

## DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI FERMO

Oggetto: proposta Atto Aziendale AST Fermo

**VISTO** il documento istruttorio qui approvato e riportato in calce alla presente determina di cui costituisce parte integrante e sostanziale e dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

**RITENUTO**, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio, di adottare il presente atto;

**ACQUISITI** i pareri favorevoli dei Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Direttore AISS sottoscritti in calce;

**VISTE** la attestazione del Dirigente/Responsabile della UO Controllo di Gestione;

### DETERMINA

1. Di adottare la proposta di Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo qui acclusa dandosi contestualmente atto che dalla relativa adozione non discendono nuovi o maggiori oneri per l'Ente stante la sua natura istituzionale;
2. Di effettuare le pubblicazioni e le trasmissioni del presente documento come per norma previste sia in termini di informativa sindacale alle rappresentanze dei lavoratori di tutte le aree contrattuali sia in ordine all'inoltro alla Conferenza dei Sindaci ed alla Giunta Regionale Marche per l'esercizio del previsto controllo ex art.39 co.10° L.R. Marche n.19/2022 da parte di Quest'Ultima;
3. Di dare atto che il Collegio Sindacale prende autonoma conoscenza del provvedimento mediante pubblicazione all'albo pretorio telematico;

Il Direttore Generale  
(*dr. Roberto Grinta*)

### per i pareri infrascritti

Il Direttore Amministrativo  
(*dr. Massimo Esposito*)

Il Direttore Area Integrazione Socio-Sanitaria  
(Ing. Alberto Franca)

Il Direttore Sanitario  
(*dr.ssa Elisa Draghi*)

Documento informatico firmato digitalmente



DOCUMENTO ISTRUTTORIO  
**(UOC AAGG)**

Normativa: art.3 co.1° bis d.lgs. n.502/92 e smi nonché art.24 co.1° L.R. Marche n.19/2022;

Precedenti amministrativi di riferimento: DD.GG.RR.MM. nn. 1980/2023, 1291-1305/2024;

Le disposizioni appena citate prevedono e disciplinano la adozione dell'Atto Aziendale (anche) da parte dell'AST di Fermo;

Il Direttore Generale di Azienda ha trasmesso al sottoscritto dirigente via PEO aziendale in data 06.03.2025 la versione della relativa proposta di cui al documento qui emarginato in calce quale allegato prescrivendone la relativa formalizzazione con determina da pubblicarsi con urgenza;

Il Direttore Generale ha altresì comunicato per le vie brevi a questa struttura di avere esperito e di ritenere esauriti i passaggi di disamina/confronto sia in seno alla Conferenza dei Sindaci (sedute li 16/23.01.2025) sia con le rappresentanze sindacali dei lavoratori (incontri li 21/22.01.2025);

La natura programmatica/regolatoria/organizzativa dell'Atto Aziendale, peraltro soggetto –nell'odierno stadio di proposta- all'esercizio del controllo della Giunta Regionale ex art.39 co.10° L.R.n.19/2022 e comunque bisognevole di successiva attività provvedimentale applicativa, esclude in ogni caso la natura onerosa della sua eventuale adozione;

Tanto premesso si sottopone al Direttore Generale d'Azienda, su sua conforme disposizione scritta, il presente documento con il relativo allegato ai fini di sua valutazione e conseguenti provvedimenti discrezionalmente ed autonomamente adottabili.

Direttore UOC AAGG  
Simone Aquilanti

Documento informatico firmato digitalmente

**ALLEGATI**

(versione Atto Aziendale AST FM ID:1348342/06/03/2025/FMAAGG)





# ATTO AZIENDALE

# INDICE

|         |                                                                                          |    |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.      | L'AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI FERMO .....                                          | 4  |
| 2.      | L'ANALISI DI CONTESTO E IDENTIFICAZIONE DEL FABBISOGNO .....                             | 8  |
| 2.1     | ANALISI DELLA POPOLAZIONE E DEL TERRITORIO.....                                          | 8  |
| 2.2     | LA STRUTTURA DELL'OFFERTA.....                                                           | 13 |
| 2.2.1   | AREA OSPEDALIERA .....                                                                   | 13 |
| 2.2.2   | PRIVATO ACCREDITATO CONVENZIONATO .....                                                  | 15 |
| 2.2.3   | RESIDENZIALITÀ E SEMIRESIDENZIALITÀ .....                                                | 16 |
| 2.2.4   | PRESTAZIONI EROGATE .....                                                                | 17 |
| 2.2.5   | IL SISTEMA DI EMERGENZA-URGENZA SANITARIA .....                                          | 22 |
| 2.2.6   | IL GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA.....                                                     | 23 |
| 2.2.7   | MISSION 6 SALUTE DEL PNRR .....                                                          | 24 |
| 2.2.8   | AREA TERRITORIALE .....                                                                  | 27 |
| 2.3     | SERVIZI TERRITORIALI E ASSISTENZA PRIMARIA .....                                         | 29 |
| 2.3.1   | PUA .....                                                                                | 29 |
| 2.3.2   | FRAGILITA'.....                                                                          | 32 |
| 2.3.3   | LE CURE DOMICILIARI.....                                                                 | 33 |
| 2.4     | RETI CLINICHE E RIORGANIZZAZIONE DELL'AST .....                                          | 34 |
| 2.4.1   | RETI CLINICHE .....                                                                      | 34 |
| 2.4.1.1 | RETI TEMPO DIPENDENTI.....                                                               | 34 |
| 2.4.1.2 | RETI DI SPECIALITA' .....                                                                | 35 |
| 2.4.1.3 | RETI CLINICHE DI PATOLOGIA .....                                                         | 36 |
| 3.      | LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....                                                          | 39 |
| 3.1     | MODELLO DIPARTIMENTALE.....                                                              | 45 |
| 3.2     | GLI ORGANI.....                                                                          | 46 |
| 4.      | ORGANIZZAZIONE AZIENDALE.....                                                            | 50 |
|         | ORGANIZZAZIONE AMBIENTE E SALUTE .....                                                   | 50 |
| 4.1     | I DIPARTIMENTI.....                                                                      | 50 |
| 4.1.1   | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE .....                                                        | 51 |
| 4.1.1.1 | LA PREVENZIONE PRIMARIA COLLETTIVA – AREA MEDICA E<br>SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO ..... | 52 |

|                                                                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.1.1.2 LA PREVENZIONE PRIMARIA COLLETTIVA – AREA VETERINARIA<br>SICUREZZA ALIMENTARE E NUTRIZIONE .....      | 55 |
| 4.1.2 – 4.1.3 DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPARTIMENTO<br>DIPENDENZE PATOLOGICHE .....                      | 56 |
| 4.1.4 DIPARTIMENTO DIABETOLOGICO .....                                                                        | 58 |
| 4.2 IL DISTRETTO .....                                                                                        | 58 |
| 4.2.1 IL DISTRETTO (ART. 3-QUATER, D.LGS. 502/92 - ART. 24, COMMA 3,<br>L.R. 19/2022) .....                   | 58 |
| 4.2.2 CASE DELLA COMUNITA' (CDC) .....                                                                        | 59 |
| 4.2.3 OSPEDALE DI COMUNITA' .....                                                                             | 60 |
| 4.2.4 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI .....                                                                   | 61 |
| 4.2.5 CONTINUITA' ASSISTENZIALE .....                                                                         | 61 |
| 4.2.6 UNITA' DI CURE COMPLESSE PRIMARIE (UCCP) .....                                                          | 62 |
| 4.2.7 AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT) .....                                                        | 63 |
| 4.2.8 PUNTI SALUTE .....                                                                                      | 64 |
| 4.2.9 L'INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITA' .....                                                              | 64 |
| 4.2.10 UNITA' OPERATIVA SOCIALE E SANITARIA (UOSeS) .....                                                     | 65 |
| 4.2.11 UNITA' VALUTATIVA INTEGRATA (UVI) .....                                                                | 65 |
| 4.2.12 UNITA' MULTIDIMENSIONALE ETA' ADULTI (UMEA) ED UNITA'<br>MULTIDIMENSIONALE ETA' EVOLUTIVA (UMEE) ..... | 65 |
| 4.2.13 CONSULTORIO .....                                                                                      | 66 |
| 4.2.14 CENTRO DISTURBI COGNITIVI DEMENZE (CDCD) .....                                                         | 66 |
| 4.2.15 ASSISTENZA PENITENZIARIA .....                                                                         | 66 |
| 4.3 I PRESIDI OSPEDALIERI .....                                                                               | 66 |
| 4.3.1 PRESIDIO OSPEDALIERO .....                                                                              | 66 |
| 4.4 LE FUNZIONI DI STAFF DELLA DIREZIONE .....                                                                | 66 |
| 4.4.1 IL DIPARTIMENTO FUNZIONALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE ....                                             | 67 |
| 4.4.2 IL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE – UOS INTEGRAZIONE SOCIO<br>SANITARIA - PUA .....                     | 67 |
| 4.4.3 UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO .....                                                                 | 67 |
| 4.5 I POTERI DI GESTIONE ED IL SISTEMA DELLE DELEGHE .....                                                    | 70 |
| 4.5.1 LA GESTIONE E LA VALUTAZIONE DELLE RESPONSABILITA' .....                                                | 70 |
| 4.5.2 GLI INCARICHI .....                                                                                     | 72 |
| 4.5.3 L'ATTRIBUZIONE DELLE DELEGHE .....                                                                      | 74 |
| 4.5.4 LAVORO AGILE .....                                                                                      | 75 |
| 4.5.5 LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA .....                                                                   | 76 |
| 4.6 GOVERNO CLINICO .....                                                                                     | 76 |
| 4.6.1 GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO .....                                                                      | 76 |
| 4.7 IL GOVERNO ECONOMICO E IL SISTEMA DEI CONTROLLI .....                                                     | 80 |

|        |                                                                                                                                                         |     |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 5.     | FUNZIONI TRASVERSALI.....                                                                                                                               | 95  |
| 5.1    | INNOVAZIONE E DIGITALIZZAZIONE DEL SSR.....                                                                                                             | 95  |
| 5.2    | HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT .....                                                                                                                      | 98  |
| 5.3    | LE POLITICHE DELLE RISORSE UMANE .....                                                                                                                  | 99  |
| 5.3.1  | IL CAPITALE UMANO.....                                                                                                                                  | 99  |
| 5.3.2  | FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE.....                                                                                                          | 102 |
| 5.3.3  | IL SISTEMA DELLE RELAZIONI SINDACALI .....                                                                                                              | 102 |
| 5.4    | VALORIZZAZIONE DELLA RICERCA .....                                                                                                                      | 103 |
| 5.5    | L'ADEGUAMENTO NORMATIVO .....                                                                                                                           | 104 |
| 5.6    | L'AZIENDA E LA SOCIETA'.....                                                                                                                            | 107 |
| 5.7    | L'AZIENDA E LE ISTITUZIONI .....                                                                                                                        | 107 |
| 5.8    | LA CONFERENZA DEI SINDACI.....                                                                                                                          | 107 |
| 5.9    | LE PARI OPPORTUNITA'.....                                                                                                                               | 107 |
| 5.10   | L'AZIENDA E IL CITTADINO .....                                                                                                                          | 107 |
| 5.11   | IL COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITA', LA<br>VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA E CONTRO LE<br>DISCRIMINAZIONI NEL LAVORO..... | 108 |
| 5.12   | I COMITATI CONSULTIVI MISTI .....                                                                                                                       | 108 |
| 5.13   | LE NORME FINALI, TRANSITORIE E DI RINVIO .....                                                                                                          | 108 |
| 5.13.1 | LE NORME FINALI E DI RINVIO .....                                                                                                                       | 108 |
| 5.13.2 | FASE TRANSITORIA.....                                                                                                                                   | 108 |
| 5.13.3 | GESTIONE LIQUIDATORIA DELLE AA.SS.TT.....                                                                                                               | 108 |

# 1. - L'AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI FERMO

## Denominazione, Sede, Logo e Patrimonio

- L'Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo (AST Fermo) è stata istituita con la L.R. 8 agosto 2022 n. 19 in data 01/01/2023.
- La nuova L.R. ha previsto infatti l'istituzione di cinque AASSTT, una per provincia, nella Regione Marche, l'Azienda Ospedaliera Universitaria delle Marche ed un Istituto a carattere scientifico (INRCA). La sede legale dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo è a Fermo (FM), via Zeppilli 18.

Il logo ufficiale è costituito dalla scritta: "AST FERMO MARCHE" e dal simbolo sotto rappresentato:



- L'Azienda è costituita da tutte le risorse umane, materiali e immateriali, che concorrono a svolgere le attività aziendali e al perseguimento delle sue finalità istituzionali.

In particolare, l'Azienda dispone di un proprio patrimonio composto da tutti i beni immateriali e materiali, immobili e mobili iscritti nei libri contabili.

## Mission

Tutela della Salute come diritto di cittadinanza e presa in carico dei bisogni di salute del cittadino, espressi in forma individuale o collettiva, attraverso interventi appropriati di prevenzione, promozione della salute, cura e riabilitazione, garantendo i livelli essenziali di assistenza, consolidando l'integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera, in una logica di corretto ed economico utilizzo delle risorse.

L'Azienda integra la tradizionale e primaria funzione di assistenza con le funzioni di formazione e svolge la funzione pubblica di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività, attraverso attività di promozione e prevenzione e cura degli stati di malattia e di recupero della salute, al fine di mantenere il più alto livello di qualità della vita dei cittadini.

L'Azienda si impegna ad operare con il massimo rispetto della dignità della persona umana, del bisogno di salute e dell'equità nell'offerta dell'assistenza; garantisce l'accessibilità ai servizi per i cittadini, la qualità delle prestazioni e la loro appropriatezza.

L'attività aziendale si basa sulle direttrici strategiche indicate dalla normativa nazionale e regionale.

L'Azienda Territoriale di Fermo in coerenza con La Legge Regionale 8 agosto 2022 n. 19 - organizzazione del servizio sanitario regionale - persegue, attraverso il metodo della programmazione e mediante l'integrazione e il coordinamento dei servizi sanitari e sociali, la tutela globale della salute attraverso la prevenzione, la cura e la riabilitazione, nel pieno rispetto della dignità della persona. In tal senso elementi cardine sono:

- La centralità e partecipazione della persona; in quanto titolare del diritto alla salute e soggetto attivo del percorso assistenziale;
- Universalità e parità di accesso ai servizi sanitari;
- La garanzia dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza sulla base della normativa vigente e degli atti di programmazione nazionale e regionale;
- Efficacia, imparzialità, pubblicità, trasparenza ed accessibilità;

- Adeguatezza dell'assetto organizzativo e dell'erogazione dei servizi, nel rispetto delle peculiarità e dell'identità territoriale delle zone montane, delle zone disagiate e di confine;
- Sussidiarietà istituzionale e pieno coinvolgimento degli enti locali nelle politiche di promozione della salute;
- Omogeneizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale attraverso l'approccio del "Chronic Care Model" incentrato su: sviluppo di politiche di prevenzione e promozione della salute e presa in carico di pazienti cronici;
- Approccio di welfare di comunità;
- Creazione di forti sinergie e potenziamento della funzione ospedaliera a gestione diretta;
- Attivazione di una funzione qualificata di committenza rispetto a erogatori privati accreditati e pubblici;
- Sviluppo dell'accessibilità ai servizi;
- Rispetto della specificità dei contesti, focalizzando l'attenzione sulle aree con maggior deprivazione;
- Potenziamento dell'integrazione socio-sanitaria;
- Deospedalizzazione e sviluppo della continuità assistenziale ospedale territorio;
- Il rafforzamento del concetto di "centralità della paziente" e della personalizzazione delle cure attraverso l'approccio della medicina di genere;
- L'innovazione tecnologica e organizzativa per il miglioramento e la continuità delle cure;
- L'appropriatezza clinica a garanzia dell'universalità del servizio e della continuità terapeutica e assistenziale, anche attraverso lo sviluppo della medicina di genere, al fine di garantire a ciascuna persona la migliore risposta al bisogno;
- Il consolidamento dei rapporti con gli ordini professionali e la collaborazione con il sistema produttivo e le organizzazioni sindacali;
- L'integrazione di cure palliative nei percorsi assistenziali per garantire continuità e appropriatezza delle cure a malati nel percorso di fine vita;
- Il periodico confronto con le rappresentanze delle organizzazioni sindacali, degli ordini professionali dell'ambito sanitario e dei principali stakeholder regionali pubblici e privati per contribuire alla corretta attuazione del Piano Socio-Sanitario regionale;
- Lo sviluppo delle relazioni istituzionali per il coordinamento operativo con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e con gli specialisti ambulatoriali;
- Il potenziamento e l'integrazione delle attività di coordinamento dei servizi per l'urgenza e l'emergenza in risposta ai bisogni socio-sanitari e assistenziali, anche in accordo con gli enti locali;
- Il ruolo della prevenzione nell'ambito della salute umana ed animale; l'attivazione di strumenti e meccanismi operativi in capo al professionista per attivare un'azione preventiva nei vari settori;
- La tutela della salute mentale, come diritto fondamentale e dignità della persona nei percorsi assistenziali sia sanitari che sociali;
- Il diritto alla salute nei pazienti fragili, nei soggetti con dipendenze patologiche, nel disturbo del comportamento alimentare;
- Il ruolo delle associazioni di volontariato nel sistema Azienda Territoriale, come "cuore pulsante" in tutte le attività sanitarie in ambiente ospedaliero e territoriale;
- La valorizzazione delle farmacie nel sistema a rete dei servizi alla persona e nella presa in carico dei pazienti cronici con i relativi servizi di supporto, fermo restando il ruolo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;
- La formazione come strumento per investire sulla crescita professionale;
- La gestione del rischio clinico e la mappa del rischio per prevenire eventi sfavorevoli;
- L'attuazione dei processi di digitalizzazione e l'utilizzo del fascicolo sanitario elettronico.

## Vision

L'Azienda eccellente, visibile e riconosciuta, con voce in capitolo nel sistema regionale, autorevole nei confronti degli stakeholders, competitiva, autosufficiente nello sviluppo, palestra di talenti, attraente per professionalità di elevato livello, che inverte la mobilità passiva, in possesso di tutti gli standard di qualità.

L'Azienda che promuove proattivamente la cultura della salute, autorevole punto di riferimento per la comunità e la rete delle istituzioni locali, capace di dare risposte appropriate ai bisogni espressi ed emergenti.

All'interno delle politiche del sistema regionale marchigiano, un'Azienda Territoriale in grado di interagire costruttivamente con altri sistemi locali regionali, all'interno del quadro politico istituzionale della Regione Marche.

La visione dell'Azienda consiste nel:

- Garantire, da un lato, l'efficacia e la velocità decisionale a livello locale e decentrato sia nel distretto unico che nell'attività dell'ospedale e dall'altro, l'unitarietà dell'azione di governo per contrastare la possibile frammentazione nell'azione dei servizi, causa di depotenziamento delle politiche assistenziali.
- Tali politiche necessitano di forte integrazione tra funzioni territoriali, tra attività ospedaliere e territoriali e tra ambito sanitario e sociale.
- Sinergia e continuità nella filiera assistenziale, sfruttando le possibilità offerte dalla Rete cittadina sia ospedaliera che territoriale;
- Sviluppo dell'integrazione con le componenti istituzionali socio-assistenziali della provincia di Fermo e coinvolgimento di tutte le componenti della Comunità (terzo settore, associazioni, ecc...);
- Concentrazione di volumi e competenze per lo sviluppo di servizi di maggiore qualità;
- Attivazione delle Case della Salute e potenziamento dei servizi territoriali;
- Costituzione di Comitati tematici trasversali per il governo unitario di ogni attività strategica aziendale;
- Semplificazione burocratica;
- Sviluppo di tecnologie di ausilio ai servizi di assistenza ospedaliera e territoriali;
- Costruzione e applicazione di PDTA omogenei su tutto il territorio;
- Individuazione e diffusione delle Best Practice;
- Potenziamento del Sistema di gestione della Qualità assistenziale;
- Politiche di valorizzazione del Personale (sistema premiante, sviluppi di carriera, formazione ecc.);
- Sviluppo dei Sistemi di Programmazione e Controllo.

L'Azienda basa l'affidabilità e la qualità dei servizi sulla preparazione dei propri operatori e sulla loro capacità di aggiornamento continuo della professionalità. A tal fine valorizza e sviluppa le risorse umane che operano nelle strutture aziendali. Assicura altresì la pari opportunità in ordine all'accesso all'impiego, ai percorsi formativi, all'affidamento degli incarichi, allo sviluppo professionale.

Il raggiungimento degli obiettivi di efficienza ed efficacia è perseguito nel rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie.

L'azienda adotta i criteri della pianificazione strategica, informa la propria gestione sulla base di un sistema permanente di programmazione e controllo ed individua nel sistema budgetario lo strumento fondamentale di responsabilizzazione sugli obiettivi, sui risultati e sull'adeguato impiego delle risorse.

L'azienda persegue le finalità di cui sopra utilizzando la propria capacità generale di diritto privato, salvo che nei casi in cui la legge espressamente le attribuisce poteri pubblicistici come tali da esercitare nelle forme tipiche del procedimento amministrativo.

Gli atti aziendali di diritto privato sono retti dal principio di libertà delle forme, nei limiti previsti dal codice civile e dalle leggi speciali e nel rispetto dei principi di legalità, imparzialità, buon andamento e semplificazione delle attività aziendali.

I provvedimenti amministrativi sono emanati nell'osservanza della L. 241/1990 s.m.i. e dei principi generali dell'azione amministrativa. L'Azienda garantisce la legittimità, imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa.

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo attualmente è sede di Corso di Laurea in Infermieristica (triennale e magistrale) e di Logopedia, secondo i principi previsti dal protocollo d'intesa Università Politecnica delle Marche di Ancona

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo fa parte di tutte le reti cliniche assistenziali in ambito regionale; il continuo e sviluppo del Know how dei professionisti e degli investimenti in nuove tecnologie dovrà ampliare il bacino di offerta nell'ambito delle stesse reti cliniche, in modo particolare la rete tempo dipendente dell'IMA, la neoplasia della mammella (breast unit), neoplasia del colon, retto, fegato, stomaco, nonché centro hub gastroenterologico per il sud delle Marche. L'attività ospedaliera in ambito urologico mostra un'elevato aumento dell'incidenza e prevalenza di casistiche per patologie ad elevata complessità con forte attrattività in ambito regionale ed extra regionale ambito di cui si prevede maggiore evidenza a seguito dell'introduzione della tecnologia robotica.

Il peso medio in area chirurgica > di due (2) ed un case mix >1, evidenzia l'elevata complessità dei casi trattati con una forte attrattività sia in ambito regionale che extraregionale.

La medicina rappresenta il core del sistema ospedaliero, e dovrà essere sempre più orientato alla gestione delle acuzie con degenza media di 7-10 gg ed un indice di complessità maggiore di 1,5 sviluppando anche una gestione delle post acuzie e lungodegenza.

La Casa di Comunità (CdC) è il luogo fisico al quale i cittadini possono accedere per i bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Nella AST di Fermo sono previste quattro case di Comunità con i fondi del PNRR (Montegranaro, Petritoli, Porto San Giorgio, Sant'Elpidio a Mare)

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge la funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra i servizi e professionisti nei vari setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere, e dialoga con la rete di emergenza urgenza. Nella AST di Fermo sono previste con i fondi del PNRR due COT (Fermo, Montegranaro).

L'AST di Fermo vedrà alla luce due ospedali nei prossimi anni:

- anno 2024: Ospedale di Amandola classificato come ospedale in zona disagiata secondo il DM 70/2015;
- anno 2025-2026: ospedale di I° livello Fermo, zona di Campiglione.

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), attraverso la Missione 6 "Salute", intende rendere le strutture italiane più moderne, digitali e inclusive, favorendo lo sviluppo della sanità digitale, che fonda la sua strategia su due pilastri: il nuovo **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)** e la **piattaforma nazionale di telemedicina**. Il nuovo FSE nazionale dovrà essere completo nei contenuti e rappresentare il punto unico di accesso ai servizi sanitari on line attraverso la trasformazione da "archivio di documenti" a "ecosistema di dati e servizi".

Lo sviluppo della piattaforma nazionale di telemedicina favorisce l'implementazione dei percorsi di telemedicina su tutto il territorio nazionale facilitando la presa in carico, acuta e cronica, da parte delle cure territoriali, favorendo la deospedalizzazione e potenziando la qualità delle cure di prossimità. L'AST di Fermo entrerà nella rete della Regione Marche per lo sviluppo integrato della telemedicina (Televisita, Teleconsulto, Teleconsulenza, Telemonitoraggio, Telecontrollo) attraverso una medicina sul territorio integrata con le strutture centrali regionali.

L'AST di Fermo dovrà avere un ruolo importante nella rete del sistema di offerta a livello regionale nei prossimi anni; la costruzione dei due ospedali, rispettivamente Amandola che dovrà coprire l'assistenza per il bacino dell'area montana dei sibillini e l'ospedale di Fermo, zona Campiglione, strutturato con alti livelli di tecnologia anche robotica e professionisti con competenze da fornire la risposta ai bisogni della popolazione del territorio della provincia di Fermo, in ambito regionale ed attrattività fuori regione.

L'Azienda concorre, inoltre, alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Marche, anche integrando i servizi sociali e socio-assistenziali degli enti locali di pertinenza per quanto espressamente previsto o delegato. Realizza inoltre attività di ricerca e sviluppo dell'innovazione in stretta connessione con le attività formative e in collaborazione con le Università.

## 2. - L'ANALISI DI CONTESTO E IDENTIFICAZIONE DEL FABBISOGNO

### 2.1 Analisi della popolazione e del territorio

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo (AST Fermo) è composta da 40 Comuni (Figura 1) con una popolazione residente, al 1° gennaio 2023 di 167.824 (11,3% della popolazione marchigiana) dei quali 82.319 (49%) maschi e 85.505 (51%) femmine con un'età media di 47,8 anni. (Tabella 1) Il Comune più popolato è Fermo con 35.913 abitanti, seguito da Porto San Elpidio con 25.765 residenti, Sant'Elpidio a Mare 16.543 e Porto San Giorgio 15.625, mentre il Comune più piccolo, in termini di popolazione residente, è Monte Rinaldo che conta 317 residenti.

Figura 1: Territorio AST Fermo

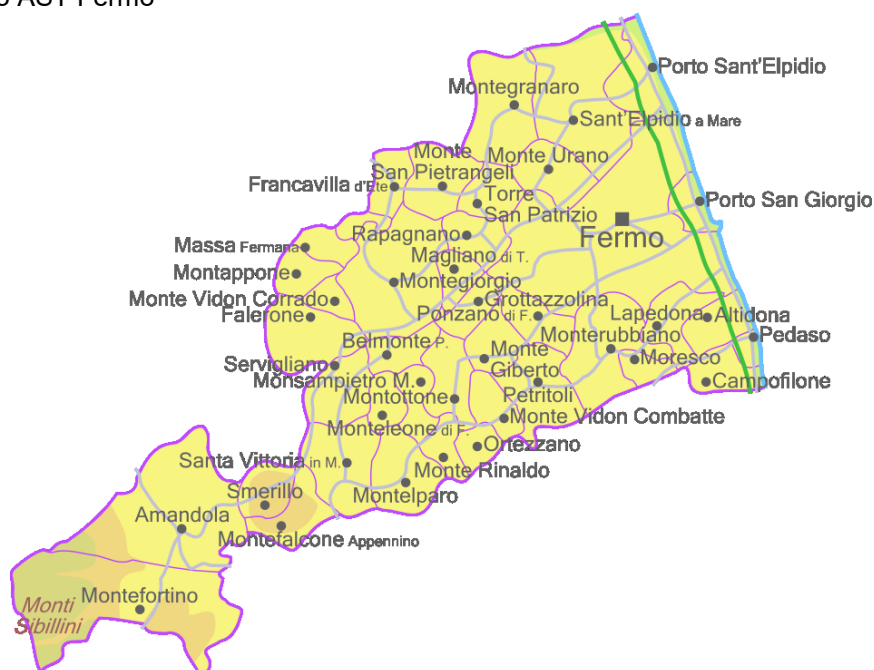


Tabella 1: Popolazione residente AST Fermo (2023) Fonte Istat

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

L'AST Fermo ha una superficie di 862,75 kmq e una densità abitativa, al 1° gennaio 2023, pari a 194,5 abitanti per kmq. (Tabella 2)

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

|           | Superficie territoriale (kmq) | Totale popolazione residente al 01/01/2023 | Densità (ab. X Kmq) |
|-----------|-------------------------------|--------------------------------------------|---------------------|
| AST Fermo | 862,75                        | 167.824                                    | 194,5               |

## La dinamica demografica

La dinamica demografica della popolazione dell'AST Fermo per l'anno 2023 (Tabella 3) presenta un *saldo naturale* negativo, pari a -1.150, dato dalla differenza tra il numero di iscritti per nascita ed il numero di cancellati per decesso dai registri anagrafici dei residenti.

