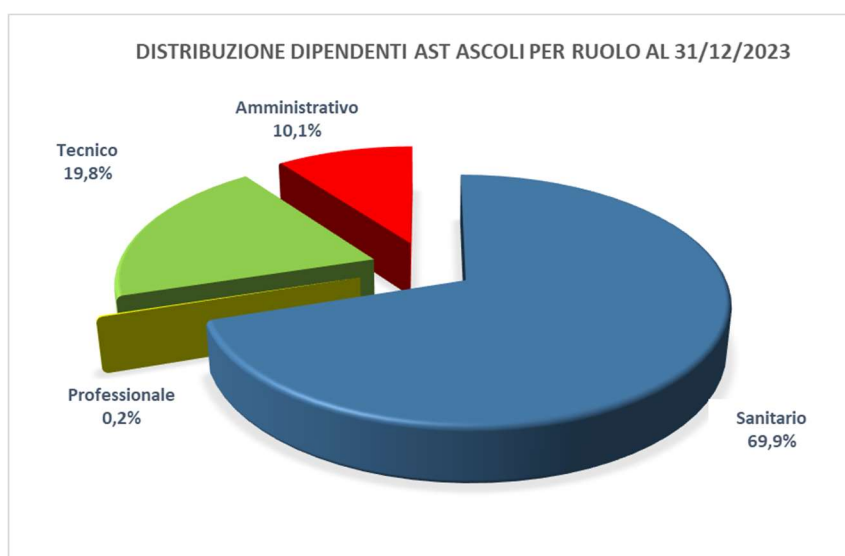
DESCRIZIONE	BILANCIO DI PREVISIONE 2023	BILANCIO DI ESERCIZIO 2023	DELTA BILANCIO DI ESERCIZIO 2023 / BILANCIO DI PREVISIONE 2023
Totale valore della produzione (A)	490.283.557	498.562.239	
A.1) Contributi in c/esercizio	405.858.698	413.622.514	7.763.817
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 2.507.985	- 647.628	1.860.357
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti	4.219.245	5.519.407	1.300.162
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	61.492.917	56.457.670	- 5.035.247
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	8.045.565	10.719.484	2.673.918
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	3.620.274	3.514.131	- 106.144
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	8.893.646	8.774.338	- 119.308
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-
A.9) Altri ricavi e proventi	661.197	602.324	- 58.873
Totale costi della produzione (B)	480.586.462	491.596.875	11.010.413
B.1) Acquisti di beni	88.663.247	92.953.503	4.290.256
B.2) Acquisti di servizi	231.339.279	230.921.692	- 417.586
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	6.357.500	6.804.757	447.256
B.4) Godimento di beni di terzi	3.951.621	4.187.056	235.434
Totale Costo del personale	134.803.392	135.542.176	738.783
B.9) Oneri diversi di gestione	1.390.261	1.216.725	- 173.536
Totale Ammortamenti	9.122.176	9.012.714	- 109.462
B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	-	-
B.13) Variazione delle rimanenze	-	356.571	356.571
B.14) Accantonamenti dell'esercizio	4.958.985	11.314.824	6.355.839
Totale proventi e oneri finanziari (C)	- 80	- 44.134	- 44.054
C.1) Interessi attivi	-	328	328
C.2) Altri proventi	-	-	-
C.3) Interessi passivi	80	44.462	44.382
C.4) Altri oneri	-	-	-
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-	-	-
D.1) Rivalutazioni	-	-	-
D.2) Svalutazioni	-	-	-
Totale proventi e oneri straordinari (E)	-	2.907.849	2.907.849
E.1) Proventi straordinari	-	2.916.859	2.916.859
E.2) Oneri straordinari	-	9.010	9.010
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	9.697.015	9.829.079	132.064
Y.1) IRAP	9.546.015	9.667.851	121.836
Y.2) IRES	151.000	144.673	- 6.327
Y.3) Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)	-	16.555	
Totale imposte e tasse (Y)	9.697.015	9.829.079	
RISULTATO DI ESERCIZIO	-	-	

3 - Le risorse professionali

Dal punto di vista del numero complessivo di risorse umane, si registra un numero complessivo di personale dipendente presente al 31/12/2023 di 2.532 teste, il numero complessivo di teste e Unità equivalenti è illustrato nella tabella seguente.

DOTAZIONE ORGANICA		Teste al 31/12/2023	UE 31/12/2023
RUOLO	AREA		
sanitario	dirigenza medica	403	399,2
	dirigenza sanitaria non medica	59	57,6
	comparto sanitario non I.P.	237	293,5
	comparto sanitario I.P.	1.072	979,1
professionale	dirigenza professionale	4	3,0
	comparto professionale	-	-
tecnico	dirigenza tecnica	1	1,0
	comparto tecnico non OSS	204	202,9
	comparto tecnico OSS	296	286,2
amministrativo	dirigenza amministrativa	6	6,0
	comparto amministrativo	250	245,9
totale		2.532	2.474,3

Di seguito la distribuzione di personale per ruolo.



