



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE
ANNO 2024

INDICE

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

INTRODUZIONE E PERIMETRO DI RIFERIMENTO

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

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

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

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

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

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

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

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

1 - SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI

AREA PREVENZIONE

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

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

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

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

D. Salute animale e igiene urbana veterinaria.

E. Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Profilassi vaccinale e malattie diffuse

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

Miglioramento delle coperture vaccinali

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

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

Risultati:

Copertura vaccinale Esavalente: 95,39%

Copertura vaccinale MPR: 95,54%

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

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

Governo della campagna vaccinale antinfluenzale 2024-2025

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

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

Risultati:

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

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

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

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

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

Preparazione e risposta alle emergenze sanitarie

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

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

Risultati:

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

Revisione del Piano Pandemico Aziendale

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

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

Risultati:

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

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

Informatizzazione del sistema vaccinale

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

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

Screening oncologici

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

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

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

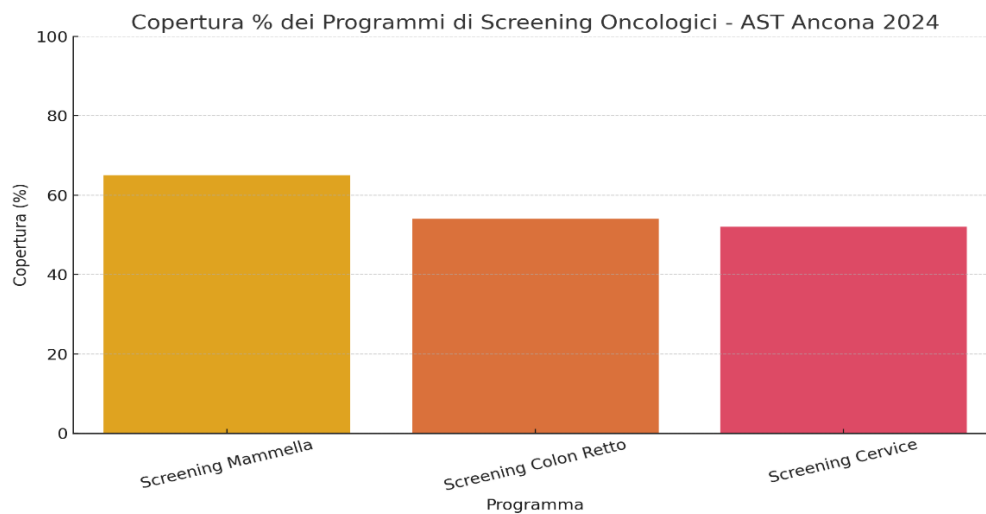
Azioni realizzate:

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

Risultati:

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

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



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

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

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

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

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

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

Misure attuate:

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

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

Risultati:

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

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

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

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

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

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

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

Misure attuate:

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

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

Risultati:

Detenuti invitati: 138

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

Aderenti: 107

Test eseguiti: 107

Di cui positivi: 8

Di questi, 2 hanno rifiutato la colonscopia

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

Campagna di Screening HCV (popolazione nati 1969-1989)

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

Azioni realizzate:

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

Risultati:

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

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

PSAL Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ambiente e Salute

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

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

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

Profilo di Salute della Popolazione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Flusso Informatizzato delle Schede di Morte ISTAT

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

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

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

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

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

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

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

Ambienti di Vita

Le attività si sono articolate nei seguenti ambiti:

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

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

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

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

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

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

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

Prevenzione Primaria Collettiva - Area veterinaria e sicurezza alimentare

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

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

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

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

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

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

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE – ALTRI INDICATORI

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

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

AREA TERRITORIALE E DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Area Cure Domiciliari

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gli obiettivi risultano pienamente raggiunti

Area Residenzialità

La DGRM n 1184/2023 considera fondamentale l'integrazione dei servizi nell'ambito della rete di cure palliative, al fine di consentire il superamento della frammentarietà di un sistema ancora centrato sulla rete d'offerta, in un'ottica di miglioramento della qualità della vita della persona malata e della sua famiglia. La governance della RLCP, ai sensi della normativa vigente, è demandata a livello aziendale, attraverso l'istituzione di un organismo di coordinamento, composto da: un coordinatore di rete, referenti delle singole strutture e una rappresentanza delle associazioni di volontariato di settore.

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

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

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

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

Area Salute Mentale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Liste di attesa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Modulazione del Fondo Balduzzi

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

- Rafforzamento delle competenze degli operatori CUP:

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

- Coinvolgimento attivo dei Medici di Medicina Generale (MMG)

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

- Coordinamento operativo quotidiano tra CUP e UOSD Liste di Attesa

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

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

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

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

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

Attività legate all'attuazione del PNRR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La componente 2 riguarda i seguenti interventi:

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

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

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

Di seguito gli interventi di competenza dell'AST AN:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AREA OSPEDALIERA

