

**SEZIONE PERFORMANCE DEL PIANO
INTEGRATO DI ATTIVITA' E
ORGANIZZAZIONE**

INDICE

| | | |
|------|---|----|
| 1. | Presentazione della sezione Performance: finalità e principi..... | 2 |
| 2. | L’Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo | 2 |
| 2.1. | Analisi del contesto esterno e delle risorse..... | 4 |
| | Il territorio e la popolazione residente | 4 |
| | Analisi del contesto esterno | 5 |
| | Le risorse economiche e finanziarie | 5 |
| | Le risorse professionali..... | 7 |
| | La struttura dell’offerta..... | 8 |
| | I servizi sanitari erogati | 11 |
| 3. | Il ciclo di gestione della performance | 13 |
| 4. | Obiettivi strategici (generali) | 15 |
| 5. | Gli obiettivi specifici e la performance organizzativa | 17 |
| 6. | Piano degli indicatori e dei risultati attesi..... | 23 |

1. Presentazione della sezione Performance: finalità e principi

La sottosezione Performance, ai sensi Il decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 30/6/2022, adottato ai sensi dell'art. 6, comma 6, del DL n. 80/2021, convertito in Legge n. 113/2021, va predisposta secondo le logiche di performance management, di cui al Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009 e secondo le Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica. Tale ambito programmatico è finalizzato, in particolare, alla programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance di efficienza e di efficacia i cui esiti dovranno essere rendicontati nella relazione alla Performance di cui all'articolo 10, comma 1, lettera b), del predetto decreto legislativo.

La presente sottosezione dà avvio al Ciclo di Gestione della performance così come previsto dal D.Lgs. 150/2009 e costituisce il documento programmatico attraverso il quale, in conformità con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale, sono individuati gli obiettivi da perseguire.

La sottosezione è stata predisposta recependo le indicazioni di cui alle linee guida del Dipartimento della funzione Pubblica n.1/2017. Tali linee guida sono redatte ai sensi del D.lgs. 150/2009, così come modificato dal D.lgs n. 74/2017, che attribuisce al Dipartimento della Funzione Pubblica le funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance.

Il nuovo approccio, di tipo interattivo e conoscitivo illustrato nelle linee guida di cui sopra, mira a mostrare concretamente come la programmazione e il ciclo della performance possano diventare strumenti per:

- supportare i processi decisionali, favorendo la verifica di coerenza tra risorse e obiettivi, in funzione del miglioramento del benessere dei destinatari diretti e indiretti (creazione di valore pubblico);
- migliorare la consapevolezza del personale rispetto agli obiettivi dell'amministrazione, guidando i percorsi realizzativi e i comportamenti dei singoli;
- comunicare anche all'esterno (accountability) ai propri portatori di interesse (stakeholder) priorità e risultati attesi.

La misurazione e la valutazione della performance rappresentano strumenti di miglioramento, di crescita e di responsabilizzazione di tutto il personale oltre che pongono in essere percorsi di miglioramento continuo delle performance. Tale esplicita e declina la programmazione strategica, già richiamati nella sezione Valore Pubblico, anche al fine di consentire a tutti coloro che sono interessati di avere conoscenza degli elementi utili per la valutazione della performance aziendale.

2. L'Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo

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

L'art. 42 comma 9 della L.R. n. 19/2022 ha previsto la soppressione, a decorrere dal 31/12/2022, dell'Asur e la contestuale istituzione dal 1 gennaio 2023 di n. 5 Aziende Sanitarie Territoriali (AST), nonché l'incorporazione dell'AO Ospedali Riuniti Marche Nord a decorrere dall'1/1/2023 nell'AST di Pesaro-Urbino. L'art. 23 della L.R. 19/2022 individua le Aziende Sanitarie Territoriali (AST) che assicurano le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'equo accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione socio-sanitaria organizzate nel territorio.

Al comma 1 del predetto art. 23 vengono individuate le seguenti AST:

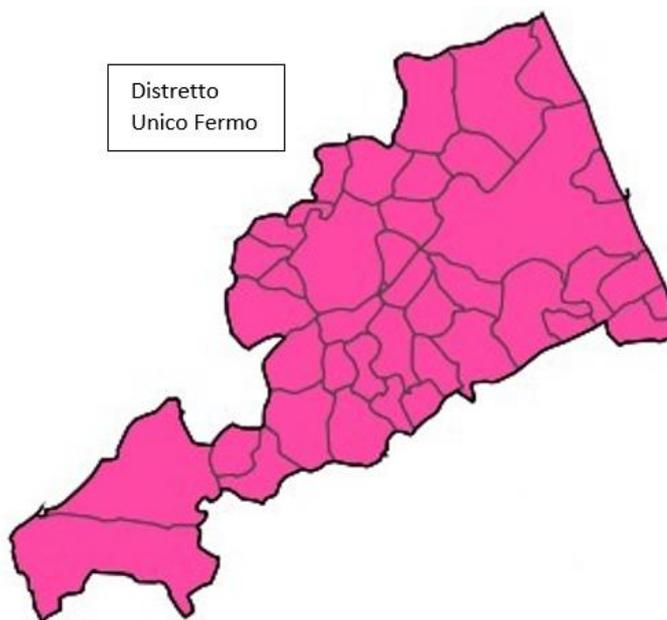
- Azienda sanitaria territoriale di Ancona
- Azienda sanitaria territoriale di Ascoli Piceno;
- Azienda sanitaria territoriale di Fermo;
- Azienda sanitaria territoriale di Macerata;
- Azienda sanitaria territoriale di Pesaro-Urbino.

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

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

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo è articolata su 1 Distretto di seguito rappresentato (Fig. 1)

Fig. 1- Mappa Azienda Sanitaria Territoriale



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

Per perseguire tali finalità strategiche, l'**assetto organizzativo-funzionale aziendale** sarà previsto nell'atto aziendale di cui al comma 1 bis dell'articolo 3 del d.lgs. 502/1992 e che ai sensi dell'art. 24 comma 2 della LR n. 19/2022 dovrà essere definito in modo da assicurare l'esercizio unitario delle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché il coordinamento e l'integrazione dell'attività dei servizi territoriali dei distretti presenti nelle Aziende sanitarie territoriali con quella dei presidi ospedalieri e degli altri soggetti erogatori pubblici e privati.

2.1. Analisi del contesto esterno e delle risorse

Il territorio e la popolazione residente

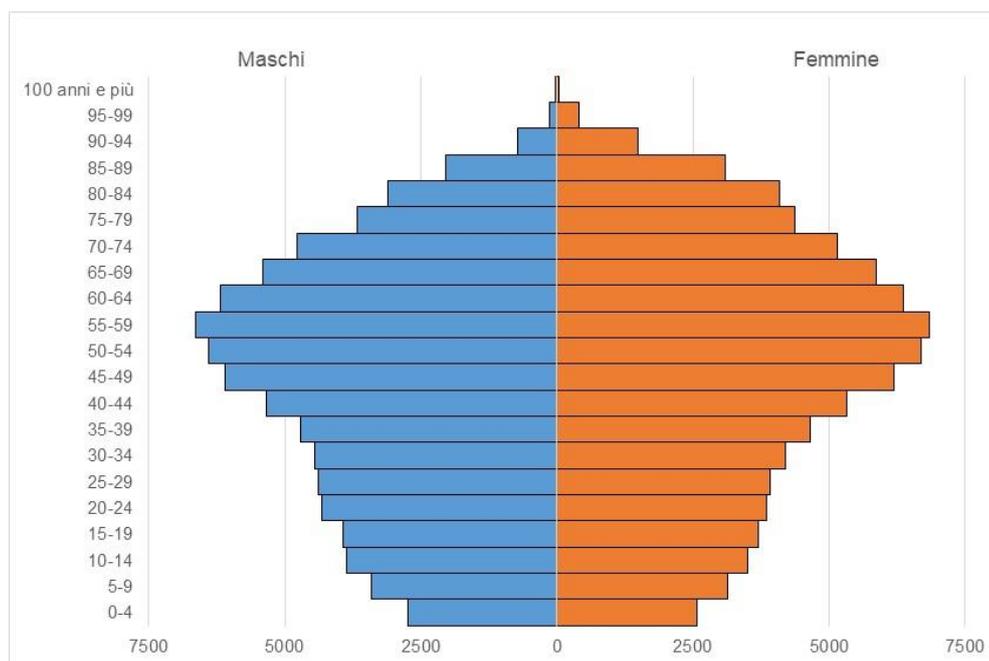
L'Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo (AST Fermo) si estende su un territorio di 862,8 Km² (9,2% del territorio regionale) con struttura geomorfologica differenziata. La popolazione residente al 01/01/2023 è pari a 167.824 (11,3% della popolazione marchigiana) dei quali 82.319 (49%) maschi e 85.505 (51%) femmine distribuita in 40 Comuni e in 1 Distretto, con una densità di 194,5 abitanti per Km². La popolazione per Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo e classe di età è riportata nella tabella seguente.

Tab. 1

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

All'01/01/2023, sia l'età media regionale (47,5 anni) che quella nazionale (46,4 anni) sono inferiori all'età media dell'AST – Fermo (47,8 anni). Nella fascia d'età 0-14 anni troviamo l'11,5% della popolazione, nella fascia 15-64 troviamo il 62,1% della popolazione, mentre nella fascia 65 e più, troviamo il 26,4% della popolazione. Nella provincia di Fermo la speranza di vita alla nascita è di 82,0 anni per gli uomini e di 85,6 per le donne, valori sostanzialmente allineati al dato regionale, che è di 81,2 anni per gli uomini e di 85,4 per le donne e più alti rispetto al dato nazionale che è di 80,6 per gli uomini e di 84,8 per le donne. L'indice di vecchiaia, che rappresenta il numero di anziani ogni 100 giovani, è pari a 230,8, superiore sia rispetto al valore regionale (218,8) che nazionale (193,1). L'indice di dipendenza strutturale, ovvero il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni) mostra come nel territorio dell'AST Fermo ci sono 61,1 individui a carico, ogni 100 che lavorano (valore regionale 60,7 e nazionale 57,4). L'indice di dipendenza degli anziani, dato dal rapporto tra la popolazione di >65 anni e la popolazione in età attiva (15-64), risulta del 42,6%, valore superiore sia a quello regionale (41,6%), sia al nazionale (37,8%)¹.

Fig. 2



¹ Fonte: ISTAT

Il grafico precedente, detto “Piramide delle Età”, rappresenta la distribuzione della popolazione dell’AST di Fermo per età e sesso al 1° gennaio 2023. La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). La piramide evidenzia come i valori più bassi si rilevano nelle classi di età della prima infanzia riflettendo il calo delle nascite registrato negli ultimi anni. Invece, tra i valori più alti figurano quelli relativi alle classi di età di 50-54 e 55-59 anni. Peraltro, le classi di età 55-59, 60-64 e 65-69 presentano un aumento dovuto allo slittamento verso l’alto (ossia all’invecchiamento) delle classi di età centrali. Collegato al concetto dell’invecchiamento e per quanto riguarda la composizione per genere, il grafico mostra come nelle classi di età avanzate, ci sia una maggiore longevità femminile.

Anche in considerazione di quanto sopra, una delle sfide più complesse è rappresentata dall’ottimizzazione, da parte dei sistemi sanitari, delle risorse disponibili, al fine di rispondere alla complessità delle domande di salute indotte dalla continua crescita delle patologie cronico-degenerative. Infatti il mondo della cronicità, in particolare per le fasce più anziane della popolazione, è un’area in progressiva crescita, che comporta un sempre maggiore impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali.

La struttura del nucleo familiare (e le sue modifiche nel tempo) costituisce un parametro fondamentale nella politica del welfare, sicuramente fattore rilevante per la programmazione e l’organizzazione sociale e sanitaria aziendale; a questo proposito, il numero medio di componenti per famiglia all’01/01/2023 è risultato per l’AST – Fermo pari a 2,3 unità, perfettamente in linea con il valore regionale (2,3) e leggermente superiore al valore nazionale che si attesta a 2,2.

Analisi del contesto esterno

La programmazione aziendale 2024-2026 è fortemente condizionata dalle dinamiche del Fondo Sanitario Nazionale dovendo garantire l’equilibrio di bilancio; nel precedente triennio tale sostenibilità economica è però stata messa in discussione sia dallo stato di emergenza COVID-19, sia della crisi energetica globale in atto.

In particolare, così come indicato nella DGRM 2074 del 29/12/2023 stabilisce Il livello del finanziamento del servizio sanitario nazionale (SSN) cui concorre lo Stato a legislazione vigente per gli anni 2024 e 2025 è pari rispettivamente a Euro 130.980 milioni ed Euro 131.358 milioni. Per l’anno 2026 il livello del finanziamento del SSN è stimato pari a quello dell’anno 2025.

Sulla base di tale programmazione economica regionale, la Regione Marche ha individuato le linee guida per la predisposizione del Bilancio preventivo 2024, assegnando un tetto di spesa per l’anno 2024 pari a 282.180.227. euro (non comprensivo di mobilità intraregionale, ma comprensivo di 16.554.590 euro di mobilità passiva extra-regionale e internazionale e dei costi per i rimborsi ai danneggiati ex L.210/92). Il totale degli investimenti finanziati con risorse correnti autorizzato per la gestione 2024 è pari ad euro 2.300.300.

Il livello dei costi autorizzati deve essere finanziato con un valore delle entrate proprie pari ad euro 6.040.000.

A fronte di tali indicazioni in data 31.1.24 è stato redatto e deliberato con atto n. 48 del 31/01/2024 il Bilancio di previsione 2024-2026 dell’AST di Fermo.

Le risorse economiche e finanziarie

L’Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo nell’anno 2023 ha gestito un Bilancio complessivo di circa 360 milioni di Euro (comprensivo dei costi riferiti alla mobilità sia intra regionale, sia extra regionale).

La tabella n. 2 sottostante evidenzia il volume dei costi gestiti per l’anno 2023 appunto, in termini di costi d’esercizio, così come rappresentate nel IV report. I ricavi propri sono pari a 6,3 Milioni di euro e gli investimenti con fondi correnti 3,4 Milioni.