4 - La struttura dell'offerta

Assistenza Ospedaliera

L'AST di Ascoli Piceno opera mediante un presidio ospedaliero unico su 2 stabilimenti ospedalieri: il "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto e il "Mazzoni" di Ascoli Piceno. Sono altresì presenti 4 Case di Cura Private accreditate e 1 Istituto di Riabilitazione.

CODICE STRUTTURA	DESCRIZIONE STRUTTURA	CODICE STABILIMENTO	DESCRIZIONE STABILIMENTO
110005	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	01	STABILIMENTO DI S.BENEDETTO
		02	STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO

CODICE STRUTTURA	codice stabilimento	Denominazione e struttura	Tipologia struttura	Descrizione stabilimento
110071	01	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'	Struttura mono-specialistica del	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'
110078	02	CdC MARCHE - RETE IMPRESA	Struttura multi-specialistica	CASA DI CURA VILLA SAN MARCO
110078	03	CdC MARCHE - RETE IMPRESA	Struttura multi-specialistica	CASA DI CURA VILLA ANNA SRL
110078	04	CdC MARCHE - RETE IMPRESA	Struttura multi-specialistica	CASA DI CURA SAN BENEDETTO SPA
110079	03	CENTRO OSPEDALIERO SANTO	Struttura riabilitativa ex art. 26	CENTRO SANTO STEFANO - ASCOLI PICENO

Benchè i posti letto formalmente autorizzati e presenti nel flusso HSP 12 del presidio ospedaliero unico risulti essere il seguente:

AUTORIZZATI HSP 12 2023		
Day hospital	Degenza ordinaria	TOTALE
55	439	494

al flusso HSP 22 il numero di posti letto effettivamente attivi ed utilizzati nel corso del 2023 è:

POSTI LETTO ATTIVI, FORMALIZZATI NEL FLUSSO HSP 22		ASCOLI			SAN BENEDETTO		
Codice disciplina	Descrizione Disciplina	Day hospital	Degenza ordinaria	TOTALE	Day hospital	Degenza ordinaria	TOTALE
02	Day Hospital	4	0	4	1	0	1
08	Cardiologia	4	19	23	1	17	18
09	Chirurgia generale	0	12	12	0	20	20
18	Ematologia	0	13	13			
26	Medicina generale	0	50	50	0	32	32
29	Nefrologia	0	10	10			
31	Nido	0	2	2	0	2	2
34	Oculistica	0	2	2			
36	Ortopedia e traumatologia	0	22	22	0	18	18
37	Ostetricia e ginecologia	1	16	17	2	18	20
38	Otorinolaringoiatra	0	2	2	0	2	2
39	Pediatria	2	12	14	1	10	11
40	Psichiatria	1	0	1	0	16	16
43	Urologia	0	12	12	0	0	0
49	Terapia intensiva	0	8	8	0	8	8
50	Unità coronarica	0	7	7			
51	Medicina d'Urgenza	0	6	6	0	6	6
62	Neonatologia	0	5	5			
64	Oncologia	8	0	8	13	0	13
68	Pneumologia	0	20	20			
98	Day Surgery	5	0	5	5	0	5
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione				6	0	6
21	Geriatrica				0	20	20
56	Recupero e riabilitazione funzionale				0	1	1
60	Lungodegenti				0	9	9
32	Neurologia				1	19	20
TOTALE PL		25	218	243	30	198	228

Emergenza Urgenza pre-ospedaliera territoriale

Il sistema di emergenza urgenza pre-ospedaliero delle provincie di Ascoli Piceno e Fermo è gestito in modo unitario dal direttore ff afferente all'AST di Ascoli Piceno. Inoltre, a fronte di convenzione specifica, il personale dell'AST di Ascoli Piceno integra il personale dell'AST di Fermo nella copertura dei turni della sede POTES di Amandola.