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

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

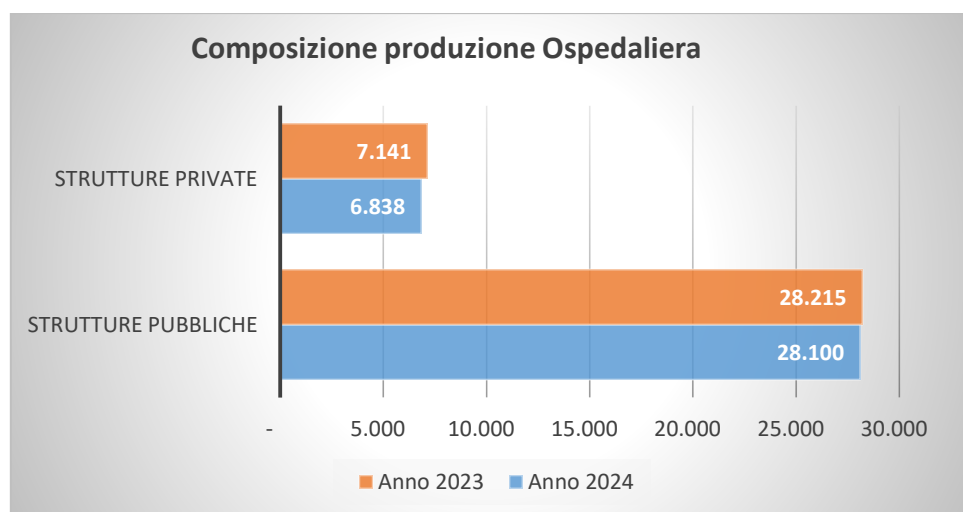
- Dipartimento Medico
- Dipartimento delle Specialità Mediche
- Dipartimento Chirurgico
- Dipartimento delle Specialità Chirurgiche
- Dipartimento Materno Infantile
- Dipartimento Emergenza Urgenza
- Dipartimento dei Servizi.

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

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

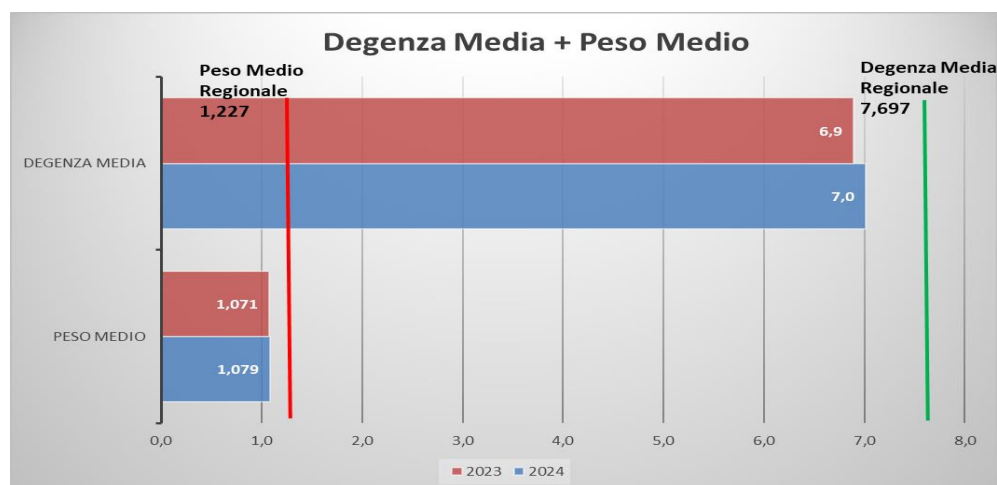
Ciascun Dipartimento, in connessione con la Direzione Aziendale e la Direzione Medica di Presidio, svolge attività finalizzate al miglioramento continuo dell'assistenza in tutte le sue svariate dimensioni e dell'uniforme innalzamento del livello qualitativo e prestazionale; in particolare, assicura la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

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

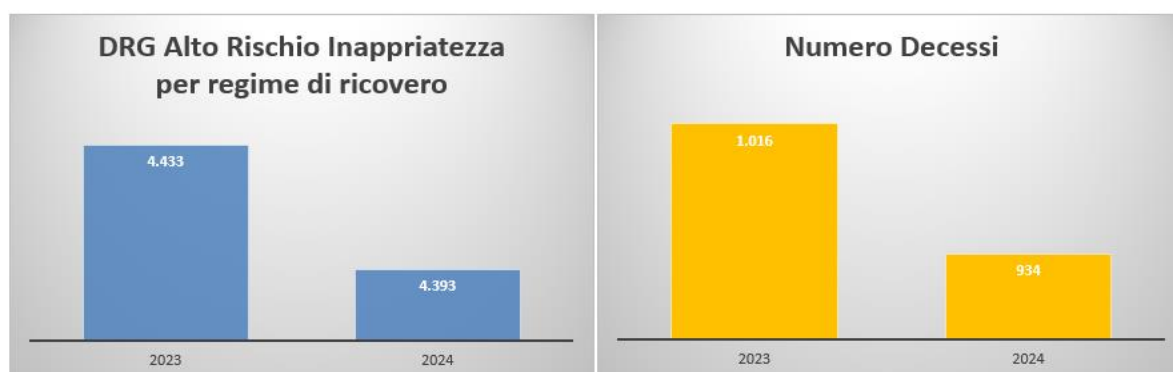


Per quanto riguarda la degenza ordinaria, l'AST Ancona ha registrato una lieve flessione nel numero complessivo di dimissioni, che sono passate da 23.037 a 22.762 casi, corrispondente a una contrazione di poco superiore all'uno per cento. In controtendenza, il numero totale delle giornate di degenza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