Tab. 2

| Cod | Descrizione | REPORT |
|-------------|--|-----------------------|
| A2 | TOTALE COSTI | 359.647.853,03 |
| A21 | PERSONALE | 96.248.091,10 |
| A211 | PERSONALE DIRIGENTE | 35.584.994,12 |
| A212 | PERSONALE COMPARTO | 58.803.739,46 |
| A213 | ALTRI COSTI PERSONALE DIPEDENTE | 1.352.137,89 |
| A214 | RETTIFICA COSTI DEL PERSONALE DIPEDENTE (-) | 77.877,00 |
| A215 | PERSONALE NON DIPENDENTE | 585.096,63 |
| A22 | BENI | 66.075.423,60 |
| A220 | FARMACI | 46.606.409,90 |
| A221 | BENI SANITARI | 17.739.746,50 |
| A222 | BENI NON SANITARI | 1.729.267,20 |
| A23 | SERVIZI | 27.016.077,96 |
| A231 | APPALTI | 17.417.943,61 |
| A232 | MANUTENZIONI | 3.141.462,41 |
| A233 | UTENZE | 2.603.956,41 |
| A234 | CONSULENZE AMMINISTRATIVE E GESTIONALI | 4.643,00 |
| A235 | CONSULENZE SANITARIE | - |
| A236 | Godimento Beni di Terzi | 2.596.107,46 |
| A237 | COSTI GENERALI | 1.132.101,63 |
| A238 | IMPOSTE DI ESERCIZIO | 119.863,44 |
| A24 | OSP. CONVENZIONATA E ACQUISTO DI RI | 58.454.819,42 |
| A241 | ACQUISTO DI RICOVERI DA AZIENDE PUBBL. INTF | 39.100.175,24 |
| A242 | ACQUISTO DI RICOVERI DA AZIENDE PUBBL. EXT | 12.177.888,95 |
| A243 | ACQUISTO DI RICOVERI DA AZIENDE PRIVATE | 7.176.755,23 |
| A25 | SPECIALISTICA ESTERNA | 20.964.271,44 |
| A251 | SPECIALISTICA ESTERNA DA AZIENDE PUBBL. IN | 14.221.831,44 |
| A252 | SPECIALISTICA ESTERNA DA AZIENDE PUBBL. E | 2.008.174,00 |
| A253 | SPECIALISTICA ESTERNA DA AZIENDE PRIVATE | 4.734.266,00 |
| A26 | SPECIALISTICA INTERNA | 2.122.662,00 |
| A261 | SPECIALISTICA INTERNA | 2.122.662,00 |
| A27 | FARMACEUTICA | 31.150.624,01 |
| A271 | FARMACEUTICA DA AZIENDE PUBBL. INTRA-REI | 5.273.390,34 |
| A272 | FARMACEUTICA DA AZIENDE PUBBL. EXTRA-REI | 773.813,66 |
| A273 | FARMACEUTICA DA AZIENDE PRIVATE | 25.103.420,00 |
| A28 | MEDICINA DI BASE | 18.110.336,05 |
| A281 | MEDICINA DI BASE DA AZIENDE PUBBL. INTRA-F | 126.745,44 |
| A282 | MEDICINA DI BASE DA AZIENDE PUBBL. EXTRA-F | 70.381,61 |
| A283 | MEDICINA DI BASE DA AZIENDE PRIVATE | 17.913.209,00 |
| A29 | ALTRE PRESTAZIONI | 34.032.265,13 |
| A291 | ALTRE PRESTAZIONI DA AZIENDE PUBBL. INTRA-F | 1.708.358,53 |
| A292 | ALTRE PRESTAZIONI DA AZIENDE PUBBL. EXTRA-F | 2.666.132,77 |
| A293 | ALTRE PRESTAZIONI DA AZIENDE PRIVATE | 29.657.773,82 |
| A30 | LIBERA PROFESSIONE | 1.438.987,00 |
| A301 | LIBERA PROFESSIONE | 1.438.987,00 |
| A31 | AMMORTAMENTI | 602.881,68 |
| A311 | AMMORTAMENTI | 5.052.527,11 |
| A312 | STERILIZZAZIONE AMMORTAMENTI (-) | 4.449.645,43 |
| A32 | ACCANTONAMENTI | 3.423.762,64 |
| A321 | ACCANTONAMENTI RINNOVI PERSONALE | 1.114.904,29 |
| A322 | ACCANTONAMENTI RINNOVO CONVENZIONE ME | 866.262,00 |
| A323 | ACCANTONAMENTI RINNOVO CONVENZIONE SU | 209.866,80 |
| A324 | ALTRI ACCANTONAMENTI | 1.232.729,55 |
| A33 | TRASFERIMENTI | 7.651,00 |
| A331 | TRASFERIMENTI | 7.651,00 |
| A34 | ONERI FINANZIARI | - |
| A341 | ONERI FINANZIARI | - |
| A35 | ONERI STRAORDINARI | - |
| A351 | SOPRAVV. PASSIVE, INSUSSISTENZE DELL'ATTIV | - |
| A352 | MINUSVALENZE | - |
| A36 | COSTI INTRA-AZIENDA | - |
| A361 | RIBALTAMENTO COSTI GENERALI | - |
| A362 | COSTI PER PRESTAZIONI SANITARIE INTERAZIET | - |

Le risorse professionali

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

Tab. 3

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

Fig. 3

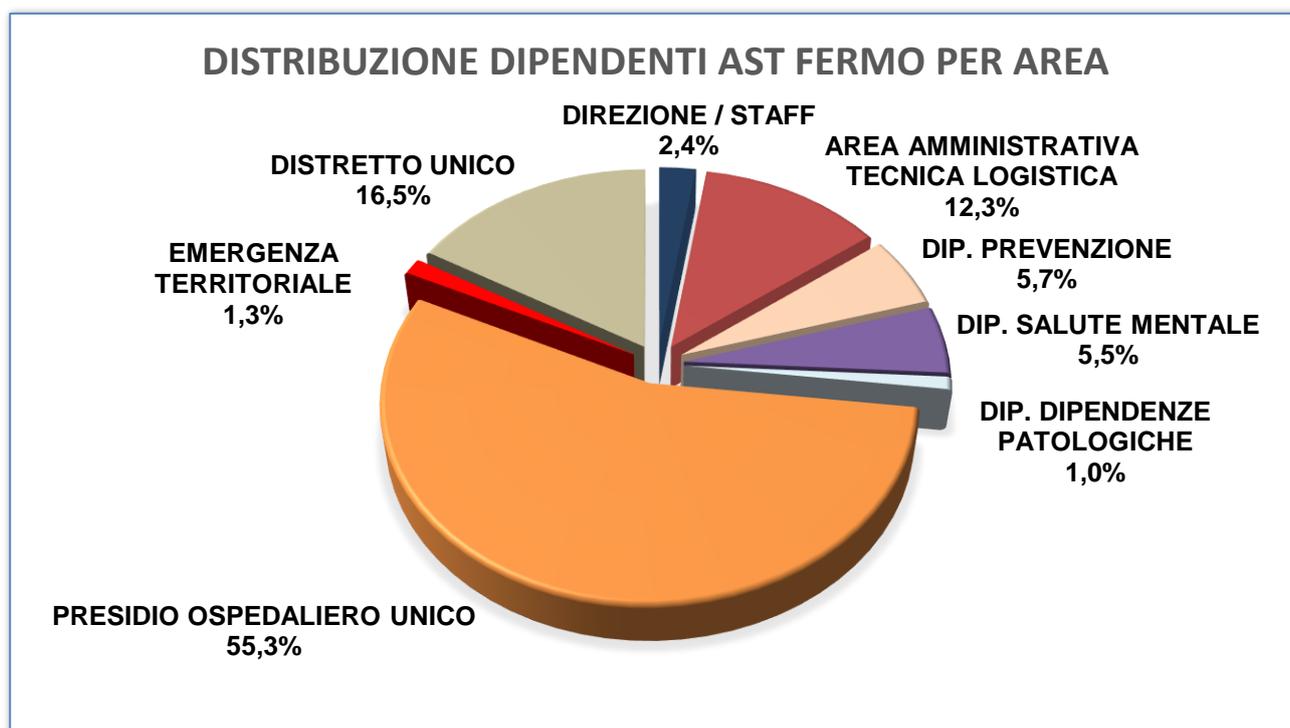
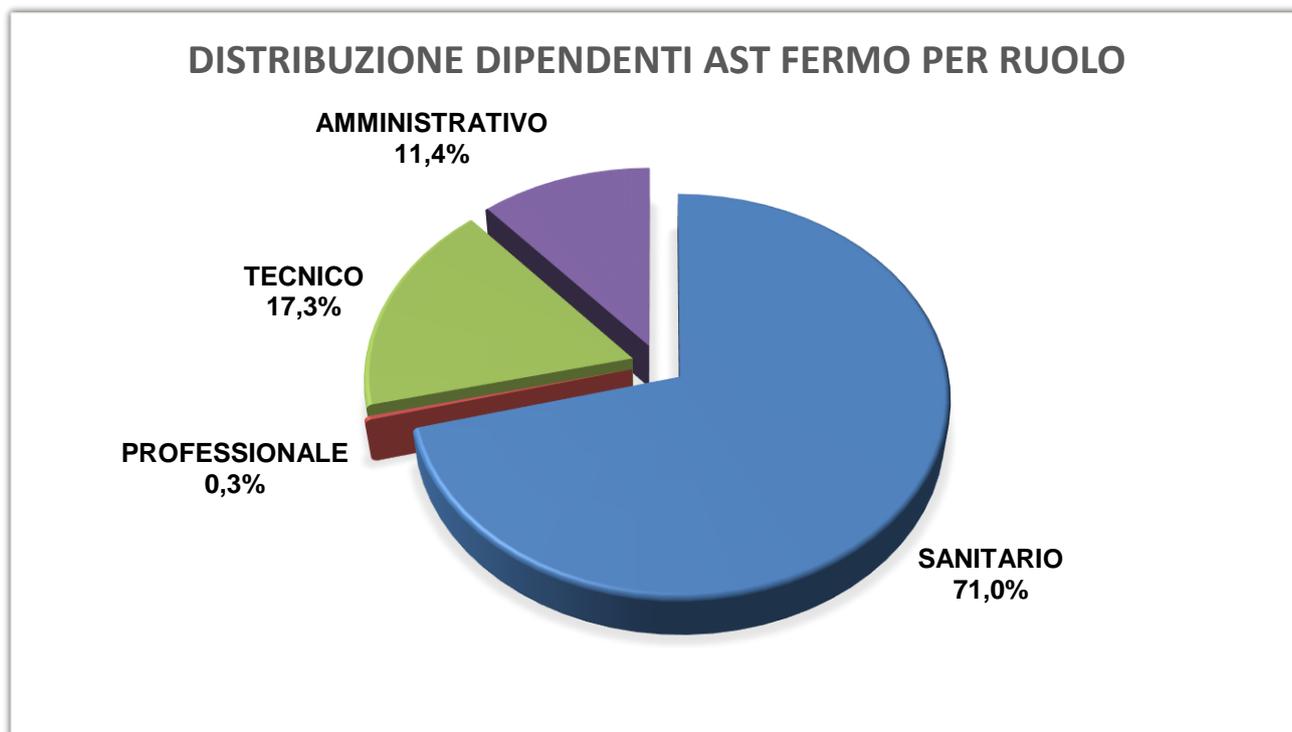


Fig. 4



La struttura dell'offerta

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

Fig. 5



Tab. 4 Strutture Pubbliche (Fonte Modello HSP 11 e HSP 11bis anno 2023)

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

Tab. 5 Strutture private accreditate (Fonte Modello HSP 11 anno 2023)

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

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

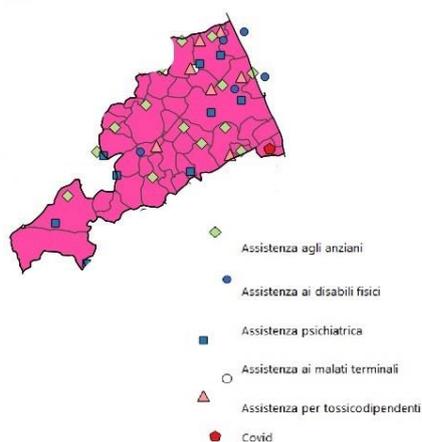
Tab. 6

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

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

Fig. 6 Attività diagnostica, laboratorio e clinica


Fig. 7 Tipologia di assistenza



Le tabelle che seguono, coerentemente con i flussi ministeriali STS 11 e 24, riportano il numero di strutture a gestione diretta e il numero delle strutture private convenzionate per il 2023 suddiviso per tipologia di struttura e tipo di assistenza erogata.