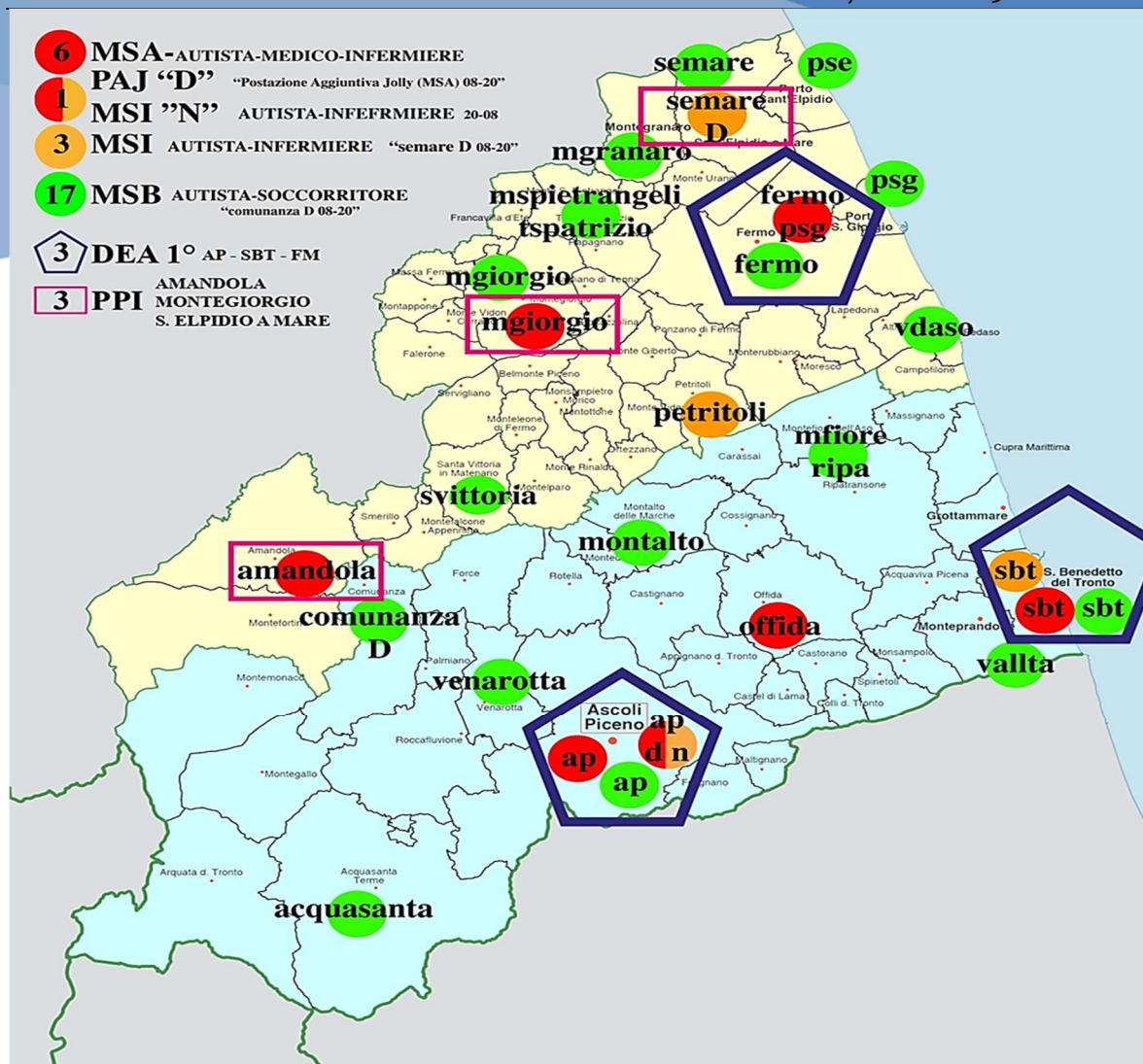
Specificamente, sul territorio di pertinenza dell'AST sono presenti:

3 MSA + 1 postazione Jolly con autista-medico-infermiere

2 MSI con autista-infermiere

8 MSB con autista-soccorritore

Complessivamente la rete sovraprovinciale è così costituita/distribuita:



Attività Ambulatoriale

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSR, vengono erogate da 3 differenti categorie di produttori:

- dipendenti dell'AST afferenti alla struttura ospedaliera;
- convenzionati con l'AST che operano all'interno delle strutture ambulatoriali territoriali
- strutture private accreditate, a fronte di specifico contratto di fornitura.

Assistenza territoriale: residenziale, semiresidenziale socio-sanitaria, riabilitativa e carceraria

Le tabelle che seguono, coerentemente con i flussi ministeriali STS 11 e 24, riportano il numero, la tipologia di struttura e il tipo di assistenza erogata, suddivise tra "a gestione diretta" e "private convenzionate".