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

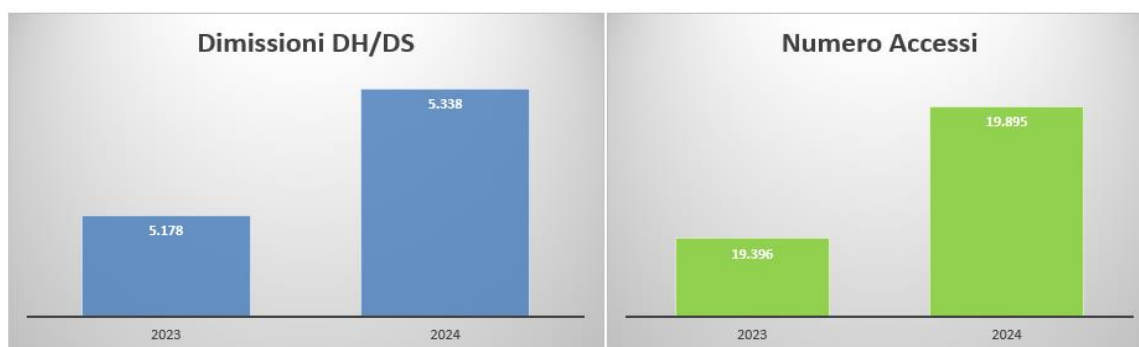


Anche il numero di interventi chirurgici principali si è mantenuto sostanzialmente invariato. Merita attenzione la riduzione dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza, che sono passati da 4.433 a 4.393 casi, segnale di un miglioramento nella selezione e gestione dei ricoveri. Particolarmente significativo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



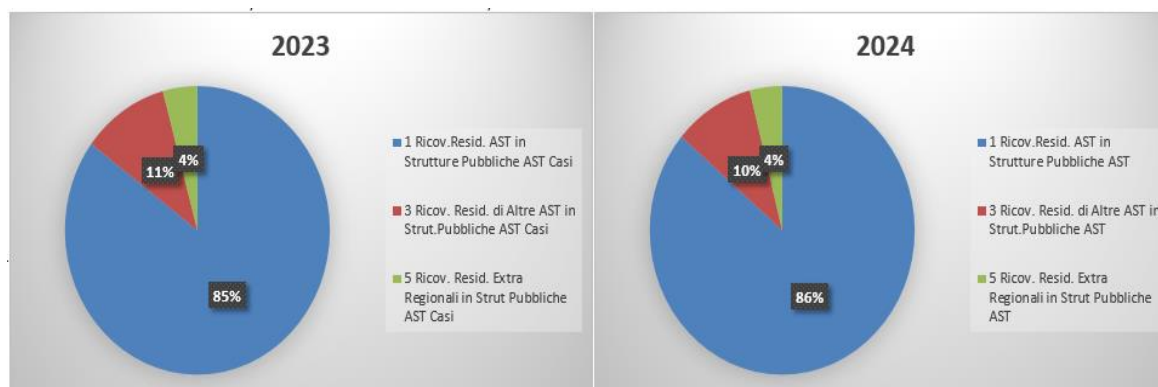
L'analisi disaggregata per stabilimento evidenzia dinamiche eterogenee. L'ospedale di Cingoli ha registrato un incremento delle dimissioni e delle giornate di degenza, accompagnato da un aumento della complessità media dei casi e un dato in controtendenza sui decessi, che risultano in aumento. A Fabriano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

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



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

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



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

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

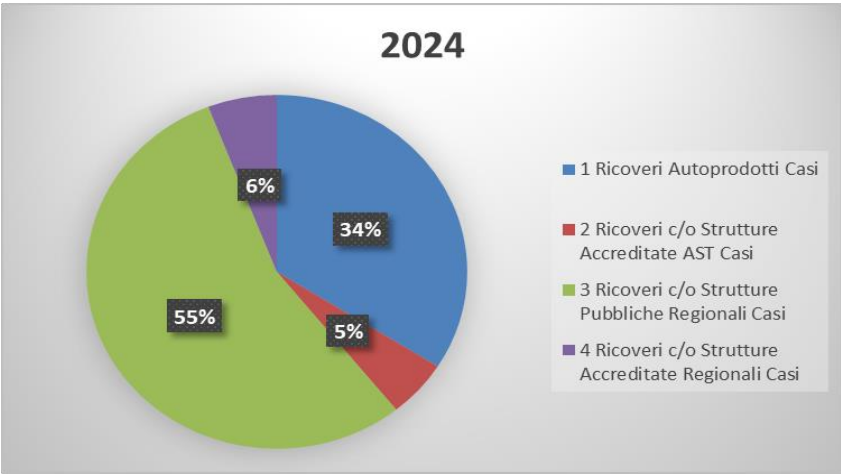
I ricoveri presso strutture accreditate dell'AST mostrano invece una leggera flessione, scendendo dal 5,5% al 5,2% del totale. Anche i ricoveri presso strutture accreditate di altre aziende sanitarie marchigiane registrano una modesta riduzione, dal 6,2% al 5,9%.