Tab. 7 e 8

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

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

Tab. 9

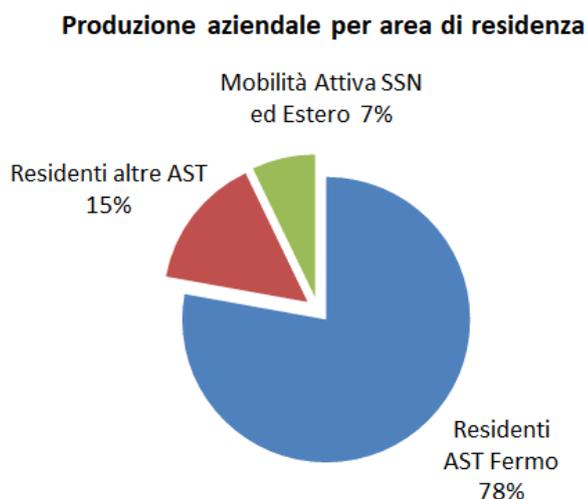
| POSTI LETTO PER STRUTTURA | Tipo di assistenza erogata | STRUTTURA RESIDENZIALE | STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE | TOTALE |
|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------|----------------------------|------------|
| Strutture a gestione diretta ASUR | Assistenza agli anziani | 79 | | 79 |
| | Assistenza ai disabili fisici | 14 | | 14 |
| | Assistenza ai malati terminali | 10 | | 10 |
| | Assistenza psichiatrica | 15 | 35 | 50 |
| | totale | 118 | 35 | 153 |
| Strutture convenzionate | Assistenza agli anziani | 390 | | 390 |
| | Assistenza ai disabili fisici | | 127 | 127 |
| | Assistenza per tossicodipendenti | 0 | 0 | 0 |
| | Assistenza psichiatrica | 79 | | 79 |
| | Covid-19 | 0 | | 0 |
| totale | | 469 | 127 | 596 |
| Totale complessivo | | 587 | 162 | 749 |

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

I servizi sanitari erogati

L'AST Fermo eroga livelli essenziali di assistenza alla popolazione assistita attraverso varie articolazioni organizzative (Distretto e Presidio Ospedaliero). Con riferimento all'assistenza ospedaliera, l'AST nel 2022 ha erogato complessivamente 12.897 ricoveri (comprensivi anche della quota di produzione dei privati accreditati), di cui 78% ai propri residenti, 15% a residenti di altre AST e 7% ai residenti di altre regioni. L'ultimo tasso disponibile di ospedalizzazione globale per acuti (numero di ricoveri per mille abitanti con la mobilità passiva extraregionale) è pari a 124,9 con un valore pari a 94,9 per i ricoveri in regime ordinario e 30 per quelli in regime diurno.

Fig. 8



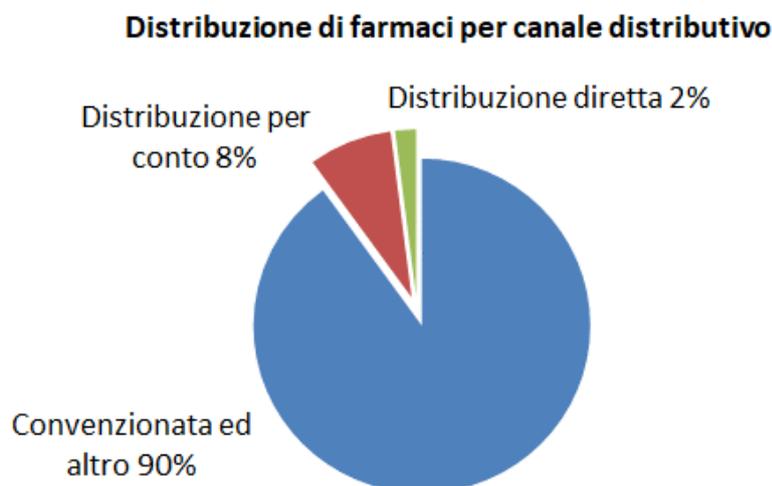
In merito all'assistenza specialistica, nel 2022 sono state globalmente erogate dall'azienda e dagli erogatori privati accreditati ad essa convenzionati 2.968.054 prestazioni, di cui 83% prestazioni di laboratorio analisi e 3% di diagnostica per immagini.

Fig. 9



Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, l'azienda ha erogato complessivamente 3.587.638 farmaci. Il canale distributivo predominante risulta essere quello della farmaceutica convenzionata, che include il 90% dei farmaci erogati; la restante quota fa riferimento alla somministrazione diretta da parte delle strutture aziendali (2%) ed alla distribuzione per conto da parte delle farmacie (8%).

Fig. 10



Attraverso le strutture distrettuali l'azienda assicura inoltre il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata, mediante MMG/PLS, infermieri, fisioterapisti, palliativisti e altri specialisti. Si raggiungono di norma oltre 2.500 utenti per un totale di circa 82.000 prestazioni erogate.

L'assistenza psichiatrica è garantita tramite il Dipartimento di Salute Mentale mediante strutture a gestione diretta e del privato sociale con interventi di tipo ambulatoriale (circa 10.000 prestazioni nell'ultimo anno), semiresidenziale (circa 130 pazienti), residenziale (circa 40 pazienti) e progetti a sostegno della domiciliarità (circa 25 utenti).

Per quanto riguarda l'assistenza a pazienti Tossicodipendenti e Alcolisti, il Dipartimento per le Dipendenze segue oltre 800 pazienti, di cui 160 circa sono inseriti in programmi di recupero in comunità terapeutiche. Il Dipartimento, inoltre, è operosamente impegnato in attività di informazione e prevenzione su tutto il territorio.

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura tecnico funzionale mediante la quale l'Azienda garantisce la soddisfazione dei bisogni di salute connessi ad interventi di promozione e di prevenzione, relativamente agli stati e comportamenti individuali delle persone, all'ambiente fisico e sociale della comunità di riferimento.

3. Il ciclo di gestione della performance

Ai sensi dell'art 4. del D. Lgs 150/2009 così come modificato del D. Lgs 74/2017, le amministrazioni pubbliche sviluppano, in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio, il ciclo di gestione della performance che si articola nelle seguenti fasi:

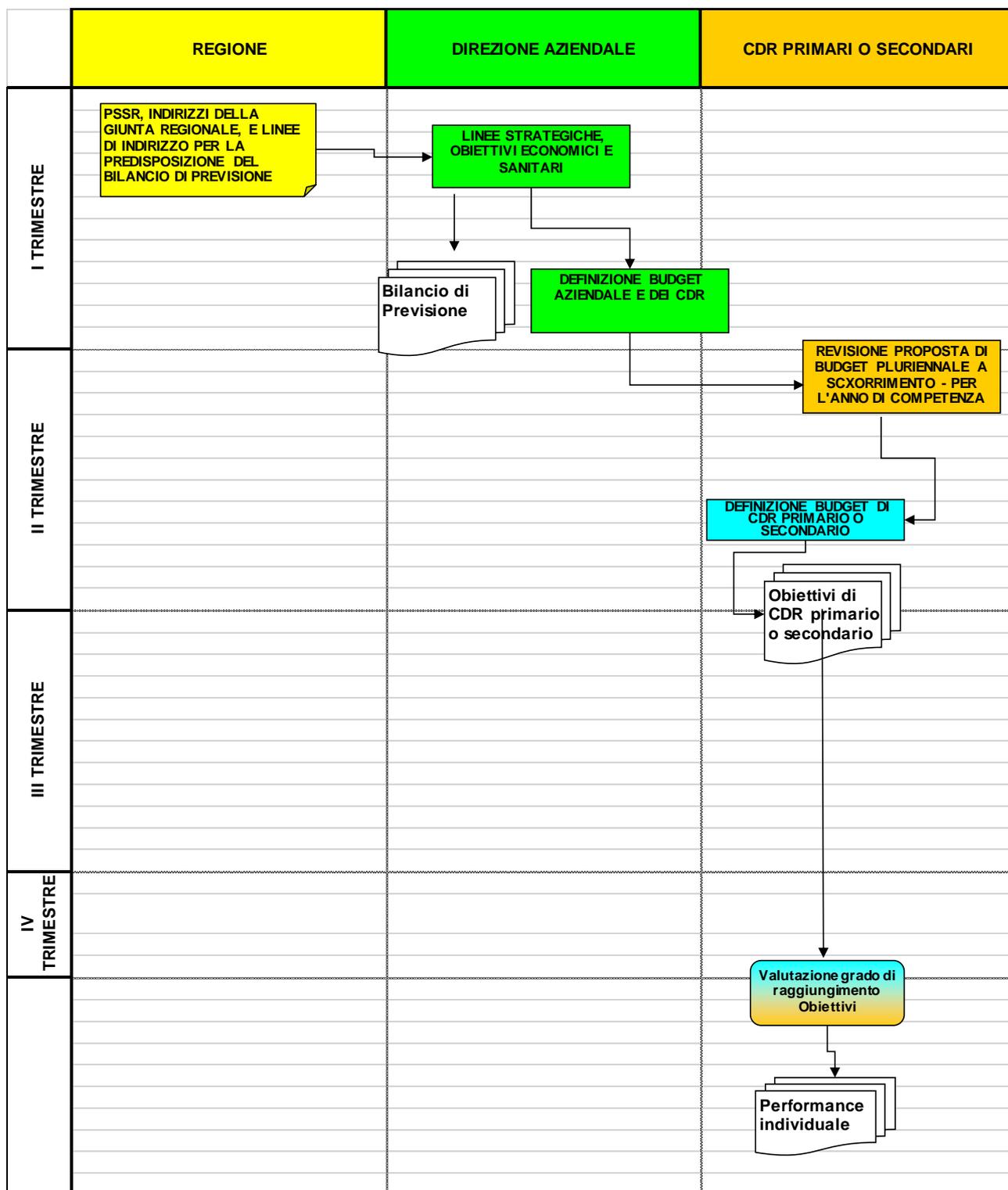
- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, tenendo conto anche dei risultati conseguiti nell'anno precedente, come documentati e validati nella relazione annuale sulla performance di cui all'articolo 10;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocatione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati, nonché ai competenti organi di controllo interni ed esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Di seguito è riportato lo schema del ciclo delle performance aziendale che risulta coerente con le fasi di cui al D.Lgs. 150/2009 (art. 4) e con lo schema di cui alle Linee guida del Dipartimento della Funzione pubblica per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance n. 2/2017.

Fig. 11



Fig. 12
Ciclo della Performance



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

Sulla base di tali elementi, la Direzione Aziendale stabilisce le linee strategiche aziendali da perseguire nell'anno di riferimento, tenuto conto degli obiettivi strategici contenuti nel Piano Sanitario vigente nonché degli obiettivi sanitari assegnati all'Azienda dalla Regione (riferiti all'anno precedente se ancora non adottati per l'anno in corso).

Sulla base di tale quadro programmatico, la Direzione Aziendale negoziano le schede di budget con i CDR, nel rispetto di una logica di budget pluriennale a scorrimento. Le schede di budget sono formulate sulla base dello schema riportato all'Allegato 1.

Nel momento in cui la Regione procede all' eventuale revisione delle assegnazioni di Budget alle Aziende del SSR, la Direzione Aziendale se del caso rivede l'assegnazione; in alternativa la conferma.

Il Budget di attività e costi assegnato a ciascun CDR, è oggetto di monitoraggio periodico (almeno trimestrale); i Responsabili di CDR sulla base dei report ricevuti dal Controllo di Gestione producono eventuali considerazioni ritenute utili per l'eventuale revisione delle assegnazioni o per l'individuazione di azioni correttive.

A fine anno, appena disponibili i dati di chiusura del Bilancio di esercizio e di attività, si valuta il grado di raggiungimento degli obiettivi economici e sanitari dei CDR.

Al fine di effettuare la valutazione individuale, gli obiettivi sono assegnati ai singoli dipendenti. Il criterio di assegnazione degli obiettivi tiene conto della posizione organizzativa ricoperta, in quanto vi deve essere coerenza fra obiettivo e funzione.

Definita l'assegnazione degli obiettivi il personale sarà valutato sul grado di realizzazione degli obiettivi assegnati e sulle proprie performance individuali. Il sistema di valutazione genera delle concrete ricadute sia sul salario di risultato sia sulla valutazione professionale per lo sviluppo della carriera.

Si evidenzia che alla luce della disciplina introdotta con il D. Lgs 74/2017 si enfatizza il ruolo dell'OIV, lungo tutto il ciclo, un supporto metodologico volto ad assicurare efficacia, solidità e affidabilità al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP), che dovrà, fornire parere vincolante sul SMVP adottato annualmente dall'Azienda (art. 7 D. Lgs 150/2009).

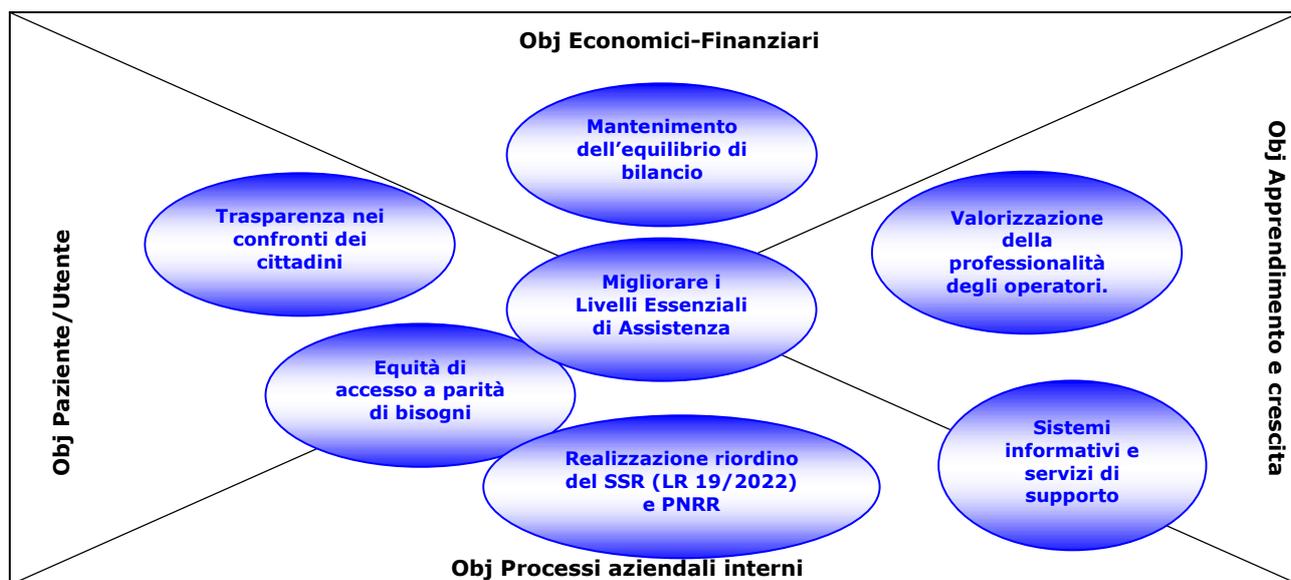
4. Obiettivi strategici (generali)

Di seguito, si descrive la logica che lega appunto la *mission* istituzionale, le aree strategiche e gli obiettivi strategici la cui valenza è pluriennale (triennale) e, pertanto, possono rappresentare gli obiettivi generali di cui all'art. 5 del D. Lgs 150/2009.