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			8		8
Assistenza ai malati terminali			1		1
Assistenza per tossicodipendenti	2				2
Assistenza psichiatrica	3		2	3	8
Attività clinica	17	2			19
Attività di consultorio familiare	14				14
Attività di laboratorio	1	1			2
Covid-19			1		1
Diagnostica strumentale e per immagini	4	1			5
Vaccinazioni anti COVID-19	5				5
Totale	46	4	12	3	65
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			13	3	16
Assistenza ai disabili fisici			2	4	6
Assistenza ai disabili psichici			1	3	4
Assistenza idrotermale	1				1
Assistenza per tossicodipendenti			8	1	9
Assistenza psichiatrica			2		2
Attività clinica	1	14			15
Attività di laboratorio		12			12
Diagnostica strumentale e per immagini		4			4
Totale	2	30	26	11	69

Le strutture sopra riportate operano con il seguente numero di posti letto:

POSTI LETTO PER STRUTTURA	Tipo di assistenza erogata	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	TOTALE
Strutture a gestione diretta ASUR	Assistenza agli anziani	168	-	168
	Assistenza ai malati terminali	8	-	8
	Assistenza per tossicodipendenti	-	-	-
	Assistenza psichiatrica	25	55	80
	Attività clinica	-	-	-
	Attività di consultorio familiare	-	-	-
	Attività di laboratorio	-	-	-
	Covid-19	-	-	-
	Diagnostica strumentale e per immagini	-	-	-
	Vaccinazioni anti COVID-19	-	-	-
Totale		201	55	256
Strutture convenzionate	Assistenza agli anziani	503	50	553
	Assistenza ai disabili fisici	14	61	75
	Assistenza ai disabili psichici	30	51	81
	Assistenza idrotermale	-	-	-
	Assistenza per tossicodipendenti	-	-	-
	Assistenza psichiatrica	56	-	56
	Attività clinica	-	-	-
	Attività di laboratorio	-	-	-
	Diagnostica strumentale e per immagini	-	-	-
Totale		603	162	765
Totale complessivo		804	217	1.021

POSTI LETTO PER STRUTTURA TERRITORIALE	Tipo di assistenza erogata	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	TOTALE
Strutture a gestione diretta AST	Assistenza agli anziani	168	-	168
	Assistenza Hospice	8	-	8
	Assistenza psichiatrica	25	55	80
Totale PL pubbliche		201	55	256
Strutture convenzionate	Assistenza agli anziani	503	50	553
	Assistenza ai disabili psichici e fisici	44	112	156
	Assistenza psichiatrica	56	-	56
Totale PL convenzionate		603	162	765
Totale complessivo		804	217	1.021

Assistenza Carceraria

Sul territorio provinciale di competenza di questa AST è presente una Casa Circondariale, collocata presso Marino del Tronto. L'AST, oltre a dover garantire l'assistenza sanitaria primaria a tutti i detenuti, ha, attraverso il dipartimento di salute mentale, l'obbligo di garantire assistenza psichiatrica presso la "Sezione osservandi" dove sono presenti 2 posti letto e presso l' "Articolazione Tutela Salute Mentale" –ATSM- dove sono presenti 3 posti letto. E' vigente un accordo siglato tra Ex Area Vasta 5 AP e Amministrazione Penitenziaria-Regione Marche che sancisce formalmente il numero di accessi dei medici ed infermieri, presenze, ore da dedicare all'assistenza.

Si precisa che la ATSM è struttura unica per tutta la Regione (riceve anche da fuori Regione secondo disposizioni del DAP dell'Emilia Romagna) ed è stata, storicamente, disposta dalla Regione Marche a carico del DSM AST AP senza alcun riconoscimento *di personale dedicato*.

Assistenza Primaria

Relativamente alla medicina di base, l'Azienda opera mediante 140 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 176.845 unità, e 20 pediatri di libera scelta, che assistono 18.640 assistiti (Fonte: Modello FLS 12, Anno 2023).

Al fine di rendere la copertura territoriale più capillare e portare l'assistenza primaria più vicino alla popolazione, tenuto conto che soprattutto la popolazione dei comuni montani ha un'età media elevata, l'AST ha ottenuto che molti medici svolgessero la loro attività convenzionale su più sedi.

Infatti, a fronte di 140 MMG, gli ambulatori attivi sul territorio risultano essere ben 176 e, per i PLS, 20 medici hanno attivi 27 ambulatori.

Sono presenti altresì aggregazioni funzionali di medici fisicamente collocate all'interno di case di comunità.

L'AST di Ascoli Piceno ha storicamente investito sulla funzione di assistenza domiciliare integrata che viene erogata, per quanto riguarda la componente infermieristica, attraverso personale esterno.

Il sistema di assistenza domiciliare ha consentito nell'anno 2022 di prendere in carico ben 4.032 pazienti, con livelli di assistenza differenziati, anche in cure palliative.

Servizio Direzione Professioni Sanitarie

Questa tematica merita un capitolo specifico in quanto alla data di insediamento di questa direzione, il servizio risulta non solo vacante del direttore da molti mesi ma privo di quasi tutte le figure preposte alla gestione contrattualmente previste (incarichi di funzione).

Il personale afferente risulta, alla data del 1/1/2023, pari a 1707 operatori suddivisi nei 34 profili professionali.