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

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

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

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



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

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

Rapporto ricoveri DRG ad alto rischio di inappropriately su ricoveri ordinari

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

Colecistectomia laparoscopica con degenza <3 giorni

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

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

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

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

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

Riduzione dei ricoveri in Day Hospital diagnostici per pazienti adulti residenti

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

Riduzione degli accessi in Day Hospital medici per pazienti adulti residenti

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

Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni

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

Tempi di attesa per intervento chirurgico per tumore maligno alla prostata

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

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

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

Area Emergenza

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

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

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

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

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

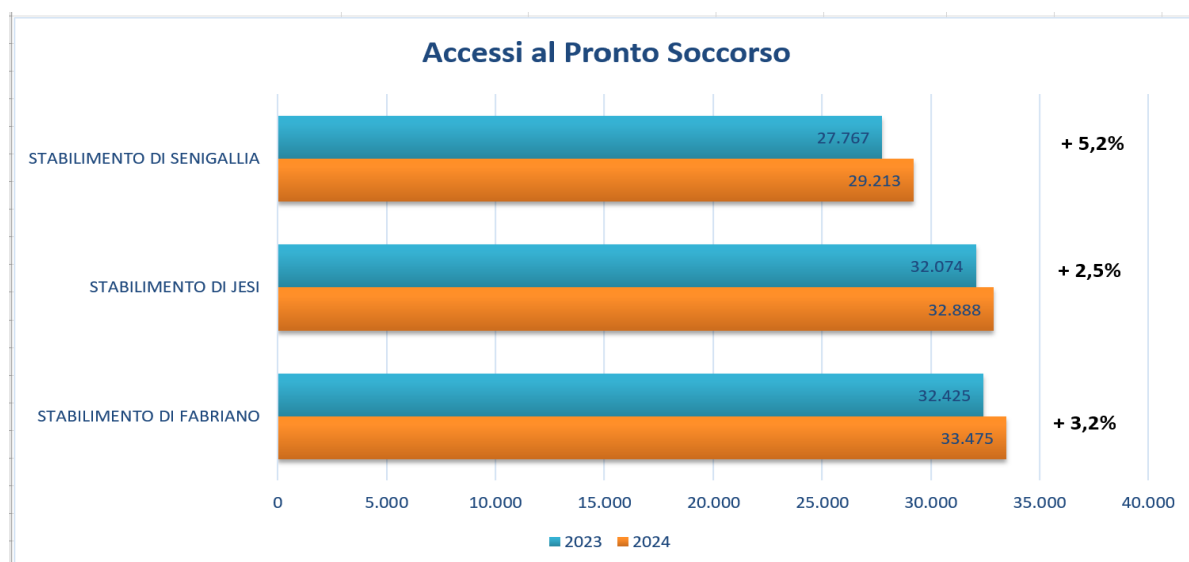
Le unità operative hanno proseguito e rafforzato i percorsi di gestione del sovraffollamento, implementando sistemi di monitoraggio dei principali parametri di efficienza, attivando specifici piani distinti dai piani PEIMAF. Il sistema informativo DSEO, utilizzato come software unico per la gestione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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Tempi medi di attesa per codice triage

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

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

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

Rete trapianti

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

Stabile l'attività di procurement delle cornee.

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

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

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

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

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

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

Empowerment del cittadino

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

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

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

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

ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

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

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

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

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

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

Tali obiettivi strategici consistono nella realizzazione delle seguenti attività:

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

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

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

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

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

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

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

2 – ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO E DELLE RISORSE

ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

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

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

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

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

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

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

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

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

Il Territorio e la Popolazione assistita

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

Popolazione (fonte ISTAT)

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

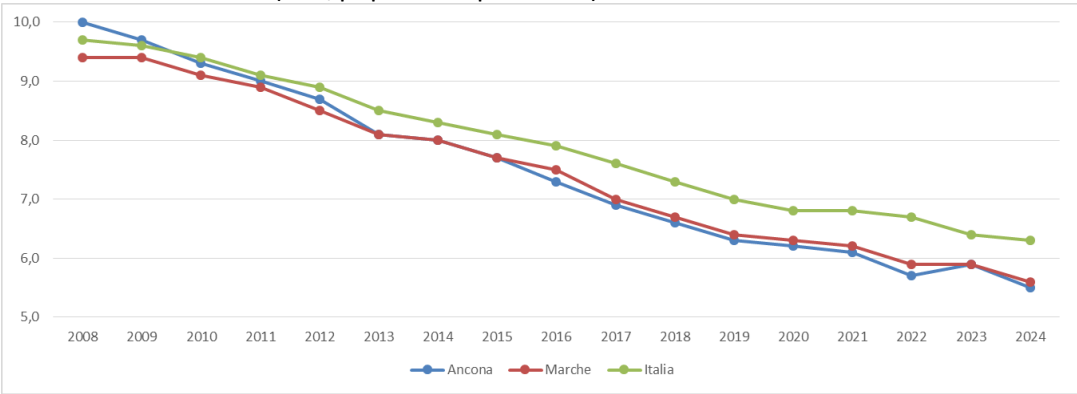
Di seguito si evidenzia la struttura della popolazione nel ventennio, ovvero nel 2004, nel 2023 e nel 2024, considerando la popolazione di riferimento al 01/01; la tabella mostra un incremento della popolazione che si colloca tra i 65 anni e oltre per tutti e tre gli anni presi a riferimento.