In particolare, la strategia aziendale è tradotta in termini di obiettivi strategici esplicitando le azioni da realizzare nel triennio per ciascuna delle 4 prospettive seguenti:

- Prospettiva di paziente/utente;
- Prospettiva dei processi aziendali interni;
- Prospettiva economico-finanziaria;
- Prospettiva di apprendimento e crescita dell'organizzazione.

Fig. 13



➤ **Mantenimento dell'equilibrio di bilancio**

Il mantenimento dell'equilibrio di bilancio costituisce fattore determinante per la sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale e condizione necessaria per garantire nel tempo l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. In tal senso, l'azione aziendale è volta, da un lato, al monitoraggio continuo dei fattori di crescita della spesa sanitaria e, dall'altro, al recupero dei fattori di inefficienza del sistema al fine del loro reinvestimento.

➤ **Migliorare i Livelli Essenziali di Assistenza**

Nell'ambito delle risorse disponibili, l'azione aziendale è tesa alla ricerca continua di livelli più elevati di efficacia ed efficienza nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, anche con azioni finalizzate a garantire la continuità assistenziale ospedaliera e territoriale.

➤ **Realizzazione del Piano di riordino del SSR**

Attuazione della Riforma del SSR della LR n. 19/2022.

➤ **Equità di accesso ai servizi a parità di bisogni di salute**

L'obiettivo strategico di "riequilibrio territoriale" è quello di garantire pari e tempestiva opportunità di accesso alle prestazioni, ai servizi e agli strumenti messi a disposizione dall'Azienda, a parità di bisogno di salute espresso dai residenti nei diversi ambiti territoriali.

➤ **Valorizzazione delle professionalità degli operatori**

La professionalità dei dirigenti e del comparto, non solo in senso tecnico, ma anche come capacità di interagire con i pazienti e rapportarsi con i colleghi nel lavoro di équipe, è determinante ai fini della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni.

➤ **Trasparenza nei confronti dei cittadini**

La trasparenza nei confronti dei cittadini è garantita mediante l'accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'Azienda, 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.

➤ Sistemi informativi e servizi di supporto

L'informatica rappresenta ad oggi un'importante leva nel percorso di crescita dell'organizzazione. Inoltre il patrimonio informativo costituisce un elemento guida nelle scelte strategiche aziendali. A rafforzare il ruolo centrale dell'informatizzazione e più in generale dei sistemi informativi contribuisce certamente il percorso di digitalizzazione della PA, già attivo da anni e rafforzato in esito ai recenti progetti PNRR. Da ciò ed in tal senso, muovono gli obiettivi aziendali afferenti tale item.

5. Gli obiettivi specifici e la performance organizzativa

Ai sensi delle linee guida al Piano del Dipartimento della Funzione Pubblica (n. 1/2017) gli obiettivi dell'amministrazione definiti nel Piano della performance, su base triennale, possono essere riferiti sia al funzionamento dell'amministrazione che alle politiche di settore. Per ciascun obiettivo specifico, in ogni ciclo triennale devono essere indicati i risultati da conseguire e quelli già conseguiti rilevanti per la definizione dei risultati e degli impatti attesi. A tale definizione si correla quella di performance organizzativa che dovrà avere una visione multidimensionale. Gli aspetti più rilevanti da tenere in considerazione attengono a: l'attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle aspettative della collettività; l'attuazione di piani e programmi; la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi; la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali; lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi; l'efficienza nell'impiego delle risorse; la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati; il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità (art. 8, d.lgs. 150/2009).

Le linee guida individuano inoltre la performance organizzativa quale elemento centrale del Piano. Essa è l'insieme dei risultati attesi, rappresentati in termini quantitativi con indicatori e target, che deve:

- considerare il funzionamento, le politiche di settore, nonché i progetti strategici o di miglioramento organizzativo di cui agli indirizzi regionali e ministeriali;
- essere misurabile in modo chiaro;
- tenere conto dello stato delle risorse effettivamente a disposizione o realisticamente acquisibili;
- avere come punto di riferimento ultimo gli impatti indotti sulla società al fine di creare valore pubblico, ovvero di migliorare il livello di benessere sociale ed economico degli utenti e degli stakeholder.

Nel presente Piano saranno quindi definiti gli obiettivi correlati alla *mission* istituzionale, alle aree strategiche e gli obiettivi strategici, che si rappresentano di seguito:

Fig. 14

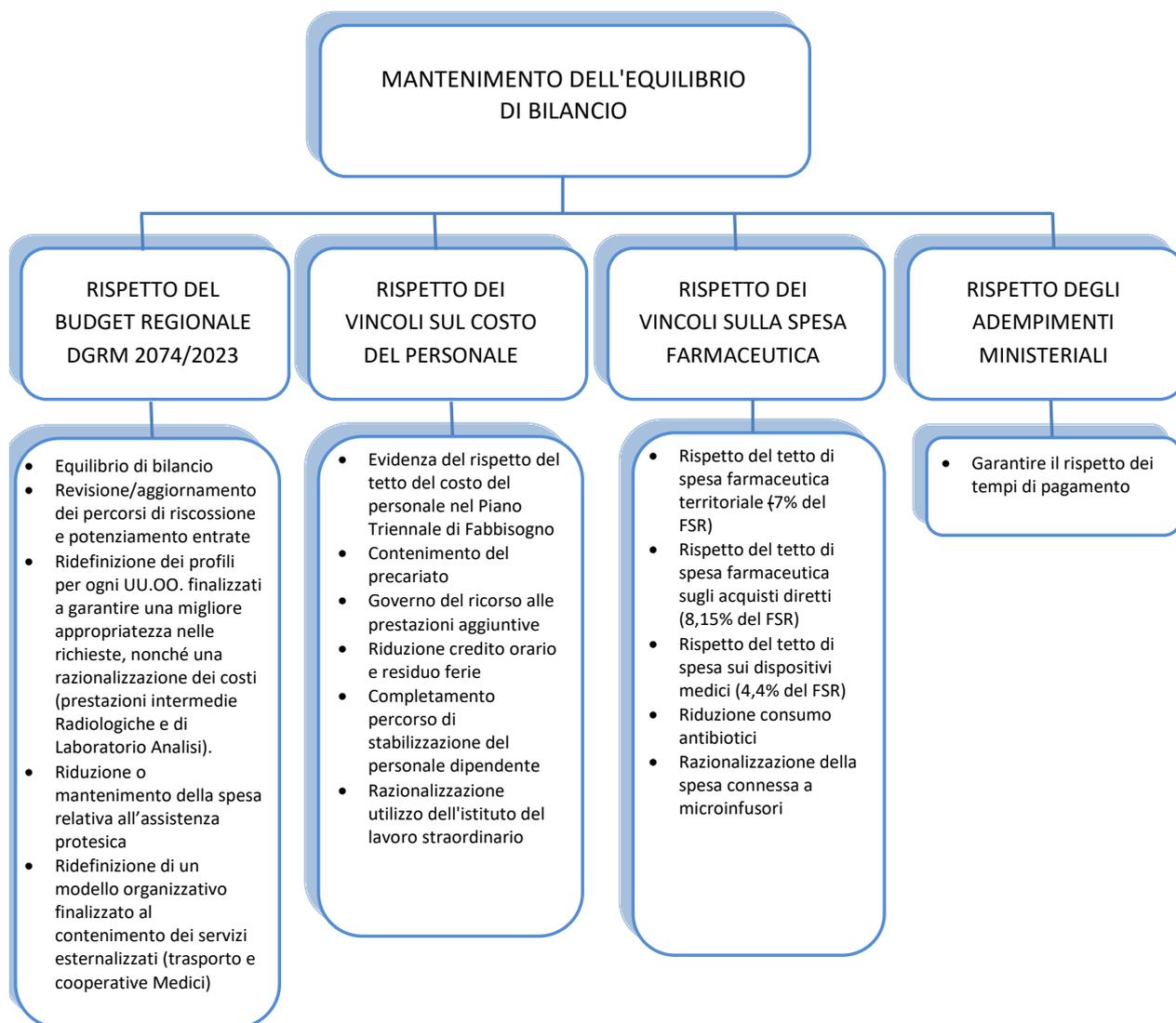


Fig. 15

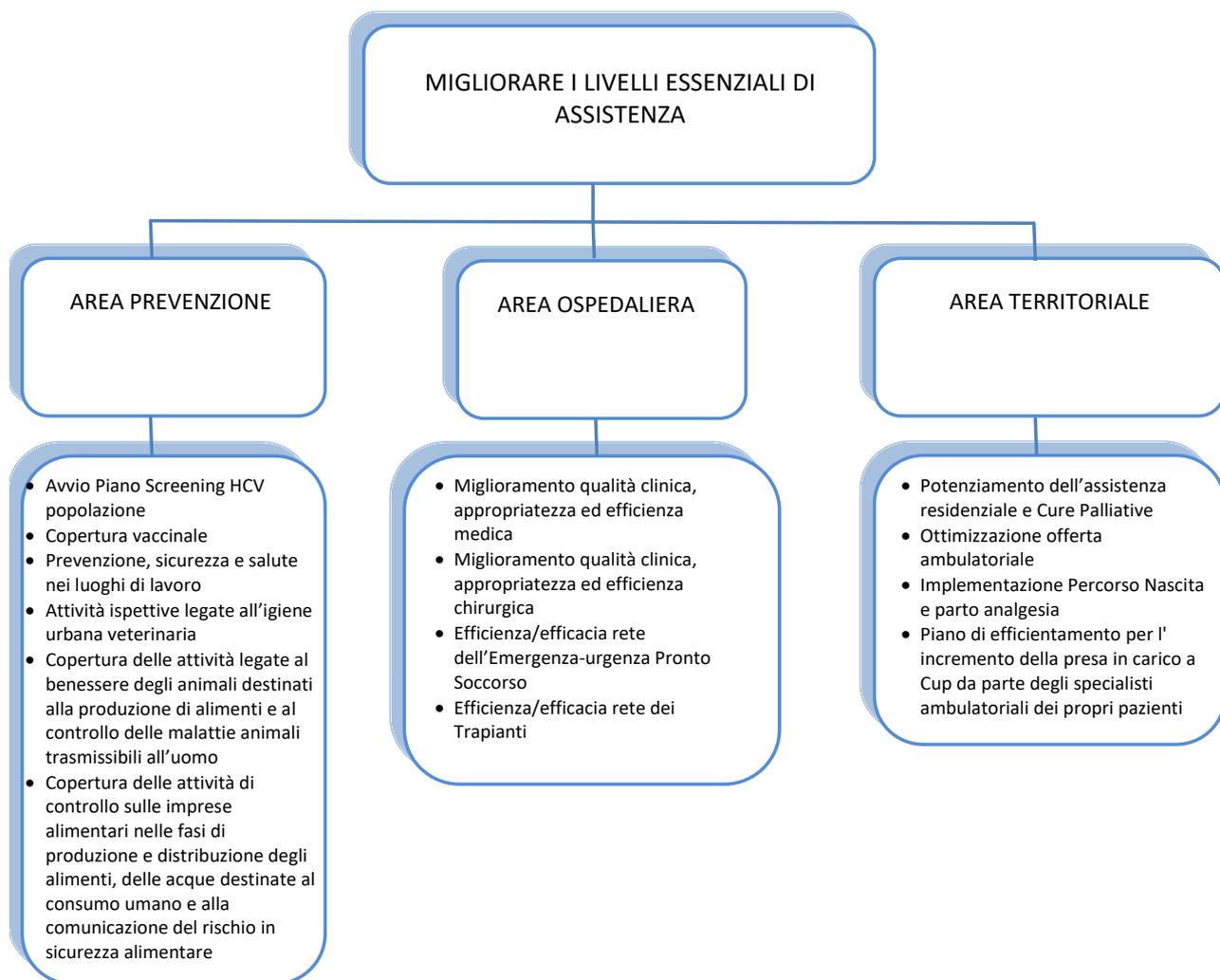


Fig. 16

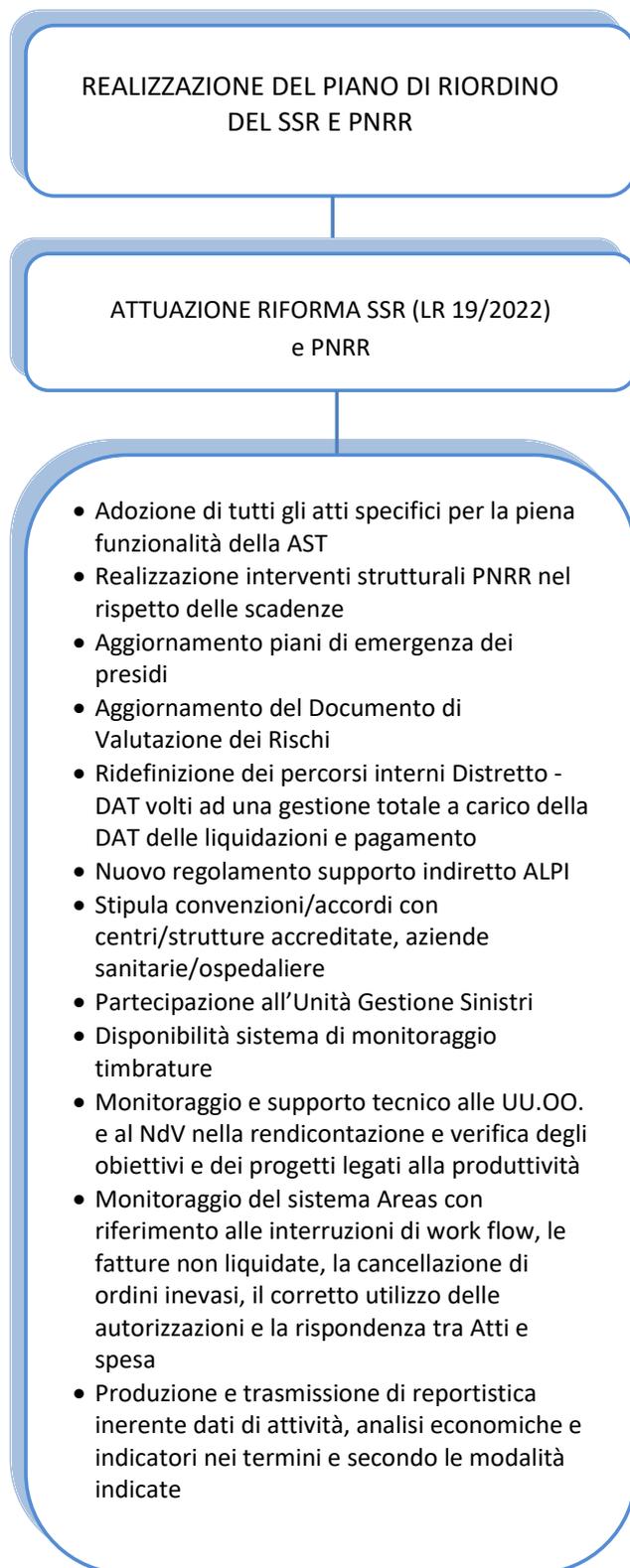


Fig. 17

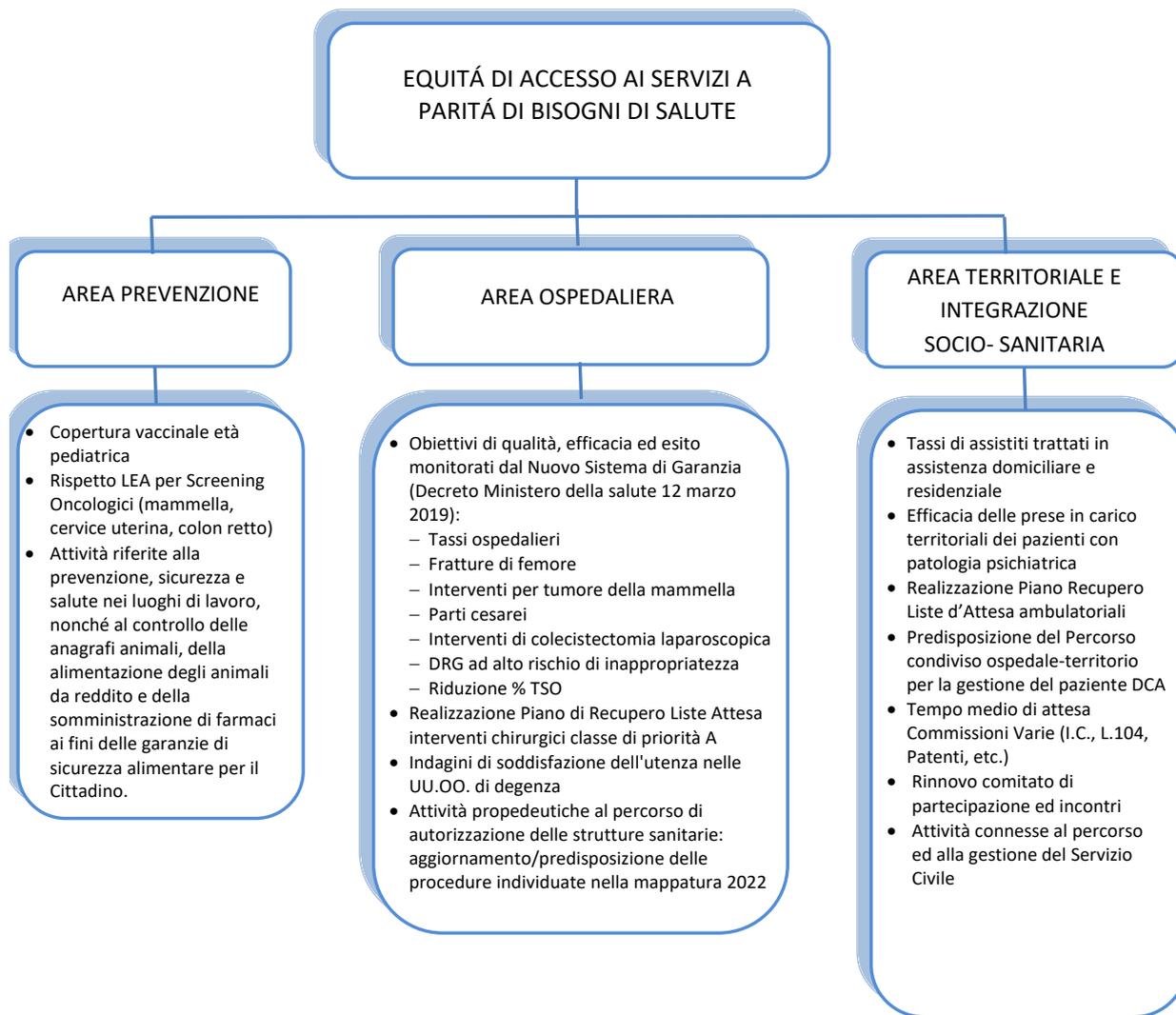


Fig. 18

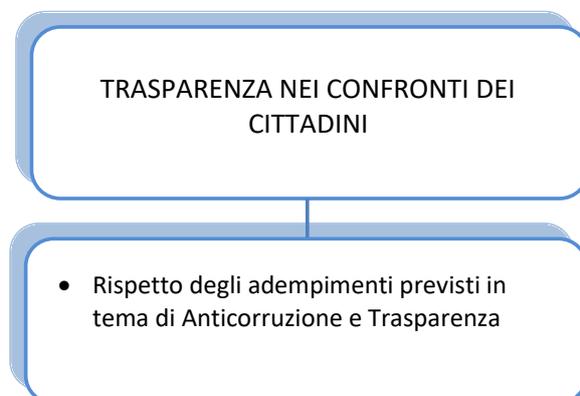


Fig. 19

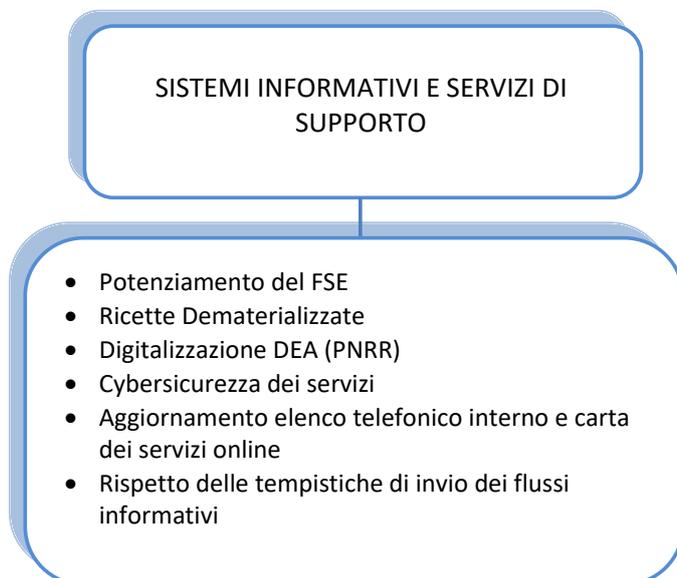
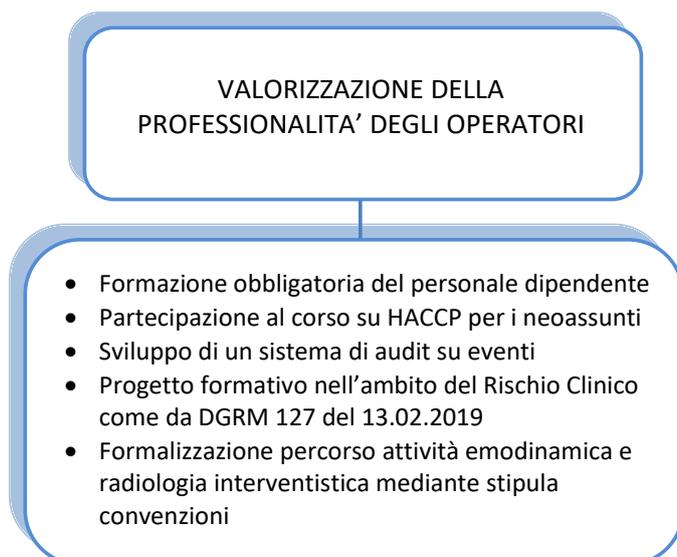


Fig. 20



6. Piano degli indicatori e dei risultati attesi

Gli obiettivi 2024, di cui all'Allegato 2 alla presente sezione sono stati definiti prendendo spunto dagli obiettivi assegnati nell'anno 2023 con DGRM 1634/2023.

Tali indicatori e risultati attesi saranno aggiornati sulla base degli obiettivi che la Regione assegnerà agli Enti del SSR per l'anno 2024 con apposita Delibera di Giunta e rendicontati nella Relazione sulla Performance 2024, così come previsto dall'art. 6 del D.Lgs. 150/2009 e successive modifiche ed integrazioni.

Per quanto riguarda gli Obiettivi strategici di prevenzione della corruzione la sottosezione relativa alla Performance prevede, in maniera rafforzata, il raccordo con la presente sottosezione, attraverso la previsione degli obiettivi strategici-gestionali in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione dell'AST.

Le azioni sono specificate ai paragrafi relativi agli "Obiettivi strategici (generali)" e agli "Obiettivi specifici e performance organizzativa", ai sensi dell'art. 1, co. 8 della L. 190/2012, al fine di garantire la coerenza e l'effettiva sostenibilità degli obiettivi posti.

Tali obiettivi sono i seguenti:

- Adempimento degli obblighi di pubblicazione di competenza previsti dalla Griglia approvata;
- Verifica indicatori di monitoraggio e stato dell'arte della pubblicazione dei dati sulla sezione "Amministrazione Trasparente";
- Aggiornamento della tabella dei rischi e invio questionari compilati per la mappatura dei processi per la Prevenzione della Corruzione;
- Invio scheda ANAC compilata con i dati per la predisposizione della Relazione annuale del RPCT.

Inoltre si evidenzia che la nuova scheda di valutazione della performance individuale per la dirigenza di strutture complesse e dipartimentali prevede la verifica del rispetto degli obblighi di trasparenza, di pubblicazione, di collaborazione con il RPCT e delle norme in materia di anticorruzione.

Gli obiettivi di **risparmio energetico (circolare n.2/2022 del Dipartimento della Funzione Pubblica)** si traducono:

- nel rispetto delle indicazioni di cui al Regolamento 2022/1369 del 5 agosto 2022 e relative indicazioni operative prodotte dal succitato Dipartimento nel documento: *"Dieci azioni per il risparmio energetico e l'uso intelligente e razionale dell'energia nella Pubblica Amministrazione"* (cui si rimanda per ulteriori approfondimenti);

- nel contenimento della spesa economica (al netto dell'incremento prezzi), come da schede di budget economico attribuito alle UU.OO..

La sezione Performance presenta 2 allegati come di seguito elencati:

Allegato 1 alla Sezione Performance : Modello Scheda di budget 2024

Allegato 2 Allegato alla Sezione Performance : Obiettivi, indicatori e risultati attesi provvisori per l'anno 2024



Azienda Sanitaria Territoriale - FERMO

Scheda di Budget Anno N / N+1

DIPARTIMENTO AREA ...

C.D.R.

U.O.C. / U.O.S.D. / U.O.S. ...

DIRETTORE / RESPONSABILE: ...

Budget Anno N / N+1
U.O.C. / U.O.S.D. / U.O.S. ...

| SETTORE STRATEGICO | OBBIETTIVO | AZIONI | PUNTI | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | INDICATORE | VALORE BUDGET Anno N | VALORE BUDGET Anno N+1 | RANGE PUNTEGGIO | NOTE | produttività |
|---|--|--------|-------|----------------|---------------|------------|----------------------|------------------------|-----------------|------|--------------|
| Economico-finanziario | Rispetto del Budget assegnato | | | | | | | | | | |
| | Ricerca e sviluppo appropriatezza prescrittiva e modelli organizzativi, finalizzati al contenimento della spesa | | | | | | | | | | |
| | Livello produttività | | | | | | | | | | |
| Efficienza ed appropriatezza organizzativa | Verifica, revisione e sviluppo piani di committenza (strutture e/o centri privati accreditati) | | | | | | | | | | |
| | Riduzione tempi di attesa prestazioni ambulatoriali specialistiche, soprattutto di primo livello – verifica e revisione struttura di offerta specialisti ospedalieri e territoriali e percorsi di integrazione/presa in carico della cronicità | | | | | | | | | | |
| | Ricerca e sviluppo di percorsi clinici integrati ospedale territorio - Presa in carico unica dell'utente Sviluppo sistema dei flussi informativi e rispetto debiti informativi interni ed esterni | | | | | | | | | | |
| Miglioramento della Qualità - Comunicazione - Soddisfazione degli utenti | Miglioramento qualità e sicurezza del paziente: avvio implementazione percorso Gestione Clinica del Rischio Implementazione repertorio zonale linee guida, protocolli e/o procedure | | | | | | | | | | |
| | Avvio e sviluppo di indagini di "customer satisfaction" | | | | | | | | | | |
| Apprendimento e crescita dell'organizzazione | Ricerca e sviluppo del modello di gestione per linee produttive, con trasversalità delle funzioni, in ambito sanitario e/o tecnico amministrativo | | | | | | | | | | |
| | Ricerca e sviluppo della multidisciplinarietà, in coerenza con i percorsi formativi e profili di responsabilità Definizione e sviluppo di modelli organizzativi, in un contesto di reingegnerizzazione, finalizzati al superamento di criticità individuate | | | | | | | | | | |

* E' obbligo da parte del Direttore/Responsabile U.O. diffondere tali obiettivi ai propri collaboratori producendo verbale comprovante e precisando che gli stessi sono commisurati (al netto di particolari eccezioni riportate in nota) al personale in servizio di cui all'allegato 3 e presuppongono un trend di attività in linea con lo sto

IL DIRETTORE / RESPONSABILE DI U.O.C. / U.O.S.D. / U.O.S.: ...