3) Misurazione e valutazione della performance organizzativa

1 – Obiettivi annuali e specifici (triennali)

In data 30/01/2020 l'Organizzazione mondiale della sanità dichiarava l'epidemia da COVID-19 un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale ed il giorno successivo il Consiglio dei Ministri dichiarava lo stato di emergenza COVID-19, perdurato fino al 31/03/2022, pertanto determinando un impatto su tutto il triennio 2020-2023.

In questa situazione straordinaria, gli obiettivi sono stati definiti con DGR 1634 del 13 novembre 2023 e con DGR 176 del 19 febbraio 2024 sono stati definiti i target dei criteri di valutazione dei Direttori Generali relativamente agli obiettivi individuati.

Con determina del Direttore Generale Asur n. 736 del 15/12/2020 è stato approvato il Regolamento dei processi di misurazione e valutazione della performance, in vigore anche per gli anni 2021-2022 e attualmente in vigore in attesa del nuovo regolamento aziendale.

2 – Performance organizzativa complessiva

Pur lasciando all'OIV il compito di misurare e valutare la performance organizzativa complessiva di ciascuna amministrazione ai sensi dell'art. 7, comma 2, lett. a) del D.Lgs. 150/2009, si rappresenta che l'Azienda ha rispettato l'obiettivo fondamentale dell'equilibrio di bilancio (par. 2.2).

A latere dell'obiettivo economico generale assegnato alle Direzioni dell'equilibrio di Bilancio la Regione con DGRM 1634/2023 assegna ulteriori obiettivi economico-finanziari relativi alle aree della gestione dei costi e dei debiti, della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici, delle risorse umane e del sistema tessera sanitaria, ricetta elettronica e fascicolo sanitario elettronico.

PRE-REQUISITI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	Valore Numeratore 23	Valore Denominatore23	RISULTATO 23	RAGGIUNGIMENTO TARGET 2023
P.1 - Equilibrio di bilancio		Determina n.122 del 31/5/2024		SI	si		100%	✓
P.2 - rispetto del tetto della spesa del personale	Rispetto delle disposizioni sul tetto del personale in applicazione del D. L. 35/2019 (convertito con Legge 60/2019) Adempimento ag (MEF)			SI	112.350.519	112.456.000	100%	✓
P.3 - Tempi di pagamento	Indicatore di tempestività dei pagamenti			<=0	meno 28		100%	✓

Prerequisito n. 1: Equilibrio di bilancio

Il prerequisito relativo all'equilibrio di bilancio è stato rispettato avendo chiuso il Bilancio di Esercizio 2023 con un risultato di pareggio (Determina n.122 del 31/5/2024).

Prerequisito n. 2: rispetto del tetto della spesa del personale

Il prerequisito relativo al rispetto del tetto della spesa del personale in applicazione del D. L. 35/2019 (convertito con Legge 60/2019) è stato garantito, avendo registrato un costo consuntivo pari a 112.350.519 Euro (Fonte: Tabella AG anno 2023 – Ente AST AP) a fronte di un tetto programmato di 112.456 migliaia di Euro assegnato con DGRM n. 92 del 30.01.2024.

Prerequisito n. 3: Tempi di pagamento

Il prerequisito relativo ai tempi di pagamento è rispettato avendo registrato a consuntivo 2023 un indice di tempestività dei pagamenti pari a – 28 giorni, quindi con 28 giorni di anticipo rispetto ai 60 come previsto dalla normativa vigente.

Rispetto dei tempi di pagamento (N.4)

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	Valore Numeratore 23	Valore Denominatore23	RISULTATO 23
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)	11.873.325	151.932.771	7,81%

Per quanto riguarda l'obiettivo sul rispetto delle fatture pagate oltre i tempi previsti dal DPCM 22/09/2014, si registra una percentuale dell'7,81% contro un target del 5%.

Numerose sono le motivazioni conseguenti a fattori esterni che hanno impedito il raggiungimento del valore atteso.

In primo luogo da ottobre 2023 la liquidità di cassa è iniziata a scarseggiare in seguito al pagamento di diversi arretrati per rinnovi contrattuali del personale. La mancanza di cassa e l'inopportunità di ricorrere all'anticipazione della tesoreria che avrebbe comportato un costo aggiuntivo in termini di interessi, ha inevitabilmente comportato un allungamento dei tempi di pagamento.

In secondo luogo va tenuto in considerazione che ogni 4 mesi il durc di alcune grandi aziende farmaceutiche scade con la necessità di fare il rinnovo che richiede un po' di tempo durante il quale le fatture pervenute non possono essere pagate

Non va trascurata, seppure con effetti meno rilevanti, l'applicazione dell'art. 48 del d.lgs. 602 del 1973 che prevede le verifiche di equitalia sulle cartelle esattoriali di importi superiori a 5.000 euro che in alcuni casi determinano ritardi nei pagamenti.