Il *tasso di natalità*, dato dal rapporto tra il numero di nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente moltiplicato per 1.000, che indica il numero di nascite ogni 1.000 abitanti, è pari a 5,7.

Il *tasso di mortalità*, dato dal rapporto tra il numero dei decessi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente moltiplicato per 1.000, che indica il numero di decessi per 1.000 abitanti, è pari a 12,5.

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

|      |             | Saldo naturale | Tasso di natalità (1.000 Ab.) | Tasso di mortalità (1.000 Ab.) |
|------|-------------|----------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 2023 | AST - Fermo | -1.150         | 5,7                           | 12,5                           |

## La struttura della popolazione

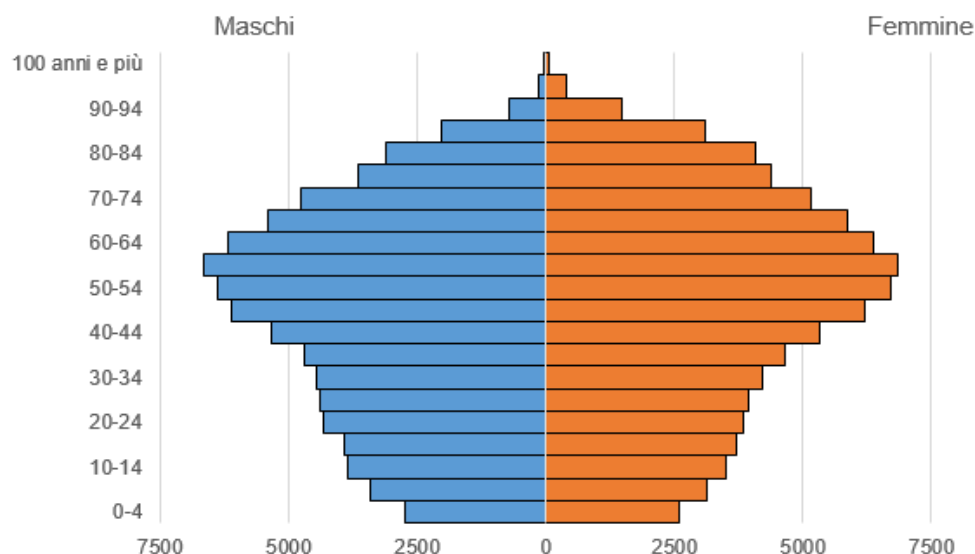
Per l'anno 2023 nella fascia d'età 0-14 anni troviamo l'11,5% della popolazione, nella fascia 15-64 troviamo il 62,1% della popolazione, mentre nella fascia 65 e più, troviamo il 26,4% della. (Tabella 4)

Tabella 4: Struttura della popolazione (2023) Fonte Istat

|      |           | MASCHI (%) al 1° gennaio | FEMMINE (%) al 1° gennaio | Popolazione 0-14 anni (%) al 1° gennaio | Popolazione 15-64 anni (%) al 1° gennaio | Popolazione 65 anni e più (%) al 1° gennaio | Età media della popolazione al 1° gennaio |
|------|-----------|--------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 2023 | AST Fermo | 49%                      | 51%                       | 11,5                                    | 62,1                                     | 26,4                                        | 47,8                                      |

La *piramide delle età* (Grafico 1) rappresenta la distribuzione della popolazione residente nell'AST Fermo per età, sesso e stato civile all'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.

Grafico 1: Piramide dell'età popolazione residente AST Fermo (2023) Fonte Istat



Al 1° gennaio 2023 nell'AST Fermo l'*indice di vecchiaia*, che rappresenta il numero di anziani ogni 100 giovani, è pari a 230,8. (Tabella 5) 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 2023 nel territorio dell'AST Fermo ci sono 61,1 individui a carico, ogni 100 che lavorano. L'indice di *dipendenza degli anziani*, dato dal rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64), risulta essere di 42,6. L'*indice di ricambio della popolazione attiva*, che rappresenta il rapporto tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni), è pari a 164,2.

Tabella 5: Struttura della popolazione (2023) Fonte Istat

|      |           | Indice di Vecchiaia (100) | Indice Dipendenza Strutturale (100) | Indice Dipendenza degli Anziani (100) | Indice di Ricambio della Popolazione Attiva (100) |
|------|-----------|---------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 2023 | AST Fermo | 230,8                     | 61,1                                | 42,6                                  | 164,2                                             |

La *speranza di vita alla nascita* indica il numero medio di anni che restano da vivere ad un neonato, quindi nel 2023 un neonato dell'AST Fermo mediamente può vivere 83,9 anni. La *speranza di vita a 65 anni*, che indica il numero medio di anni che restano da vivere ad un sessantacinquenne risultano essere 21,5. (Tabella 6)

Tabella 6: Struttura della popolazione (2023) Fonte Istat

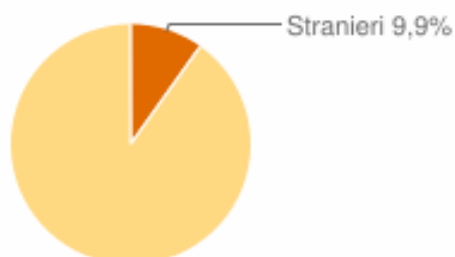
|      |           | Speranza di vita alla nascita - Maschi | Speranza di vita a 65 anni - Maschi | Speranza di vita alla nascita - Femmine | Speranza di vita a 65 anni - Femmine | Speranza di vita alla nascita - Totale | Speranza di vita a 65 anni - Totale |
|------|-----------|----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 2023 | AST Fermo | 82,1                                   | 20,2                                | 85,8                                    | 22,7                                 | 83,9                                   | 21,5                                |

■ Dato stimato

## La popolazione straniera

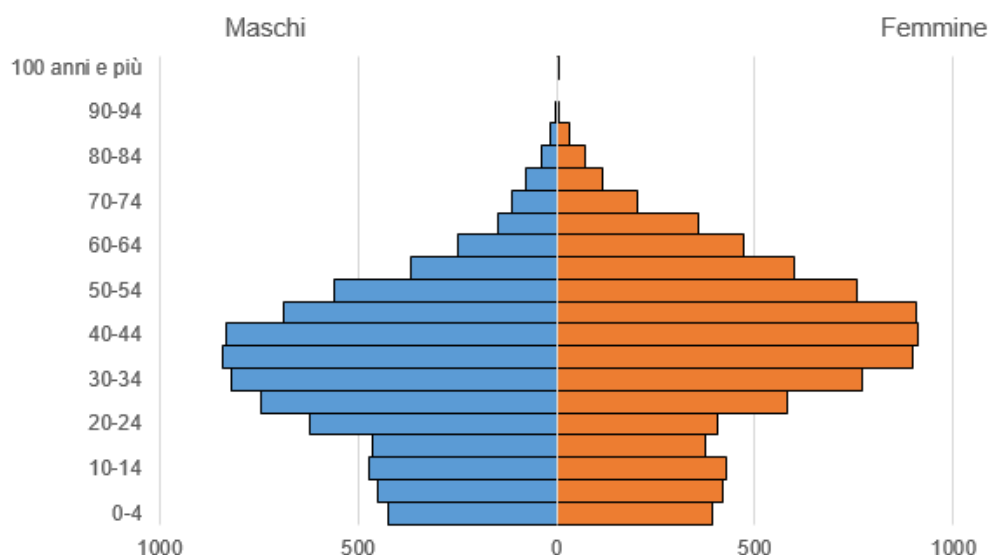
Gli stranieri residenti in provincia di Fermo al 1° gennaio 2023 sono 16.633 e rappresentano il 9,9% della popolazione residente. (Grafico 2)

Grafico 2: Popolazione con cittadinanza straniera residenti in AST Fermo (2023)



Gli stranieri residenti in provincia di Fermo al 1° gennaio 2023 hanno una distribuzione per età e sesso come riportato dalla *piramide delle età* nel Grafico 3. L'ampiezza della base sta ad indicare una maggiore natalità rispetto alla popolazione residente dell'AST Fermo. Le fasce d'età con più popolazione sono dai 35 ai 39 aa (maschi) e dai 40 ai 44 aa (femmine) e vi è un forte restringimento nelle fasce d'età più anziane per entrambi i sessi.

Grafico 3: Piramide dell'età cittadinanza straniera residenti in AST Fermo (2023) Fonte Istat



La dinamica naturale della popolazione residente straniera dell'AST Fermo per l'anno 2023 presenta un *saldo naturale* positivo, pari a 126. Il *tasso di natalità*, che indica il numero di nati per 1.000 abitanti risulta essere di 9,8. Anche il *tasso di mortalità*, che indica il numero di decessi per 1.000 abitanti, nel 2023 è di 2,3. (Tabella 7)

Tabella 7: Dinamica demografica della popolazione residente straniera AST Fermo (2023)

|      |           | Saldo naturale | Tasso di natalità | Tasso di mortalità |
|------|-----------|----------------|-------------------|--------------------|
| 2023 | AST Fermo | 126            | 9,8               | 2,3                |

I continenti di provenienza sono l'Europa (45,6%), l'Asia (30,9%), l'Africa (20,0%) e l'America (3,5%). La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Repubblica Popolare Cinese con il 16,1% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dalla Romania (15,9%) e dall'Albania (11,9%). (Grafico 4 e 5)

Grafico 4: Continente di provenienza della popolazione straniera nell'AST Fermo (2023)

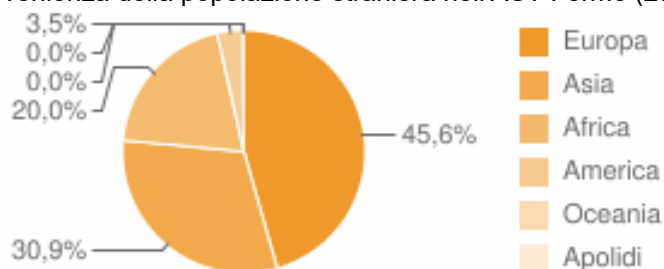
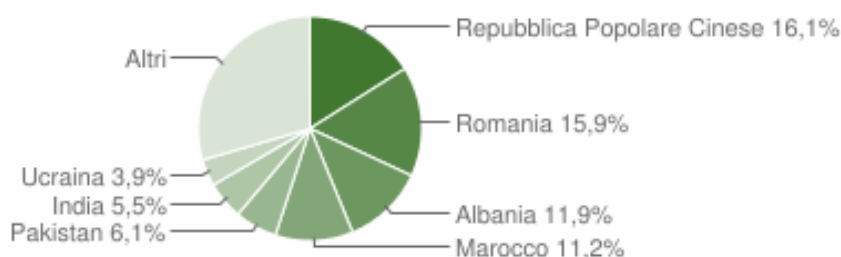


Grafico 5: Paese di provenienza della popolazione straniera nell'AST Fermo (2023)



## Le esenzioni rilasciate

I soggetti che sono esonerati dal pagamento della quota di partecipazione alla spesa (*ticket*) per prestazioni sanitarie rientrano in tre categorie principali:

- Soggetti esonerati per invalidità.
- Soggetti esonerati per patologia,
- Soggetti esonerati per malattia rara;

A queste categorie si aggiungono i soggetti esonerati - limitatamente ad alcune prestazioni - in quanto in condizioni di interesse sociale (gravidanza, promozione della donazione di sangue, organi e tessuti, ecc.), nell'ambito di alcuni programmi organizzati di diagnosi precoce o prevenzione collettiva (*screening*, ecc.) [www.gov.it].

Tabella 8: Esenzioni rilasciate per tipologia nell'AST Fermo (anni 2020-2023)

| Tipo Esenzioni             | 2020          |         |                | 2021          |         |                | 2022          |         |                | 2023          |         |                |
|----------------------------|---------------|---------|----------------|---------------|---------|----------------|---------------|---------|----------------|---------------|---------|----------------|
| Altra Esenzione            | 43.293        | -47,70% | -25,31%        | 44.312        | -47,45% | -26,01%        | 43.525        | -46,49% | -25,64%        | 42.897        | -45,68% | -25,47%        |
| Invalidità                 | 9.213         | -10,15% | -5,39%         | 9.053         | -9,69%  | -5,31%         | 9.041         | -9,66%  | -5,33%         | 9.098         | -9,69%  | -5,40%         |
| Patologia                  | 37.233        | -41,03% | -21,77%        | 38.935        | -41,69% | -22,85%        | 39.878        | -42,60% | -23,49%        | 40.650        | -43,28% | -24,13%        |
| Mal. Rara                  | 1.012         | -1,12%  | -0,59%         | 1.099         | -1,18%  | -0,65%         | 1.177         | -1,26%  | -0,69%         | 1.269         | -1,35%  | -0,75%         |
| <b>Esenzioni/Assistiti</b> | <b>90.751</b> |         | <b>171.060</b> | <b>93.399</b> |         | <b>170.374</b> | <b>93.621</b> |         | <b>169.765</b> | <b>93.914</b> |         | <b>168.438</b> |

Le malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione sono state individuate con i decreti ministeriali n. 329 del 28 maggio 1999, n. 296 del 21 maggio 2001, n. 279 del 18 maggio 2001, DPCM 12 gennaio 2017. Le esenzioni per patologia o invalidità possono valere, a seconda dei casi, per tutti i tipi di prestazioni specialistiche o essere limitate alle sole prestazioni correlate alla patologia.

## Le principali cause di morte

Nell'AST Fermo nel 2021 vengono rilevati 2.352 decessi (1.116 maschi e 1.236 femmine). Le malattie del sistema circolatorio ed i tumori rappresentano le prime due più frequenti cause di morte, responsabili nel 2021 quasi del 60% dei decessi dei residenti dell'AST Fermo. (Tabella 9)

Tabella 9: Mortalità per territorio di residenza AST Fermo (2021) Fonte Istat

| <b>AST FERMO - MORTALITA' PER TERRITORIO DI RESIDENZA (ANNO 2021)</b>                       | N° morti<br>TOTALE | %             | Quoziente<br>di mortalità<br>(per 10.000<br>abitanti) | N° morti<br>MASCHI | Quoziente<br>di mortalità<br>(per 10.000<br>abitanti) | N° morti<br>FEMMINE | Quoziente<br>di mortalità<br>(per 10.000<br>abitanti) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------|-------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------|
| Malattie del sistema circolatorio                                                           | 841                | 35,8%         | 49,76                                                 | 366                | 44,25                                                 | 475                 | 55,05                                                 |
| Tumori                                                                                      | 533                | 22,7%         | 31,54                                                 | 281                | 33,97                                                 | 252                 | 29,21                                                 |
| Covid-19                                                                                    | 209                | 8,9%          | 12,37                                                 | 112                | 13,54                                                 | 97                  | 11,24                                                 |
| Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso                                        | 139                | 5,9%          | 8,22                                                  | 55                 | 6,65                                                  | 84                  | 9,74                                                  |
| Malattie del sistema respiratorio                                                           | 136                | 5,8%          | 8,05                                                  | 85                 | 10,28                                                 | 51                  | 5,91                                                  |
| Disturbi psichici e comportamentali                                                         | 100                | 4,3%          | 5,92                                                  | 30                 | 3,63                                                  | 70                  | 8,11                                                  |
| Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche                                              | 94                 | 4,0%          | 5,56                                                  | 43                 | 5,2                                                   | 51                  | 5,91                                                  |
| Malattie dell'apparato digerente                                                            | 73                 | 3,1%          | 4,32                                                  | 33                 | 3,99                                                  | 40                  | 4,64                                                  |
| Cause esterne di traumatismo e avvelenamento                                                | 66                 | 2,8%          | 3,91                                                  | 39                 | 4,71                                                  | 27                  | 3,13                                                  |
| Alcune malattie infettive e parassitarie                                                    | 44                 | 1,9%          | 2,6                                                   | 23                 | 2,78                                                  | 21                  | 2,43                                                  |
| Malattie dell'apparato genitourinario                                                       | 42                 | 1,8%          | 2,49                                                  | 22                 | 2,66                                                  | 20                  | 2,32                                                  |
| Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite                                      | 37                 | 1,6%          | 2,19                                                  | 13                 | 1,57                                                  | 24                  | 2,78                                                  |
| Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario | 17                 | 0,7%          | 1,01                                                  | 8                  | 0,97                                                  | 9                   | 1,04                                                  |
| Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo                                | 15                 | 0,6%          | 0,89                                                  | 3                  | 0,36                                                  | 12                  | 1,39                                                  |
| Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo                                              | 4                  | 0,2%          | 0,24                                                  | 1                  | 0,12                                                  | 3                   | 0,35                                                  |
| Malformazioni congenite ed anomalie cromosomiche                                            | 2                  | 0,1%          | 0,12                                                  | 2                  | 0,24                                                  | 0                   | 0                                                     |
| <b>TOTALE</b>                                                                               | <b>2.352</b>       | <b>100,0%</b> | <b>139,17</b>                                         | <b>1.116</b>       | <b>134,92</b>                                         | <b>1.236</b>        | <b>143,24</b>                                         |

## 2.2 La struttura dell'offerta

### 2.2.1 Area Ospedaliera

Il presidio ospedaliero di Fermo, a cui afferisce un bacino di utenza di circa 170.000 abitanti circa, si configura ai sensi del DM 70/15 come sede di DEA di I livello. All'interno sono ricomprese le specialità di Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (U.T.I.C.), Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio medico di guardia attiva e pronte disponibilità. Sono presenti o disponibili in rete h. 24 i Servizi di Radiologia con Tomografia assiale computerizzata (T.A.C.) ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Per le patologie tempo dipendenti (quali i traumi, quelle cardiovascolari, lo stroke) sono previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento dei pazienti presso i Centri hub nel rispetto dell'organizzazione delle rispettive reti. Sono inoltre garantiti letti di "Osservazione Breve Intensiva" e sono previsti presso il nuovo presidio posti letto per la Terapia Subintensiva multidisciplinare.

Sono garantiti all'interno dell'area territoriale di competenza, come previsto dalla Legge (Decreto Balduzzi e DM 70/2015) il numero di posti letto pari al 3,7 per mille abitanti di cui 0,7% ripartiti tra 0,2% di lungodegenza post acuzie e 0,5% di riabilitazione.

- Posti letto attuali a Fermo: 372 (pari a circa il 2,8 per mille abitanti);
- Con i posti letto garantite presso la clinica Villa Verde e l'INRCA si arriva al 3 per mille come previsto per la gestione dell'acuzia.

Le tre strutture che insistono nel territorio garantiscono anche lo 0,7 di posti letto di post acuzia di codice 60 e 56 ripartiti come da indicazioni ministeriali.

## Nuovo Ospedale a Campiglione di Fermo

DGR 222 del 10 agosto 2017; DGR 639 del 14 maggio 2018;

Il nuovo Ospedale di Fermo prevede 372 posti letto, di cui:

- 287 posti letto degenze ordinarie
- 32 posti letto degenze intensive
- 53 posti letto regime diurno

Si prevede il completamento dei 14 posti letto aggiuntivi previsti presso l'AST di Fermo con il decreto legge 34/2020 finalizzato al potenziamento dei pl di terapia intensiva con l'obiettivo di raggiungere il target di 0,14 posti ogni 1000 abitanti. Sono inoltre previsti gli 10 pl di semintensiva e 20 posti letto di Geriatria a gestione dell'INRCA.

Figura 2: Nuovo Ospedale a Campiglione di Fermo



Il nuovo ospedale strutturato a Corpi ospiterà:

corpo A: attività diurna ambulatoriale/DH;

corpo B: attività di DS ed endoscopia;

corpo C: Pronto soccorso, Diagnostica per Immagini, Blocco operatorio/parto e Rianimazione;

Corpi D,E,F,G,H,I: degenze e servizi di supporto (lavanolo, mensa, pulizie, etc) sanitari (patologia clinica, centro trasfusionale, diagnostica per immagini).

La diagnostica prevederà un potenziamento che permetterà di avere una seconda 2 RM a 1,5 tesla e due sale di emodinamica/interventistica.

Non tutte le attività potranno essere trasferite dal vecchio Ospedale Murri a quello nuovo di Campiglione, soprattutto alcune attività che saranno anche integrate, di specialistica ambulatoriale, punto prelievi, cassa CUP, prenotazioni, AFT di MMG, UFA ed altre attività di tipo ambulatoriale; si ipotizza un 20% di occupazione di tutto lo spazio esistente.

Figura 3: Ospedale in zona disagiata di Amandola



## Nuovo ospedale di Amandola:

Decreto n. 115 del 9 giugno 2022:

L'ospedale di Amandola (Figura 3) rientra tra quelli previsti dal DMO 70/2015 come zona disagiata. L'ospedale sarà dotato come previsto dal decreto del settore autorizzazione ed accreditamenti n.113 e 115 del 9 giugno 2022:

- N.25 Posti letto di medicina generale/lungodegenza;
- Blocco operatorio con area di sterilizzazione;
- N.8 posti letto di Day Surgery;
- Pronto Soccorso;
- POTES 118 MSA;
- Elisuperficie;
- Servizi quali: punto prelievi, unità raccolta sangue, riabilitazione, Radiologia (Rx, TAC, RMN e ortopanto), prestazioni di Laboratorio in sede tramite POCT con riferimento la UOC Patologia Clinica Fermo;
- Attività Specialistica ambulatoriale;
- Centro Dialisi Assistenza Limitata (CAL);  
Inoltre ospiterà anche:
- RSA: 40 posti letto;
- Continuità Assistenziale;
- Studi Medici di medicina Generale;
- La segreteria organizzativa delle Cure Domiciliari.

## 2.2.2 Privato accreditato convenzionato

La Casa di Cura Privata accreditata "Villa Verde", che unitamente al POU offre prestazioni di ricovero e specialistiche. Sul territorio aziendale sono altresì presenti 2 Case della salute (Montegiorgio e Sant'Elpidio a Mare), derivanti dalla riconversione di ex ospedali minori.

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

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

Tabella 11: Strutture convenzionate

| Numero di strutture convenzionate      | Tipo struttura        |                           |                        |                            |                    |
|----------------------------------------|-----------------------|---------------------------|------------------------|----------------------------|--------------------|
| Assistenza erogata                     | STRUTTURE OSPEDALIERE | AMBULATORIO E LABORATORIO | STRUTTURA RESIDENZIALE | STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE | Totale complessivo |
| Assistenza agli anziani                |                       |                           | 16                     |                            | 16                 |
| Assistenza ai disabili fisici          |                       |                           | 3                      | 10                         | 13                 |
| Assistenza per tossicodipendenti       |                       |                           | 2                      | 1                          | 3                  |
| Assistenza psichiatrica                |                       |                           | 6                      |                            | 6                  |
| Attività clinica                       | 1                     | 4                         |                        |                            | 5                  |
| Attività di laboratorio                |                       | 7                         |                        |                            | 7                  |
| Diagnostica strumentale e per immagini |                       | 1                         |                        |                            | 1                  |
| Totale                                 | 1                     | 12                        | 27                     | 11                         | 51                 |

## Attività in convenzione Iperbarica Centro Sud Marche

La DG ASUR 09/08/18, in applicazione della DGRM 886/18, indicava un accordo fra le ex AAVV per l'erogazione di prestazioni OTI. Nella AST di FM di recente è stato autorizzato ed accreditato un centro che, a seguito di avvio di convenzionamento, permetterebbe di recuperare la mobilità dei pz della AST MC, AST FM e AST AP versus AST PU; Verrebbe garantita una sia risposta appropriata delle prestazioni che un miglioramento della qualità di vita dei pazienti che ne usufruirebbero. Le prestazioni saranno erogate a favore dei pazienti degenti ed in regime ambulatoriale; si rende necessario decurtare la spesa dal budget della AST PU e farla rientrare nella mobilità infragruppo.

## 2.2.3 Residenzialità e semiresidenzialità

Ls residenzialità e semiresidenzialità extraospedaliera di AST Fermo, privata e convenzionata, comprende:

- 3 Istituti di Riabilitazione convenzionati (Mancinelli, Montessori, Comunità di Capodarco);
- 1 Residenza Sanitaria Anziani (RSA) convenzionata (Anni Azzurri);
- 2 Cure Intermedie a gestione diretta (Sant'Elpidio a Mare e Montegiorgio);
- 2 RSA a gestione diretta (Petricoli e Amandola);
- 1 Hospice a gestione diretta (Montegranaro);
- 1 diurno Alzheimer a gestione diretta;
- 1 Comunità-Socio-Educativa-Riabilitativa (Co.S.E.R.) convenzionato (Dopo di Noi);
- 15 Residenze Protette convenzionate;
- 6 Comunità Socioeducative Residenziali Convenzionate (CSER);

In tabella 12 sono sintetizzati tutti i PL letto di residenzialità extraospedaliera di AST Fermo, a gestione diretta e privati convenzionati.