IL DIRETTORE GENERALE AST-FM: ...

IL DIRETTORE SANITARIO AST-FM: ...

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO AST-FM: ...

Budget Anno N

| LIVELLO RICAVIDI MINIMI | AGGR | MOBILITA' /REG DIRETTA | CE MIN 2013 | Conto | Canale | Mercato | note | DESCRIZIONE | BUDGET Anno N-1 | REPORT 12 mesi Anno N-1 | REPORT 3 mesi Anno N | Proiezione annua Anno N | BUDGET Anno N | Delta REPORT 12 mesi Anno N-1 - BUDGET Anno N | Delta Budget Anno N - BUDGET Anno N-1 | Delta Proiezione annua Anno N - BUDGET Anno N |
|-------------------------|------|------------------------|-------------|-------|--------|---------|------|--------------------------|-----------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|---------------|---|---------------------------------------|---|
| | | | | | | | | COSTI RETTIFICATI | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** |
| | | | | | | | | COSTI | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** |
| *** | | | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** |
| *** | | | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** |
| *** | | | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** |
| *** | | | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** |
| *** | | | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** |
| *** | | | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** |
| *** | | | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** |
| *** | *** | | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** |
| *** | | | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** |

TESTE PRESENTI AL ...

| | |
|--------------|-----|
| Dipartimento | ... |
|--------------|-----|

| UO | DESCRIZIONE POSIZIONE | DESCRIZIONE NATURA | | TOTALE |
|---------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|--------|
| | | A TEMPO DETER.-STRAORDINARIO | A TEMPO INDETERMINATO | |
| ... | ... | .. | .. | .. |
| ... | ... | .. | .. | .. |
| ... | ... | .. | .. | .. |
| Totale | | .. | .. | .. |

OBIETTIVI ECONOMICI

GESTIONE DEI COSTI E DEI DEBITI

| Prog. | OBIETTIVI | INDICATORE | TARGET AST FERMO |
|-------|---|--|--|
| e1 | Rispetto del budget dei costi | Valore economico del totale dei costi al netto degli scambi infragruppo, delle entrate proprie e di eventuali costi derivanti da ulteriori contributi non previsti a budget rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2023, rispetto al budget dei costi al netto degli scambi infragruppo e delle entrate proprie assegnato con DGR 2074/2023 e s.m.i. | <=0 |
| e2 | Rispetto dei tempi di pagamento | % valore fatture pagate oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 | <5% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contenzioso) |
| e3 | Rispetto art. 15, c. 14, D.L. 95/2012, convertito dalla L. 135/2012 | Variazione annuale totale costi per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali da strutture private accreditate regionali * Sono escluse le singole strutture: - rientranti negli accordi quadro regionali dell'annualità 2022 e 2023; - con costi per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali dell'annualità 2023 ≤ ai medesimi costi sostenuti nell'annualità 2011; - prestazioni finalizzate al recupero e al miglioramento delle liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali e ricoveri, anche in relazione al recupero delle attività non erogate nel periodo pandemico, in attuazione dell'art. 4, c. 9-octies della L. 14/2023, di conversione del DL 198/2022, nei limiti dei finanziamenti previsti dalla DGR 1243/2023 | <=0 |

FARMACEUTICA

| Prog. | OBIETTIVI | INDICATORE | TARGET AST FERMO |
|-------|---|---|-------------------------------------|
| e4 | Spesa farmaceutica per acquisti diretti | Variazione Incrementale massima della spesa farmaceutica acquisti diretti 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). | ≤ + 4% |
| e5 | Riduzione consumo antibiotici per pazienti residenti, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata (Per AST: ATC J01 - Antibatterici per uso sistemico) (Per AOU e INRCA: ATC J01DH - Carbapenemi) | Variazione DDD antibiotici per pazienti residenti (Per AOU e INRCA la Variazione DDD è calcolata in rapporto a 100 giornate di degenza) | valore negativo |
| e6 | Ispezioni Farmacie convenzionate | N. di ispezioni presso le farmacie convenzionate | 10 |
| e7 | Centralizzazione allestimento terapie oncologiche e riduzione del rischio clinico | UFA n. 1 per provincia/avvio progetto per realizzazione nel 2024 | 100% |
| e8 | Spesa relativa ai dispositivi medici | Riduzione o mantenimento della spesa relativa ai dispositivi medici rispetto al valore rendicontato nei precedenti esercizi (BA0220, BA0230 e BA0240) | ≤ 2023 |
| e9 | Anagrafica dispositivi medici in AREAS | Normalizzazione anagrafica dispositivi medici entro il 31/12/2024 | rendicontazione entro il 28/02/2025 |
| e10 | Rispetto scadenze per adempimenti LEA C14 e C15 Acquisti diretta di farmaci | I dati e le motivazioni di scostamento richieste devono pervenire entro 7-10 giorni dalla richiesta ARS | 100% |
| e11 | Rispetto tempistica di inserimento delle schede di sospetta reazione avversa a farmaci e vaccini nella rete di farmacovigilanza (art. 22 comma 5 DM 30/04/2015) | L'intervallo tra la data di segnalazione e la data di inserimento nella rete di farmacovigilanza deve essere inferiore a 7 giorni | 100% |
| e12 | Coerenza tra flusso Consumi DM (DM 1 e DM2, no DM Q e L) e Modello CE Consuntivo | 90 % Costi da flusso Consumi DM rispetto a costi da conti CE B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B. 1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi, esclusa la spesa rilevata per alcune CND (CND Z "Apparecchiature e relativi componenti accessori e materiali" ad eccezione della Z13 "Materiali di consumo non specifici per strumentazione diagnostica" e della CND W "Dispositivi medico-diagnostici in vitro (D.Lgs 332/2000)") | ≥ 90% |
| e13 | Rispetto tempistica di validazione dei rapporti operatori di incidenti gravi | L'intervallo tra la data dell'incidente e la data di validazione nella rete di dispositivo vigilanza deve essere inferiore a 3 giorni per gli incidenti gravi. | 100% |
| e14 | Spesa relativa all'assistenza protesica | Riduzione o mantenimento della spesa relativa agli acquisti sanitari per l'assistenza protesica rispetto al valore rendicontato nel precedente esercizio 2023 (CE BA0750) | ≤ 2023 |

| PERSONALE | | | |
|--|--|---|--|
| Prog. | OBIETTIVI | INDICATORE | TARGET AST FERMO |
| e15 | 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 |
| e16 | Contenimento del precariato | Report periodici con UE e costo del personale in servizio con contratti di lavoro "flessibili" | Produzione reportistica al 30/09/2024 (da produrre entro il 30/11/2024); Produzione reportistica al 31/12/2024 (da produrre entro il 31/01/2025). |
| e17 | | Riduzione n. UE relative a contratti flessibili a TD | - 25% rispetto al 2023 |
| e18 | Governo del ricorso all'istituto delle "prestazioni aggiuntive" | Definizione di un budget annuale dei costi relativi alle prestazioni aggiuntive | Report entro il 30/11/2024 |
| e19 | Governo del ricorso all'istituto delle "prestazioni aggiuntive" | Report dei costi periodici per prestazioni aggiuntive | Produzione reportistica al 30/6/2024 (da produrre entro il 30/11/2024); Produzione reportistica al 30/9/2024 (da produrre entro il 31/12/2024); Produzione reportistica al 31/12/2024 (da produrre entro il 31/03/2025). |
| e20 | Formazione e PNRR | Realizzazione del Corso base di cui al Piano Formativo Regionale sulle ICA (DGR n.398/2023) | Realizzazione evento formativo entro il 31/12/2024 e relativo report |
| e21 | Potenziamento del FSE (PNRR M6C2 1.3.1(b) «Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni») | Incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario - Comunicazione | ≥1 |
| e22 | | Incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario - Formazione | 100% |
| SISTEMA TESSERA SANITARIA, RICETTA ELETTRONICA | | | |
| Prog. | OBIETTIVI | INDICATORE | TARGET AST FERMO |
| e23 | Ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale (prodotte da MMG, PLS, Specialisti) - PRESCRIZIONE | % Ricette dematerializzate di Specialistica Ambulatoriale | ≥ 80% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati) |
| e24 | Ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata (prodotte da MMG, PLS, Specialisti) - PRESCRIZIONE | % Ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata | ≥ 90% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati) |
| e25 | Ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale (prodotte da MMG, PLS, Specialisti) - EROGAZIONE | Ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale (prodotte da MMG, PLS, Specialisti) - EROGAZIONE | < 10% |
| e26 | | | Entro il 31.12.2024 |
| DIGITALIZZAZIONE PROCESSI | | | |
| Prog. | OBIETTIVI | INDICATORE | TARGET AST FERMO |
| e27 | Codifica unitaria di tutti i prodotti aziendali | % prodotti a listino riconducibili alla codifica unica regionale ovvero completi di tutte le informazioni di dettaglio necessarie | 20% |
| e28 | Assesment della cybersicurezza con definizione del catalogo servizi | % servizi e relativi processi interessati dall'assesment sul totale | 60% |
| e29 | 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% |
| PNRR - MISSIONE 6 | | | |
| Prog. | OBIETTIVI | INDICATORE | TARGET AST FERMO |
| e30 | Rispetto delle scadenze previste dal PNRR di cui al Piano operativo regionale (ALLEGATO AL CIS – REGIONE MARCHE) approvato con DGR 271/2022 aggiornato con DGR 656/2022. | Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) (b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni" | ≥ 1 |
| e31 | | Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Sub-investimento 1.1.2 (Grandi Apparecchiature) | SI |
| e32 | | 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. | 100% |
| e33 | | 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) | SI |
| e34 | | Missione 6 - Componente1: Investimento 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona | SI |
| e35 | | Missione 6 - Componente 1: Investimento 1.2 - Casa come primo luogo di cura e Telemedicina - Sub-investimetro 1.2.2 Implementazione delle C.O.T. | SI |
| e36 | | Missione 6 - Componente 1: Investimento 1.3 - Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità) | SI |

OBIETTIVI SANITARI

FLUSSI INFORMATIVI

| Prog. | | INDICATORE | TARGET AST FERMO |
|-------|--|---|--|
| s1 | Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi informativi | Flusso FAR: rispetto tempistica invio (Trimestrale) | Alimentazione completa con dati per Trimestre |
| s2 | | Flusso FAR: rispetto coerenza con il modello STS24 sul totale utenti (cut-off 80/120%) | Rapporto tra Utenti FAR e utenti STS24 deve essere compreso in un range +20% |
| s3 | | Flusso FAR: rispetto coerenza con il modello STS24 sui nuovi ammessi (cut-off 80/120%) | Rapporto tra Nuovi Ammessi FAR e Nuovi Ammessi modello STS24 deve essere compreso in un range +20% |
| s4 | | Flusso SIAD: rispetto tempistica invio (Trimestrale) | Alimentazione completa con dati per Trimestre |
| s5 | | SIAD: % Prese in Carico (PIC) con valutazioni/rivalutazioni (se presenti) effettuate nei 90 giorni previsti sul totale delle Prese In Carico (PIC) - Target >=80% | >=80% |
| s6 | | Flusso HOSPICE: rispetto tempistica invio (Trimestrale) | Alimentazione completa con dati per Trimestre |
| s7 | | Flusso SIND: rispetto tempistica invio (annuale) | Alimentazione completa con dati Annuali |
| s8 | | Flusso SIND: Rispetto coerenza utenti con anno precedente (cut-off >=90%) | >=90% |
| s9 | | Flusso File R: rispetto tempistica invio (annuale) | Alimentazione completa con dati Annuali |
| s10 | | Flusso SISM: rispetto tempistica invio (Semestrale) | Alimentazione completa con dati per Semestre |
| s11 | | Flusso SISM: indicatore di referenzialità, numero soggetti inseriti in anagrafica in rapporto al numero soggetti con prestazioni territoriali - target >=80% | >=80% |
| s12 | | Flusso SDO: rispetto tempistica invio (Mensile) | Alimentazione completa con dati mensili |
| s13 | | Flusso SDO: % complessiva sul rispetto scadenze di invio del flusso [totale record inviati nei tempi (somma tutti i mesi) / totale record inviati] - parametro >=85% | >=85% |
| s14 | | Flusso EMUR PS + EMUR 118: rispetto tempistica invio (Mensile) | Alimentazione completa con dati mensili |
| s15 | | Flusso EMUR PS + EMUR 118: % complessiva sul rispetto scadenze di invio del flusso (totale record inviati nei tempi (somma tutti i mesi) / totale record inviati) - parametro >=85% | >=85% |
| s16 | | Flusso Farmaceutica: rispetto tempistica invio (Mensile) | Alimentazione completa con dati mensili |
| s17 | | Flusso File C: rispetto tempistica invio (Mensile) | Alimentazione completa con dati mensili |
| s18 | | Flusso File C: % complessiva sul rispetto scadenze di invio del flusso (totale record inviati nei tempi (somma tutti i mesi) / totale record inviati) - parametro >=85% | >=85% |
| s19 | | Flussi PNRR: Avvio del Flusso informativo sanitario del Consultorio (SICOF) | Adempienti alla fase di test, nomina dei referenti e adesione alla fase di test |
| s20 | | Flussi PNRR: Avvio del Flusso Informativo sanitario di Riabilitazione | Adempienti alla fase di test, nomina dei referenti e adesione alla fase di test |
| s21 | | Rispetto invio flussi Trimestrali (Anagrafe Vaccinale - Percorso vaccinazione Covid-19 e percorso No-Covid-19) | Alimentazione AVN (Trimestrale) e alimentazione Giornaliera AVC |

AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - INDICATORI NSG "CORE"

| Prog. | OBIETTIVI | INDICATORE | TARGET AST FERMO |
|-------|---------------------------------------|---|--|
| s22 | Copertura vaccinale | Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) | Obiettivo minimo: >=92% con mantenimento o incremento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (= assegnazione 75% del valore del punteggio). Valore ottimale >= 95% (= assegnazione 100% del punteggio) |
| s23 | Copertura vaccinale | Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) | Obiettivo minimo: >=90% con mantenimento o incremento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (= assegnazione 75% del valore del punteggio). Valore ottimale >= 95% (= assegnazione 100% del punteggio) |
| s24 | Rispetto LEA per Screening Oncologici | % persone che effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della mammella | Obiettivo minimo: Per la fascia d'età 50-69 anni mantenimento (tolleranza - 5%)/superamento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >60% (=assegnazione 100% del punteggio) |
| s25 | | % persone effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della cervice uterina | Obiettivo minimo: mantenimento (tolleranza - 5%)/superamento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio) |
| s26 | | % persone che effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro del colon retto | Obiettivo minimo: mantenimento (tolleranza -5%) /superamento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio) |

| AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - ALTRI INDICATORI | | | |
|---|---|---|--|
| Prog. | OBIETTIVI | INDICATORE | TARGET AST FERMO |
| s27 | Attività vaccinale anti Sars-CoV-2 - | Inclusione nel Piano Pandemico aziendale di azioni di preparedness a campagne vaccinali da condursi in emergenza a fronte di ondate pandemiche di tipo influenzale o analoghe | adozione Piano pandemico con preparedness specifica sulle attività vaccinali |
| s28 | Copertura vaccinale | Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano | Obiettivo minimo >= 55% (=assegnazione 50% del punteggio). Obiettivo ottimale >=75% (=assegnazione 100% del punteggio) |
| s29 | 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% |
| s30 | Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale e delle sezioni Regionali dcei Registri Tumori di cui all'art. 244 del | Trasmissione dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale (anno 2022) | 100% |
| s31 | Sicurezza dei prodotti chimici: controlli nella fase di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (Reg. REACH e CLP) | Registrazione e controllo di qualità delle schede cause di morte anno 2021 | 100% |
| s32 | Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021) | % imprese controllate su imprese programmate | >=95% |
| s33 | Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021) | Formalizzazione dei Piani Integrati Locali in ciascuna AST per l'attuazione dei Programmi del PRP | Approvazione e trasmissione atto |
| s34 | Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021) | Numero riunioni del gruppo di coordinamento Piano Integrato Locale | >=3 |
| s35 | Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021) | %Indicatori certificativi raggiunti per anno 2023 (dato regionale) | >= 70% |
| s36 | Piano Pandemico Regionale 2021-2023 (DGR 188/2022) | Definizione Piano Pandemico Aziendale/Territoriale | Approvazione e trasmissione atto |
| s37 | Screening HCV popolazione | Avvio campagna screening HCV popolazione nati 1969-1989 | Comunicazione avvio campagna |
| AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - INDICATORI NSG "CORE" | | | |
| Prog. | OBIETTIVI | INDICATORE | TARGET AST FERMO |
| s38 | ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report | % allevamenti ovi-caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli allevamenti) | 3% allevamenti aperti in BDN al 31/12/2024 |
| s39 | | % allevamenti suini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% degli allevamenti) | 1% allevamenti aperti in BDN al 31/12/2024 |
| s40 | | % allevamenti bovini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli allevamenti) | 3% allevamenti aperti in BDN al 31/12/2024 |
| s41 | | % allevamenti equini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli allevamenti) | 3% allevamenti aperti in BDN al 31/12/2024 |
| s42 | | % apiari controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% degli apiari) | 1% apiari aperti in BDN al 31/12/2024 |
| s43 | FARMACO SORVEGLIANZA-attività di ispezione e verifica art. 88 D.Lgs n.193/2006. Nota DGSAF n.1466 del 26/01/2012; DM 14/05/2009 e nota DGSAF n.13986 del 15/07/2013 | Attività svolta sul totale degli operatori controllabili in base all'art.68 comma 3, art.71 comma 3, art.70 comma 1, artt. 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs n.193/2006 | ≥ 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite |
| s44 | Piano Nazionale Alimentazione animale | % campionamenti eseguiti sul totale degli attesi | 100% |
| s45 | FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale | % campioni effettuati sul totale dei previsti nell'ambito del programma di ricerca dei residui di fitosanitari negli alimenti vegetali | ≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM |
| s46 | 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 | 100% delle categorie di matrici programmate, con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma |
| s47 | Additivi alimentari (Piano nazionale controllo additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari) | % campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNCAA | 100% in tutte le categorie previste |

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - ALTRI INDICATORI

| Prog. | OBIETTIVI | INDICATORE | TARGET AST FERMO |
|-------|--|---|--|
| s48 | MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAF n.1618 del 28/01/2013 | % stabilimenti controllati sugli stabilimenti bovini da controllare per TBC come previsto dai piani di risanamento | 100% |
| s49 | | % stabilimenti controllati sugli stabilimenti bovini, ovini e caprini da controllare per BRC come previsto dai piani di risanamento | 100% |
| s50 | | % di capi bovini morti sottoposti al test per BSE sul totale degli attesi | ≥ 85% |
| s51 | ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014 | % di capi ovini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per gli ovini (DDSPVSA n. 8/2023) | 100% del valore atteso |
| s52 | | % di capi caprini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per i caprini (DDSPVSA n. 8/2023) | 100% del valore atteso |
| s53 | SALMONELLOSI ZOONOTICHE - Reg. 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; nota DGSAF 1618 n. del 28/01/2013 e relativa registrazione dati nel SIS-BDN | % campionamenti sul totale dei campioni previsti dal "piano salmonellosi" in allevamento | 100% |
| s54 | Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti | % controllo per benessere in allevamenti di vitelli, suini, ovaiole e polli da carne | 100% |
| s55 | | % controllo per benessere in allevamenti di "altri bovini" | 100% |
| s56 | | % controlli per benessere negli impianti di macellazione | 100% |
| s57 | 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 DGSAF n.15168 del 14/4/2017. Percentuale di controlli analitici minimi effettuati per ciascuna matrice alimentare nelle fasi, rispettivamente, di "produzione"e"distribuzione" | % di campionamenti effettuati sul totale dei programmati negli esercizi di produzione e distribuzione | 100% in ciascuna matrice alimentare |
| s58 | 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 | > 60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione |
| s59 | AUDIT SU OSA - controlli ufficiali previsti dai Reg. 625/2017 e Reg. 627/2019- DDPFVSA n.49 del 20/03/2017 | % di audit sugli stabilimenti riconosciuti di cui al DDPFVSA n.49 del 20/03/2017 | 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 |
| s60 | 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% |
| s61 | 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% |
| s62 | 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 | Report interdisciplinare di AST dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare |
| s63 | PIANO NAZIONALE MICOTOSSINE 2016-2018-Controllo ufficiale delle micotossine in alimenti. Nota DGSAF n.14944 del 14/4/2016 (PAMA 2018) | Volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal Piano Nazionale Micotossine in Alimenti (PNMA) | 100% |
| s64 | CONTROLLI BIOSICUREZZA STABILIMENTI SUINI | % Stabilimenti suinicoli controllati sul totale dei controlli previsti per biosicurezza (1% degli stabilimenti e 33% stabilimenti sembradi commerciali aperti con capi) | 1% degli stabilimenti a cui aggiungere il 33% stabilimenti sembradi commerciali aperti con capi |
| s65 | ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report | % Allevamenti avicoli controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R | 1% degli allevamenti - (DM 07/03/23) |
| s66 | ACQUE DESTINATE AL CONSUMO UMANO – DLgs 18/2023 | % di controlli esterni effettuati sui controlli previsti secondo la frequenza di campionamento indicata nel DLgs 18/2023 | > 90% qualora non sia presente un programma di controllo coordinato con gli enti gestori (in alternativa > 90% del programma concordato) |

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - ALTRI INDICATORI

| Prog. | OBIETTIVI | INDICATORE | TARGET AST FERMO |
|--|--|--|--|
| s67 | ACQUE MINERALI - D. Lgs 176/2011 "Attuazione della direttiva 2009/54/CE, sull'utilizzazione e la commercializzazione delle acque minerali naturali" - DM 10 febbraio 2015 "Criteri di valutazione delle caratteristiche delle acque minerali naturali" - Circolare Ministero della Sanità n. 17 del 13/09/1991 - Circolare Ministero della Sanità n. 19 del 14/05/1993 sulle acque minerali. - DDPF n.49 del 20.03.2017 | % di controlli effettuati sui controlli previsti (alle sorgenti utilizzate e agli impianti di imbottigliamento) secondo le circolari ministeriali e DDPF 49/2017 | > 90% |
| s68 | PRODOTTI FITOSANITARI DDPF VSA n. 28 del 25/02/2021 "Piano regionale di controllo ufficiale sul commercio ed impiego dei prodotti fitosanitari per il periodo 2021-2024" e indirizzi operativi ministeriali: DGISAN /I.4.c.c.8.2/2022/1 | Numero di ispezioni effettuate presso le attività di deposito e vendita di prodotti fitosanitari sul numero di attività autorizzate | > 20% |
| s69 | PROGRAMMAZIONE CONTROLLI UFFICIALI SULLE IMPRESE ALIMENTARI 852/2004 E 853/2004 | %i controlli ufficiali effettuati sul programmato (sulla base della programmazione inviata al Settore PVSA) | 100% |
| s70 | CONTROLLI UFFICIALI EFFETTUATI SULLE IMPRESE ALIMENTARI 852/2004 E 853/2004 | % Inserimento dei controlli ufficiali nel sistema informativo Datafarm | 100% |
| s71 | QUALIFICHE SANITARIE (Art. 2, O.M. 28 maggio 2015 e s.m.i.) | Mantenimento qualifica di provincia indenne per Brucellosi bovina | SI |
| s72 | | Mantenimento qualifica di provincia indenne per Brucellosi ovi-caprina | SI |
| s73 | | Mantenimento qualifica di provincia indenne per tubercolosi bovina | SI |
| s74 | | Acquisizione qualifica di provincia indenne per tubercolosi bovina | - |
| s75 | | Mantenimento qualifica di provincia indenne per leucosi bovina enzootica | SI |
| s76 | IGIENE URBANA VETERINARIA | Numero di ispezioni effettuate presso strutture veterinarie | 100% |
| s77 | | Numero di ispezioni effettuate presso canili e/o gattili e rifugi | 100% |
| s78 | PSA - PRIU | Numero di carcasse suine esaminate negli stabilimenti suini con capacità fino a 50 capi e/o allevamenti siti nelle zone a maggior rischio come indicato nella valutazione del rischio allegata al PRIU | ≥ 10 |
| ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA - INDICATORI NSG "CORE" | | | |
| Prog. | OBIETTIVI | INDICATORE | TARGET AST FERMO |
| s79 | Assistenza domiciliare | Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1 | > 4,00 x 1000 ab. |
| s80 | | Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2 | > 2,50 x 1000 ab. |
| s81 | | Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3 | > 2,00 x 1000 ab. (Tolleranza 20%) |
| s82 | Assistenza residenziale | N. residenti anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale | > 41 x 1.000 ab. ≥ 75 aa |
| s83 | Potenziamento della Rete delle Cure Palliative | % Deceduti per tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul totale dei deceduti per tumore | > 35% (Tolleranza 25%) |
| s84 | Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologia psichiatrica | % Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni | ≤5.0 |
| s85 | 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. | >90% |
| ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA - ALTRI INDICATORI | | | |
| Prog. | OBIETTIVI | INDICATORE | TARGET AST FERMO |
| s86 | 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. | >90% |
| s87 | | Completezza della compilazione della ricetta per tipologia accesso/classe priorità per le prestazioni previste dal PNGLA | >90% |
| s88 | | Aumento delle prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate alle aziende | >10% |
| s89 | | Inserimento nelle liste di garanzia di tutti i pazienti che ne hanno diritto, con verifica del numero di telefono dell'utente | >99% |
| s90 | | 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 |
| s91 | Attività legate all'attuazione del PNRR | Definizione dei modelli assistenziali per le strutture di prossimità (CdC, OdC, COT) aziendali previste dalla DGR 559/22 secondo gli standard del DM 77/22 | Reportistica inviata entro il 31/01/2025 |
| s92 | Implementazione Percorso Nascita | Costituzione del Comitato Percorso Nascita Locale | Trasmissione Determina |
| s93 | Recupero e miglioramento liste di attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri e screening DGR 1243 del | Utilizzo delle risorse | 1 |
| s94 | | Report sull'utilizzo delle risorse | 100% |

AREA ACCREDITAMENTI

| Prog. | OBIETTIVI | INDICATORE | TARGET AST FERMO |
|-------|---|--|---|
| s95 | "Autorizzazione all'esercizio delle strutture di cui all'art.7 commi 1 e 2 della L.R.21/2016 entro 18 mesi dalla fine dello stato di emergenza sanitaria" (DGR 1194/2020) | Presentazione di un piano aziendale di autovalutazione, con relativo cronoprogramma di adeguamento ai requisiti minimi previsti dai manuali autorizzativi regionali, entro il 31/12/2022 | |
| s96 | | Presentazione della richiesta di autorizzazione all'esercizio di almeno 5 "strutture di degenza" ospedaliera (unità operative) per ciascun Ente del SSR entro il 31/12/2022 | |
| s97 | Presentazione degli esiti delle verifiche di vulnerabilità sismica delle strutture sanitarie | Evidenza dell'appalto affidato | presentare l'esito della verifica della vulnerabilità sismica per almeno una struttura residenziale o semiresidenziale pubblica |

AREA OSPEDALIERA - INDICATORI NSG "CORE"

| Prog. | OBIETTIVI | INDICATORE | TARGET AST FERMO |
|-------|---|---|--------------------------|
| s98 | 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 | ≤ 0,12 |
| s99 | Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza | % pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario | ≥ 2023 |
| s100 | "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 | ≥ 2023 |
| s101 | "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 | ≤ 22% |
| s103 | "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 | ≤ 2% del vol. min. DM 70 |