A volte i tempi a volte troppo lunghi per l'effettuazione delle liquidazioni per accorciare i quali si sta provvedendo ad assegnare specifici obiettivi di budget alle singole UUOO interessate.

Per questi motivi si ritiene che l'obiettivo debba essere comunque considerato raggiunto sia alla luce delle difficoltà legate a cause non controllabile sia in virtù delle azioni che si stanno ponendo in essere.

Rispetto art. 15, c. 14, D.L. 95/2012, convertito dalla L. 135/2012 (N. 5)

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	Valore Numeratore 23	Valore Denominatore23	RISULTATO 23	RAGGIUNGIMENTO TARGET 2023
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-bis della L. 14/2023, di conversione del D.L. 108/2012, nel testo del Rassegna	(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		Non sussistono variazioni annuali di costi in quanto tutte le strutture private accreditate rientrano negli accordi quadro regionali delle annualità 2022 ed anni pregressi	0	100%

Per quanto riguarda l'obiettivo 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 (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-octies della L. 14/2023, di conversione del DL 198/2022, nei limiti dei finanziamenti previsti dalla DGR 1243/2023). Si rileva che non sussistono variazioni annuali di costi in quanto tutte le strutture private accreditate rientrano negli accordi quadro regionali delle annualità 2022 ed anni pregressi per cui l'obiettivo è pienamente raggiunto.

ATTIVITA' RELATIVE ALL'IMPLEMENTAZIONE DELLA LEGGE DI ORGANIZZAZIONE DEL SSR

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	Valore Numeratore 23	Valore Denominatore 23	RISULTATO 23	RAGGIUNGIMENTO TARGET 2023
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	Sono stati posti in essere tutti gli adempimenti obbligatori di legge connessi alla funzionalità dell'AST entro il 31/12/2023 secondo le indicazioni e disposizioni regionali			si 100%

Per quanto riguarda l'obiettivo n. 8 si evidenzia che sono stati posti in essere tutti gli adempimenti obbligatori di legge connessi alla funzionalità dell'AST entro il 31/12/2023 secondo le indicazioni e disposizioni regionali.

Risorse Umane (N. 19-20-21-22-23-24-25-26)

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	Valore Numeratore 23	Valore Denominatore 23	RISULTATO 23	RAGGIUNGIMENTO TARGET 2023
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)	Spesa anno 2023 (secondo i criteri dell'adempimento AG)	Tetto di spesa assegnato per l'anno 2023 con specifica DGR	1	112350519,0	112456000,0	1	✓
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 costi) 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).	REPORT INVIATI		100%	✓
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	3,27	298,471/75	1,1%	✗
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	REPORT INVIATI		100%	✓
23		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 30/06/2023 (da produrre entro il 30/11/2023); Produzione reportistica al 30/09/2023 (da produrre entro il 31/12/2023); Produzione reportistica al 31/12/2023 (da produrre entro il 31/03/2024).	REPORT INVIATI		100%	✓
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	Evento formativo realizzato CODICE 23671 - dal 13/11/2023 al 17/11/2023 e Report relativo al corso ICA Anno 2023			✓
25	Potenziamento del FSE (PNRR M2C2 1.3.1b) «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	Interventi pari a 1 : omunciazione prot.n. 107871 del 22/12/2023			✓
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%	rinvio anno 2024			n.v.

Il gruppo di obiettivi relativi alle risorse umane evidenzia il pieno raggiungimento dei target previsti ad eccezione della riduzione per le Ue per cui occorre precisare che:

Con delibera DGRM 1787 del 27/12/22 è stato approvato lo schema di protocollo di intesa in materia di stabilizzazioni;

Con Legge di Bilancio 2023 n97 del 29/12/22 art1 comma528 è stato differito il termine per le stesse;

Il DL 192/22 convertito in legge n.14 2023 ha introdotto ulteriori modifiche in materia di stabilizzazione e conseguentemente con DGRM 946 del 26/6/23 è stato approvato ulteriore schema di protocollo di intesa in sostituzione del precedente del 2022.

Le ultime indicazioni in materie sono state fornite con protocollo n.78766 del 21/9/23.

Quanto sopra ha portato all'avvio delle procedure di stabilizzazione "covid" soltanto a partire dal secondo semestre del 2023, ciò non ha consentito il pieno raggiungimento dell'obiettivo.