Tabella 12: Posti letto residenzialità extraospedaliera a gestione diretta e privati convenzionati

|                                                            | Assistenza erogata               | STRUTTURA<br>RESIDENZIALE | STRUTTURA<br>SEMIRESIDENZIALE | Totale<br>complessivo |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| <b>N° posti letto<br/>STRUTTURE A<br/>GESTIONE DIRETTA</b> | Assistenza agli anziani          | 79                        | 20                            | 99                    |
|                                                            | Assistenza ai disabili fisici    | 14                        |                               | 14                    |
|                                                            | Assistenza ai malati terminali   | 10                        |                               | 10                    |
|                                                            | Assistenza psichiatrica          | 15                        | 35                            | 50                    |
|                                                            | <b>Totale gestione diretta</b>   | <b>118</b>                | <b>55</b>                     | <b>173</b>            |
|                                                            | Assistenza erogata               | STRUTTURA<br>RESIDENZIALE | STRUTTURA<br>SEMIRESIDENZIALE | Totale<br>complessivo |
| <b>N° posti letto<br/>STRUTTURE<br/>CONVENZIONATE</b>      | Assistenza agli anziani          | 552                       |                               | 552                   |
|                                                            | Assistenza ai disabili fisici    | 89                        | 173                           | 262                   |
|                                                            | Assistenza per tossicodipendenti | 41                        | 8                             | 49                    |
|                                                            | Assistenza psichiatrica          | 79                        |                               | 79                    |
|                                                            | <b>Totale convenzionati</b>      | <b>761</b>                | <b>181</b>                    | <b>942</b>            |
| <b>Totale complessivo</b>                                  |                                  | <b>879</b>                | <b>236</b>                    | <b>1.115</b>          |

Tabella 13

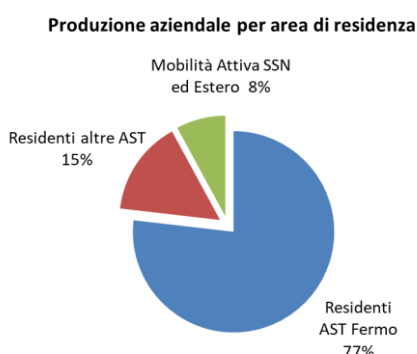
| SETTING                                       | POSTI AUTORIZZATI | POSTI ACCREDITATI | LISTE DI ATTESA |
|-----------------------------------------------|-------------------|-------------------|-----------------|
| <b>DISABILI</b>                               |                   |                   |                 |
| Semiresidenziale Disabili (CSER)              | 161               | Accr. Non dovuto  | 71              |
| Residenziale Disabili (COSER)                 | 8                 | Accr. Non dovuto  | 50              |
| RSA e Riabilitativa Disabili ex art 26        | 119               | 119               |                 |
| Semiresidenziale Disabili ex art 26 (FPR6)    | 70                | 70                | 28              |
| Accordo SLA Domiciliare                       |                   | Accr. Amb.        |                 |
| CAR                                           |                   | Accr. Amb.        | 559 minori      |
|                                               |                   |                   | 67 adulti       |
| <b>ANZIANI</b>                                |                   |                   |                 |
| Residenziale Anziani (RP + RP Demenze)        | 644               | Accr. Non dovuto  | 375             |
| RSA Anziani                                   | 68                | 68                | 30              |
| <b>HIV</b>                                    |                   |                   |                 |
| Residenziale HIV                              | 0                 |                   |                 |
| <b>DIPENDENZE PATOLOGICHE</b>                 |                   |                   |                 |
| Residenziale e Semiresidenziale CT            | 41                |                   | 10              |
| <b>DSM (Convenzionati + Gestione diretta)</b> |                   |                   |                 |
| Residenziale                                  | (79+15)           | (79+15)           |                 |
| Ambulatoriale                                 |                   |                   | 40              |
| Semiresidenziale                              | (0+35)            | (0+35)            |                 |

Il fabbisogno socio sanitario del territorio fermano in questi ultimi 5 anni è sicuramente cambiato, infatti il paziente anziano presenta un'aumento di comorbidità associate alla patologia che determinano una presa in carico fra Ospedale e Territorio con necessità assistenziale-sia sanitaria che sociale. La tabella 13 evidenzia le strutture a cui sono stati riconosciuti posti autorizzati ed accreditati secondo i diversi livelli di intensità di cura per pazienti disabili, anziani, HIV, dipendenze patologiche e DSM. Si evidenzia che l'offerta dei setting assistenziali è nettamente inferiore al reale fabbisogno – vedi pazienti in lista d'attesa.

## 2.2.4 Prestazioni erogate

Con riferimento all'assistenza ospedaliera, l'AST nel 2023 ha erogato complessivamente 13.277 ricoveri (comprensivi anche della quota di produzione dei privati accreditati), di cui 77% ai propri residenti, 15% a residenti di altre AST e 8% ai residenti di altre regioni (Grafico 6). Il numero di interventi chirurgici sono stati oltre 6.000. L'ultimo tasso disponibile di ospedalizzazione globale per acuti (numero di ricoveri per mille abitanti con la mobilità passiva extraregionale) è pari a 124,9 con un valore pari a 94,9 per i ricoveri in regime ordinario e 30 per quelli in regime diurno.

Grafico 6



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

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

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

Tabella 14

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

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

Tabella 15

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

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

Tabella 16

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

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

Il confronto della Mobilità Passiva Intra-Regionale evidenzia una forte riduzione rispetto all'anno precedente, sia in termini di volumi che di complessità. (Tabella 17)

Ciò vale sia nei confronti delle altre AST, sia nei confronti delle Aziende Ospedaliere. Tale percorso si inserisce in un progetto di potenziamento dell'attività di ricovero (coerentemente con l'istituzione dei Nuovi Stabilimenti Ospedalieri di Fermo ed Amandola) volto a favorire maggiore autonomia dalle altre strutture Regionali (almeno per le prestazioni relative a discipline presenti e per attività coerenti con la tipologia di presidio ospedaliero insistente su tale Provincia). Mentre è stabile la Mobilità Passiva Extra-Regionale.

Tabella 17

| ANNO 2021     | Mbl Passiva Intra-Regionale |                   |               |
|---------------|-----------------------------|-------------------|---------------|
|               | Casi                        | Valore DRG        | Peso M        |
| <b>Totali</b> | <b>6.138</b>                | <b>21.726.944</b> | <b>1,0858</b> |

| ANNO 2022     | Mbl Passiva Intra-Regionale |                   |               |
|---------------|-----------------------------|-------------------|---------------|
|               | Casi                        | Valore DRG        | Peso M        |
| <b>Totali</b> | <b>5.806</b>                | <b>20.333.656</b> | <b>1,0559</b> |

|           |              |              |              |
|-----------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Δ%</b> | <b>-5,4%</b> | <b>-6,4%</b> | <b>-2,8%</b> |
|-----------|--------------|--------------|--------------|

Tabella 18

| ANNO 2021     | Mbl Passiva Intra-Regionale AA.OO. |                   |               |
|---------------|------------------------------------|-------------------|---------------|
|               | Casi                               | Valore DRG        | Peso M        |
| <b>Totali</b> | <b>3.063</b>                       | <b>16.402.343</b> | <b>1,5589</b> |

| ANNO 2022     | Mbl Passiva Intra-Regionale AA.OO. |                   |               |
|---------------|------------------------------------|-------------------|---------------|
|               | Casi                               | Valore DRG        | Peso M        |
| <b>Totali</b> | <b>3.638</b>                       | <b>17.286.044</b> | <b>1,4362</b> |

|           |              |             |              |
|-----------|--------------|-------------|--------------|
| <b>Δ%</b> | <b>18,8%</b> | <b>5,4%</b> | <b>-7,9%</b> |
|-----------|--------------|-------------|--------------|

Grafico 7

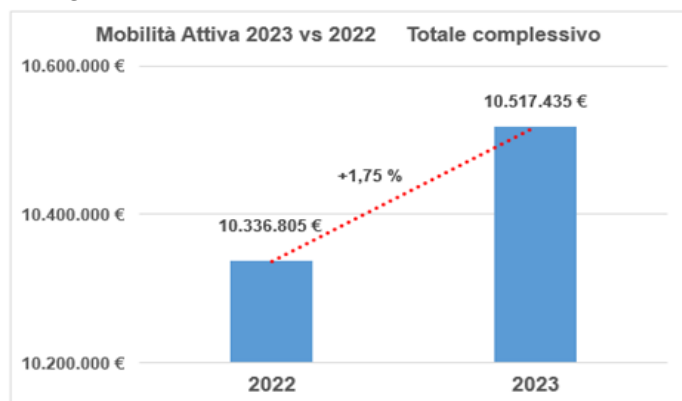
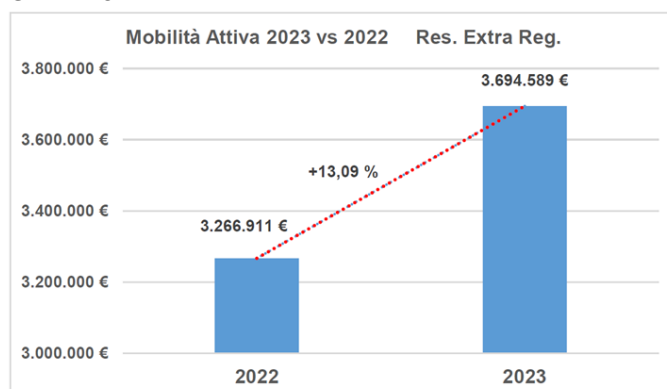
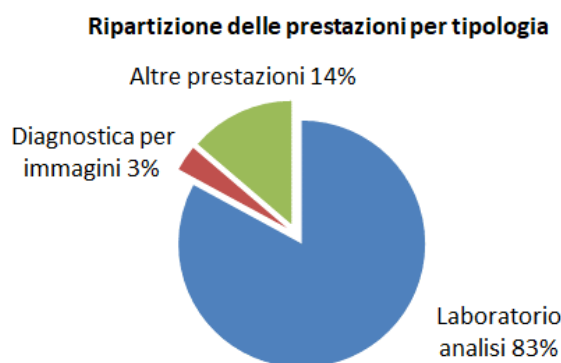


Grafico 8



In merito all'assistenza specialistica, nel 2022 sono state globalmente erogate dall'azienda e dagli enti privati accreditati ad essa convenzionati 2.968.054 prestazioni, di cui 83% prestazioni di laboratorio analisi e 3% di diagnostica per immagini. (Grafico 9)

Grafico 9



Di seguito i volumi di attività per tipologia di prestazione nell'anno 2022 e 2023 con evidente incremento stimabile quantitativamente in oltre il 15%.

Tabella 19: Prime visite e visite di controllo

| Etichette di riga             | 2022           | 2023           | Δ% 2023vs2022 |
|-------------------------------|----------------|----------------|---------------|
| V10-Prima visita              | 74.140         | 88.198         | 18,96%        |
| V10-Prima visita (TdA)        | 68.932         | 73.796         | 7,06%         |
| V20-Visita di controllo       | 43.744         | 40.209         | -8,08%        |
| V20-Visita di controllo (TdA) | 46.754         | 44.243         | -5,37%        |
| <b>Totale complessivo</b>     | <b>233.570</b> | <b>246.446</b> | <b>5,51%</b>  |

Grafico 10

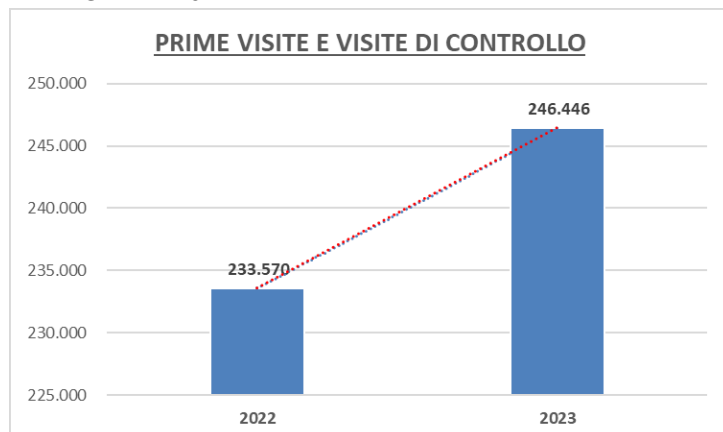


Grafico 11

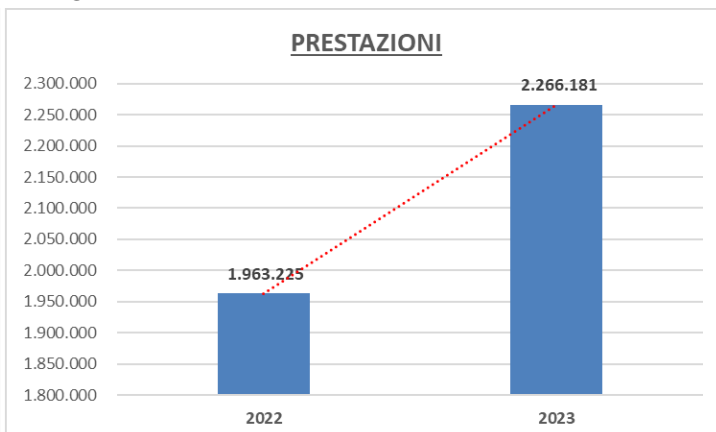


Tabella 20

| Etichette di riga                       | 2022             | 2023             | Δ% 2023vs2022 |
|-----------------------------------------|------------------|------------------|---------------|
| D11-Radiologia tradizionale RX          | 67.046           | 73.527           | 9,67%         |
| D11-Radiologia tradizionale RX (TdA)    | 5.690            | 5.645            | -0,79%        |
| D12-Tac                                 | 2.412            | 2.747            | 13,89%        |
| D12-Tac (TdA)                           | 11.517           | 13.961           | 21,22%        |
| D12-TC                                  | 68               | 125              | 83,82%        |
| D12-TC (TdA)                            | 216              | 210              | -2,78%        |
| D13-Diagnostica vascolare               | 1                | 3                | 200,00%       |
| D14-Medicina nucleare                   | 1.573            | 1.500            | -4,64%        |
| D21-Ecografia                           | 10.164           | 9.965            | -1,96%        |
| D21-Ecografia (TdA)                     | 22.297           | 23.159           | 3,87%         |
| D22-Ecocolordoppler                     | 1.510            | 1.805            | 19,54%        |
| D22-Ecocolordoppler (TdA)               | 6.152            | 7.117            | 15,69%        |
| D23-Elettromiografia                    | 354              | 419              | 18,36%        |
| D23-Elettromiografia (TdA)              | 1.957            | 1.473            | -24,73%       |
| D24-Endoscopia                          | 4.376            | 4.250            | -2,88%        |
| D24-Endoscopia (TdA)                    | 4.392            | 4.300            | -2,09%        |
| D25-RM                                  | 6.422            | 5.377            | -16,27%       |
| D25-RM (TdA)                            | 2.579            | 2.229            | -13,57%       |
| D29-Altra diagnostica strumentale       | 14.560           | 15.009           | 3,08%         |
| D29-Altra diagnostica strumentale (TdA) | 14.647           | 12.506           | -14,62%       |
| D30-Biopsia                             | 2.212            | 2.285            | 3,30%         |
| D90-Altra diagnostica                   | 14.203           | 15.981           | 12,52%        |
| D90-Altra diagnostica (TdA)             | 554              | 452              | -18,41%       |
| L11 - Prelievo sangue venoso            | 170.806          | 181.578          | 6,31%         |
| L12-Prelievo sangue arterioso           | 294              | 317              | 7,82%         |
| L13-Prelievo sangue capillare           | 2.252            | 3.999            | 77,58%        |
| L14 - Prelievo microbiologico           | 2.767            | 3.617            | 30,72%        |
| L15-Prelievo citologico                 | 188              | 199              | 5,85%         |
| L20-Chimica clinica                     | 1.070.659        | 1.305.940        | 21,98%        |
| L30 - Ematologia/coagulazione           | 105.937          | 131.893          | 24,50%        |
| L30-Ematologia/coagulazione             | 135.781          | 154.782          | 13,99%        |
| L40-Immunoematologia e trasfusionale    | 1.665            | 1.753            | 5,29%         |
| L50-Microbiologia/virologia             | 52.538           | 57.450           | 9,35%         |
| L60-Anatomia ed istologia patologica    | 8.776            | 9.757            | 11,18%        |
| L70-Genetica/citogenetica               | 3.348            | 3.465            | 3,49%         |
| R10-Riab.diagnostica                    | 9.578            | 8.670            | -9,48%        |
| R10-Riab.diagnostica (TdA)              | 2                | 6                | 200,00%       |
| R20-Riab.e riduzione funzionale         | 50.771           | 51.802           | 2,03%         |
| R30-Terapia fisica                      | 9.007            | 8.824            | -2,03%        |
| R90-Altra riabilitazione                | 11.533           | 11.970           | 3,79%         |
| T10-Radioterapia                        | 9.649            | 9.958            | 3,20%         |
| T20-Dialisi                             | 33.692           | 28.218           | -16,25%       |
| T30-Odontoiatria                        | 4.878            | 4.390            | -10,00%       |
| T40-Trasfusioni                         | 1.431            | 1.121            | -21,66%       |
| T50-Chirurgia ambulatoriale             | 10.157           | 10.828           | 6,61%         |
| T50-Chirurgia ambulatoriale (TdA)       | 650              | 418              | -35,69%       |
| T90-Altre prestazioni terapeutiche      | 71.824           | 70.610           | -1,69%        |
| V30-Osservazione breve intensiva        | 140              | 571              | 307,86%       |
| <b>Totale complessivo</b>               | <b>1.963.225</b> | <b>2.266.181</b> | <b>15,43%</b> |

Le attività di specialistica ambulatoriale di cui sopra, sono realizzate sia da personale ospedaliero che da specialisti territoriali. In relazione a questi ultimi si forniscono di seguito alcuni dati di sintesi:

Tabella 21

| Totale ore incarichi settimanali |           | aumento settimanale registrato |
|----------------------------------|-----------|--------------------------------|
| 2021                             | 667:00:00 |                                |
| 2022                             | 707:00:00 | 6%                             |
| 2023                             | 859:00:00 | 21%                            |

Aumento ore settimanali di specialistica ambulatoriale

Tabella 22

| BRANCA/ANNO         | 2021             | 2022             | 2023             |
|---------------------|------------------|------------------|------------------|
| CARDIOLOGIA         | 68:00:00         | 68:00:00         | 114:00:00        |
| CHIRURGIA           | 1:30:00          | 1:30:00          | 1:30:00          |
| DERMATOLOGIA        | 30:00:00         | 38:00:00         | 76:00:00         |
| FISIATRIA           | 38:30:00         | 68:30:00         | 64:30:00         |
| GASTRO              | 38:00:00         | 38:00:00         | 38:00:00         |
| GINECOLOGIA         | 38:00:00         | 42:00:00         | 42:00:00         |
| IGIENE E MED. PREV. | 16:00:00         | 16:00:00         | 16:00:00         |
| NEURO INFANTILE     | 38:00:00         | 38:00:00         | 38:00:00         |
| OCULISTICA          | 95:30:00         | 104:30:00        | 62:30:00         |
| ODONTOIATRIA        | 83:00:00         | 88:00:00         | 88:00:00         |
| ORTOPEDIA           | 30:00:00         | 24:00:00         | 24:00:00         |
| OTORINO             | 35:00:00         | 35:00:00         | 35:00:00         |
| PATOLOGIA CLINICA   | 38:00:00         | 38:00:00         | 38:00:00         |
| PSICHIATRIA         | 96:30:00         | 96:30:00         | 172:30:00        |
| UROLOGIA            | 11:00:00         | 11:00:00         | 11:00:00         |
| VETERINARIA         | 0:00:00          | 0:00:00          | 38:00:00         |
| <b>TOT.</b>         | <b>657:00:00</b> | <b>707:00:00</b> | <b>859:00:00</b> |

Numero ore settimanali nel triennio di specializzazione ambulatoriale distrettuale

## Farmaceutica

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%). (Grafico 12)

Grafico 12

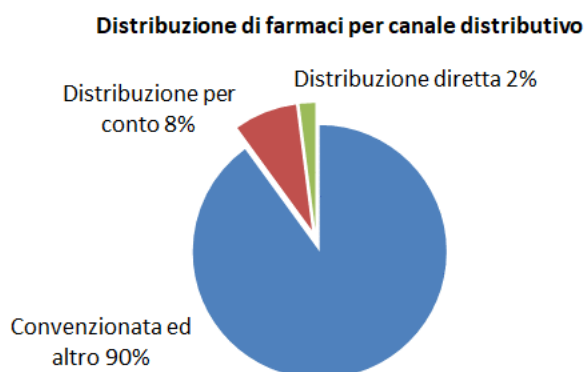


Tabella 23: Farmaceutica Convenzionata – Consumi in DDD per Gruppo Anatomico Principale (Anno 2023)

| ATC | Descrizione ATC                                                | DDD Totali ANNO 2023 |
|-----|----------------------------------------------------------------|----------------------|
| C   | Sistema cardiovascolare                                        | 30.514.982,12        |
| A   | Apparato gastrointestinale e metabolismo                       | 14.749.567,54        |
| B   | Sangue ed organi emopoietici                                   | 5.816.294,46         |
| N   | Sistema nervoso                                                | 4.764.470,26         |
| G   | Sistema genito-urinario ed ormoni sessuali                     | 3.834.434,39         |
| M   | Sistema muscolo-scheletrico                                    | 3.046.122,81         |
| H   | Preparati ormonali sistemici, escl. ormoni sessuali e insuline | 2.942.779,54         |
| S   | Organi di senso                                                | 2.264.577,19         |
| R   | Sistema respiratorio                                           | 2.235.618,22         |
| J   | Antimicrobici generali per uso sistemico                       | 1.243.467,01         |
| L   | Farmaci antineoplastici ed immunomodulatori                    | 471.099,42           |
| D   | Dermatologici                                                  | 210.296,80           |
| P   | Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti              | 62.328,69            |
| V   | Vari                                                           | 1.238,11             |

**Appropriatezza prescrittiva:** L'art.51 al punto C comma 3 dell'AIR prevede tra i compiti dell'ORA la "Definizione ed individuazione delle modalità per l'armonizzazione delle attività di medicina generale, limitatamente all'appropriatezza, assicurate dalle diverse aziende" Il Servizio farmaceutico dà supporto al Distretto in relazione ai controlli farmaceutici;

- Prescrizioni farmaceutiche (note AIFA, Pianui terapeutici, anomalie prescrittive etc)
- Rispetto dell'appropriatezza delle prescrizioni con particolare riferimento alla ipo/iperscrizione
- Controllo e feedback delle richieste dei farmaci e dispositivi medici nelle strutture ospedaliere
- I controlli utilizzano Sistemi di benchmarking su prescrizioni in ddd/1000ab/die; ddd/gg degenza; ddd/indice caase mix per UUOCC
- Team multidisciplinare per il percorso di farmaci ad elevato costo e/o ad elevato rapporto di costo/efficacia
- Ricerca della appropriatezza nella richiesta dei dispositivi medici sia in ambito ospedaliero che territoriale mediante il meccanismo operativo di HTA

Con DGR n. 724/2023 è stata avviata nella Regione Marche la sperimentazione dei nuovi servizi nelle farmacie di comunità, prorogata per l'anno 2024 con DGR n. 58/2024.

In precedenza il progetto della così detta "Farmacia dei servizi" era stato avviato a seguito:

- della DGR 330 del 22 marzo 2021 "Recepimento Accordo Conferenza Stato Regioni sul documento "Linee di indirizzo per la sperimentazione dei nuovi servizi nella farmacia di Comunità" di cui all'art.1, commi 403 e 406 della legge 27 dicembre 2017, n.205 (Rep. Atti n. 167/CSR del 17 ottobre 2019) e Legge n.160 del 27 dicembre 2019 art 1, commi 461-462";
- della DGR 654 del 30 maggio 2022 con la quale la Giunta regionale ha recepito l'Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1 lett. a), del decreto legislativo del 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta di deliberazione CIPESS relativa alla ripartizione del finanziamento, a valere sul Fondo Sanitario Nazionale 2021-2022, destinato alla proroga ed alla estensione della sperimentazione per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali previste dall'articolo 1 del decreto legislativo n. 153 del 2009, erogate dalle farmacie con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale. Rep. Atti n.41/CSR del 30 marzo 2022 e, ha approvato i cronoprogrammi per le attività sperimentali relativi alla farmacia dei servizi, che sono stati sottoposti all'approvazione del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza in sede congiunta con il Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali.

I protocolli tecnici attuativi delle attività sperimentali della Farmacia dei Servizi nella Regione Marche, in attuazione dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano Rep. Atti n. 49/CSR/2022, definiscono le azioni previste, le fasi operative, la descrizione dell'attività da porre in essere.

I servizi erogati dalle Farmacie convenzionate del territorio dell'AST Fermo sono quindi:

- Riconciliazione della Terapia Farmacologica;
- Monitoraggio dell'aderenza alla terapia farmacologica nei pazienti con diabete tipo 2;
- Monitoraggio dell'aderenza alla terapia farmacologica nei pazienti con BPCO;
- Servizio FSE Arricchimento e Consultazione;

- Servizi di Telemedicina: Holter Pressorio, Holter Cardiaco, ECG, Auto spirometria;
- Supporto allo screening per la prevenzione del tumore del colon retto.

Le prestazioni oggetto della sperimentazione sono quelle per cui l'assistito presenta la ricetta del SSN e quelle erogate su richiesta in urgenza da parte dell'assistito che vengono registrate con codice specifico univoco.

La piattaforma sulla quale le farmacie registrano le prestazioni effettuate dietro presentazione della ricetta SSN riversa tutti i dati necessari nel sistema informatico della Regione Marche per tali prestazioni, quali CUP, ECG Holter pressorio e cardiaco, spirometria. Per quanto riguarda lo screening del colon retto le farmacie registrano i dati sulla piattaforma regionale dedicata denominata SCOPRE.

Tutto ciò per integrare nel sistema informativo regionale le prestazioni erogate a carico del SSR e dare evidenza all'impatto sulla riduzione delle liste di attesa.

## 2.2.5 Il Sistema di Emergenza-Urgenza Sanitaria

Il sistema di Emergenza – Urgenza in ambito sanitario, quale insieme delle funzioni di soccorso, trasporto e comunicazione, organizzate al fine di assicurare l'assistenza sanitaria al verificarsi di emergenze o urgenze, è stato istituito e disciplinato dalla Regione Marche con L.R. n.36 del 1998 e ss.mm.ii., in ottemperanza a quanto previsto dalle Linee Guida 1/1996 di cui all' "Atto di intesa tra stato regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 27.03.1992", pubblicate sulla G.U. del 17/05/1996 n.

114. Di seguito si riporta l'articolazione del sistema di emergenza dell'AST Fermo:

- **Sistema di allarme sanitario (CO118)** ad oggi è attiva una Centrale Operativa (CO) 118 con sede ad Ascoli Piceno che coordina anche il servizio della provincia di Fermo). È importante predisporre, presso la AST Fermo una UOSD VS UOS già attiva del 118 che collabori in modo autonomo nella rete di emergenza urgenza regionale.

Con la riorganizzazione della Legge Regionale in recepimento del DM 70/2015 si può proporre l'istituzione di una Centrale Operativa Unica del Centro Sud che potrà essere posizionata nel nuovo Ospedale di Campiglion;.

### Sistema territoriale di soccorso:

In attesa del recepimento da parte della Regione degli standard del D.M. 70 con conseguente ridefinizione dell'offerta assistenziale sul territorio regionale, che impatta sia sul versante della riorganizzazione della rete ospedaliera che di quella dell'emergenza-urgenza (DGR n. 139/16) si riportano di seguito le postazioni dell'emergenza che svolgono le attività extraospedaliere finalizzate all'accettazione e al trattamento delle emergenze e delle urgenze sanitarie e le elisuperfici presenti nella provincia a supporto delle reti.

In attesa della riorganizzazione di cui sopra si ritiene opportuno proporre l'estensione, anche alla luce della sperimentazione del potenziamento del servizio nel periodo estivo, dell'attività dell'MSI di SEM alle 24h al fine di supportare le reti delle tempo dipendenze. Inoltre sarà necessario prevedere sul tetto del nuovo presidio ospedaliero l'elisuperficie afferente alla struttura ospedaliera per non perdere i vantaggi del posizionamento della stessa già presente nella attuale situazione.