AREA OSPEDALIERA - ALTRI INDICATORI

| Prog. | SUB-OBIETTIVI | INDICATORE | TARGET AST FERMO | |
|-------|---|---|--|-------|
| s109 | Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza | Riduzione n. ricoveri in DH diagnostici per pazienti adulti residenti | ≤ 2023 | |
| s110 | | Riduzione n. accessi in DH medico per pazienti adulti residenti | ≤ 2023 | |
| s111 | | Degenza media pre-operatoria | < 2023 | |
| s112 | | % ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inapproprietezza) - (esclusi ricoveri urgenti) | ≥ 2023 | |
| s113 | | % DRG Medici da reparti chirurgici * - * (esclusi dimessi da Cardiocirurgia Pediatrica (Cod. 06) e Nefrologia - Tr. Rene (Cod. 48))- (esclusi ricoveri urgenti) | < 2023 | |
| s114 | | % Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni | riduzione di almeno 10% del valore 2023 | |
| s115 | | % nuovo intervento di resezione entro 120 gg da intervento chirurgico conservativo per tumore maligno alla mammella | 0% | |
| s116 | | Numero parti fortemente pre-termini (22-31 settimane) avvenuti in punti nascita senza UTIN | ≤ 2023 | |
| s117 | | Recupero dei tempi di attesa interventi chirurgici classe di priorità A | % prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata | ≥ 90% |
| s118 | | | % prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero | ≥ 90% |
| s119 | Emergenza-urgenza Pronto soccorso | % pazienti codice arancione (2 = urgenza) visitati entro 15 minuti | almeno 10% aggiuntivo della % 2023 | |
| s120 | | % pazienti codice azzurro (3 = urgenza differibile) visitati entro 60 minuti | almeno 10% aggiuntivo della % 2023 | |
| s121 | | % pazienti codice verde (4 = urgenza minore) visitati entro 120 minuti | ≥ 75% | |
| s122 | | % pazienti codice bianco (5 = non urgenza) visitati entro 240 minuti | ≥ 75% | |
| s123 | Rete trapianti | % abbandoni PS | ≤ 2023 | |
| s124 | | N° accertamenti morte cerebrale/ n. cerebrolesi deceduti in T.I. + DCD | > 2023 | |
| s125 | | N° donatori di cornee | > 2023 | |
| s126 | | N° donatori multitessuto procurati | > 2023 | |
| s127 | | N° coppie avviate allo studio per la donazione rene da vivente | > 2023 | |
| s128 | | Costituzione del Comitato aziendale ospedaliero per la donazione di organi e tessuti | invio atto e verbale entro il 31/12/2024 | |
| s129 | | Formalizzazione delle Procedure Operative aziendali relative al processo di donazione cornee | invio atto entro il 31/12/2024 | |

AREA DIREZIONE SANITA' E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

| Prog. | OBIETTIVI | INDICATORE | TARGET AST FERMO |
|-------|--|-------------------------------------|---------------------------|
| s130 | TSO-Trattamento Sanitario Obbligatorio | Diminuzione del 3% rispetto al 2022 | - 3% rispetto ai TSO 2022 |

OBIETTIVI AZIENDALI

OBIETTIVI COMUNI ALLA QUASI TOTALITÀ DELLE UU.OO.

| Prog. | OBIETTIVI | INDICATORE | TARGET AST FERMO |
|-------|--|--|---------------------|
| a1 | Partecipazione alla formazione obbligatoria da parte del personale dell'UO | % adesione | >= 90% |
| a2 | Riduzione del credito orario e residuo ferie non godute | Residuo ferie anno 2024. | <= -8% (sul 2023) |
| a3 | Attività propedeutiche al percorso di autorizzazione delle strutture sanitarie: aggiornamento/predisposizione delle procedure individuate nella mappatura 2022 | % procedure aggiornate-create /tot. Procedure mappate | 100% |
| a4 | Miglioramento del processo di gestione della filiera alimentare all'interno delle strutture ospedaliere e territoriali (a gestione diretta) | % Partecipazione (in FAD su portale aziendale) al corso su HACCP per i neo assunti | >= 95% |
| a5 | Razionalizzazione utilizzo dell'istituto del lavoro straordinario : rispetto della programmazione prevista dall'UOC Area Infermieristica - ostetrica | n. di ore consumate\ autorizzate | 100% |

MACROAREA PREVENZIONE

| Prog. | OBIETTIVI | INDICATORE | TARGET AST FERMO |
|-------|---|---|---------------------|
| a6 | Sviluppo di un sistema di audit su eventi | N. audit | >= 1 |
| a7 | Mappatura delle principali attività in capo alle singole UU.OO. (comprensivo di reportistica del trend storico delle entrate - ultimo quinquennio), revisione/aggiornamento dei percorsi di riscossione e potenziamento entrate | Potenziamento entrate | >= 2023 |
| a8 | Incontri con il pool di monitoraggio finalizzato al contenimento della spesa territoriale ed ospedaliera ed al perseguimento degli obiettivi regionali sul tema (ed azioni conseguenti) | Razionalizzazione e contenimento della spesa Allineamento ATC in sfioramento a media regionale | 2 2023 <= |

MACROAREA AMMINISTRATIVA

| Prog. | OBIETTIVI | INDICATORE | TARGET AST FERMO |
|-------|---|---|--|
| a9 | Trasmissione report periodici entro il termine e secondo le modalità indicate | Invio dei report periodici secondo le modalità ed i tempi fissati | 100% |
| a10 | Monitoraggio della corretta gestione dell'utilizzo del sistema Areas | Report trimestrali alle UU.OO. su interruzioni work flow entro il mese successivo al trimestre | >=3 |
| a11 | Monitoraggio fatture non liquidate | Report alle UU.OO. interessate e p.c. al D.A. delle fatture scadute non liquidate | mensile - entro 15 gg dal fine mese |
| a12 | Disponibilità tempestiva di un sistema di monitoraggio del percorso delle timbrature | Relazione e documentazione comprovante l'istituzione di uno strumento web per il monitoraggio dei cartellini in modo tempestivo | entro il 31/12/2024 |
| a13 | Completamento percorso di stabilizzazione del personale dipendente | Conclusione percorso | entro il 31/01/2024 |
| a14 | Cancellazione ordini inevasi | Riscontro alla reportistica cogest segnalando gli ordini inevasi che non debbono essere cancellati (per il III trimestre) e cancellare gli altri; Cancellazione ordini inevasi relativi al IV trimestre | nel mese successivo al termine del III trimestre ; entro gennaio anno successivo |
| a15 | Produzione di reportistica interna alle UU.OO. inerenti dati di attività, analisi economiche, indicatori regionali (monitorabili con gli strumenti informatici ad oggi disponibili) | Produzione reportistica | >=3 |
| a16 | Monitoraggio e rendicontazione analitica degli obiettivi regionali con puntuale informazione alle UO interessate in caso di scostamento dai valori target | N. report | >=4 |
| a17 | Supporto alle UU.OO. "centri di risorsa" nella raccolta e predisposizione dei dati relativi all'elaborazione dei report "straordinari" ed ordinari | Relazione del Responsabile | entro il 31/12/2024 |
| a18 | Supporto tecnico al Nucleo di Valutazione per progetti legati ad incentivi di produttività | Relazione del Responsabile | entro il 31/12/2024 |
| a19 | Supporto tecnico alle UU.OO. nella predisposizione e rendicontazione (se richiesto) degli obiettivi di budget | Relazione del Responsabile | entro il 31/12/2024 |
| a20 | Corretto monitoraggio della rispondenza tra Atti e spesa | Report trimestrale di raffronto tra la spesa prevista in determina e la spesa effettivamente sostenuta | >= 4 |
| a21 | Nuovo regolamento per il supporto indiretto ALPI | Proposta Produzione atto | entro il 30/04/2024 |
| a22 | Partecipazione alla Unità gestione sinistri | % partecipazione | 100% |
| a23 | Indagini di soddisfazione dell'utenza nelle UU.OO. Di degenza | Report circa gli esiti dell'indagine | entro il 31/12/2024 |
| a24 | Attività connesse al percorso ed alla gestione del Servizio Civile | Relazione e documentazione comprovante | entro il 31/12/2024 |
| a25 | Aggiornamento dell'elenco telefonico interno e della carta dei servizi online coerentemente al nuovo atto aziendale | Relazione e documentazione comprovante | entro il 31/12/2024 |

| | | | |
|-------------------------------|---|---|---|
| a26 | Aggiornamento piani di emergenza dei presidi: pianificazione, coordinamento e revisione documentazione | N presidi aggiornati | 100% dei restanti (ante 2021) |
| a27 | Aggiornamento del Documento di Valutazione dei Rischi: pianificazione, coordinamento e revisione documentazione | Aggiornamento di sezioni riferite a presidi ed UU.OO. | 100% entro il 31/12/2024 |
| a28 | Sviluppo della consapevolezza e della responsabilità nell'ambito del rischio clinico: progetto formativo destinato a tutti gli operatori sanitari come da DGRM 127 del 13.02.2019 | Evento formativo base "La promozione della cultura del rischio" | Almeno 4 edizioni entro il 31/12/2024 |
| a29 | Corretto utilizzo delle autorizzazioni nelle liquidazioni | N. interruzioni work flow | Max 20 all'anno; Franchigia :3 |
| a30 | Stipula convenzioni/accordi con centri/strutture accreditate, aziende sanitarie/ospedaliere | Produzione atti | entro il 30/06/2024 |
| a31 | Piano di efficientamento che preveda l' incremento della presa in carico a Cup da parte degli specialisti ambulatoriali dei propri pazienti | - Produzione di un documento operativo condiviso con gli specialisti ambulatoriali ed il responsabile delle liste di attesa - N. nuove prese in carico | entro il 29/02/2024 + 10% rispetto al 2023 |
| a32 | Formalizzazione percorso attività emodinamica e radiologia interventistica mediante stipula convenzioni | Produzione atti | entro il 31/12/2024 |
| a33 | Ridefinizione dei percorsi interni Distretto - DAT volti ad una gestione totale a carico della DAT delle liquidazioni e pagamento | Avvio nuova modalità e relazione alla Direzione Generale | 100% |
| a34 | Ridefinizione di un modello organizzativo finalizzato al contenimento dei servizi esternalizzati (trasporto e cooperative Medici) | Spesa annua | <= 2023 |
| a35 | Anticorruzione e Trasparenza | Adempimento degli obblighi di pubblicazione di competenza previsti dalla Griglia approvata | almeno il 95% degli adempimenti previsti dalla Griglia |
| a36 | | Verifica indicatori di monitoraggio e stato dell'arte della pubblicazione dei dati sulla sezione "Amministrazione Trasparente" | Invio report 1° semestre entro il 31/07/24 e report 2° semestre entro il 31/01/2025 |
| a37 | | Aggiornamento della tabella dei rischi e invio questionari compilati per la mappatura dei processi per la Prevenzione della Corruzione | Invio modifiche alla tabella e questionari per la mappatura entro il 15/12/2024 |
| a38 | | Invio scheda ANAC compilata con i dati per la predisposizione della Relazione annuale del RPCT | Invio scheda in excel entro il 10/01/2025 |
| a39 | | Relazione annuale del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione | entro il 31/01/2025 o altro termine previsto per norma |
| MACROAREA TERRITORIALE | | | |
| Prog. | OBIETTIVI | INDICATORE | TARGET AST FERMO |
| a40 | Razionalizzazione della spesa connessa a microinfusori | N. pz con microinfusori a basso costo/ N. pz con sensore | >=50% |
| a41 | Miglioramento dell'efficienza produttiva dell'U.O. | Tempo medio di attesa Commissioni Varie (I.C., L.104, Patenti, etc.) | Rispetto della Normativa vigente |
| a42 | Predisposizione del Percorso condiviso ospedale-territorio per la gestione del paziente DCA (con SPDC/Medicina Amandola) | Produzione documento | entro il 30/04/2024 |
| MACROAREA OSPEDALIERA | | | |
| Prog. | OBIETTIVI | INDICATORE | TARGET AST FERMO |
| a43 | Ridefinizione dei profili per ogni UU.OO. finalizzati a garantire una migliore appropriatezza nelle richieste, nonché una razionalizzazione dei costi (prestazioni intermedie Radiologiche e di Laboratorio Analisi). | Aggiornamento profili/ Tot profili | 100% |
| a44 | Miglioramento dell'efficienza produttiva dell'U.O. | Riduzione degenza media | <= 2023 |
| a45 | Miglioramento dell'efficienza produttiva dell'U.O. | N. colonscopie finalizzate al recupero screening | >= 2023 |
| a46 | Miglioramento dell'efficienza produttiva dell'U.O. | N. colposcopie | >= 2023 |
| a47 | Miglioramento dell'efficienza produttiva dell'U.O. | Tempo Medio permanenza in PS | < 2022 |
| a48 | Miglioramento dell'efficienza produttiva dell'U.O. | % Ricoveri su accessi PS | < 20% |
| a49 | Miglioramento dell'efficienza produttiva dell'U.O. | Tempo medio esame (da richiesta a refertazione) | entro 1 ora per urgenze ed il resto entro le 24 (al netto di processazioni particolari o gestite mediante laboratori esterni) |
| a50 | Miglioramento dell'efficienza produttiva dell'U.O. | Tempo medio esame (da richiesta a refertazione) | Per interni (rx torace ed eco addome) <= 48 h |
| a51 | Miglioramento dell'efficienza produttiva dell'U.O. | N. mammografie (screening I livello) | >= 2023 |
| a52 | Miglioramento dell'efficienza produttiva dell'U.O. | N. unità bancate (per SCO); (>60 ml - per SCO) | N. unità >= 2023 |
| a53 | Avvio del percorso di parto analgesia | N. parti in partoanalgesia | >= 2023 |
| a54 | Produzione di emocomponenti per uso non trasfusionale nell'ottica di un Progetto multidisciplinare condiviso con Ortopedia, Chirurgia, per il trattamento delle ferite difficili e diabetologiche: avvio percorso | Produzione eunt | >= 2023 |