Sistema tessera sanitaria, ricetta elettronica, fascicolo sanitario elettronico (N. 27-28-29-30)

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	Valore Numeratore 23	Valore Denominatore23	RISULTATO 23	RAGGIUNGIMENTO TARGET 2023
27	Ricette dematerializzate di specialista ambulatoriale (prodotte da MMG, PLS, Specialisti) - PRESCRIZIONE	% Ricette dematerializzate di Specialista Ambulatoriale	n. ricette dematerializzate specialista ambulatoriale	Numero totale ricette specialista ambulatoriale (risultante da Sistema TS)	≥ 80% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	646.258	745.113	87%	✓
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)	2.031.242	2.153.722	94,3%	✓
29	Ricette dematerializzate di specialista ambulatoriale (prodotte da MMG, PLS, Specialisti) - EROGAZIONE	% Ricette dematerializzate di Specialista Ambulatoriale non gestite correttamente	n. ricette dematerializzate non gestite correttamente (stato della ricetta: prescritto, presa in carico) Rilevate da SOGEI dal confronto Relazione sull'eventuale mancata interoperabilità tra i Sistemi Informativi che richiedono un coordinamento a livello regionale ai sensi dell'art.	Numero totale ricette dematerializzate specialista ambulatoriale (risultante da Sistema TS)	< 10%	4.330	703.725	0,6%	✓
30				Relazione	Entro il 31.12.2023	Non risultano criticità di mancata interoperabilità tra i Sistemi Informativi			✓

Tutto il gruppo di obiettivi relativi alla Tessera Sanitaria, alla ricetta elettronica e al fascicolo sanitario elettronico evidenzia il pieno raggiungimento dei target previsti.

Digitalizzazione processi, ricetta elettronica, fascicolo sanitario elettronico (N. 31-32-33)

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	Valore Numeratore 23	Valore Denominatore23	RISULTATO 23	RAGGIUNGIMENTO TARGET 2023
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%	5899	7233	82%	✓
32	Assessment della cibersecurity con definizione del catalogo servizi	% servizi e relativi processi interessati dall'assessment sul totale	Numero di servizi e relativi processi su cui è stato fatto un assessment cibersecurity	Totale servizi erogati (formalizzati nel catalogo)	60%	44	44	100%	✓
33	Definizione di una organizzazione per la cibersecurity dei servizi a catalogo	Presenza di una organizzazione di responsabili per la cibersecurity di servizi e relativi processi	Numero di responsabili assegnati alla cibersecurity	Totale dei responsabili necessari per implementare l'organizzazione che gestisce la cibersecurity	80%	3	3	100%	✓

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

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	Valore Numeratore 23	Valore Denominatore23	RISULTATO 23	RAGGIUNGIMENTO TARGET 2023
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	Sono stati posti in essere tutti gli adempimenti obbligatori di legge connessi alla funzionalità dell'AST entro il 31/12/2023 secondo le indicazioni e disposizioni regionali		si	100%

PNRR Missione 6 (N. 39-40-41-42)

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST ASCOLI PICENO	RISULTATO 23	RAGGIUNGIMENTO TARGET 2023
39	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 - Componente2: Investimento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero. Investimento 1.1.1 Rafforzamento strutturale SSN ("Progetti in essere" ex art. 2, D. L. 34/2020)	Milestone CIS	Rispetto scadenze Milestone CIS	SI	SI	✓
40		Missione 6 - Componente1: Investimento 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona	Milestone CIS	Rispetto scadenze Milestone CIS	SI	SI	✓
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	SI	✓
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	SI	✓

Gli obiettivi assegnati sono non applicabili in quanto per l'anno 2023 non erano previste Milestone così come definite si cui alla DGRM 656/22

4) Misurazione e valutazione degli Obiettivi individuali

Il percorso di misurazione degli obiettivi individuali assegnati ai Dirigenti e inseriti nel Piano della Performance è stato avviato con ID 2006101/24 e non si è ancora concluso al momento della stesura della presente relazione.

La valutazione individuale è stata avviata sulla base di quanto definito dal Sistema di valutazione e misurazione della performance 2022 approvato con Determina n. 70 del 01/02/2021.

In sintesi, essi, tale schema di contratto 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, l'OIV 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 alle strutture di Ast di supporto all'Area Politiche del Personale e di supporto all'Area Controllo di Gestione, 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, esamina la richiesta del dipendente anche mediante contraddittorio del 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, all'OIV per il tramite della struttura del Controllo di Gestione. L'OIV esprime il proprio giudizio sulla base della documentazione ricevuta, dovendosi considerare facoltà discrezionale dell'OIV 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.

5) Il processo di misurazione e valutazione

Con riferimento al ciclo delle performance aziendale di cui al D.Lgs. 150/2009 (art. 4), di seguito rappresentato, si descrive nel paragrafo presente il processo di assegnazione degli obiettivi per l'anno 2023 dell'AST.

Nell'anno 2023, il primo anno dell'AST Ascoli Piceno, in relazione al percorso di assegnazione di budget occorre considerare quanto segue.