Tabella 24

| POSTAZIONE                 | TIPOLOGIA | POTES | COPERTURA ORARIA | Ass. che svolgono il servizio                                                                                         | Mezzi utilizzati | fascia oraria | ATTO AMMINISTRATIVO              |
|----------------------------|-----------|-------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|----------------------------------|
| FERMO/PORTO SAN GIORGIO    | MSA       | POTES | H24              | Croce Verde Fermo, Croce Verde Porto Sant'Elpidio, Croce Azzurra Porto San Giorgio, Croce Azzurra Sant'Elpidio a Mare | AM               | 00:00-24:00   | D.G.R. 139/2016 DG.ASUR 915/2015 |
| MONTEGIORGIO               | MSA       | POTES | H24              | Misericordia Montegiorgio, Croce Gialla Montegranaro, Vol. Socc. M.S. Pietrangeli                                     | AM               | 00:00-24:00   | D.G.R. 139/2016 DG.ASUR 915/2015 |
| AMANDOLA                   | MSA       | POTES | H24              | Croce Azzurra Sibillini                                                                                               | AALS             | 00:00-24:00   | D.G.R. 139/2016 DG.ASUR 915/2015 |
| FERMO                      | MSB       | REU   | H24              | Croce Verde di Fermo                                                                                                  | ABLS             | 00:00-24:00   | D.G.R. 139/2016 DG.ASUR 915/2015 |
| PORTO SAN GIORGIO          | MSB       | REU   | H24              | Croce Azzurra Porto San Giorgio                                                                                       | ABLS             | 00:00-24:00   | D.G.R. 139/2016 DG.ASUR 915/2015 |
| PORTO SANT'ELPIDIO         | MSB       | REU   | H24              | Croce Verde Porto Sant'Elpidio                                                                                        | ABLS             | 00:00-24:00   | D.G.R. 139/2016 DG.ASUR 915/2015 |
| MONTEGRANARO               | MSB       | REU   | H24              | Croce Gialla Montegranaro                                                                                             | ABLS             | 00:00-24:00   | D.G.R. 139/2016 DG.ASUR 915/2015 |
| ALTIDONA                   | MSB       | REU   | H24              | Croce Verde Valdaso                                                                                                   | ABLS             | 00:00-24:00   | D.G.R. 139/2016 DG.ASUR 915/2015 |
| SANTA VITTORIA IN MATENANO | MSB       | REU   | H24              | Croce Azzurra Sibillini                                                                                               | ABLS             | 00:00-24:00   | D.G.R. 139/2016 DG.ASUR 915/2015 |
| MONTE SAN PIETRANGELI      | MSB       | REU   | H24              | Vol. Socc. M.S. Pietrangeli, Croce Verde Torre San Patrizio                                                           | ABLS             | 00:00-24:00   | D.G.R. 139/2016 DG.ASUR 915/2015 |
| SANT'ELPIDIO A MARE        | MSB       | REU   | H12N             | Croce Azzurra Sant'Elpidio a Mare                                                                                     | ABLS*            | 20:00-08:00   | DG.ASUR 915/2015                 |
| SANT'ELPIDIO A MARE        | MSI**     | POTES | H12D             | Croce Azzurra Sant'Elpidio a Mare                                                                                     | AM               | 08:00-20:00   | D.G.R. 139/2016 DG.ASUR 915/2015 |
| PETRITOLI                  | MSI       | REU   | H24              | Croce Arcobaleno Petritoli                                                                                            | AALS             | 00:00-24:00   | D.G.R. 139/2016 DG.ASUR 915/2015 |

\*D.G.R. 139/2016 prevede H24 MSB, ma DG. ASUR 915/2015, prevedendo una postazione MSB a Comunità H12 diurno prevede diversamente

\*\* D.G.R. 139/2016 prevede H/12 MSA, ma per disposizione Direttore Area Vasta 4 del gennaio 2022 è stata "demedicalizzata" e pertanto è da valutare MSI

## • Sistema ospedaliero di emergenza

Il Sistema ospedaliero dell'emergenza dell'AST di Fermo, secondo il Decreto 2 aprile 2015, n. 70, prevede un DEA di I livello presso il presidio di Fermo che risponde ad un bacino di utenza da 150.000 a 300.000 abitanti, con un numero di accessi appropriati superiore a 40.000 ed un presidio in zona particolarmente disagiata nel comune di Amandola. Le strutture di diversa complessità assistenziale si relazionano secondo il modello hub and spoke all'interno della rete regionale che identifica l'azienda ospedaliera delle Marche come DEA di II livello.

### 2.2.6. Governo delle liste d'Attesa

La determina n. 694/23 avente per oggetto; *"Piano Attuativo Aziendale dell'AST Fermo per il recupero e il miglioramento delle liste di attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri e screening anno 2023"* ha approvato il Piano Attuativo Aziendale dell'AST Fermo per il recupero e il miglioramento delle liste di attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri e screening anno 2023 sulla base delle indicazioni della D.G.R.M. n. 1243 del 10 agosto 2023. Con D.G.R.M. n. 1046 del 10 luglio 2023 la Regione Marche ha proceduto all'approvazione del piano di autorizzazione spesa ex art. 4 comma 9-octies della legge n. 14 del 24 febbraio 2023, di conversione del DL 29 dicembre 2022, n. 198, per la ripartizione tra gli Enti del SSR dello 0,3% del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2023.

|                        |                              |
|------------------------|------------------------------|
| • AST PESARO – URBINO: | Totale € 2.007.458,67        |
| • AST ANCONA:          | Totale € 1.001.358,55        |
| • AST MACERATA:        | Totale € 1.265.510,76        |
| • <b>AST FERMO:</b>    | <b>Totale € 1.126.780,40</b> |
| • AST ASCOLI PICENO:   | Totale € 1.210.099,96        |
| • AOU delle Marche:    | Totale € 1.578.512,67        |
| • INRCA:               | Totale € 873.494,30          |

Per quanto riguarda l'AST di Fermo si è previsto un recupero di 3.151 prestazioni ambulatoriali mediante programmi di prestazioni aggiuntive, incremento ore specialistica ambulatoriale convenzionata, assunzioni e committenza a privato accreditato. E' stato inoltre previsto un recupero di 320 interventi chirurgici mediante prestazioni aggiuntive e assunzioni. Le risorse destinate di cui sopra sono state integralmente impiegate.

Nell'anno 2023 sono state erogate le seguenti prestazioni in più rispetto all'anno 2022:

- 7.192 prestazioni in più nel 2023 VS 2022
- 165 interventi chirurgici in più nel 2023 VS 2022

La DGRM n. 56 del 29 gennaio 2024 avente per oggetto: *"Piano di autorizzazione spesa e Piano Operativo, di conversione della Legge n. 213" del 30 dicembre 2023"* ha approvato il piano di autorizzazione spesa in conformità con la Legge n.213 del 30 Dicembre 2023 per la ripartizione tra gli Enti del SSR dello 0,4% del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024.

E' stato ripartito fra gli Enti del SSR il finanziamento di cui al punto precedente pari a complessivi € 13.260.000,00:

|                        |                              |
|------------------------|------------------------------|
| • AST PESARO – URBINO: | Totale € 2.937.026,32        |
| • AST ANCONA:          | Totale € 1.465.044,57        |
| • AST MACERATA:        | Totale € 1.851.514,29        |
| • <b>AST FERMO:</b>    | <b>Totale € 1.648.543,88</b> |
| • AST ASCOLI PICENO:   | Totale € 1.770.445,14        |
| • AOU delle Marche:    | Totale € 2.309.453,91        |
| • INRCA:               | Totale € 1.277.971,89        |

Successivamente la DGRM n. 504 del 23 Aprile 2024 avente per oggetto: *"Piano Operativo Regionale 2024: recupero e miglioramento liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri e screening"* ha approvato il Piano Operativo Regionale 2024 per il recupero e miglioramento liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri e screening.

Con Det. 05 luglio 2024, n. 473, Piano Attuativo Aziendale dell'AST Fermo per il recupero e il miglioramento delle liste di attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri e screening anno 2024 – Determinazioni, la AST di Fermo ha approvato il Piano Liste di Attesa 2024.

Nell'anno 2024 sono previste le seguenti prestazioni in più rispetto all'anno 2023:

- 12.554 prestazioni in più ANNO 2024 VS 2023
- 529 interventi chirurgici in più ANNO 2024 VS 2023

Il monitoraggio dei primi quattro mesi dell'anno 2024 mostrano che i Tempi di attesa per ricoveri classe A:

- Tumore maligno della prostata Fermo 86% di ricoveri entro la soglia.
- Tumore maligno del colon 96%.
- Tumori maligni del retto 92%.
- Interventi di angioplastica coronarica (ptca) 100%.
- Protesi d'anca il 94%.
- Colectomie laparoscopiche il 90%.
- Biopsie del fegato 100%.
- Specialistica ambulatoriale trend è in crescita con l'obiettivo di stare nei trend di attesa previsti al 90%.

## 2.2.7 Mission 6 Salute del PNRR

L'Azienda promuove l'innovazione gestionale e tecnologica sulla base di una continua analisi e valutazione del sistema e dei suoi risultati, ricercando le soluzioni innovative più adeguate alle proprie specificità organizzative. Le innovazioni gestionali devono permettere di raggiungere obiettivi elevati in termini di salute, di aumentare la qualità del sistema e di garantirne la sostenibilità economica; l'adeguamento e l'aggiornamento continuo del patrimonio tecnologico è funzionale a migliorare la qualità dei servizi resi. Particolare attenzione viene rivolta poi alle progettualità di cui al PNRR.

Nel presente report si relaziona in merito appunto al piano di attuazione del PNRR nella AST di Fermo. Il programma è in corso di attuazione nel rispetto delle scadenze temporali e limiti economici previsti con DGR n 271/2022 e n. 656/2022, percorsi non scontati considerata l'impennata dei prezzi sui materiali e l'impegno richiesto all'UOC Attività Tecniche della AST di Fermo, nella conduzione di 7 procedimenti contemporanei M6C1 e PNC, per l'attuazione di **9.674.899,44 €** di finanziamenti, e la partecipazione a progettualità Regionali nella componente M6C2- 1.3.1(b) «Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni» .

Gli interventi M6C1 prevedono:

I - la realizzazione di due **COT** (Centrale Operativa Territoriale):

- una a **Montegranaro** (173.075 €), con riqualificazione di interni ed efficientamento energetico di un'area di 150 mq, il cui progetto è stato approvato con atto n.941/2022.
- una a **Fermo** nella sede di v. Zeppilli (173.075 €), con opere di finitura ed efficientamento energetico su un'area di 150 mq, il cui progetto è stato approvato con atto n.953/2022. e sono in corso le fasi di contrattualizzazione dei lavori.

Il termine dei lavori per le COT è previsto massimo entro il primo trimestre 2024.

II- La realizzazione di quattro **Case della Comunità** entro il primo semestre 2026

- a **Montegranaro** con intervento di miglioramento sismico dell'area destinata a residenzialità (2.000.000 €), per cui è stato approvato con atto 218/2023 il PFTE (progetto di fattibilità tecnico economica); inizialmente rientrando negli appalti Invitalia, per rinuncia della ditta esecutrice, si è dovuto avviare una procedura di urgenza al fine di effettuare un nuovo affidamento, conclusosi entro il 31/12/2023; sono in corso le procedure per la firma del contratto. Il completamento dei lavori è previsto entro dic 2025.
- a **Petricoli** con intervento di miglioramento sismico dell'area destinata ai servizi sanitari (1.500.000€), per cui è stato approvato con atto 208/2023 il PFTE; è stata inviata l'ODA (ordine di acquisto) per l'appalto integrato; è in fase di consegna il progetto esecutivo, dopo la cui approvazione potrà avvenire l'avvio dei lavori, la cui conclusione è prevista entro dic 2025. Assegnazione FOI importo 150.000 €, Decreto 30-Salute del 7/7/2024.

- a **Sant'Elpidio a Mare** con intervento di miglioramento sismico dell'area destinata a residenzialità (2.400.000€), per cui è stato approvato con atto 207/2023 il PFTE, è stata inviata l'ODA (ordine di acquisto) per l'appalto integrato; è in fase di consegna il progetto esecutivo, dopo la cui approvazione potrà avvenire l'avvio dei lavori, la cui conclusione è prevista entro dic 2025. Assegnazione FOI importo 240.000 €, Decreto 30-Salute del 7/7/2024.
- a **Porto San Giorgio** con intervento realizzazione/completamento edificio destinato ad attività riabilitative in acqua (2.678.749,44 € compresi i maggiori costi autorizzati per incremento costi materiali), per cui è stato approvato con atto 257/2023 il PFTE. È stata inviata l'ODA (ordine di acquisto) per l'appalto integrato; è in fase di consegna il progetto esecutivo, dopo la cui approvazione potrà avvenire l'avvio dei lavori, la cui conclusione è prevista entro dic 2025. Assegnazione FOI importo 600.000 €, Decreto 48-Salute del 11/11/2022.

Per tutti gli interventi di miglioramento sismico delle CDC le gare per l'affidamento dell'appalto integrato (progettazione + esecuzione) sono state esperite da Invitalia (Agenzia nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo d'impresa) e sono in consegna i progetti esecutivi, tranne per Montegranaro per cui si è dovuta bandire nuova gara.

Figura 4

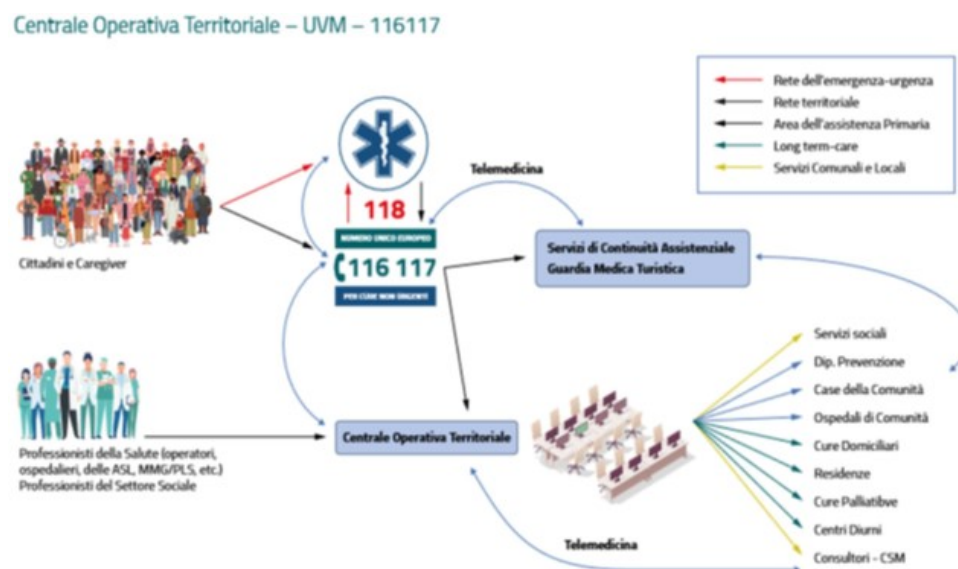


Figura 5: Modello integrato al DM77



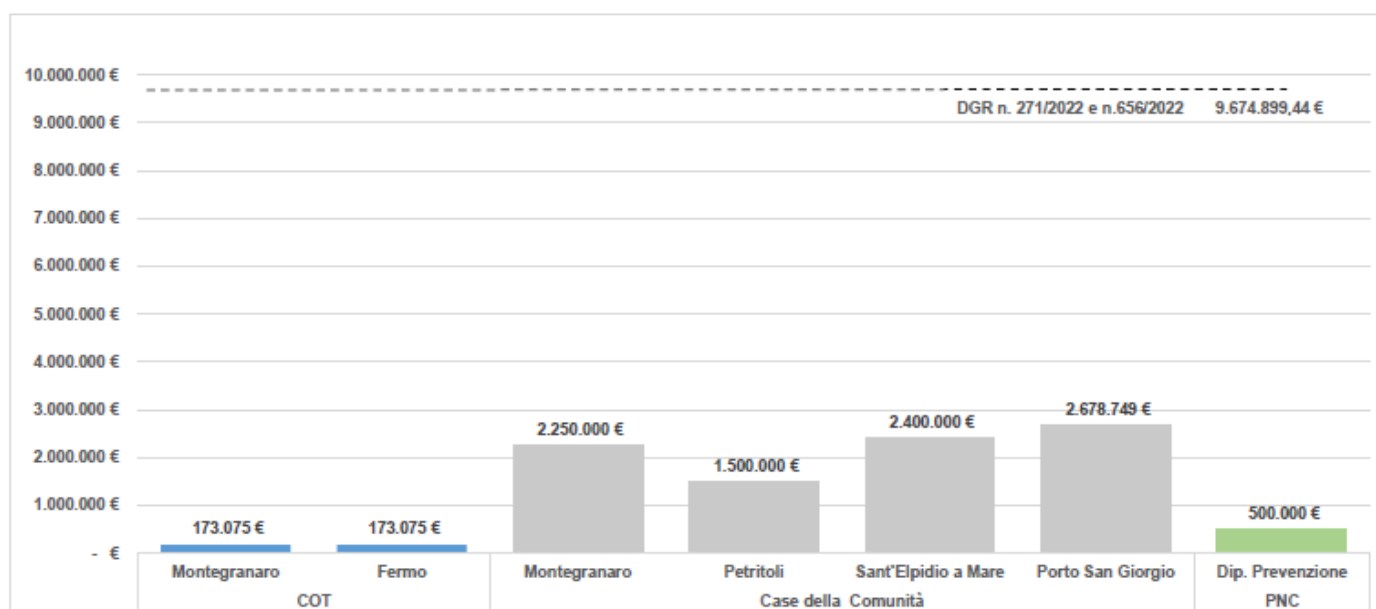
**III-** Oltre al PNRR sono assegnati alla AST di Fermo anche fondi dal Piano Nazionale Complementare (PNC), per un valore di 500.000 € destinati all'efficientamento energetico del **Dipartimento di Prevenzione**, il cui procedimento è stato avviato con atto 209/2023. È stata eseguita l'attività progettuale e di direzione dei lavori dal personale interno dell'Ufficio Tecnico, come pure la gara d'appalto, aggiudicata con atto AST n. 417/2023. L'inizio lavori è previsto nel mese di aprile 2024 con termine entro dicembre 2024.

**IV-** POR FESR 2014-2020 Asse 8 **Casa di Comunità** di Montegiorgio confluito nel PNC importo lavori 4.000.000.

Gli interventi M6C2 prevedono:

- azioni volte al potenziamento dell'infrastruttura digitale dei sistemi sanitari Decreto del settore HTA n. 92 del 18/11/2022 e Decreto 82/SALU del 28/12/2023.
- azioni volte all'incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario - Formazione e Comunicazione

Grafico 13



Nel triennio 2023- 2025 l'AST di Fermo ha anche effettuato un programma di investimenti in tecnologie come evidenziato nella tabella 25.

Tabella 25

| Anni                 | 2023           | 2024 | 2025 | tot triennio   |
|----------------------|----------------|------|------|----------------|
|                      | 1.035.747,28 € |      |      |                |
| Fondazione Carifermo | 267.731 €      |      |      |                |
|                      |                |      |      | 4.950.390,28 € |

Investimenti tecnologie

## 2.2.8 Area Territoriale

L'assistenza distrettuale socio-sanitaria comprende tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale. Viene garantita in Azienda dal Distretto con la funzione fondamentale di rilevare i bisogni di salute e fornire servizi a gestione diretta e indiretta atti a soddisfarli.

Figura 6: Attività diagnostica, laboratorio e clinica

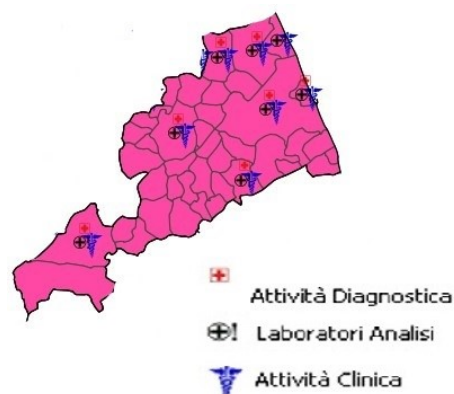
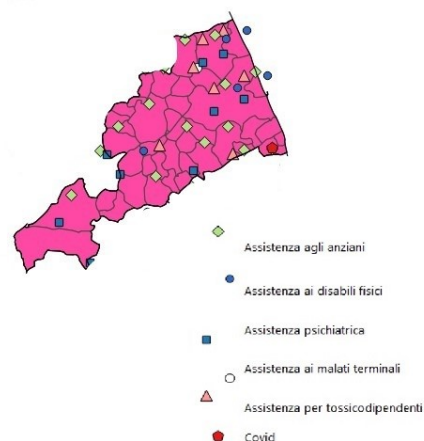


Figura 7: Tipologia di assistenza



L'Azienda eroga inoltre prestazioni di promozione e integrazione delle persone con disabilità (integrazione scolastica, inserimenti lavorativi, assistenza psicologica) e gestisce progetti a sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale.

Il servizio di Continuità assistenziale è garantito attraverso 9 sedi operative nell'area del Distretto con circa 50 operatori; a ciò si aggiunge un Servizio Integrativo di Assistenza Sanitaria presso la Casa Circondariale di Fermo. I pazienti con patologia in fase avanzata o terminale che necessitano di interventi terapeutici e assistenziali trovano invece accoglienza nell'Hospice. Nell'Azienda è attiva una struttura dotata complessivamente di 10 posti letto.

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.

Nell'AST di Fermo si è verificato un progressivo aumento dell'offerta delle cure domiciliari alla popolazione anziana. La percentuale degli over 65 assistiti è passata dal 3,1 del 2020 al 4,1 del 2022, valore superiore allo standard regionale (3,8%).

L'area della disabilità è garantita con interventi semiresidenziali (centri diurni a gestione diretta e convenzionati: circa 190 utenti) e residenziali (strutture residenziali e comunità alloggio in convenzione: circa 75 utenti). Anche per tale area il tasso di ospitati nei centri diurni ogni 1000 residenti (18-65 anni) è passato dall'1,52 del 2019 all'1,63 del 2022. Oltre alla residenzialità, il tema della disabilità è supportato mediante l'attività di appositi Servizi. Nello specifico, l'Unità Multidisciplinare per la presa in carico dei soggetti con Disabilità e Disturbi del Neuro sviluppo in età evolutiva (UMEE) ha compiti di informazione, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché di valutazione, programmazione e verifica degli interventi educativi, riabilitativi e d'integrazione sociale dei soggetti che ha in carico. Opera attraverso progetti personalizzati finalizzati al recupero funzionale, all'inserimento sociale, scolastico e nelle strutture educative favorevoli all'integrazione, con interventi di sostegno alle famiglie. I dati relativi agli utenti presi in carico dall'Unità Multidisciplinare per l'Età Evolutiva dopo segnalazione scolastica, mostrano anche qui un aumento nell'ultimo triennio. (Tabella 26)

Tabella 26

| ANNO SCOLASTICO | UTENTI | Δ%    |
|-----------------|--------|-------|
| 2020 - 2021     | 560    |       |
| 2021 - 2022     | 662    | 18,2% |
| 2022 - 2023     | 731    | 10,4% |

Tabella 27

| UNITA' MULTIDISCIPLINARE ETA' ADULTA  | UTENTI     |
|---------------------------------------|------------|
| UMEA Montegiorgio                     | 157        |
| UMEA Porto Sant'Elpidio               | 175        |
| UMEA Porto San Giorgio                | 278        |
| Utenti di pertinenza non territoriale | 27         |
| Fuori età                             | 8          |
| <b>TOTALE</b>                         | <b>645</b> |

Il servizio per la "Disabilità Adulti" (UMEA) si rivolge di contro alle persone maggiorenni, tra i 18 e i 64 anni, con disabilità psico-fisiche, ad esordio infantile, a cui viene garantita la presa in carico multidisciplinare all'interno di un sistema integrato di funzioni di sostegno. Vengono coinvolti anche i nuclei familiari in merito all'elaborazione di tematiche riferibili alla gestione della cronicità, alla tutela giuridica e ai tanti problemi correlati al ciclo di vita. A fronte di problemi socio sanitari rilevanti, favorisce l'inserimento in strutture territoriali diurne e/residenziali. L'accesso alle diverse tipologie di interventi comporta una richiesta formale della persona interessata e/o del suo rappresentante legale. L'équipe multi professionale valuta la richiesta e autorizza l'intervento richiesto o predispone un progetto alternativo, secondo criteri di appropriatezza ed efficacia. Nel 2023 l'Unità Multidisciplinare per l'Età Adulta ha in carico 645 utenti di cui 26 sono stati presi in carico nell'ultimo anno. (Tabella 27)

Vi sono poi i Consultori, che sono strutture socio-sanitarie aventi l'obiettivo di rispondere ai bisogni della famiglia, della donna, della coppia, dell'infanzia e dell'adolescenza. Le attività e i servizi che ad essi fanno capo sono organizzati secondo il lavoro di *équipe*, che vede collaborare un gruppo di professionisti specializzati in vari discipline al fine di aiutare i cittadini a far fronte ai propri bisogni e a garantire loro la tutela della salute. Ci si rivolge al Consultorio per affrontare e risolvere problematiche soggettive, relazionali, intergenerazionali o sessuali. Si va dalla assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità ed alla paternità responsabile e per i problemi della coppia e della famiglia, anche in ordine alla problematica minorile alla somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e dal singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle convinzioni etiche e dell'integrità fisica degli utenti, alla tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento, alla informazione sulle procedure per l'adozione e l'affidamento familiare.

Il Consultorio familiare dell'AST di Fermo, nel biennio 2019-2022 ha preso in carico oltre 300 utenti che si sono rivolti al servizio in accesso spontaneo, la maggior parte dei quali sono soggetti adulti (84%). Oltre ciò sempre più rilevante è l'attività svolta su mandato dell'autorità giudiziaria.

Le attività di Assistenza Primaria sono assicurate da 104 Medici di Medicina Generale e 16 Pediatri di libera scelta con studi professionali ubicati in tutto il territorio. Negli ultimi anni l'Azienda ha favorito la creazione di reti e integrazioni di specialisti con l'implementazione di 12 Medicine di Gruppo Integrate per garantire una effettiva continuità dell'assistenza e presa in carico degli utenti. Al 01/01/2023 sono assistiti da MMG n. 154.389 pazienti e da PLS n. 13.435 bambini.

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.

## 2.3 Servizi territoriali e assistenza primaria

### 2.3.1 Pua

Il Punto Unico di Accesso PUA si colloca nell'ambito del "welfare d'accesso" di Comunità, area alla quale nei diversi contesti locali sono associati diversi servizi in vario modo definiti come segretariato sociale, sportello sociale, porta unica di accesso, di cui il PUA si pone come servizio ad uno stadio più evoluto. Il PUA si pone come modello organizzativo finalizzato al benessere della persona, rispondendo ai bisogni dell'individuo quale LEPS.

Nell'acronimo PUA il termine "unico" non assume il significato di "esclusivo", ma di "unitario". Il PUA deve essere inteso non solo come luogo fisico ma anche come modalità organizzativa, come approccio multiprofessionale e integrato ai problemi del cittadino e di interfaccia con la rete dei servizi: servizi in rete presso i quali il cittadino può rivolgersi indifferentemente, nei quali viene effettuato il primo accesso alle prestazioni integrate dei diversi Servizi.

Il PUA è il luogo dell'accoglienza sociale e sociosanitaria: porta di accesso alla rete dei servizi e delle risorse territoriali e modalità organizzativa dei servizi di accoglienza e orientamento tra Comune/ATS e Distretto ASL, istituita per garantire pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi sociali e sociosanitari, a coloro che ne abbiano necessità. È finalizzato, pertanto, ad avviare percorsi di risposta appropriati ai bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi e favorendo l'accesso integrato ai servizi, in particolare per coloro che richiedono interventi di natura sociale e/o sociosanitaria. Sebbene a livello nazionale lo sviluppo dei PUA sia stato assicurato in modo prioritario nell'ambito dei servizi socio-sanitari rivolti alla non autosufficienza e alla disabilità, sempre di più negli ultimi anni i PUA estendono la propria competenza anche all'ambito dei Servizi rivolti all'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità.