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

Fonte dati: demo istat

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

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

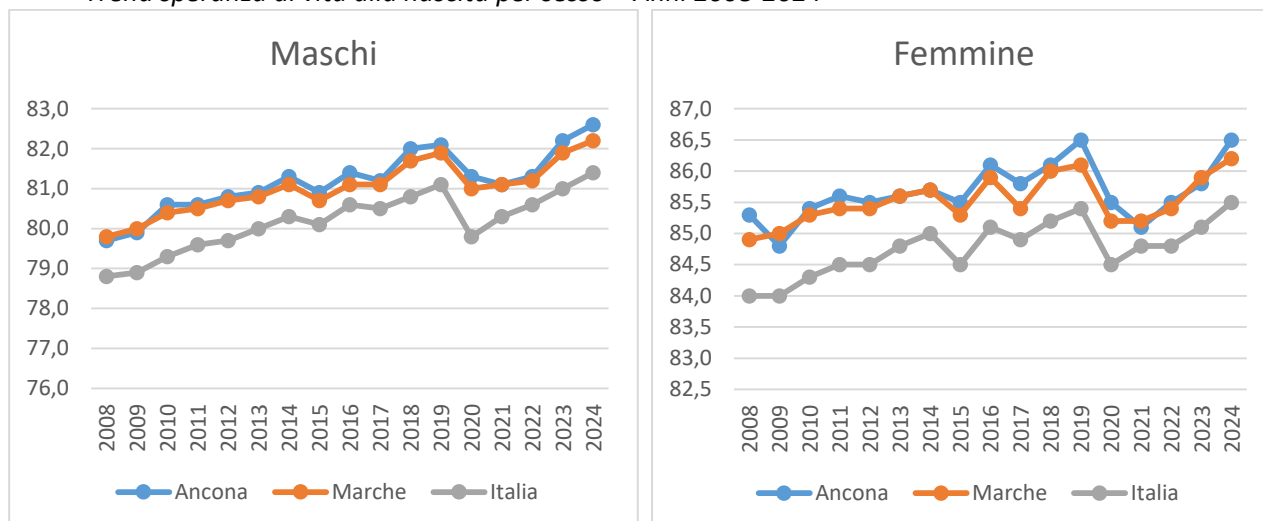


Fonte dati: demo Istat 2024* Provvisorio

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

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

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



Fonte dati: demo Istat 2024* Provvisorio

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

I Principali indicatori di struttura della Popolazione

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

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

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

Fonte dati: demo Istat 2024* Provvisorio

Organizzazione Aziendale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE

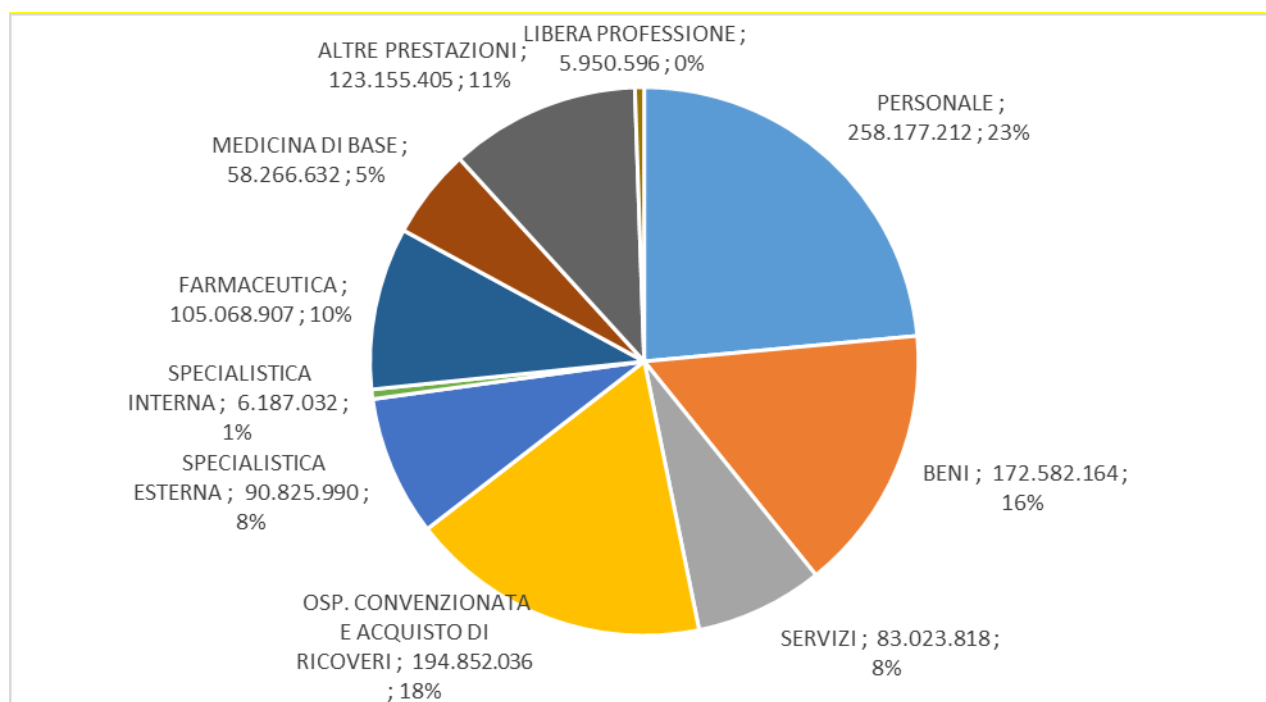
L'Azienda, che gestisce un Bilancio complessivo di circa 1.125 milioni di Euro e chiude il bilancio 2024 registrando il pareggio di bilancio.