- Con DGRM n. 1851 del 30 dicembre 2022, la Regione Marche ha autorizzato gli Enti del Servizio Sanitario Regionale alla Gestione Provvisoria dei rispettivi Bilanci Economici Preventivi anno 2023 per lo svolgimento delle sole attività istituzionali, nelle modalità e nei termini riportati nell'Allegato.
- Successivamente, con Determina DG AST Ascoli Piceno n. 242 del 30/03/2023 è stato adottato il "Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) dell'AST di Ascoli Piceno – Anni 2023-2025". Il PIAO definisce, relativamente alla Performance 2023, gli obiettivi programmatici e strategici dell'AST Ascoli Piceno stabilendo il necessario collegamento della Performance Individuale ai risultati della Performance Organizzativa.
- In data 5 maggio 2023 è stata inviata a tutti i CDR con nota prot. 38103 del 09/05/2023 l'attribuzione provvisoria dei limiti di spesa 2023.
- In data 5 settembre 2023 il percorso di budget è stato illustrato nel corso del Collegio di Direzione.
- Contestualmente, nel mese di settembre si sono svolti incontri con i singoli Dipartimenti e con le UU.OO., a cui hanno partecipato sia i Direttori/Dirigenti delle UUOO, sia il Personale del Comparto al tempo individuato come Coordinatore o facente funzioni, condividendo in tale sede le linee operative della programmazione Aziendale, illustrate nei Collegi di Direzione già menzionati che hanno preso spunto dagli obiettivi regionali assegnati nel 2022.
- Con DGRM n. 1634 del 13/11/2023 la Regione Marche definisce e assegna ai Direttori Generali degli Enti SRR gli obiettivi per l'anno 2023, per cui il processo in itinere è stato rimodulato per recepire le nuove direttive regionali, con la conseguente revisione dei singoli obiettivi assegnati, portando a conclusione il percorso con la definizione delle schede di Budget per ogni singolo Centro di Responsabilità.

Nel corso dell'anno 2023 gli obiettivi che presentavano maggiori criticità (per esempio alcuni indicatori NSG; liste di attesa), sono stati analizzati al fine di definire le azioni da intraprendere per il perseguimento degli obiettivi entro il 31/12/2023.

Per quanto riguarda gli obiettivi economici la reportistica è stata prodotta con cadenza mensile, attraverso l'invio alla Regione dei report di contabilità analitica.



Si riportano nel prospetto seguente i più recenti Accordi Integrativi firmati e recepiti nel prospetto seguente:

CCI ANNO 2023		
AST AP	AREA CONTRATTUALE	DETERMINA RECEPIMENTO
	COMPARTO	Contratto Collettivo Integrativo area comparto ANNI 2021-2022-2023 parte economica - determina DG_AST 919 del 31/10/23 e determina DG_AST 1119 del 22/12/23
	DIRIGENZA AREA DELLA SANITA'	Contratto Collettivo Integrativo area dirigenza sanitaria ANNI 2020 - 2021- 2022 parte economica e parte normativa determina DG_AST 872 del 17/10/23
	DIRIGENZA PTA	Contratto Collettivo Integrativo area Dirigenza PTA ANNO 2022 parte economica Determina DG_AST 313 del 27/04/23

Il monitoraggio sulla valutazione del grado di conseguimento degli obiettivi individuali e sull'erogazione dei premi, relativo al ciclo della performance precedente – anno 2022

3. Qual è stata la distribuzione del personale per classi di punteggio finale?					
personale per classe di punteggio (valore assoluto):					
100%- 90%	n.	89%- 60%	n	inferiore al 60%	n
Dirigenza	506		4		0
Comparto	2.156		10		0
4. Qual è il totale delle retribuzioni di risultato/premio previsto ed erogato?					
Il premio relativo all'anno 2022 è stato erogato nel mese di marzo '24					
I criteri di distribuzione della retribuzione di risultato/premi inseriti nel contratto integrativo sono collegati alla performance individuale?					
Si		No	(se si) indicare i criteri	(se no) motivazioni	data di sottoscrizione
Dirigenza	X	☐	70% raggiungimento obiettivi 30% valutazione individuale		Det.872 17/10/2023 - Det.313 del 27/4/23
Comparto	X	☐	70% raggiungimento obiettivi 30% valutazione individuale		Determina n.1119 del 22/12/23
Quante unità di personale hanno fatto ricorso alle procedure di conciliazione previste dal Sistema di misurazione di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 150/2009 e quali sono stati i loro esiti?					
personale che ha fatto ricorso a procedure di conciliazione (valore assoluto)		personale per il quale le procedure sono state concluse (valore assoluto)		personale per il quale le procedure sono state concluse con esito negativo per il ricorrente (valore assoluto)	
Dirigenza	1	1	1	1	
Comparto	4	3	3	3	