#### Obiettivi

- Promuovere, agevolare e semplificare il primo accesso ai servizi sociali e socio-sanitari, favorendo l'integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari, in un'ottica di integrazione (o valorizzandola, ove già esistente). La caratterizzazione sociale di sportelli informativi e di orientamento va intesa come ampliamento delle informazioni non solo alla materia sociale ma alle opportunità inclusive e di partecipazione che la comunità locale esprime.
- Orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali e socio-sanitarie in una logica di continuità assistenziale e sulle modalità di accesso.
- Garantire un accesso unitario, superando la differenziazione dei diversi punti d'accesso, anche valorizzando l'apporto delle nuove tecnologie e degli obiettivi di digitalizzazione e interoperabilità dei diversi sistemi informatici.
- Assicurare e rafforzare l'integrazione tra il sistema dei servizi sociali e il sistema sociosanitario del lavoro e della formazione assicurando sia il livello dell'accesso che la successiva presa in carico multidisciplinare, integrata anche con le reti della comunità locale. Assicurare l'integrazione diretta con altri servizi rivolti all'inclusione sociale, quali servizi per il lavoro e la formazione ed altre risorse di comunità.
- Promuovere la semplificazione e l'uniformità delle procedure, l'unicità del trattamento dei dati e la garanzia della presa in carico "globale" della persona da parte dei Comuni/ATS e delle Aziende Sanitarie, con particolare attenzione ai servizi di supporto alla domiciliarità dell'assistenza.

### Proposta organizzativa ed operativa Pua Socio-Sanitario

Det. 03 settembre 2024, n. 573 del Direttore Generale Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo Unità Operativa Sociale e Sanitaria; Modello organizzativo ed operativo PUA SOCIO SANITARIO ATS XIX-ATS XX e AST Fermo e Accordo interistituzionale di collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione socio sanitaria.

Stante quanto sopra, preso atto delle disomogeneità organizzative, con il presente documento si intende fare una proposta utile alla sottoscrizione di un protocollo d'intesa tra ATS XIX, ATS XX e AST Fermo.

Come indicato dalla normativa i Punti Unici di Accesso avranno sede nelle Case di Comunità, che per il territorio in questione saranno dislocate nei presidi distrettuali di Porto San Giorgio, Montegranaro, Petritoli e Sant'Elpidio a Mare e Montegiorgio.

Al fine di procedere in maniera graduale si intende costituire una prima ipotesi sperimentale di seguito descritta.

Nel territorio provinciale di Fermo sarebbe plausibile realizzare un modello che potrebbe essere definito di hub and spoke, organizzato in un PUA CENTRALE (PC) e PUA decentrati sul territorio definiti PUA TERRITORIALI (PT).

Il PUA centrale, quale articolazione organizzativa dell'Unità Operativa Sociale e Sanitaria (UOSeS), si compone di una Direzione Tecnica con funzioni di *governance* svolte da uno staff di professionisti sociali e sanitari.

I PUA territoriali fanno parte della rete integrata dei servizi sociali e sanitari e costituiscono una diramazione organizzativa del PUA centrale, rispetto al quale hanno una diffusione territoriale capillare.

I PUA territoriali rappresentano il primo contatto con l'utente, hanno funzioni di informazione e di orientamento, nonché di prima valutazione del bisogno.

Ogni richiesta accolta presso il PUA Territoriale si conclude con una valutazione e con la proposta di un relativo percorso:

- In caso di richieste di carattere "semplice", direttamente risolvibili, al PUA territoriale compete l'orientamento e/o invio ai servizi individuati al riguardo.

(es. *Richiesta di informazioni su servizi e prestazioni / supporto compilazione istanze / richiesta Cura Prestazionale*)

- Per le situazioni "complesse" che richiedono una presa in carico integrata, il PUA procede con la convocazione dell'Equipe Multidisciplinare per avviare il percorso di valutazione, mantenendo i percorsi già consolidati e strutturati.

(es. *Attivazione educativa domiciliare in favore di un minore disabile*)

- Le problematiche ad "alta complessità", che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale, non direttamente risolvibili dai PUA territoriali, saranno invece trasmesse al PUA centrale per l'attivazione di un percorso assistenziale integrato.

Nella gestione del bisogno ad alta complessità, la direzione tecnica del PUA centrale, provvederà all'attivazione dell'Equipe integrata Multidisciplinare (EM) individuandone le figure professionali necessarie, con il compito di darne contestuale informazione ai Responsabili dell'UOSeS, nonché al servizio inviante

(es. *utente già conosciuto ai servizi del territorio si presenta al PuaT. Trattasi di persona priva di documenti e senza fissa dimora che abusa abitualmente di sostanze stupefacenti e alcool con ripetuti accessi al pronto soccorso.*)

LE EM svolgono funzioni di assessment globale, con l'intento di favorire la costruzione di un sistema di servizi in grado di offrire risposte personalizzate e flessibili ai bisogni socio sanitari della persona in un'ottica di integrazione tra livelli istituzionali e risorse del territorio. Le EM elaborano il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) costruito e condiviso con la persona e con i suoi familiari, nel rispetto delle facoltà individuali di scelta della persona in carico.

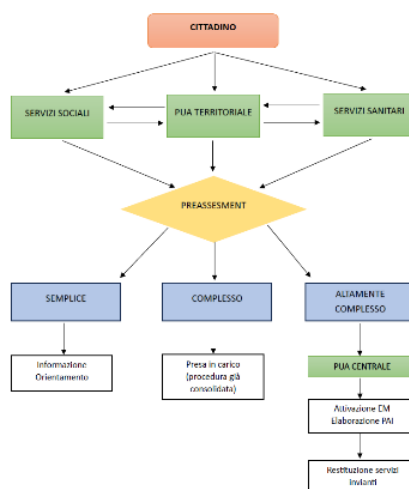
L'attivazione del PAI è propedeutica alla verifica della compatibilità finanziaria con i budget pubblici.

Per le situazioni ad alta complessità il percorso si intende concluso con la restituzione delle azioni svolte dall'EM, documentate nel PAI, al PUA Centrale.

Il sistema proposto intende costruire una regia unitaria, con funzioni di gestione del percorso assistenziale integrato, mantenendo l'articolazione in distinti luoghi per facilitare il contatto diretto con l'utente.

Di seguito si rappresenta graficamente i possibili percorsi nella rete dei servizi.

Grafico 14



Rispetto alle EM, si precisa che le stesse non si compongono di un nucleo fisso, ma che sono costituite di volta in volta in relazione al caso specifico.

Ciò nonostante, come indicato nella scheda tecnica del PSN 2021-2023 è auspicabile che l'EM sia costituita dalle seguenti figure professionali: medici, infermieri, assistenti sociali, educatori, operatori socio-sanitari/istruttori socioassistenziali, amministrativi. Possono essere previste anche le figure dei mediatori linguistico-culturali.

La costituzione delle EM non rappresenta una sovrapposizione delle UVI distrettuali né dell'UVI unica incaricata per le dimissioni protette, già operative con specifiche competenze consolidate (vedi descrizione AST Fermo).

In definitiva, il PUA centrale, compie principalmente funzioni di *governance*, costituendo il nodo di raccordo tra l'EM e la famiglia.

Il PUA Centrale garantisce:

- valutazione del bisogno ad alta complessità di carattere socio-sanitario, che può essere richiesta dai PUA Territoriali, dai MMG/PLS, o da altri interlocutori del sistema dei servizi sociali e/o sanitari (es. residenze sanitarie, segreteria cure domiciliari)
- attivazione EM per elaborazione del PAI, condiviso con la famiglia (valutando le compatibilità finanziarie con i budget pubblici);
- raccordo dei PUA territoriali;
- elaborazione delle procedure socio-sanitarie;
- aggiornamento della carta dei servizi integrata;
- governo dei flussi informativi e monitoraggio periodico delle attività.

I PUA territoriali, affiancando il PUA centrale, offrono:

- informazioni e orientamento per i cittadini;
- prima valutazione del bisogno, presa in carico e accompagnamento nella fruizione dei servizi di rete nel caso di bisogno semplice
- segnalazione al PUA Centrale nel caso di bisogno ad alta complessità, per i casi non risolvibili dai singoli servizi, che richiede una presa in carico multidimensionale e l'attivazione dell'EM.

Quanto descritto risponde alle cinque macrofasi indicate nel LEPS di Processo del PNNA 2022-2024:

- accesso
- prima valutazione
- valutazione multidimensionale
- elaborazione del piano assistenziale personalizzato
- monitoraggio degli esiti di salute.

## Integrazione tra Pua e Cot

Secondo il DM 77/2022, la Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.

In proposito la Regione Marche ha deliberato che il Distretto Unico di Fermo ospiterà due COT distinte e separate (nei comuni di Fermo e Montegranaro), diversamente da quanto previsto dal DM 77/2022 secondo il quale dovrebbe essere presente al massimo una COT per ogni Distretto.

Collocare il PUA Centrale e la COT nello stesso luogo fisico potrebbe garantire un livello di integrazione importante con ricadute positive enormi per le famiglie e per i cittadini.

Pertanto, vista la progettualità descritta nel presente documento, i locali della sede della COT di Fermo saranno parzialmente condivisi con il PUA Centrale. La vicinanza fisica del gruppo tecnico del PUA Centrale con gli operatori della COT, faciliterà la costruzione, lo sviluppo e il monitoraggio dei percorsi socio-assistenziali.

### 2.3.2 Fragilità

Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita. Per realizzarli è necessaria una corretta gestione del malato e la definizione di nuovi percorsi assistenziali che siano in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari. Il paziente cui ci si riferisce è una persona, solitamente anziana, spesso affetta da più patologie croniche incidenti contemporaneamente (comorbidità o multimorbidità), le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da altri determinanti (status sociofamiliare, ambientale, accessibilità alle cure ecc.). La presenza di pluripatologie richiede l'intervento di diverse figure professionali ma c'è il rischio che i singoli professionisti intervengano in modo frammentario, focalizzando l'intervento più sul trattamento della malattia che sulla gestione del malato nella sua interezza, dando talvolta origine a soluzioni contrastanti, con possibili duplicazioni diagnostiche e terapeutiche che contribuiscono all'aumento della spesa sanitaria e rendono difficoltosa la partecipazione del paziente al processo di cura. Inoltre, la prescrizione di trattamenti farmacologici multipli, spesso di lunga durata e somministrati con schemi terapeutici complessi e di difficile gestione, può ridurre la compliance, aumentare il rischio di prescrizioni inappropriate, interazioni farmacologiche e reazioni avverse. Infine, questi pazienti hanno un rischio maggiore di outcome negativi, quali aumento della morbidità, aumentata frequenza e durata di ospedalizzazione, aumentato rischio di disabilità e non autosufficienza, peggiore qualità di vita e aumento della mortalità.

I dati indicano inoltre come all'avanzare dell'età le malattie croniche diventano la principale causa di morbidità, disabilità e mortalità, e gran parte delle cure e dell'assistenza si concentra negli ultimi anni di vita. Inoltre si è osservato che le disuguaglianze sociali sono uno dei fattori più importanti nel determinare le condizioni di salute. Tuttavia per molte di esse può essere utile un'attività di prevenzione che agisca sui fattori di rischio comuni: uso di tabacco e alcol, cattiva alimentazione e inattività fisica. La cronicità, infine, è associata al declino di aspetti della vita come l'autonomia, la mobilità, la capacità funzionale e la vita di relazione con conseguente aumento di stress psicologico, ospedalizzazioni, uso di risorse (sanitarie, sociali, assistenziali) e mortalità.

Il riequilibrio e l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale costituisce oggi uno degli obiettivi prioritari di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete ai nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni (epidemiologica, demografica e sociale) che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni portando ad un cambiamento strutturale e organizzativo.

In tale concezione, le cure primarie costituiscono un sistema che integra, attraverso i Percorsi DiagnosticoTerapeutico-Assistenziali (PDTA), gli attori dell'assistenza primaria e quelli della specialistica ambulatoriale, sia territoriale che ospedaliera e, in una prospettiva più ampia, anche le risorse della comunità (welfare di comunità). La costruzione di PDTA centrati sui pazienti è garanzia di effettiva presa in carico dei bisogni "globali" e di costruzione di una relazione empatica tra il team assistenziale e la persona con cronicità ed i suoi Caregiver di riferimento.

### 2.3.3 Le cure domiciliari

L'AST Fermo eroga assistenza in setting domiciliare con le modalità previste dalla DGR 791/2014.

L'obiettivo fondamentale dei sistemi di cura della cronicità è quello di mantenere il più possibile la persona malata al proprio domicilio e impedire o comunque ridurre il rischio di istituzionalizzazione, senza far ricadere sulla famiglia tutto il peso dell'assistenza al malato. Il setting assistenziale domiciliare, inoltre, è quello in cui è più agevole per l'equipe curante promuovere l'empowerment del paziente, migliorando la sua capacità di 'fare fronte' alla patologia e sviluppando le abilità di auto-cura. L'assistenza domiciliare è effettivamente "integrata" quando le professionalità sanitarie e sociali collaborano per realizzare progetti unitari, mirati alla soddisfazione di bisogni di diversa natura. Essa richiede la valorizzazione del nursing e la collaborazione delle famiglie, tenendo conto che una stretta collaborazione tra ospedale e distretto può consentire la permanenza a casa anche di persone con patologie complesse. La condizione necessaria per l'attivazione dell'ADI è la valutazione multidimensionale che permette la pianificazione organica delle attività in funzione della globalità e dell'intensità del piano di cura e la valutazione evolutiva degli esiti.

Il Sistema ACG (Adjusted Clinical Groups), è un sistema di classificazione della popolazione per livello di complessità assistenziale, partendo dalle combinazioni di diagnosi acute o croniche presenti nello stesso assistito.

Figura: 8



Il sistema consente di identificare gruppi di popolazione a maggior rischio di carico assistenziale, target potenziali di intervento nell'ambito di attività di Care Management e nella medicina di iniziativa. La stratificazione per ACG permette anche di confrontare i costi sanitari di gruppi di popolazione (ULSS, Ospedali, Distretti, AFT) valutando più equamente la performance dei servizi sanitari in termini di confronto tra costi osservati e costi attesi ricavati dalla distribuzione ACG della popolazione assistita.

La AST di FM ha intenzione di perseguire i seguenti obiettivi nell'ambito della cronicità:

1. Aderenza: quella della persona affetta da cronicità al percorso di cura identificato, sia quella degli operatori alle evidenze scientifiche delle Linee Guida che hanno permesso di disegnare il Percorso personalizzato del paziente.
2. Appropriatezza: la corretta ed adeguata formulazione del percorso di cura da parte degli operatori, che selezioni accuratamente le fasi e le sedi di erogazione dei servizi e delle singole prestazioni, in base allo stadio di patologia individuato.
3. Prevenzione: mettere in atto azioni mirate alla prevenzione primaria su persone individuate come "a rischio" di patologia cronica, attraverso la definizione di percorsi condivisi e misurabili nei loro esiti intermedi e finali. La definizione puntuale di un PDTA guidato dalle evidenze e la sua osservanza rappresenta l'indicatore principale.
4. Cure domiciliari: mantenere il più possibile la persona malata all'interno del suo contesto di vita quotidiana e impedire, o comunque ridurre al minimo, il rischio di istituzionalizzare il paziente in sedi comunitarie (ospedale, strutture residenziali territoriali).
5. Informazione, educazione, empowerment: un sistema di assistenza alle cronicità è il raggiungimento di una buona consapevolezza e corresponsabilità della persona nel processo di cura della sua malattia.

Il CIA è il coefficiente relativo all'attività domiciliare; rappresentato al numeratore da numero ore effettive e denominatore ore totali di assistenza e si configura su quattro livelli in ordine crescente di complessità dei casi trattati a domicilio secondo il modello ACG. I valori rappresentano il CIA della AST FM anno 2023

Tabella 28

| Codice NSG | Prog. | OBIETTIVI              | FONTE                  | INDICATORE                                                                                      | NUMERATORE                                                                                              | DENOMINATORE | TARGET AST FERMO                   | NUMERATORE AST FERMO | DENOMINATORE AST FERMO | RISULTATO RAGGIUNTO AST FERMO |
|------------|-------|------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------|----------------------|------------------------|-------------------------------|
| D22Z - C   | 53    | Assistenza domiciliare | Flusso SIAD (NSG, IQE) | Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1 | N. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1 (0,14 - 0,30) |              | > 4,00 x 1000 ab.                  |                      |                        | 5,8 x 1000 ab.                |
| D22Z - C   | 54    |                        | Flusso SIAD (NSG, IQE) | Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2 | N. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2 (0,31 - 0,50) |              | > 2,50 x 1000 ab.                  |                      |                        | 5,8 x 1000 ab.                |
| D22Z - C   | 55    |                        | Flusso SIAD (NSG, IQE) | Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3 | N. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3 (> 0,50)      |              | > 2,00 x 1000 ab. (Tolleranza 20%) |                      |                        | 1,7 x 1000 ab.                |

## 2.4 Reti cliniche e riorganizzazione dell'AST

### 2.4.1 Reti Cliniche

Il modello organizzativo delle Reti clinico-assistenziali garantisce un approccio coordinato e strutturato della presa in carico del paziente, collegando operativamente professionisti, strutture e servizi che offrono cure sanitarie e socio-sanitarie di vario tipo e livello, nel rispetto della continuità e dell'appropriatezza delle cure. L'obiettivo è quello di assicurare un accesso equo e tempestivo alle cure, per ottenere i massimi benefici in termini di qualità e umanizzazione delle prestazioni sanitarie fornite ai cittadini, incrementando così la risposta ai loro bisogni di salute. La standardizzazione dei percorsi di cura all'interno delle Reti assistenziali si traduce nell'incremento della tempestività e dell'appropriatezza degli interventi terapeutico-assistenziali, realizzando il complessivo incremento della qualità e della sicurezza delle cure accompagnato al contenimento dei costi correlati.

#### 2.4.1.1 Reti Tempo Dipendenti

Con questo termine si identificano, come diffusamente noto, tutte le Reti clinico assistenziali la cui configurazione deve rispondere al principio della tempestività della presa in carico e degli interventi susseguenti nel continuum del percorso intra ed extra ospedaliero, in un contesto in cui, al verificarsi dell'evento acuto, il fattore tempo costituisce elemento determinante per la qualità e l'esito delle cure, se non addirittura il "salvavita" in presenza di condizioni ad elevato rischio di mortalità.

Le reti si fondano su due elementi di grande importanza strategica: da un lato, il potenziamento del servizio territoriale di soccorso, necessario a garantire il tempestivo accesso alle cure urgenti, dall'altro il rafforzamento delle vocazioni specialistiche dei poli di riferimento, per rispondere pienamente ai bisogni assistenziali di maggiore complessità. Infatti, l'esito di patologie severe e rapidamente ingravescenti quali l'infarto del miocardio, lo stroke e il politrauma dipende, certamente, dai tempi entro i quali può essere assicurato l'intervento, ma anche dalla qualità tecnico-professionale della prestazione e dal profilo organizzativo e tecnologico del luogo di cura.

**Rete Cardiologica:** la rete cardiologica ha la finalità di gestire le emergenze/urgenze cardiologiche garantendo pari opportunità ai cittadini, permettendo a tutti, indipendentemente dal punto di entrata nella rete, di accedere ad un iter diagnostico-terapeutico appropriato e ai trattamenti raccomandati dalle Linee Guida. Le principali emergenze/urgenze cardiologiche sono rappresentate dall'IMA ST sovraslivellato (STEMI), l'IMA ST non sovraslivellato (NSTEMI), la sindrome aortica acuta toracica (SAAT), lo shock cardiogeno, lo storm aritmico, l'arresto cardiaco, l'embolia polmonare con compromissione emodinamica e l'insufficienza cardiaca acuta refrattaria.

Il modello organizzativo prevede una rete territoriale garantita dal servizio di emergenza del 118 a cui si affianca la rete interospedaliera (PDITA STEMI AV3,4,5) che vede Fermo come sede Spoke.

L'attività di emodinamica programmata avviata da maggio 2022 presso il presidio di Fermo a supporto della rete tempo dipendente è nata con la finalità di garantire ai pazienti, in particolare a quelli con shock cardiogeno ed a più alto rischio ed ai pazienti con controindicazioni alla trombolisi ripersioni coronariche nell'IMA, l'utilizzo di angioplastica coronarica o trombolisi.

Alla luce della prossima apertura del nuovo ospedale dove è previsto il laboratorio di emodinamica sarà necessario in fase di ridefinizione della rete inserire la sede Fermo come hub per attività programmata o differibile attiva nelle 12 ore diurne dal lunedì al venerdì. Tale servizio oltre a rispettare gli standard previsti dalla normativa si è dimostrato strategico per rispondere alle esigenze del territorio mediante la riduzione della mobilità extraregionale. L'attività viene garantita ad oggi da personale con expertise pluriennale e permette di garantire la crescita professionale del personale presente con l'obiettivo di strutturare autonomamente il servizio.

Le aritmie cardiache per prevalenza e consumo di risorse hanno assunto negli ultimi decenni un peso rilevante nell'assistenza sanitaria. Le Linee Guida ESC sulla gestione e trattamento della fibrillazione atriale (FA) sistematizzano la gestione di una patologia di larghissima prevalenza, che riguarda circa l'1% della popolazione generale con una prevalenza che aumenta esponenzialmente con l'età ed ha un forte impatto prognostico dato che rappresenta la prima causa di ictus ed ha un ruolo importante in molti casi di demenza senile. Per tale patologia non è previsto il modello della rete secondo hub e spoke pertanto per questi pazienti si ritiene strategico, anche mediante convenzioni, un potenziamento dell'attività di elettrofisiologia finalizzato a garantire il percorso più appropriato per i quadri aritmici epidemiologicamente e clinicamente più rilevanti.

#### 2.4.1.2 Reti di Specialità

**Rete Chirurgica – Intestinale, Epatobiliare, Ginecologica:** L'expertise mostrata negli ultimi anni dai professionisti presenti nel presidio ospedaliero all'interno delle UO interessate ha evidenziato una crescita dei volumi e complessità in merito all'attività chirurgica delle malattie neoplastiche e non dell'apparato digerente patologie intestinali (in particolare di fegato, vie biliari, pancreas) e ginecologico (utero ed annessi) tale da poter inserire il nostro presidio per tali patologie all'interno delle reti.

**Emodinamica (vedi paragrafo rete cardiologica)**

**Rete Urologica:** l'AST di Fermo si configura come punto di riferimento hub per patologie urologiche in special modo per il trattamento del carcinoma prostatico. Sono eseguiti più di 1.200 interventi/anno, di cui 600 circa eleggibili alla chirurgia robotica. Pertanto essendosi consolidata nel tempo come centro non solo di diagnosi ma anche di trattamento si è previsto con Determina dell'AST di Fermo n.158 del 11 marzo 2024 l'avvio della procedura per l'acquisizione della tecnologia robotica tra quelle ad oggi innovative disponibili che permetteranno nel breve termine una riduzione sia del sanguinamento intra e post-operatorio che del dolore in fase post-intervento oltre che ad una ripresa più rapida del paziente con riduzione dei tempi di ospedalizzazione. Anche sul lungo termine l'utilizzo del robot si dimostra vincente, riducendo alcuni possibili esiti chirurgici quali incontinenza urinaria e deficit erettile (in particolare associati all'intervento di prostatectomia radicale) che normalmente richiedono notevole dispendio economico del SSN in termini di farmaci e riabilitazione fisioterapica, nonché grave riduzione della qualità della vita del paziente che ne è affetto.

**Rete Ortopedico-Traumatologica:** la UOC di ortopedia rientra nella rete Ortopedica-traumatologica della Regione Marche. Gli interventi per protesi d'anca, ginocchio, spalla e femore soddisfano gli indicatori Agenas sia per processo che esito. Sono effettuati più di 180 interventi anno per articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori, interventi su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti, revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio, sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori.

E' possibile pensare di attivare presso la nuova struttura dei posti letto di Orto-Geriatria.

**Rete Oculistica:** l'UOC di Oculistica rientra nella rete clinica regionale hub-spoke. L'attività chirurgica a livello ambulatoriale e day surgery rappresenta un punto di riferimento a livello regionale. La UOC Oculistica AST Fermo, punto di riferimento regionale per maculopatie al glaucoma, dalle valvole agli stent, dalla retinopatia diabetica alla componente pediatrica e cataratte.

**Rete Otorinolaringoiatra:** l'attività chirurgica sia in regime di ricovero orinario e diurno, con tecnologia anche robotica, che ambulatoriale e medica rappresenta il centro spoke nella rete regionale.

**Rete Neurologica:** La Neurologia ospedaliera di Fermo si configura come sede spoke all'interno della rete neurologica regionale con presenza di una stroke unit di I livello con 4 posti letto che vanno ad aggiungersi ai 10 posti letto specialistici. L'expertise dei professionisti e il consolidamento del percorso emerge anche dagli indicatori di esito AGENAS dai quali si evidenzia una riduzione della mortalità per ictus ischemico a trenta giorni inferiore alla media regionale e nazionale (8%). Ruolo fondamentale per il recupero a seguito di evento acuto risulta la possibilità di trasferire il paziente in un setting adeguato della rete territoriale (Post-Acuzie o

riabilitazione o RSA/Cure Intermedie). L'area ambulatoriale neurologica svolta a Fermo nel P.O. del Murri, a Montegranaro e ad Amandola garantisce un percorso di presa in carico dei pazienti cronici mediante un'attività transmurale le cui caratteristiche potrebbero essere applicate oltre che alla SLA anche alle altre patologie neurologiche croniche degenerative. Strumento strategico per la gestione di tali patologia in via di implementazione è la telemedicina.

**Rete Nefrologia e dialisi:** la nefrologia si conferma parte della rete nefrologica che garantisce anche l'attività di nefrodialisi che nel territorio è rappresentata da una sede ospedaliera presso il presidio di Fermo ed una sezione CAL presso lo stabilimento in zona disagiata di Amandola.

### 2.4.1.3 Reti Cliniche di Patologia

L'adozione di tale modello organizzativo, già riconosciuto strategico per garantire la tempestività della presa in carico per le patologie tempo-dipendenti, rappresenta uno strumento utile anche per gli ambiti specialistici in cui, in base al contesto epidemiologico di riferimento, è necessario regolamentare ed uniformare le attività diagnostico-terapeutico assistenziali, mantenendo l'autonomia delle strutture nell'erogazione delle specifiche prestazioni in relazione al loro grado di competenza dei professionisti e delle tecnologie/risorse di cui dispongono.

**Rete Medicina e Chirurgia Vascolare:** in previsione delle indicazioni programmatiche per la revisione della rete di Chirurgia Vascolare integrata con quella di Medicina Vascolare presso il presidio di Fermo si garantisce da anni, grazie a professionisti di comprovata esperienza, un percorso consolidato ambulatoriale della patologia vascolare. Tale dovrà essere inserito all'interno della rete regionale in fase di costituzione. L'assenza della specialistica pneumologia all'interno del presidio ospedaliero di Fermo con posti letto dedicati evidenzia la necessità di istituire, anche in previsione dell'apertura del nuovo ospedale, posti letto di terapia semi intensiva per la gestione del paziente complesso che necessita di monitoraggio invasivo e non invasivo e deputati al trattamento ed alla gestione dell'insufficienza respiratoria acuta e cronica con conseguente riduzione dei ricoveri improprio in terapia intensiva.

Si ritiene strategica anche l'implementazione di posti letto di lungodegenza all'interno della UOC di medicina interna orientata a sopperire al fabbisogno sempre crescente del paziente anziano che per comorbidità e complessità non si configura appropriata in un posto letto per acuti ma non ha le caratteristiche tali da poter essere gestito all'interno delle strutture territoriali.

**Rete Materno Infantile:** l'AST contribuisce alla rete regionale come punto nascita spoke e garantisce tutte le attività previste dai LEA nel rispetto degli indicatori AGENAS risulta strategico formalizzare all'interno dell' UOC di Pediatria la neonatologia di I° livello.

**Rete Malattie Infettive:** la recente esperienza della pandemia ha consolidato l' UOC di Malattie Infettive all'interno della rete regionale come sede Hub di riferimento per il centro sud della Regione Marche.