Di seguito si espone il Conto Economico Consuntivo 2024 confrontato con il Consuntivo 2023.

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

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

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



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

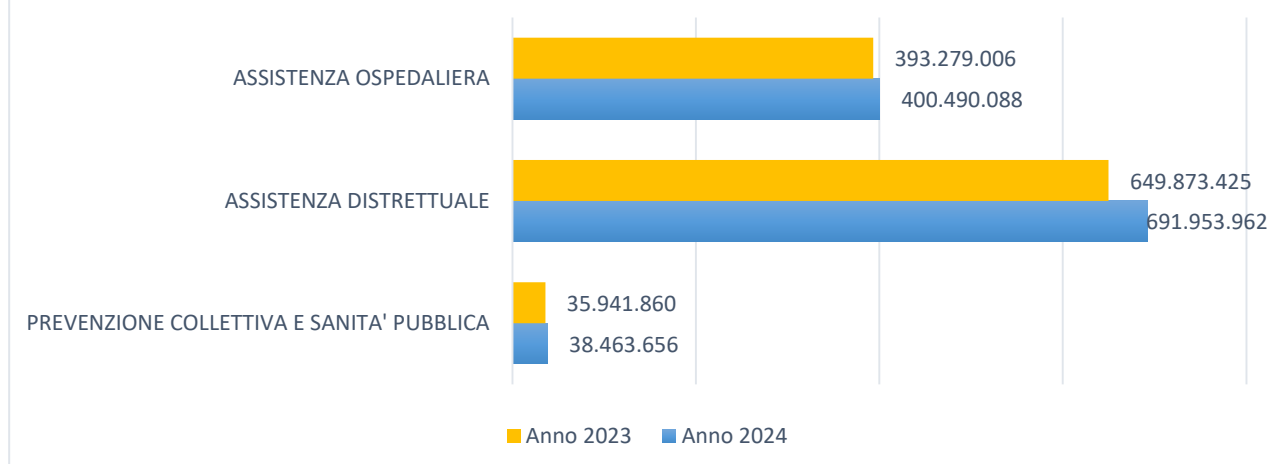
- Personale: 258.177.212 € (22,8%), suddivisi tra personale dirigente, comparto e non dipendente.
- Ospedalizzazione e Ricoveri Convenzionati: 194.852.036 € (18%), di cui la maggior parte legata a ricoveri intra-regionali, in particolare verso la struttura Azienda Ospedali Riuniti Ancona per prestazioni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

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

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

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

Costi per Livelli di Assistenza Anni 2023-2024



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

- Prevenzione collettiva e sanità pubblica

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

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

- Assistenza Territoriale

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

Le voci con maggiore impatto sono:

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

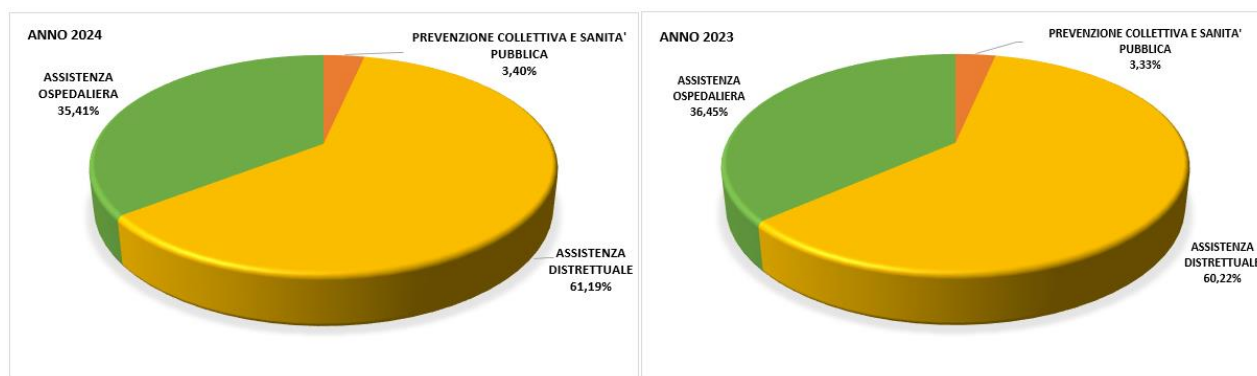
- Assistenza Ospedaliera

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

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

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

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

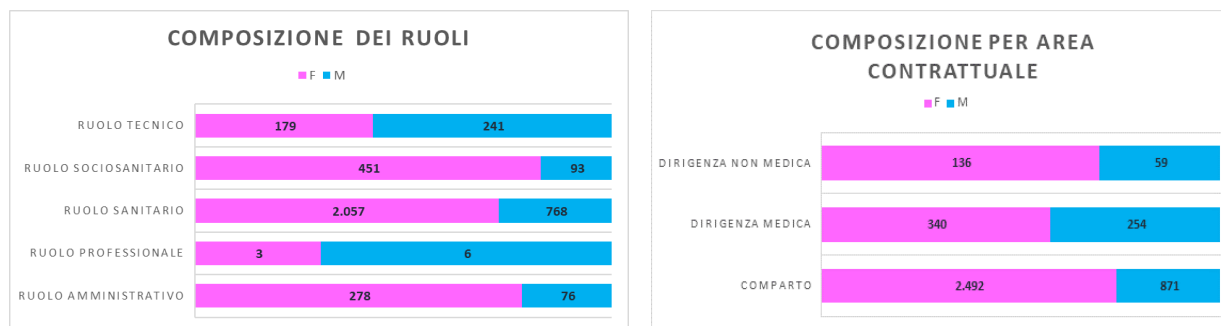


RISORSE PROFESSIONALI

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

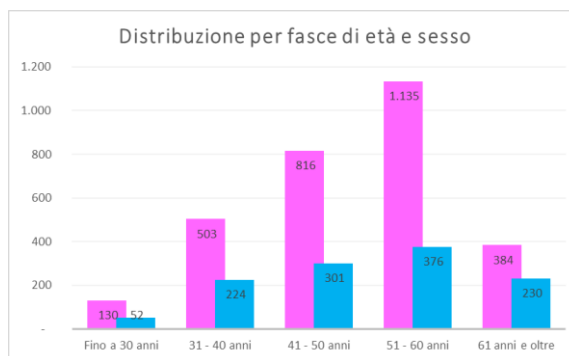
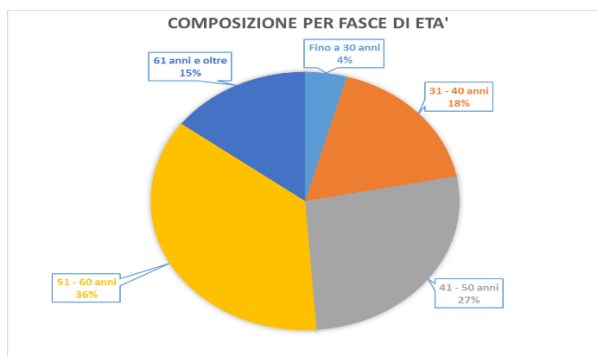
	RUOLO SANITARIO	2.825
	Dirigenza Medica	593
	Dirigenza	154
	Comparto	2.077
	RUOLO PROFESSIONALE	9
	Dirigenza	9
	RUOLO TECNICO	420
	Dirigenza	10
	Comparto	409
	RUOLO SOCIO SANITARIO	544
	Comparto	544
	RUOLO AMMINISTRATIVO	354
	Dirigenza	21
	Comparto	332
	TOTALE	4.151

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



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

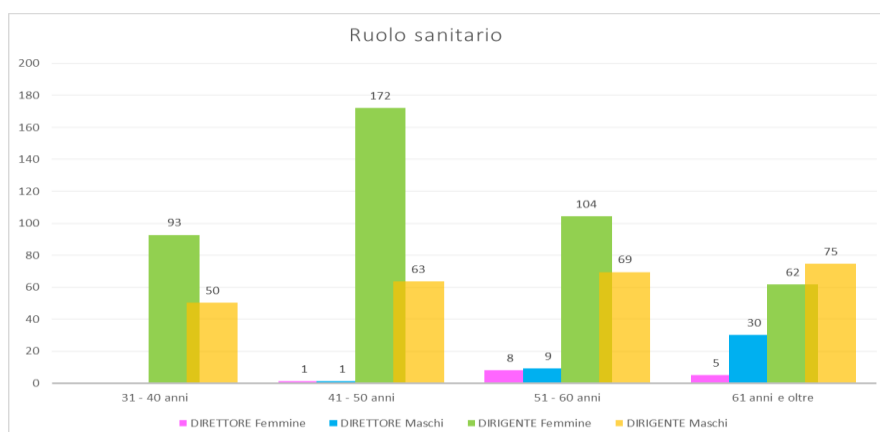
Il grafico a torta rappresenta che segue la distribuzione del personale per fasce di età, evidenziando i seguenti aspetti principali: la maggioranza del personale circa il 36% si colloca nella Fascia 51-60, una fascia professionalmente esperta ma con il rischio di pensionamenti di massa nei prossimi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



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

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

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



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

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

STRUTTURA DELL'OFFERTA

Area Territoriale

La struttura territoriale si articola su 4 Distretti.