**UOC Oncologia:** l'UOC Oncologia eroga prestazioni ambulatoriali e in DH in grado rispondere ai bisogni del territorio. Il lavoro del team multidisciplinare di professionisti contribuisce a garantire un valore aggiunto alla qualità delle prestazioni erogate. La sede di Fermo garantisce non solo per la AST FM, ma su tutta l'area del centro sud delle marche, un primo livello di riferimento per la diagnostica genetica.

**Rete Chirurgia Oncologica:** in attesa delle indicazioni programmatiche regionali per la rete chirurgica oncologica tenuto conto del quadro epidemiologico, dei bacini di utenza e dei volumi ed esiti di attività, l'AST di Fermo si configura come riferimento per le seguenti patologie:

- **Tumore Stomaco e colon:** Aumento progressivo degli interventi per ca dello stomaco con raggiungimento degli standard di volume rispetto degli indicatori di processo e di esito individuati da AGENAS per la patologia. La patologia neoplastica maligna del colon afferisce alla rete U.O. delle chirurgie generali pertanto Fermo si conferma come sede di erogazione di tali interventi anche grazie alla consolidata esperienza del personale evidenziata anche dai valori degli indicatori di esito.

- **Tumore Mammella:** si ritiene necessaria una revisione dell'offerta della rete delle breast unit, prevedendo anche l'AST di Fermo come sede di interventi chirurgici di BU, inserita nella UOS Chirurgia Oncologica, che garantirà il rispetto degli standard (> 150casi/anno) tenuto conto dell'attività ad oggi viene svolta presso la sede di S.Benedetto ed il recupero della mobilità intra ed extra regionale. Tale percorso verrà avviato mediante la collaborazione con la AOR di Ancona finalizzata anche alla riduzione delle lista d'attesa per intervento alla mammella delle donne del nostro territorio ed il rispetto dei tempi della presa in carico. La BU, ha il compito di gestire i percorsi in modo appropriato secondo un PDTA concordato e definito fra la AST di FM e l'AORU di Ancona.

**Rete Gastroenterologia:** La Gastroenterologia di Fermo vanta una lunga esperienza, organizzazione e strumentazione endoscopica di ultima generazione per la diagnosi e terapia delle patologie dell'apparato gastrointestinale, hub della rete di riferimento per l'area Marche Sud ad oggi attrattiva anche per le altre aree delle Marche e da fuori regione. Sono stati istituiti, da più di un anno, un Ambulatorio Integrato Gastroenterologo-Oncologo, avviato percorsi per patologia collegiali multispecialistici settimanali oltre che ottenuto certificazione per il percorso MICI. Tutto ciò grazie ad un approccio terapeutico medico che vede il Gastroenterologo come più il primo attore nella gestione delle patologie gastrointestinali che si avvale oltre che della diagnosi istologica mediante Ecoendoscopia con FNA/FNB anche di tecnologie quali Colangioscopia con SpyGlass e di procedure di Endoscopia Operativa Bilio-Pancreatica, ERCP.

**Rete Odontoiatrica:** la DGR n. 716/2024 istituisce la rete odontoiatrica indicata nel Piano socio sanitario, in adempimento a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, al fine di assicurare l'erogazione delle prestazioni LEA. La AST FM rientra nella rete come spoke: ospedaliero presso il presidio di Amandola dove vengono garantite a pazienti in condizione di fragilità clinica che necessitano di ambiente protetto prestazioni ambulatoriali e/o terapie chirurgiche in regime diurno (in Area Funzionale Omogenea Chirurgica - codice 98); Territoriali che erogano prestazioni ambulatoriali di non elevata complessità indirizzate a pazienti che non presentano rilevanti fattori di rischio clinico (fragilità sociale). Ruolo strategico della rete viene svolto dai Pediatri di Libera Scelta (PSL) tramite l'intercettazione precoce dei problemi odontoiatrici e da un'équipe multidisciplinare dedicata.

**Rete Diabetologica:** la UOC di Diabetologia della AST Fermo, in un'ottica di adesione ad una organizzazione di Rete Regionale nell'ambito di un dipartimento interaziendale secondo la disciplina che verrà definita dalla Regione, prende in carico pazienti con diabete di tipo 1 e tipo 2; inoltre presenta anche una forte attività in ambito endocrinologico. La presenza di medici specialistici, affiancati da personale infermieristico e tutte le figure professionali (dietista, psicologo, podologo) come previsto dalla Legge regionale n. 9 del 2015 che in team svolgono la presa in carico del paziente diabetico e patologie endocrinologiche. L'attività è erogata in regime ambulatoriale, con possibilità di DH. Forte è la collaborazione con le Associazioni di pazienti diabetici Marchigiani, per favorire nella popolazione l'adozione di corretti stili di vita, sia in ambito di alimentazione sia di movimento. Gli indicatori di attività ed esito di Agenas individuano l'alto livello della presa in carico del paziente diabetico presso la UOC Diabetologia della AST Fermo.

## RETE DEI SERVIZI

Sono presenti e integrate all'interno delle reti regionali i servizi sanitari a supporto dell'attività clinica che viene erogata sia presso gli stabilimenti ospedalieri che quelli territoriali e a domicilio quali la diagnostica per immagine, patologia clinica con i punti prelievo di riferimento, il centro trasfusionale e le unità di raccolta sangue.

**Rete Farmaceutica:** la farmacia entra nel processo della medicina di precisione, una collaborazione costante con i mmg/pls del territorio, nella costruzione dei PDTA, nel prontuario terapeutico regionale, nel percorso assistenziale del paziente con malattie rare, malattie autoimmuni, neoplastiche, SLA, ADI/ADP, nelle strutture residenziali.

La Farmacia è parte integrante nelle stesure dei prontuari terapeutici dei dispositivi medici oltre che eroga un'attività di monitoraggio finalizzata a garantire la qualità delle prescrizioni e l'appropriatezza terapeutica.

In attuazione della Raccomandazione n.14 attiva anche presso l'AST di Fermo la struttura che nel rispetto della norma permetterà di garantire l'allestimento dei farmaci all'interno dell'Unità Farmaci Antineoplastici nel pieno rispetto della sicurezza degli operatori e dei pazienti.

**Rete Medicina Fisica e Riabilitazione:** è un servizio trasversale Ospedale/Territorio, presente in modo capillare che opera nelle sedi di Fermo, Porto San Giorgio, Porto Sant'Elpidio, Sant'Elpidio a Mare, Montegiorgio, Petritoli, Montegranaro, Amandola. Garantisce in tutti i reparti in fase acuta, per la prevenzione del danno e le conseguenti menomazioni secondarie nelle patologie ad alto rischio, la presa in carico precoce del paziente e ne pianifica il setting riabilitativo. E' inserito nel percorso della BREAST con la presa in carico

precoce delle pazienti operate al seno e la possibilità di valutazioni longitudinali del linfedema postchirurgico con un ambulatorio e percorsi riabilitativi dedicati.

**Rete Anestesia e Rianimazione:** a seguito dell'emergenza SarsCov2 con il decreto legge 34/2020 è stato finanziato il potenziamento di nuovi pl di terapia intensiva con l'obiettivo di raggiungere il target di 0,14 posti ogni 1000 abitanti. Il completamento dei 14 posti letto aggiuntivi previsti presso l'AST di Fermo, che contribuiranno al potenziamento della rete delle rianimazioni, si verificherà con il completamento della nuova struttura di Campigione.

**Donazione organi e tessuto:** l'AST di Fermo rientra all'interno della rete Regionale di donazione organi e tessuti che ha designato un coordinatore locale finalizzato a supportare l'azienda nelle procedure di procurement e donazioni.

**Terapia del dolore:** la regione con DGR 325/15 ha recepito la Legge 38/2010 ed individuato l'articolazione della rete in centri hub e spoke. L'AST di Fermo si configura come spoke della rete che vede l'hub di riferimento presso l'AST di Macerata. Gli spoke presenti erogano attività ambulatoriali per almeno 18h settimanali articolate sul presidio ospedaliero di Fermo ed Amandola. Strategico inoltre all'interno della rete è il ruolo dei MMG che sono chiamati a fornire risposte assistenziali e di indirizzo alla persona con dolore.

**Rete Cure Palliative:** con DGR 846/14 la Regione ha recepito la Legge 38/2010 ed individuato l'articolazione della rete delle cure palliative. L'AST Fermo ha istituito l'UCPH che opera presso l'hospice di Montegranaro. Si prevede l'implementazione della rete integrando il percorso ad oggi orientato al paziente oncologico a quella dei pazienti cronici non oncologici. Necessario ampliare inoltre l'offerta anche in ambito ospedaliero e domiciliare mediante condivisione dei percorsi con le UUOO ospedaliere, il Distretto e i MMG/PLS.

**Rete Psicologica:** allo stato dell'arte la grande rivoluzione territoriale che sta attraversando la sanità dei servizi di psicologia al fine di affrontare con efficacia la complessità dei nuovi ambiti e servizi sanitari da implementare, che consenta la pianificazione di interventi preventivi e di cura attraverso un'attenta valutazione dei nuovi bisogni psicologici della popolazione.

### 3. - LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Uno degli aspetti tipici di un'azienda è l'organigramma. Strumento utilizzato per illustrare graficamente l'articolazione generale di un'azienda, consentendo la visualizzazione chiara ed immediata della gerarchia aziendale, dei vari ruoli dei dipendenti e dei diversi settori.

La DG ASUR n. 361 del 23 giugno 2017 ha individuato le UUOCC/UUOSSDD/UUOSS sanitarie in ambito regionale suddivise per Aree Vaste e relativi Dipartimenti.

Le unità operative sono strutture organizzative che aggregano risorse umane, strumentali e finanziarie; assicurano la direzione e l'organizzazione delle attività di competenza, nonché il raggiungimento degli obiettivi assegnati, nel rispetto degli indirizzi aziendali.

Le unità operative possono essere complesse, semplici a valenza dipartimentale e semplici. Le strutture complesse si collocano di norma al primo livello dell'organizzazione dipartimentale, costituendone l'articolazione e possono ricomprendere al loro interno altre strutture organizzative.

Le strutture complesse operano in autonomia tecnico-professionale e gestionale-organizzativa, con responsabilità dell'utilizzo delle risorse assegnate e degli obiettivi stabiliti.

Le strutture semplici di norma sono articolazioni organizzative che afferiscono a strutture complesse. Sono caratterizzate da specifici ambiti di autonomia limitatamente agli obiettivi e alle risorse attribuite, nell'ambito delle aree di attività della struttura complessa sovraordinata.

Le strutture semplici dipartimentali sono articolazioni organizzative che afferiscono direttamente al Dipartimento di appartenenza e svolgono attività trasversali, funzionali a più strutture complesse. Tali strutture rispondono, della gestione e degli obiettivi raggiunti, direttamente al Direttore di riferimento.

Le unità operative possono assumere anche dimensione interaziendale, in ordine ad accordi tra Aziende Sanitarie della Regione, funzionali a sinergie organizzative.

Il Programma aziendale è una articolazione organizzativa trasversale che assicura una unitaria programmazione, organizzazione e valutazione delle attività nel relativo ambito di applicazione.

I Programmi possono essere a valenza aziendale, interaziendale, dipartimentale, d'Istituto e di singola unità operativa.

#### **Unità operative complesse, semplici dipartimentali e semplici.**

La DGRM n. 670 del 06/05/2024 ha stabilito che la AST di Fermo in funzione della consistenza del personale dipendente al 31/12/2023 ed alla dotazione organica, l'assetto organizzativo azienda relativo a strutture complesse e semplici, che deve essere coerente, ai sensi della DGR 1718 del 28/12/2022, con la determina ASUR n. 764/2022 che quantifica, per Area Vasta n. di Fermo, n. 46 strutture complesse e n. 49 strutture semplici/semplici dipartimentali (comprensive dell'incarico di direzione di struttura semplice Ufficio Legale transitato dall'ASUR DG) senza distinzione di area.

L'organigramma della AST Fermo quindi prevede:

- N. 46 UUOCC
- N. 49 UUOSSDD/UUOSS
- **Area Amministrativa:**
  - ✓ N. 9 UUOCC
  - ✓ N. 2 UUOSS/UUOSSDD
- **Area Sanitaria**
  - ✓ N. 37 UUOCC
  - ✓ N. 47 UUOSSDD
- **Dipartimenti**
  - ✓ Dipartimento Chirurgico
  - ✓ Dipartimento Medico
  - ✓ Dipartimento Emergenza Urgenza
  - ✓ Dipartimento Materno Infantile

- ✓ Dipartimento Funzionale delle Professioni Sanitarie
- ✓ Dipartimento Amministrativo
- ✓ Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
- ✓ Dipartimento Prevenzione
- ✓ Dipartimento dei Servizi

Tabella: 29

| DIPARTIMENTO                                                               | U.O.C. | UNITA' OPERATIVA                                  |
|----------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------|
| STAFF ALLA DIREZIONE - DIPARTIMENTO FUNZIONALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE | U.O.C. | Professioni Sanitarie                             |
| STAFF ALLA DIREZIONE                                                       | U.O.C. | Governo Clinico e Gestione del Rischio            |
| STAFF ALLA DIREZIONE - DMO                                                 | U.O.C. | Direzione Medica di Presidio                      |
| STAFF ALLA DIREZIONE - DISTRETTO                                           | U.O.C. | Organizzazione Servizi Sanitari di Base           |
|                                                                            | U.O.C. | Malattie Endocrine e Metaboliche SNDC             |
|                                                                            | U.O.C. | Medicina Legale                                   |
| DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA                                             | U.O.C. | Anestesia Rianimazione                            |
|                                                                            | U.O.C. | Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza  |
|                                                                            | U.O.C. | Cardiologia                                       |
| DIPARTIMENTO DEI SERVIZI                                                   | U.O.C. | Medicina Trasfusionale                            |
|                                                                            | U.O.C. | Patologia Clinica                                 |
|                                                                            | U.O.C. | Radiodiagnostica                                  |
|                                                                            | U.O.C. | Medicina Fisica e Riabilitazione                  |
|                                                                            | U.O.C. | Farmacia                                          |
| DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE                                             | U.O.C. | Pediatria                                         |
|                                                                            | U.O.C. | Ginecologia e Ostetricia                          |
| DIPARTIMENTO MEDICO                                                        | U.O.C. | Medicina Interna Fermo                            |
|                                                                            | U.O.C. | Medicina Interna Amandola                         |
|                                                                            | U.O.C. | Malattie Infettive                                |
|                                                                            | U.O.C. | Neurologia                                        |
|                                                                            | U.O.C. | Gastroenterologia                                 |
|                                                                            | U.O.C. | Nefrologia                                        |
|                                                                            | U.O.C. | Oncologia                                         |
| DIPARTIMENTO CHIRURGICO                                                    | U.O.C. | Chirurgia Generale                                |
|                                                                            | U.O.C. | Oftalmologia                                      |
|                                                                            | U.O.C. | Ortopedia e Traumatologia                         |
|                                                                            | U.O.C. | Otorinolaringoiatria                              |
|                                                                            | U.O.C. | Urologia                                          |
| DIPARTIMENTO PREVENZIONE                                                   | U.O.C. | Sanità Animale                                    |
|                                                                            | U.O.C. | Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche |
|                                                                            | U.O.C. | Igiene Alimenti di Origine Animale                |
|                                                                            | U.O.C. | Igiene e Sanità Pubblica                          |
|                                                                            | U.O.C. | Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro        |
|                                                                            | U.O.C. | Igiene degli Alimenti e della Nutrizione          |
| DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO                                                | U.O.C. | Contabilità e Bilancio                            |
|                                                                            | U.O.C. | Controllo di Gestione                             |
|                                                                            | U.O.C. | Direzione Amministrativa Ospedaliera              |
|                                                                            | U.O.C. | Direzione Amministrativa Territoriale             |
|                                                                            | U.O.C. | Politiche del Personale                           |
|                                                                            | U.O.C. | Patrimonio Nuove Opere e Attività Tecniche        |
|                                                                            | U.O.C. | Sistemi Informativi Aziendali                     |
|                                                                            | U.O.C. | Affari Generali                                   |
|                                                                            | U.O.C. | Acquisti e Logistica                              |
| DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE                                                | U.O.C. | Psichiatria Ospedaliera (SPDC)                    |
|                                                                            | U.O.C. | Psichiatria Territoriale                          |
| DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE                                        | U.O.C. | Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche      |

**LEGENDA**

U.O. senza pl

U.O. con PL

U.O. ospedaliera senza PL

Nota: I pl OBI non sono pl HSP ma posti tecnici, i pl sono quelli delle U.O. a cui afferisce il paziente per patologia

Figura: 9

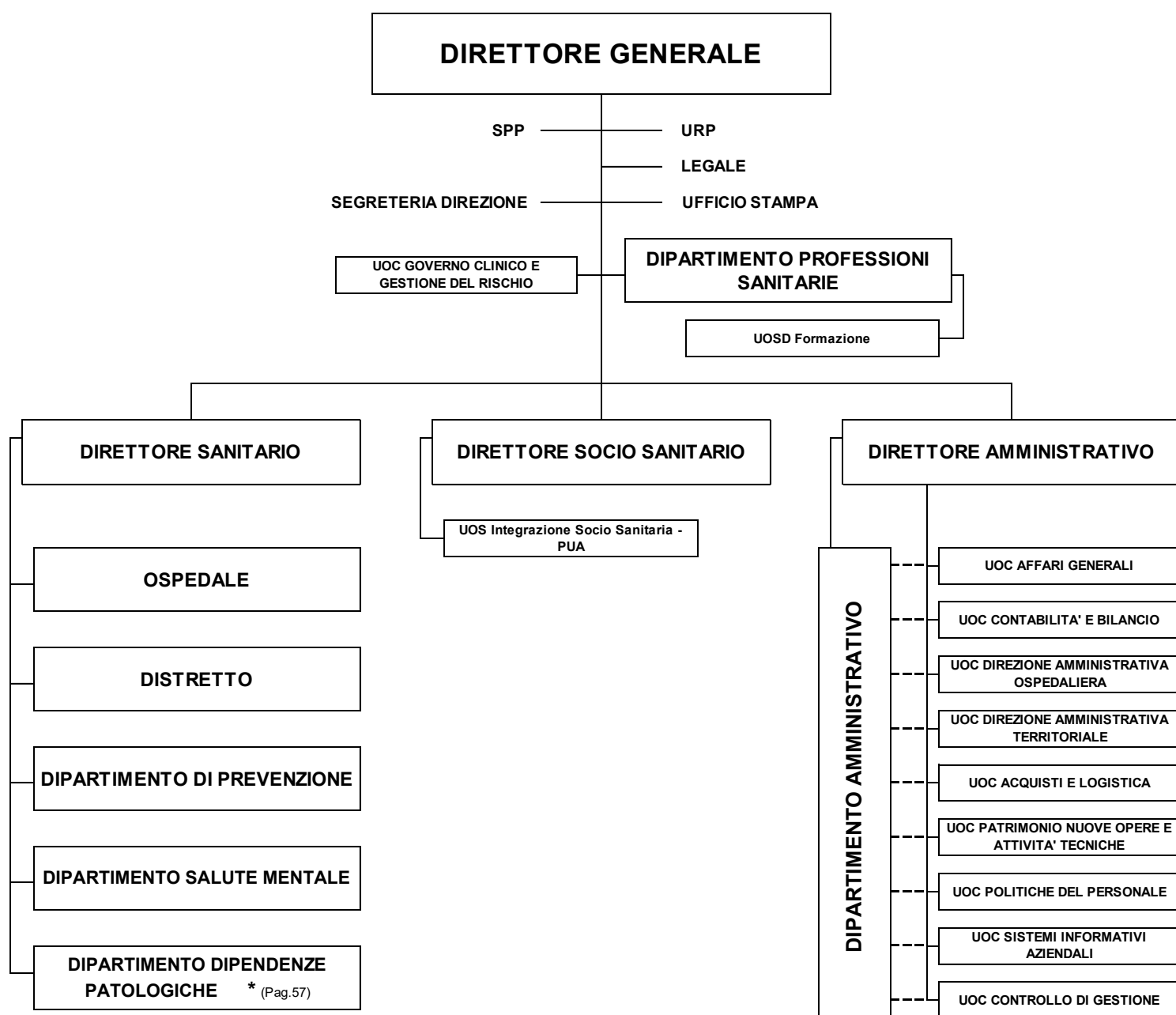


Figura: 10

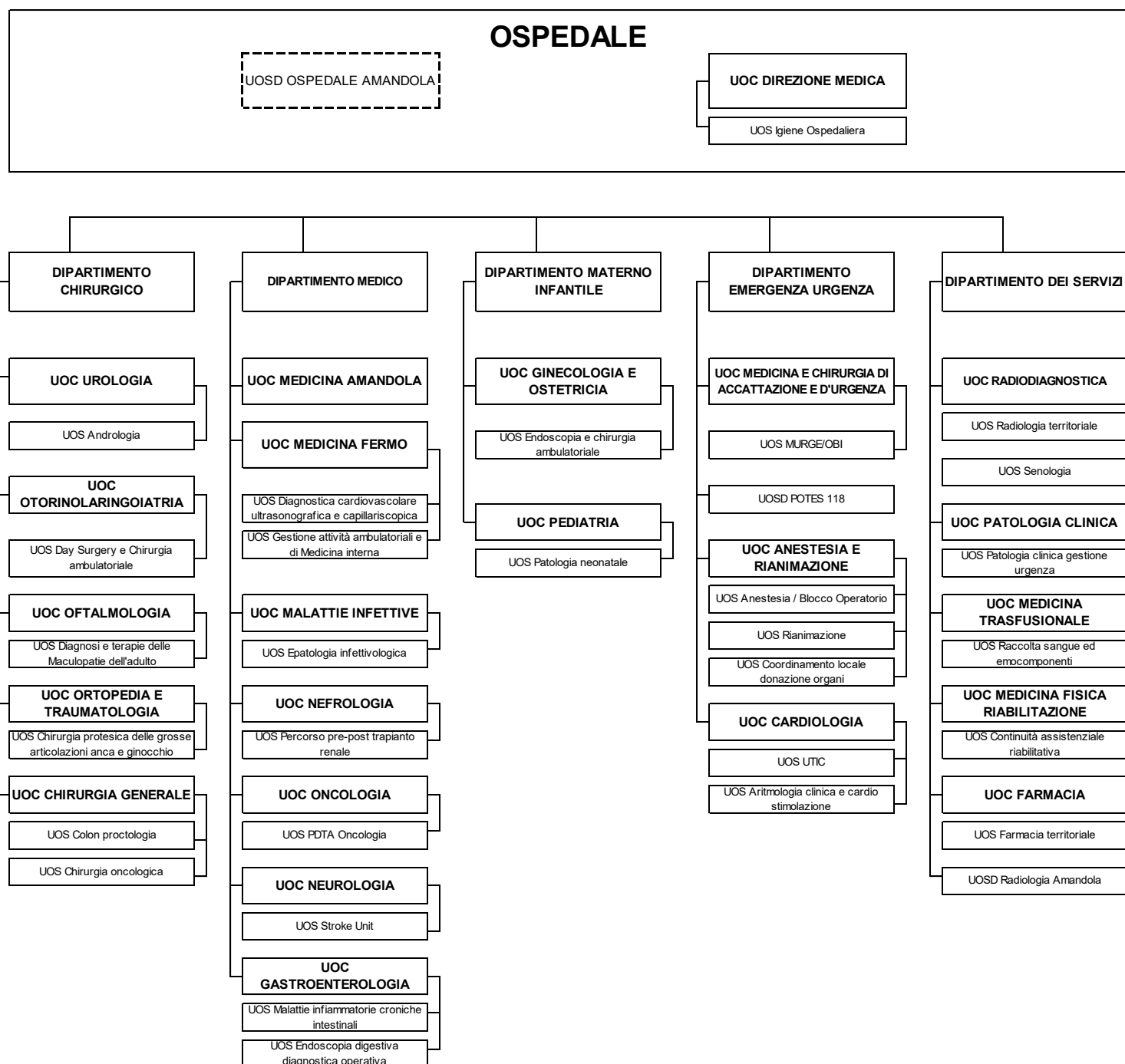


Figura: 11

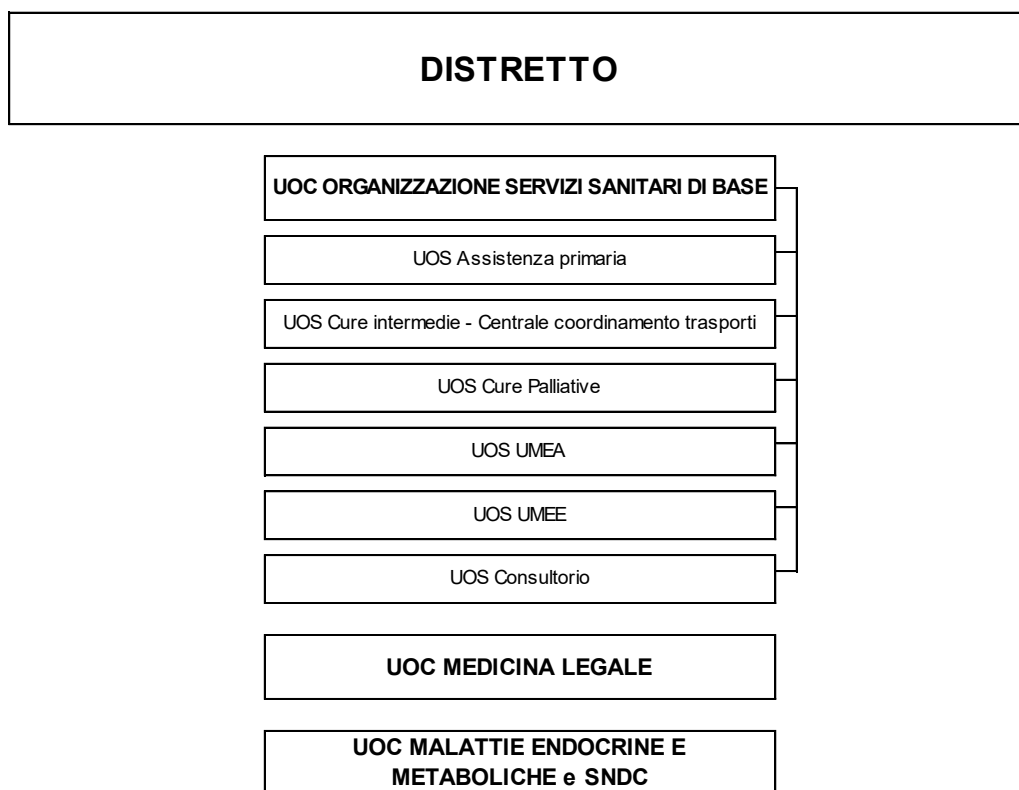


Figura: 12

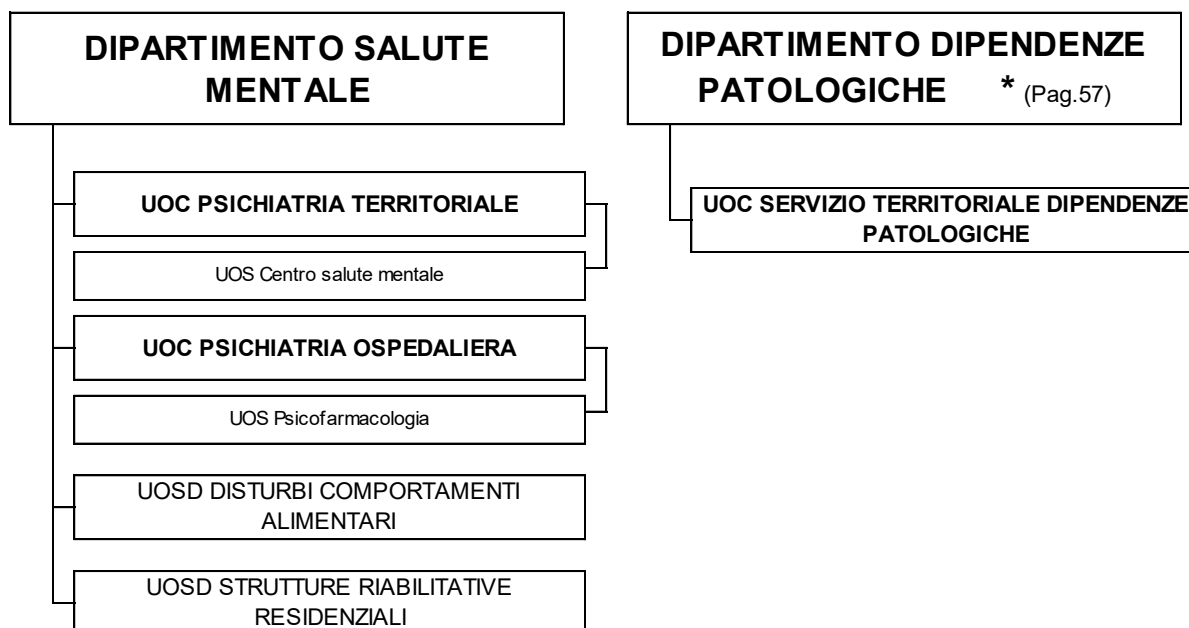
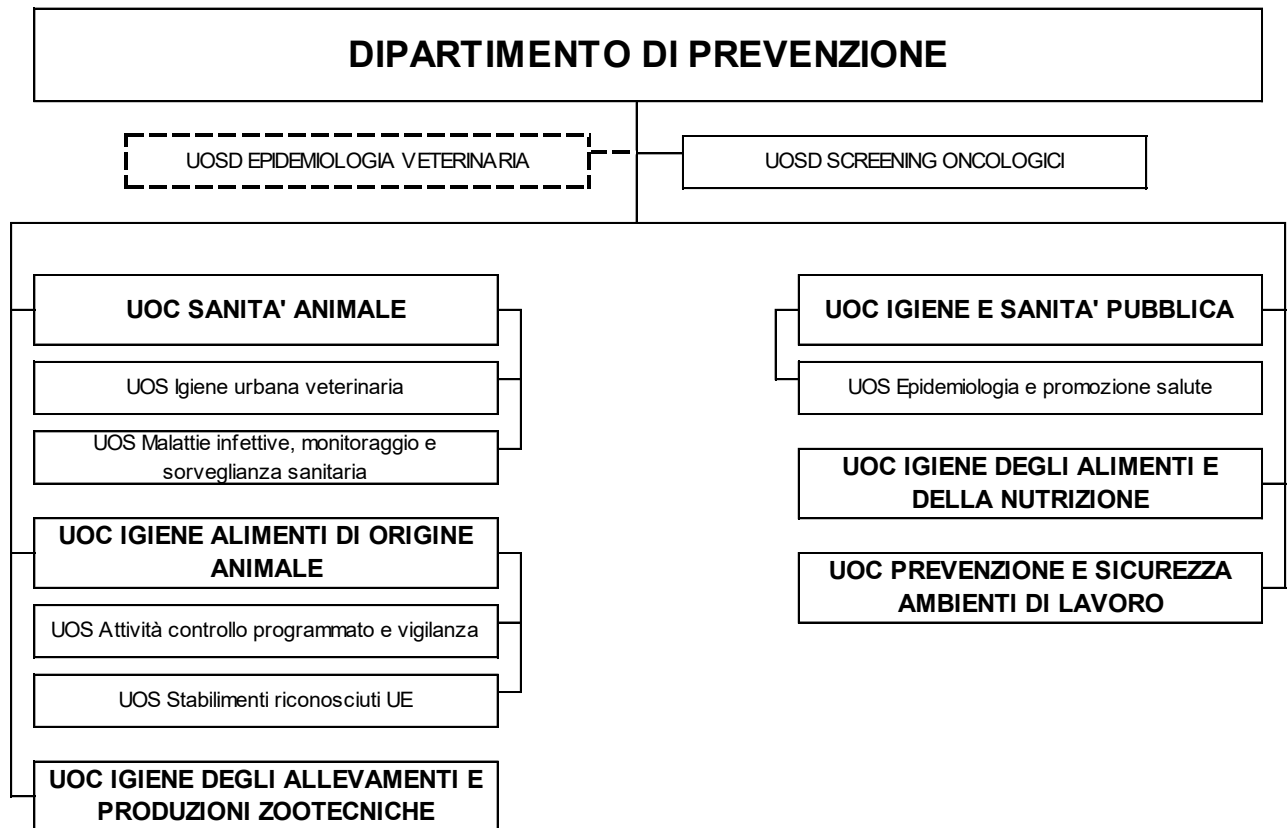


Figura: 13



## 3.1 Modello Dipartimentale

L'Azienda è organizzata in Dipartimenti, quale modello ordinario di gestione operativa delle attività sanitarie aziendali ai sensi dell'art. 17 bis D.Lgsvo 502/92

**Il Distretto** assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali.

**Il Dipartimento di Prevenzione (DIP)** è la struttura organizzativa, dotata di autonomia tecnico-professionale e gestionale, preposta all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, con funzioni di analisi, promozione, orientamento, assistenza e vigilanza sui problemi di salute e sui fattori determinanti il benessere della collettività, attraverso interventi che vanno a coinvolgere l'intera società civile.

**Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) e Dipendenze Patologiche, un Dipartimento trasmurale;** è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale e prevenzione delle patologie correlate, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo dei soggetti che presentano dipendenze di vario genere (alcol, sostanze stupefacenti, ludopatie, etc.)

**Il Dipartimento delle professioni sanitarie** – di cui Art. 36, comma 1, L.R. 19/22.

La Disciplina dei Dipartimenti, Art. 33 comma 15, della L.R. n. 19/22 è regolata dall'adozione di atti della Giunta Regionale e a seguire dal rispettivo Regolamento dell'AST FM.

Le Unità Operative costituenti il Dipartimento sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati, a tal fine adottano regole condivise di comportamento.

Il Dipartimento è quindi una struttura di coordinamento in Staff alla Direzione, per favorire la gestione in comune delle risorse umane, degli spazi, delle risorse tecnico-strumentali ed economiche assegnate, per lo svolgimento di funzioni complesse con compiti di orientamento, consulenza e supervisione per la funzione cui è proposto ed è inoltre centro di responsabilità e di budget, per quanto attiene agli obiettivi dipartimentali.

Le principali finalità dell'organizzazione dipartimentale sono:

- incremento dell'efficacia: l'integrazione ed il coordinamento delle diverse professionalità, che possono utilizzare risorse da loro scelte ed organizzate, aumenta la probabilità dell'efficacia nel campo della prevenzione;
- garanzia dell'outcome: la misura degli esiti delle attività deve essere prevista nell'ambito del Dipartimento, per assicurare i risultati migliori in termini di salute, sicurezza alimentare e sicurezza dei luoghi di lavoro nel rispetto delle risorse economiche disponibili e tramite l'implementazione e la manutenzione sistematica di linee guida nazionali ed internazionali;
- integrazione inter-disciplinare: l'elaborazione condivisa di percorsi e linee guida comuni favorisce la reciproca conoscenza e valorizzazione dei professionisti delle diverse discipline, incrementando di conseguenza l'efficacia e l'efficienza dei loro interventi;
- orientamento dei cittadini e dei portatori d'interesse: la visione complessiva delle problematiche viene garantita dalla presenza di tutte le professionalità necessarie ad affrontarla e consente di utilizzare percorsi mirati per favorire la migliore gestione del caso e la sua sicurezza;
- valorizzazione e sviluppo delle risorse umane: la crescita professionale e la gratificazione degli operatori sanitari è sostenuta anche dal confronto sistematico delle esperienze e dalla condivisione delle conoscenze attraverso l'elaborazione di percorsi comuni, la formazione e l'aggiornamento continuo;
- ottimizzazione nell'uso delle risorse: la gestione dipartimentale facilita l'acquisizione e la fruizione di tecnologie sofisticate, favorisce l'utilizzo flessibile del personale per specificità e competenza, salvaguardando la necessità di agire nel territorio vicino ai punti dove nascono i bisogni della popolazione. Essa permette, altresì, l'attivazione di meccanismi di economia di scala con la conseguente riduzione della duplicazione dei servizi e razionalizzazione della spesa;
- responsabilizzazione economica: gli operatori sanitari vengono coinvolti attraverso la gestione diretta del budget assegnato e la loro partecipazione nella realizzazione degli obiettivi del Dipartimento di Prevenzione. La valutazione del personale sui risultati è uno strumento di garanzia per la piena

valorizzazione del personale e l'attuazione di una gestione efficiente, alla luce anche del vigente Piano della Performance Aziendale;

- coordinamento con le attività ospedaliere e con il territorio per mantenere una stretta correlazione delle attività.

## 3.2 Gli Organi

Sono organi dell'Azienda, ai sensi dell'art.3 D.lgs. 502/92 e della art. 25 della L.R. n. 19 del 8/8/2022: il Direttore Generale, il Collegio di Direzione ed il Collegio Sindacale.

### Il Direttore Generale

- Il Direttore Generale, nominato ai sensi dell'art. 26 della L.R. n. 19 del 8/8/2022, rappresenta l'Azienda.
- Al Direttore Generale spetta la responsabilità complessiva della gestione dell'Azienda nel rispetto dei principi d'imparzialità, buon andamento e trasparenza dell'amministrazione, nonché dei criteri di efficacia, efficienza ed economicità.
- Il Direttore Generale assicura il perseguimento dello scopo, avvalendosi dell'attività degli organi e delle strutture organizzative dell'Azienda nonché dei poteri organizzativi e gestionali attribuiti dalla normativa.
- Il Direttore Generale è altresì responsabile della realizzazione dei programmi e dei progetti strategici con riferimento agli obiettivi del piano sanitario regionale e del piano attuativo locale. Per l'esercizio delle sue funzioni si avvale del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, nonché del Direttore socio sanitario
- Il Direttore Generale nomina i responsabili delle varie articolazioni aziendali.
- Il Direttore Generale ha il compito di garantire l'attività di assistenza.

### Il Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario è nominato dal Direttore Generale, ai sensi dell'art. 29 della L.R. n. 19 del 8/8/2022, e dirige i servizi sanitari a fini organizzativi ed igienico-sanitari.

- Il Direttore Sanitario coadiuva il Direttore Generale concorrendo al governo aziendale e partecipa ai processi di pianificazione strategica e di pianificazione e programmazione annuale.
- È responsabile del governo clinico assistenziale complessivo, inteso come insieme delle attività volte ad assicurare la qualità clinica delle prestazioni erogate, la loro sicurezza, il loro costante miglioramento, l'efficienza tecnico-operativa della produzione di prestazioni, l'adeguata distribuzione dei servizi e l'integrazione dei percorsi assistenziali fra presidio e servizi territoriali.
- Si avvale della collaborazione e promuove la partecipazione alle scelte e responsabilità dei Direttori di Dipartimento, dei responsabili delle altre articolazioni aziendali e del Direttore Socio sanitario.
- Il Direttore Sanitario è responsabile per la gestione del rischio clinico, assicura l'attuazione delle politiche per la sicurezza delle cure nonché l'esercizio delle funzioni relative alla responsabilità professionale

### Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo è nominato dal Direttore Generale, ai sensi dell'art. 29 della L.R. n. 19 del 8/8/2022, e dirige i servizi tecnico-amministrativi.

- Il Direttore Amministrativo coadiuva il Direttore Generale, concorrendo al governo aziendale: partecipa ai processi di pianificazione strategica e di programmazione annuale. Inoltre coadiuva il Direttore Generale nella definizione e direzione del sistema di governo economico-finanziario aziendale, garantendo l'efficace ed efficiente espletamento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo e logistico.
- Il Direttore Amministrativo garantisce la funzione tecnico-amministrativa complessivamente intesa, si avvale di idonee strutture dipartimentali e di coordinamento, mettendo a disposizione le informazioni necessarie a valutare la compatibilità e la congruenza tra piani di attività e risorse.

## La Direzione Socio – Sanitaria

Il Direttore Socio Sanitario, previsto dall'art. 29 della Legge Regionale n. 19 del 8 agosto 2022:

- Partecipa ai processi di pianificazione strategica e di programmazione annuale, gli ambiti di responsabilità si caratterizzano principalmente nel coordinamento tecnico a livello aziendale delle attività riconducibili alla integrazione socio-sanitaria, sia nei processi di cura ospedalieri, sia a livello di distretto. Mantiene la relazione ed assicura il supporto tecnico ai Comuni, ai Comitati di Distretto, anche al fine di promuovere l'omogeneità ed equità a livello aziendale dei processi assistenziali territoriali;
- assicura il supporto tecnico in materia di integrazione socio-sanitaria alla Conferenza dei Sindaci dell'AST Fermo, il governo delle politiche di integrazione socio-sanitaria dell'Azienda e il rispetto degli impegni di pertinenza assunti dall'AST tramite intese ed accordi con gli Enti Locali ed eventuali altri soggetti; garantisce le necessarie connessioni tra l'AST e altri soggetti istituzionali ai fini della programmazione, gestione e monitoraggio dei fondi sociosanitari.
- partecipa al processo di pianificazione strategica collaborando sinergicamente con il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo, in attuazione delle direttive del Direttore Generale;
- agisce in coerenza con le strategie complessive aziendali, secondo una logica di forte integrazione professionale e flessibilità organizzativa, con la creazione di sinergie e relazioni tese alla garanzia ed ottimizzazione dei percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali per la parte di specifica competenza professionale;
- contribuisce alle attività di definizione organizzativa aziendale nell'ambito delle sue funzioni;
- è componente del Collegio di Direzione;
- promuove lo sviluppo delle competenze professionali del personale sociosanitario e assistenziale dei servizi della rete sociosanitaria, per garantire il miglioramento dei percorsi di accesso, presa in carico e assistenza in ambito domiciliare, residenziale e semiresidenziale;
- garantisce le necessarie connessioni tra l'Azienda AST e gli altri soggetti istituzionali, del terzo settore e dell'associazionismo, sostenendo il sistema di governance, legato agli obiettivi di salute e benessere, con particolare attenzione all'equità, e alle popolazioni vulnerabili;
- monitora e accompagna verso processi di miglioramento continuo, con il supporto delle direzioni di distretto, il sistema di servizi sociosanitari accreditati e socio-assistenziali del territorio.

## Il Collegio di Direzione

La Dgr. 1628 del 28/10/2024 ha definito le linee del Collegio di Direzione previste dall'art. 17 del D.lgs. n.502/92, è organo con compiti di elaborazione e proposta per la programmazione, per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi per l'esercizio del governo clinico, per l'accesso alle prestazioni sanitarie, per le attività di formazione, di ricerca e di innovazione, nonché per la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori. Il Collegio partecipa alla formulazione di proposte in materia di libera professione, ivi compresa l'individuazione di strumenti e modalità per il monitoraggio dell'attività libero professionale intramuraria e per la valutazione dei tempi di attesa.

Il Collegio di Direzione, di cui alla DGR 1628 del 28/10/2024, è presieduto dal Direttore Generale e composto da:

- Direttore Sanitario;
- Direttore Amministrativo;
- Direttore Socio Sanitario;
- Direttore Dipartimento Medico Ospedaliero;
- Direttore Amministrativo del Presidio ospedaliero;
- Direttori di tutti i Dipartimenti Aziendali;
- Direttore di Distretto;
- Direttore delle Professioni Sanitarie;
- Coordinatore dell'Ambito Territoriale Sociale.

Al Collegio di Direzione possono inoltre essere invitati a partecipare altri professionisti che, pur non essendone componenti di diritto, si ritiene possano essere competenti nella trattazione di singoli argomenti.

In caso di decisioni assunte dal Direttore Generale in dissenso rispetto al parere o alle proposte del Collegio di Direzione, il Direttore Generale formula adeguate motivazioni, che trasmette al Collegio.

Il Collegio di Direzione è in carica per tre anni; la sua composizione tiene conto delle eventuali modifiche organizzative che intervengano nello stesso triennio.

## Il Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale è l'organo dell'Azienda con compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa, contabile e sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale così come definiti nelle norme nazionali e regionali vigenti.

Il collegio sindacale svolge le funzioni previste dall'art. 3-ter del D.lgs. n. 502/92:

- a) verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;
- b) vigila sull'osservanza della legge;
- c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- d) riferisce almeno trimestralmente alla regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa.

I componenti del Collegio Sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente.

I componenti del Collegio Sindacale possono svolgere la loro attività anche in modalità a distanza.

**L'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance (OIV)**, costituito ai sensi dell'art. 14 del D.lgs. 27/10/2009 n. 150 e ss.mm.ii., è un organismo nominato dal Direttore Generale a seguito di indicazione di manifestazione d'interesse. Sono assegnati all'OIV i seguenti compiti:

- monitora il funzionamento complessivo del Sistema di Valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso;
  - comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo e di amministrazione, nonché alla Corte dei Conti e al Dipartimento della funzione pubblica;
  - valida la relazione sulla performance, assicurandone la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione e garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché dell'utilizzo delle premialità di cui al sopracitato decreto legislativo, dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni all'Azienda, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
- A. valida, sulla base del sistema di misurazione e valutazione della performance, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi previsti;
  - B. è responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dal Dipartimento della funzione pubblica;
  - C. promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità di cui al titolo II del D.lgs. n. 150/2009;
  - D. verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità. I componenti dell'OIV durano in carica tre anni e possono essere rinnovati per una sola volta.

**Consiglio dei Sanitari** L'art. 30 della L.R. n. 19/2022 e la DGR n. 1582 del 23/10/2024 individuano il Consiglio dei Sanitari ai sensi dell'art. 3 comma 12 del D.lgs. n. 502/92 s.m.i.; è presieduto dal Direttore Sanitario d'Azienda e svolge la funzione di consulenza tecnico-sanitaria attribuite dalla normativa vigente e opera secondo quanto previsto dalla normativa vigente. La composizione, le modalità di elezione e di funzionamento del Consiglio dei Sanitari sono disciplinati da apposito Regolamento nel rispetto della normativa regionale vigente. Viene riconosciuto il ruolo strategico del Consiglio in ordine al fatto che rappresenta l'unico organo della struttura organizzativa aziendale a designazione elettiva, nonché l'organo nel quale sono rappresentate le varie professionalità secondo un principio non solo gerarchico. Per tale ragione oltre alle funzioni specifiche assegnate dalla normativa vigente di tipo consultivo, si sottolinea il ruolo propositivo che tale assemblea in seno all'Azienda, può esercitare. Viene altresì valorizzato l'insostituibile ruolo di comunicazione che può svolgere sia

in senso “top-down”, sia, e soprattutto, in senso opposto onde riportare clima, posizioni, proposte, pareri o chiarimenti che singole équipes ovvero singoli operatori vogliano avanzare.

**Collegio Tecnico** Il Collegio Tecnico è l'organismo preposto alla verifica dell'attività dei Dirigenti dei ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo. Le verifiche concernono le attività professionali svolte ed i risultati raggiunti. Il Collegio tecnico è nominato dal Direttore Generale e opera in composizione diversificata in relazione alle differenti tipologie di dirigenti da verificare, secondo quanto previsto dal Regolamento aziendale in materia di affidamento, valutazione e revoca degli incarichi dirigenziali.

**Il Comitato di Dipartimento** è un organismo collegiale di supporto al Direttore del Dipartimento. Nello svolgimento delle attività professionali e gestionali, in ordine alla corretta e razionale gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti al dipartimento stesso ai sensi del comma 2, art.17-bis del D.lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii.

## 4. - ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

### Organizzazione ambiente e salute

La DGR n. 1440 del 30/09/2024 prevede di istituire il Sistema Regionale Prevenzione Salute dai Rischi Ambientali e Climatici (SRPS).

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, in linea con gli orientamenti europei e internazionali e tenendo conto degli orientamenti produttivi finalizzati alla riduzione dell'impatto ambientale, nonché dei nuovi LEA e in continuità con il PNP 2014-2019, propone una strategia intersettoriale e integrata, finalizzata a realizzare sinergie tra i servizi sanitari, preposti alla salute umana e a quella animale, e quelli preposti alla tutela ambientale, per potenziare l'approccio "One Health". Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2020-2025, approvato con DGR n. 1640 del 28 dicembre 2021, in continuità con il precedente PRP 2014-2019, propone una strategia intersettoriale e integrata in materia di ambiente-salute con lo scopo di promuovere la collaborazione tra le diverse istituzioni promuovendo il superamento delle criticità tecnicoscientifiche e di *governance* a livello regionale, anche attraverso lo sviluppo di conoscenze e l'integrazione delle competenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente, incentrata in particolare sulla sorveglianza epidemiologica, la valutazione di impatto sanitario da esposizione a fattori di pressione ambientale e la comunicazione e la gestione integrata dei rischi. Nello specifico, con lo sviluppo di quanto previsto nell'ambito del *"Programma Predefinito PP9 – Ambiente, clima e salute"* del PRP 2020-2025, si prevede di rafforzare e facilitare l'integrazione ambiente e salute attraverso la realizzazione di una struttura organizzativa regionale a rete, che integri le attività e le prestazioni erogate dai servizi del Sistema Sanitario Regionale (SSR) e dell'Agenzia di protezione ambientale. Il fine dell'istituzione di tale struttura organizzativa consiste primariamente nel consolidamento, nella razionalizzazione e nel coordinamento delle componenti istituzionali in materia di ambiente e salute attraverso il coinvolgimento e il lavoro congiunto delle professionalità e delle competenze ambientali e sanitarie. Ciò viene perseguito attraverso la sistematizzazione, la comprensione, l'utilizzo e l'integrazione, con approccio multisettoriale, dei contributi differenziali delle molteplici discipline e figure professionali coinvolte nella tematica ambiente-salute.

#### 4.1 I Dipartimenti

I Dipartimenti rappresentano la struttura organizzativa fondamentale dell'Azienda e aggregano unità operative, complesse e semplici, legati da una relazione gerarchica, preposti alla produzione ed erogazione di prestazioni e servizi omogenei e all'utilizzo delle risorse a tal fine attribuite. I Dipartimenti sono strutture con autonomia tecnico-professionale e gestionale, nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite, nell'ambito della programmazione aziendale.

I Dipartimenti possono essere di tipo gestionale, funzionale (attività di coordinamento) e trasversali. I relativi regolamenti individuano le procedure del loro funzionamento.

Al fine di garantire l'attuazione del Piano Sociosanitario Regionale e delle linee guida di cui alla citata DGR, tenuto conto della previsione dell'istituzione nel medio termine di una UOC giuridico-amministrativa come articolazione organizzativa dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Territoriali e nell'ottica di garantire economicità ed efficacia dell'azione amministrativa, la AST di Fermo, nella proposta di Atto Aziendale, ha previsto la costituzione dell'Unità Operativa Complessa "Direzione Amministrativa Territoriale" con responsabilità in ordine a tutte le attività amministrative del Distretto e dei Dipartimenti Territoriali, compreso il Dipartimento di Prevenzione. Ciò al fine di ricondurre ad una gestione unitaria i percorsi amministrativi e di rendere maggiormente efficiente la gestione delle tematiche trasversali ai Dipartimenti territoriali.

In particolare, fra le funzioni della UOC Direzione Amministrativa Territoriale verrà previsto espressamente il supporto amministrativo al Dipartimento di Prevenzione, con particolare riferimento agli adempimenti connessi alle azioni di cui agli articoli 137 e 138 del Regolamento 2017/625/UE. A tal fine si provvederà all'assegnazione alla UOC Direzione Amministrativa Territoriale, per la quale si prevede la dotazione di un Dirigente di UOC e di un Dirigente con incarico professionale, anche del personale amministrativo assegnato attualmente al Dipartimento di Prevenzione e alle UUOCC afferenti.

Si precisa che nelle more dell'atto aziendale sono già state adottate misure organizzative provvisorie per l'afferimento delle funzioni amministrative del Distretto, del Dipartimento di Salute Mentale e del Dipartimento Dipendenze in capo all'attuale UOC D.A.T. Pertanto la previsione di una Unità Operativa Complessa Territoriale che sovrintenda all'insieme delle funzioni amministrative territoriali comprese quelle inerenti di Dipartimento di Prevenzione risulta essere coerente con il disegno organizzativo aziendale e rispondente nella sostanza alle citate indicazioni del PSSR e della DGR 1305 del 26/08/2024.

#### 4.1.1 Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di prevenzione, quale struttura dell'Azienda Sanitaria Territoriale preposta all'organizzazione e alla promozione della tutela della salute della popolazione e al miglioramento della qualità della vita, attraverso azioni tendenti a conoscere, prevedere e prevenire gli infortuni, le malattie e le disabilità (art. 34, comma 1), è tenuto in particolare a dare attuazione al Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 (PRP) - approvato con DGR 1640/2021 - ed al Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale - approvato con DGR n. 188/2022 - anche in coerenza con gli obiettivi, i Programmi e le azioni delineate dal PSSR 2023/2025 relativamente alle specifiche aree ivi indicate. Il richiamato Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025, nel declinare a livello regionale il Piano Nazionale della Prevenzione (Intesa Stato - Regioni e Province Autonome n. 127/CSR del 06/08/2020), disciplina le attività dei Dipartimenti di Prevenzione specificando i principi e la visione generale, mediante l'individuazione di programmi e linee progettuali comprendenti i più rilevanti temi della Sanità Pubblica. La Legge 29.06.2022, n. 79, di conversione del D. L. 30.04.2022, n. 36 e il D.M. 09.06.2022 assegnano, inoltre, ulteriori nuovi compiti e funzioni ai Dipartimenti di Prevenzione nell'ambito del Sistema Regionale Prevenzione Salute allo scopo di migliorare e armonizzare le politiche e le strategie messe in atto dal Servizio sanitario nazionale per la prevenzione, il controllo e la cura delle malattie acute e croniche, trasmissibili e non trasmissibili, associate a rischi ambientali e climatici. In tal senso si colloca l'evoluzione del Dipartimento di Prevenzione, in continuità a quanto disciplinato nell'art. 34 della L. R. 19/2022, al fine di garantire l'integrazione di più strutture operative omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità. Al fine di armonizzare le funzioni afferenti al Dipartimento di cui trattasi ed in ossequio all'art. 7 quater del D. Lgs. 502/92 saranno previste due aree specificamente dedicate a:

- Area Sanità umana: epidemiologia, prevenzione e promozione della salute, coordinamento screening oncologici, ambiente e salute, inquinamento, sicurezza nei luoghi di lavoro;
- Area Veterinaria e sicurezza alimentare: Epidemiologia veterinaria, comunicazione del rischio e flussi informativi, Igiene urbana veterinaria, Animali e ambiente, Anagrafe degli stabilimenti, Vigilanza e controllo stabilimenti riconosciuti, Sicurezza alimentare e controlli ufficiali negli stabilimenti, Benessere animale e farmaco veterinario, Igiene della nutrizione.

Il Dipartimento di Prevenzione (DP), come previsto dagli articoli 7, 7-bis, 7-ter e 7-quater del decreto legislativo 502/1992 e s.m., 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. Il DP, nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite, opera con riferimento al piano annuale di attività e di risorse negoziate con la Direzione Strategica nell'ambito della programmazione aziendale, al fine di garantire la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie dell'uomo e degli animali, delle disabilità, miglioramento della qualità della vita e della sicurezza alimentare.

L'assetto organizzativo dei Dipartimenti di Prevenzione, in più occasioni, si è dimostrato efficace nel rispondere a situazioni epidemiche ed emergenziali molto impegnative, oltre che capace di coniugare efficacia e contenimento dei costi, superando ogni visione statica degli ambiti di intervento.