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

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

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

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

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

Assistenza Ospedaliera

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3 - MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE

PERFORMANCE ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA

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

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

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

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

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

Rispetto del budget dei costi

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

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

Rispetto dei tempi di pagamento

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

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

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

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

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

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

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

Area Farmaci

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

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

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

Dispositivi medici – Assistenza Protesica

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

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

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

Personale

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

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

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

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

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

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

Sistema Tessera Sanitaria, Ricetta Elettronica e Digitalizzazione Processi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PNRR – Missione 6

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

Prog. DGRM 1703/2024	PIAO 24	OBIETTIVI	INDICATORE	TARGET AST ANCONA PIAO - DGRM 1703	VALORE ANNO 2024	RAGGIUNGIMENTO
34		Produzione in maniera strutturata nel formato CDA2 iniettabile nel pdf (D. M. Salute 20.05.2022 "Adozione delle Linee guida per l'attuazione del Fascicolo sanitario elettronico" di almeno una tipologia di documenti (esclusi LIS e RIS) al T4 2024 per l'attuazione della Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) (b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni"	Tipologie di documenti (esclusi LIS e RIS) prodotti in maniera strutturata nel formato CDA2 iniettabile nel pdf (D. M. Salute 20.05.2022 "Adozione delle Linee guida per l'attuazione del Fascicolo sanitario elettronico"	≥ 1	Nota del Direttore dell'Esecuzione Contratto DSE0 prot. 011462/21/06/2024 (AST-AN ad oggetto "Dossier Sanitario Elettronico Ospedaliero (DSEO) - Adeguamento al formato per FSE 2.0 Verbale PS, Lettera di Dimissione e Referto Ambulatoriale."	😊
35	93	Completamento degli interventi in scadenza a T4 2024 da parte dei soggetti delegati della Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Sub-investimento 1.1.2 (Grandi Apparecchiature)	Numero di apparecchiature collaudate (tot. 47 apparecchiature)	6	Sono state collaudate tutte e 6 le apparecchiature del target	😊
36	94	Consegna lavori al T3 2024 da parte dei soggetti delegati per gli interventi della Missione 6 - Componente 1: Investimento 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona	Numero di consegne cantieri effettuate (tot. 28 Case della Comunità)	9	Alla data del 31/12/2024 erano stati avviati i lavori relativi alle seguenti Case della Comunità: 1) Casa della Comunità di Cingoli 01/08/24 2) Casa della Comunità di Fabriano 30/07/24 3) Casa della Comunità di Loreto 30/09/24. A causa dei ritardi nella consegna dei progetti esecutivi da parte degli operatori economici aggiudicatari degli appalti di progettazione ed esecuzione dei lavori per le altre Case della Comunità non è stato possibile avviare i lavori entro la data del 31/12/2024	😐
37	95	Completamento al T2 2024 degli interventi da parte dei soggetti delegati della Missione 6 - Componente 1: Investimento 1.2 - Casa come primo luogo di cura e Telemedicina - Sub-investimento 1.2.2 Implementazione delle C.O.T.	Numero Centrali Operative in funzione (tot. 15 COT)	5	Tutte e 5 le COT risultano operative entro il target: Determina 392 del 18/06/2024	😊
38	96	Consegna lavori al T3 2024 da parte dei soggetti delegati per gli interventi della per gli interventi della Missione 6 - Componente 1: Investimento 1.3 - Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	Numero di consegne cantieri effettuate (tot. 8 Ospedali di Comunità)	3	Alla data del 31/12/2024 erano stati consegnati i lavori relativamente all'Ospedale di Comunità di Loreto ed all'Ospedale di Comunità di Chiaravalle. Non erano stati consegnati i lavori relativamente all'Ospedale di Jesi a causa di ritardi, non dovuti all'AST Ancona, nella redazione del progetto esecutivo da parte della ditta aggiudicataria e della relativa verifica da parte del verificatore. La consegna dei lavori per quanto riguarda l'Ospedale di Comunità di Jesi è avvenuta il 13/03/2025. I ritardi riguardano	😐
39	97	Completamento al T2 2024 della prima fase di interventi (impiego del 75% del finanziamento) Missione 6 – Componente 2: Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Sub investimento 1.1.1 – Digitalizzazione DEA I e II livello.	Impegno del 75% delle risorse finanziarie totali a livello regionale	SI	Il target risulta rispettato	😊
40	98	Completamento al T4 2024 degli step intermedi di digitalizzazione (Sub investimento 1.1.1 – Digitalizzazione DEA I e II livello): Cartelle Cliniche Verticali (Nefrologia e Dialisi, Oncematologia, Sistema Trasfusionale, Blocchi Operatori, Cardiologia ed Emodinamica, Terapia Intensiva e Semi Intensiva).	Completamento della fase di Analisi e Progettazione dello stream Cartelle Cliniche Verticali Missione 6 – Componente 2: Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Sub investimento 1.1.1 – Digitalizzazione DEA I e II livello.	SI	Il target risulta rispettato	😊

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

Attività relative all'implementazione della legge di organizzazione del SSR

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

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

Valorizzazione della professionalità degli operatori

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

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

Accreditamento

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

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

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

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

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

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

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

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

PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELLE STRUTTURE

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

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

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

IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

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

Performance organizzativa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Performance individuale

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

Area dei risultati

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

Area dei comportamenti organizzativi

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

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

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

- personale area comparto.

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

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

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

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

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

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

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