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

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

Alla luce di quanto definito dal LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", come da DPCM 12 gennaio 2017, il DP garantisce attraverso le sue articolazioni ed i suoi professionisti il supporto tecnico-scientifico in tutti gli

aspetti relativi alla Sanità Pubblica ed esercita nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente le seguenti funzioni:

- A - Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
- B - Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati
- C - Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
- D - Salute animale e igiene urbana veterinaria
- E - Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori
- F - Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale.

Il Dipartimento di Prevenzione è dotato, nell'ambito delle disponibilità previste dalla legislazione vigente, delle risorse multidisciplinari per poter adempiere alle funzioni sopra elencate.

A partire dalle funzioni sopramenzionate il DP, per la sua missione di supporto tecnico-scientifico è chiamato a garantire attività trasversali quali la preparazione e risposta rapida alle crisi/emergenze di natura infettiva, ambientale, ecc.

Nell'attuazione dei programmi del piano regionale della prevenzione, le azioni e gli interventi che li compongono danno l'avvio ai processi che da un lato consentono il raggiungimento degli obiettivi definiti dai programmi e dall'altro contribuiscono a dare attuazione e concretezza ai LEA della "Prevenzione collettiva e sanità pubblica". Lo scenario epidemiologico legato alla diffusione del Covid-19 ha posto in evidenza il ruolo strategico dei Dipartimenti di Prevenzione la necessità di attuare strategie aggiuntive di sanità pubblica volte a garantire le idonee misure di contenimento. I Dipartimenti di Prevenzione, dalla proclamazione dello stato di emergenza nazionale (31/01/20) a seguito della insorgenza della Pandemia da virus SARS-CoV2 hanno subito una profonda modifica sul fronte delle attività dei Servizi territoriali che sono stati prioritariamente orientati alle attività specifiche per il controllo ed il contrasto della diffusione del COVID-19. I vari DPCM ed Ordinanze del Ministero della Salute hanno fornito nei fatti le linee di attività prioritarie da svolgere in base all'andamento della pandemia. Norme nazionali e indicazioni regionali hanno definito le strategie degli interventi in funzione degli scenari che hanno caratterizzato l'evoluzione della pandemia nel corso del tempo determinando conseguentemente le attività dei Servizi, anche modificandole in modo importante da un mese all'altro.

#### **4.1.1.1 La Prevenzione Primaria Collettiva – Area Medica e Sicurezza Ambienti di Lavoro**

##### **Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP)**

I Servizi di Igiene e Sanità Pubblica sono quelli che funzionalmente sono preposti alla prevenzione delle malattie infettive e diffusive.

ISP- Profilassi Malattie Infettive

La UOC ISP-PMI si occupa della Sorveglianza, Prevenzione e Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i Programmi Vaccinali. Partecipa a pieno titolo al programma del Piano Regionale della Prevenzione "PL12: Malattie Infettive e Vaccinazioni", mentre è coinvolta con funzione di coordinamento nel "PL14: I primi 1000 giorni di vita". È organizzata nelle seguenti specifiche aree: - Area Vaccinazioni; - Area Sorveglianza, Prevenzione e Controllo delle malattie infettive e diffusive. - Area Medicina dei Viaggi e Profilassi Internazionale – Area Ambiente e Salute – Area Igiene e Sicurezza Ambienti di Vita - Area Medicina dello Sport - UOS Epidemiologia e Promozione della Salute – UOSD Screening Oncologici.

##### **Vaccinazioni**

È finalizzata alle seguenti attività:

- Vaccinazioni dei Nuovi nati: cicli di base e successivi richiami (come da calendario nazionale e regionale) di vaccino per la prevenzione di difterite, tetano, pertosse, epatite B, polio, Haemophilus influenzae tipo b, pneumococco, rotavirus, morbillo, parotite, rosolia, varicella, meningococco ACYW135 e B;
- Vaccinazioni degli Adolescenti: ciclo di base (come da calendario) di vaccino antimeningococcico ACYW135 e vaccino anti HPV e richiamo DTP-IPV (5° dose);
- Vaccinazione anti-influenzale stagionale delle categorie previste dalla Circolare emanata annualmente dal Ministero della salute;
- Vaccinazione anti Covid-19 in accordo alle raccomandazioni ministeriali vigenti;
- Vaccinazione Pneumococcica e anti Herpes Zoster per la coorte dei 65enni;
- Vaccinazione dei Soggetti a rischio per condizione patologica e conviventi, esposizione professionale e per determinati comportamenti e condizioni, come previsto dal vigente PNPV 2023- 2025;
- Trasmissione dati informatizzati a livello nazionale;

- Monitoraggio della attitudine alla vaccinazione e dei motivi di mancata vaccinazione;
- Inviti alle persone obiettivo dei programmi vaccinali;
- Interventi di informazione e comunicazione per operatori sanitari, cittadini e istituzioni.

### **Area Sorveglianza, Prevenzione e Controllo delle malattie infettive e diffusive**

È finalizzata alle seguenti attività:

- Gestione del sistema di segnalazione e notifica di malattia infettiva e diffusiva, e dei focolai epidemici, incluse le infezioni ospedaliere;
- Predisposizione ed attuazione delle misure da adottare per il controllo delle malattie infettive;
- Indagini epidemiologiche in caso di focolai;
- Predisposizione ed attuazione delle azioni di controllo da attuare in caso di focolai epidemici;
- Profilassi immunitaria e chemioprolassi dei contatti e dei soggetti a rischio;
- Supporto negli interventi di controllo su fonti e veicoli/vettori di trasmissione, quali alimenti, procedure diagnostiche o terapeutiche;
- Attività di informazione e formazione nell'ambito di programmi di educazione alla salute;
- Comunicazione e diffusione di informazioni sulle azioni di controllo intraprese;
- Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva.

### **Medicina dei Viaggi e Profilassi Internazionale**

Fornisce le seguenti prestazioni:

- consulenza medica pre-viaggio
- Prescrizione di profilassi farmacologica (es. anti malarica, per la diarrea del viaggiatore, per il mal di montagna);
- Somministrazione di vaccinazioni routinarie e internazionali;
- Consulenza sulle misure comportamentali;
- Informazioni aggiornate e alert sanitari tempestivi sulle mete di viaggio;
- Consulenza al rientro dal viaggio.

### **Ambiente e Salute**

È finalizzata ad assicurare l'attività di prevenzione e di tutela della salute della popolazione (sia collettiva sia di singoli individui), attraverso azioni volte a individuare e rimuovere le cause di potenziale pericolo (nocività) e/o di malattia dovute a esposizione a rischi ambientali.

### **Area Igiene e Sicurezza Ambienti di Vita**

La mission dell'Area Igiene e Sicurezza Ambienti di Vita è quella di garantire la sicurezza e il benessere igienico-sanitario nelle varie tipologie di ambienti confinati, attraverso attività di vigilanza, consulenza, e controllo, nel rispetto delle normative vigenti.

### **Medicina dello Sport**

L'area oltre all'attività certificativa ordinaria ha svolto nel corso dell'anno 2023 attività certificativa straordinaria in ottemperanza alle indicazioni ministeriali per la rivalutazione degli atleti agonistici con storia recente di covid 19 in possesso di certificazione agonistica o in procinto di rinnovare la stessa. Tali disposizioni hanno prodotto a livello nazionale un aumento notevole delle richieste di visita con prescrizione di esami aggiuntivi di approfondimento cardiologico.

### **Epidemiologia e Promozione della Salute**

Il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica mediante attività in campo epidemiologico e di promozione della salute si occupa di effettuare un monitoraggio costante dello stato di salute della popolazione residente nel territorio dell'AST Fermo, finalizzato al riconoscimento delle priorità d'intervento in sanità pubblica. In quest'ottica il Servizio analizza le principali banche dati sanitarie e coordina alcuni sistemi epidemiologici di sorveglianza di popolazione, producendo periodicamente reports e relazioni al riguardo. Le attività della UOS rispondono agli adempimenti dei LEA di prevenzione: " Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale (F1-F3) ".

### **Screening Oncologici**

Nella prima fase della pandemia le attività dello screening oncologico hanno subito un periodo di interruzione e la successiva ripartenza non è stata tale da permettere il necessario recupero sia per le ricadute delle misure

di prevenzione anti Covid che hanno ridotto i volumi delle attività ambulatoriali e sia per l'aumentata suscettibilità degli utenti ad accedere alle strutture ai fini diagnostici. Per fronteggiare il ritardo imputabile ai mesi di interruzione dell'erogazione di tutti i test di screening di primo livello legati alla pandemia da SARS-CoV-2, si è provveduto riorganizzare il Servizio di Prevenzione per una radicale modifica dell'organizzazione tendente a:

- garantire un'estensione il più vicina possibile al 100% colmando così il ritardo dovuto ai mesi di interruzione;
- favorire l'adesione consapevole della popolazione agli esami di screening,
- fornire informazioni aggiornate e tempestive all'utenza sull'erogazione dei programmi di screening oncologici modulata in relazione all'emergenza COVID-19;
- passaggio dalla generazione di lettere di invito "chiuse" con data e orario dell'appuntamento per mammografia e Pap test a lettere di invito "aperte" con le quali si invitano le utenti che desiderano effettuare tali esami a mettersi in contatto con la Segreteria Organizzativa Screening o mediante il Numero Verde o tramite un indirizzo di posta elettronica dedicato;
- ottemperare al debito informativo con Ministero, ISS, Regione Marche, con dati completi ed esaustivi. Il piano di recupero riguarda anche le prestazioni di screening oncologici, dato il ritardo, determinato dalla pandemia all'erogazione delle prestazioni. Sulla base delle più recenti evidenze scientifiche, per le attività di screening oncologico del 2023 si introducono rilevanti cambiamenti metodologici con la rimodulazione delle attività verso la popolazione target:
- passaggio dal Pap test all'HPV test come esame di primo livello per lo screening del tumore della cervice (nella fascia di età 30-64 anni) a partire da luglio 2023;
- utilizzo della tecnica della citologia su strato sottile al posto del Pap test tradizionale, usata come esame di primo livello nella fascia di età 25-29 e come esame di triage nella fascia di età 30-64 anni da luglio 2023;
- garantire il reminder per la vaccinazione HPV alle 25enni che ancora non ne abbiano usufruito con l'occasione dell'invito al primo Pap test;
- garantire l'offerta attiva per la vaccinazione HPV alle donne che hanno subito trattamenti per lesioni HPV correlate;
- aumentare l'adesione allo screening con test del sangue occulto nelle feci all'interno dello screening del tumore del colon-retto;
- standardizzare la procedura di preparazione per la colonscopia di screening;
- migliorare ed incrementare le procedure relative all'organizzazione delle colonscopie in sedazione profonda e colon TC come esami complementari alla colonscopia di II livello;
- garantire un numero di esami di secondo livello adeguato alle crescenti necessità;
- avvio dello screening gratuito per l'eliminazione del virus HCV rivolto ai residenti in AST FM nati tra il 1969 e il 1989;
- ampliamento delle fasce di invito per mammografie con estensione alle donne dai 45 ai 49 anni e dai 70 ai 74 anni, come da disposizione regionale (DGRM n. 393 del 27/03/2023):

Per il perseguimento degli obiettivi 2023 è stato acquisito un software gestionale per tutti gli Screening Oncologici (SCOPRE), attivo a partire dal 26/06/2023, in grado di sostenere il consistente aumento di complessità nell'attività organizzativa e clinica.

## **Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPSAL)**

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

Tali interventi sono rivolti sia ad aziende del settore pubblico che del settore privato operanti nei 40 Comuni del territorio di competenza. In AST Fermo al 31.12.2022 erano attive n. 9.663 Posizioni Assicurative Territoriali (PAT) con almeno un addetto con n. 39.377 lavoratori (Flussi informativi INAIL). In questo dato non sono ricomprese le aziende con PAT "fuori regione" e straniere operanti nel territorio di competenza dell'AST Fermo, fenomeno particolarmente rilevante in ambito edile.

Con il rafforzamento della disciplina in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (Legge 215/2021) sono state introdotte rilevanti novità nelle attività ordinarie dei Servizi PSAL con estensione del coordinamento con gli Ispettorati Territoriali del Lavoro nella vigilanza in tutti i settori produttivi (non solo edilizia) e con l'istituzione di ulteriori strumenti sanzionatori (provvedimenti di sospensione delle attività imprenditoriali) per specifiche fattispecie di violazioni alla normativa antinfortunistica.

Il personale dell'U.O.C. PSAL è composto da tecnici della prevenzione, medici del lavoro, assistenti sanitari, amministrativi, collaboratore tecnico ingegnere ed assistente tecnico geometra.

È attivo un Servizio di Pronta Disponibilità notturna, prefestiva e festiva dei Tecnici della Prevenzione su segnalazione della Centrale di Emergenza Sanitaria, dell'Autorità Giudiziaria/ Forze dell'Ordine, riservato ai casi di infortunio sul lavoro.

#### **4.1.1.2 La Prevenzione Primaria Collettiva – Area Veterinaria Sicurezza Alimentare e Nutrizione**

La rete della prevenzione primaria collettiva - area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare, si articola sul territorio con i Servizi/UU.OO.CC.:

- Sanità Animale (SA);
- Igiene degli Alimenti di Origine Animale (IAOA);
- Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (IAPZ).
- Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (IAN);

Con Determina del Commissario Straordinario AST di Fermo n. 159/AST\_FM del 13/03/2023 “Reg. (UE) 625/2017. Controlli ufficiali ed altre attività ufficiali nei settori di cui all’art. 2 d.lgs. 27/2021” – conferimento funzioni di Autorità Competente Locale ex art. 2 d.lgs. 27/2021”, ai Direttori delle UOC vengono attribuite le funzioni di Autorità competenti locali in sicurezza alimentare, benessere animale, sanità animale e sanità dei vegetali, con compiti di controllo ufficiale lungo le filiere alimentari, dalla produzione primaria alla distribuzione, di analisi, gestione e comunicazione del rischio. Le Autorità competenti locali sono individuate ai fini dell'applicazione del REG (UE) 2017/625, del Reg. 2016/429 e del decreto legislativo di attuazione n. 136/2022; esse operano sul territorio nel rispetto degli standard di funzionamento definiti dalla DGRM 1741/2013 e sono assoggettate ad un sistema di audit (DGRM 373/2021) che è un esame sistematico e indipendente per accertare se determinate attività e i risultati di tali attività sono conformi alle disposizioni previste e se tali disposizioni sono applicate efficacemente ed idonee a conseguire gli obiettivi.

I Servizi Veterinari (SA, IAOA e IAPZ) e il Servizio IAN, parte integrante del Sistema Sanitario Nazionale, svolgono attività essenziali di sorveglianza sanitaria, di controllo e di vigilanza per garantire che sia assicurato il rispetto rigoroso dei requisiti di sicurezza alimentare, del benessere e dello stato di salute degli animali ai fini della tutela della salute pubblica.

L'attività di controllo ufficiale (CU) viene svolta attraverso l'utilizzo di strumenti quali: monitoraggio, sorveglianza, verifica, ispezione, campionamento e audit. L'attività dei CU è necessaria, oltre che alla verifica dello stato sanitario di animali ed alimenti, anche al rilascio di certificazioni sanitarie necessarie per le movimentazioni in ambito nazionale, eseguire scambi comunitari ed extracomunitari, registrare imprese alimentari ed allevamenti, attuare istruttorie per il riconoscimento di stabilimenti UE. Il rilievo delle non conformità ai CU, anche comunicati da altri Organi di controllo, comporta l'applicazione di provvedimenti quali prescrizioni, diffide, sospensione/revoca dell'attività, sanzioni amministrative, sequestri e convalide degli stessi e procedure penali, provvedimenti esercitati anche in veste di Ufficiale di Polizia Giudiziaria “UPG”, nei limiti del servizio che opera e secondo le attribuzioni ad esso conferite.

#### **AMBITO ANIMALE**

Si riconosce, nell'ambito del Dipartimento, una specificità dell'Area Veterinaria che dovrà essere gestita in un contesto omogeneo di settore, con azione di coordinamento; ed inoltre si prevede l'istituzione dell'UOSD di Epidemiologia Veterinaria.

#### **Sanità Animale (SA)**

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

Nell'ambito dell'Igiene Urbana veterinaria il Servizio Sanità Animale garantisce le attività finalizzate alla gestione sanitaria delle popolazioni animali sinantropiche in supporto agli Enti locali. Le popolazioni animali urbanizzate hanno un importante impatto socio-sanitario con rilevanti ricadute sulla tutela della salute pubblica segnatamente alla recrudescenza di malattie a carattere zoonosico.

## **Igiene degli Alimenti di Origine Animale (SIAOA)**

Il Servizio Igiene degli Alimenti di Origine Animale (SIAOA) è inserito nel Dipartimento di Prevenzione della AST di Fermo con sede in Via Zeppilli 22/A con uffici ubicati al piano primo della palazzina.

La sua organizzazione territoriale, nel territorio della AST di Fermo che comprende 40 Comuni ricompresi in un unico Distretto, è rappresentata dalla sede centrale di Fermo e dalle sedi periferiche presenti nei Comuni di Amandola, Montegiorgio, Porto San Giorgio (presso il Mercato ittico) e Petritoli.

## **Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (IAPZ)**

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

## **Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN)**

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

Inoltre, collabora alla realizzazione delle azioni previste nel Piano Regionale della Prevenzione. All'interno del Sistema Sanitario Nazionale il SIAN è, ai sensi dell'art. 2 del decreto legislativo 193/2007, uno delle autorità competenti in materia di igiene e sicurezza alimentare ed è impegnato ad assicurare tutte le prestazioni stabilite dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), nonché quelle previste dalle norme cogenti e vigenti in materia di sicurezza alimentare e per la tutela della salute collettiva.

## **4.1.2 – 4.1.3 Dipartimento Salute Mentale e Dipartimento Dipendenze Patologiche**

La Salute Mentale e le Dipendenze Patologiche operano in stretto contatto. L'area delle Dipendenze Patologiche ha una modalità funzionale prevista dalla DGR 747/2004. In modo specifico l'area della Salute Mentale e l'area delle Dipendenze Patologiche collaborano rispetto agli obiettivi regionali e aziendali a loro attribuiti ma con autonomia tecnica e gestionale separata.

### **Dipartimento Salute Mentale**

Il **Dipartimento Salute Mentale**, da cui dipendono funzionalmente i servizi psichiatrici di diagnosi e cura dei presidi ospedalieri, rappresenta articolazione organizzativa strategica per assicurare, attraverso una gestione unitaria dei diversi aspetti della salute psichica, la connessione tra ospedale e territorio. Come rilevato dal PSSR (e dai relativi Programmi) relativamente all'assistenza territoriale, in questo senso assumono importanza strategica 2 azioni:

- 1) l'integrazione tra Salute Mentale e Dipendenze "tramite il miglioramento delle procedure e dei protocolli specialmente rivolti alle fasce più vulnerabili e socialmente escluse, e al tempo stesso, più giovani della popolazione", anche ricollocando i servizi nelle prime fasi di malattia, (cfr anche Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale- Ministero della Salute, 2008).
- 2) la riorganizzazione dei Centri di Salute Mentale, rafforzandone e potenziandone le competenze, anche nell'ottica di una maggiore integrazione socio-sanitaria, differenziando i percorsi e l'organizzazione anche a seconda della tipologia dei pazienti, come richiamato anche nella C.S.R. 58 del 28.04.2022. Il CSM è la sede organizzativa dell'équipe degli operatori e la sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei pazienti (cfr DPR 1.11.99, Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000).

**DCA: Disturbi del Comportamento Alimentare:** la Regione con la deliberazione legislativa approvata dall'assemblea legislativa regionale nella seduta del 30 luglio 2020, n.173; promuove, in particolare: a) il miglioramento dell'integrazione dei servizi della rete, per dare risposte alle persone con DCA e alle loro famiglie, nel rispetto dei corretti tempi di cura, nonché la continuità del trattamento ritenuto necessario dall'equipe multidisciplinare; b) l'attivazione di strategie adeguate per ridurre le probabilità di cronicizzazione; c) la divulgazione, tra gli operatori sanitari, la popolazione e le scuole, di informazioni in merito ai servizi offerti dalla rete ed ai percorsi per accedervi.

L'organizzazione della Rete è diretta ad assicurare: a) i migliori risultati in termini di appropriatezza ed efficacia degli interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi; b) il coinvolgimento attivo delle persone con DCA e delle loro famiglie; c) la predisposizione ed attuazione di progetti assistenziali individuali, calibrati sulle esigenze delle singole persone con DCA; d) la costituzione di equipe di diagnosi e cura con competenze in area psichiatrica, psicoterapica e internistico-nutrizionale, affiancate, per casi specifici, da professionisti di altre discipline.

Sono individuati due livelli ambulatoriali ai sensi della DGR 247/2015; uno ambulatoriale standard ed uno ambulatoriale intensivo.

L'AST di Fermo, in riferimento alla DGR 247/2015, ha una organizzazione di tipo ambulatoriale prevedendo un livello terapeutico "ambulatoriale standard e un livello terapeutico ambulatoriale intensivo (centro diurno)", nel percorso di presa in carico del paziente con DCA e gestione in consulenza di due posti letto per l'area del centro sud delle Marche allocati presso area medica. Il percorso prevede accesso diretto, con richiesta da parte del MMG/PLS o specialisti ambulatoriali

La L.R. n.40/2020 ha provveduto a normare l'organizzazione della presa in carico delle persone con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione o del comportamento alimentare, dettagliando la rete integrata ed i diversi setting assistenziali di riferimento.

La presa in carico del paziente è di tipo multidisciplinare ed integra professionisti sia ospedalieri che territoriali e quindi anche MMG/PLS.

**Disturbi dello spettro autistico:** la L.R. 25 ottobre 2014, n. 25, la Regione Marche, riconoscendo i disturbi dello spettro autistico quale patologia altamente invalidante che determina un'alterazione precoce e globale di tutte le funzioni essenziali del processo evolutivo, promuove la piena integrazione sociale, scolastica e lavorativa delle persone con autismo, in attuazione degli articoli 3 e 32 della Costituzione e dell'articolo 5 dello Statuto regionale, nel rispetto della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità .

Nella AST FM il percorso della presa in carico è garantito tramite dei centri privati accreditati e convenzionati con prestazioni ambulatoriali, dopo valutazione del Distretto tramite l'UMEA/UMEE.

## **Dipartimento Dipendenze Patologiche**

Il **Dipartimento Dipendenze Patologiche** riconosciuto dalla DGR 747 del 29/06/2004 ha una sua identità in quanto la parte pubblica e la parte privata sono integrate e connesse nel Dipartimento; concorrono con pari dignità, titolarità e responsabilità e valorizzando le differenze e specificità come ulteriore risorsa al perseguimento degli obiettivi di salute della popolazione secondo i principi caratterizzanti la concezione del servizio pubblico della Regione Marche, concepito come solidale, equo, universale e di qualità e permeato dai principi bioetici di beneficio, giustizia ed autonomia nonché integrato negli aspetti sociali e sanitari delle problematiche affrontate.

Il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche può essere inglobato all'interno di un unico Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, naturalmente con autonomia tecnica, funzionale, gestionale separate fra le due aree qualora fosse promulgata/e leggi, disposizioni, regolamenti Regionali specifici per la gestione e funzionalità dei Dipartimenti anche transmurali.

La modalità funzionale dell'area del Dipartimento Dipendenze Patologiche (STDP) è organizzata secondo quanto previsto dalla DGR 747/2004 ovvero con autonomia tecnico e gestionale; infatti le funzioni, i percorsi, i progetti ed il budget sono specifici per l'area delle Dipendenze Patologiche. Le Dipendenze Patologiche (STDP) della Ast di Fermo, insieme alle Strutture Operative Territoriali del Privato Sociale accreditato, è quindi la componente pubblica dell'organizzazione che provvede alla consulenza, primo sostegno e orientamento, informazione, prevenzione, riduzione del danno, assistenza e cura nonché alla riabilitazione delle persone che hanno problemi conseguenti all'abuso ed alla dipendenza di sostanze psicoattive o comportamenti compulsivi.

Nello specifico, il Servizio accerta lo stato di salute psicofisica della persona, definendo programmi terapeutici individuali da realizzare direttamente in ambulatorio o in convenzione con strutture di recupero residenziale e valuta periodicamente l'andamento e i risultati del trattamento e dei programmi di intervento sui singoli e sulla loro rete familiare in riferimento agli aspetti di carattere clinico, psicologico e sociale.

I servizi forniti sono gratuiti ed è garantito il diritto all'anonimato, oltre al segreto professionale. Possono accedere ai servizi dell'STDP i cittadini residenti, anche temporaneamente, nel territorio di competenza del Distretto dell'Ast di Fermo.

Sul territorio delle Dipendenze dell'AST è garantito un sistema complesso di prestazioni ambulatoriali e residenziali, tra cui:

- Servizi ambulatoriali presso la sede distrettuale dell'AST di Via della Montagnola 1 a Porto Sant'Elpidio;
- Servizi semiresidenziali attraverso un **Centro Diurno**, finalizzato all'accoglienza e al trattamento di utenti della AST fermana, gestito in collaborazione con i Comuni di Fermo e Porto San Giorgio attraverso un Protocollo d'Intesa;
- Servizi residenziali (n. 03 Comunità Terapeutiche), anche per specifiche tipologie di utenza, madri tossicodipendenti con figli minorenni, doppia diagnosi (a gestione degli Enti privato sociale Ass. L'Arcobaleno, ODV San Cristoforo, Soc. Coop. Ama Aquilone).
- Interventi LEA di Riduzione del Danno, prevenzione terziaria e prevenzione delle patologie droga correlate attraverso una **Unità Mobile (UM)** (riduzione della mortalità e della morbidità per patologie correlate alla tossicodipendenza e all'alcolismo, etc.).

#### 4.1.4 Dipartimento Diabetologico

La UOC di Malattie Endocrine e Metaboliche SNDC della AST FM è parte integrante del Dipartimento interaziendale di Diabetologia; come precisato dalla DGR 1385/2022 e Art. 42 comma 5 della L.R. n. 19 dell'8 agosto 2022 e L.R. n. 9 del 24/03/2015 "Disposizioni in materia di prevenzione, diagnosi precoce e cura del diabete mellito".

### 4.2 Il Distretto

#### 4.2.1 Il Distretto (Art. 3-quater, D.Lgs. 502/92 - Art. 24, comma 3, L.R. 19/2022)

Il Distretto costituisce l'articolazione territoriale dell'Azienda. Il Distretto:

- promuove e sviluppa la collaborazione con gli Enti Locali di riferimento, nonché con la popolazione e con le sue forme associative e di rappresentanza, secondo il principio della sussidiarietà, per la rappresentazione delle necessità assistenziali e la loro implementazione.
- svolge funzioni di garanzia e committenza, in riferimento all'accesso ai servizi sanitari, sociali e socio-assistenziali e di integrazione degli stessi da parte della popolazione di riferimento.
- assicura l'accesso ottimale all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria di cui all'articolo 3-quinquies del d.lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.
- promuove, anche attraverso il monitoraggio dei percorsi clinico-assistenziali, l'integrazione tra strutture di erogazione territoriali e tra queste ultime e quelle ospedaliere al fine di garantire il rispetto degli standard di servizio posti a garanzia del cittadino e definiti con la Direzione Aziendale, partecipando all'elaborazione degli atti di pianificazione e programmazione previsti dalla normativa vigente e tutelando, al contempo, la garanzia di accesso, di adeguatezza della risposta e di rendicontazione verso il cittadino.
- contribuisce ad assicurare, in collaborazione con gli Enti Locali, la realizzazione dei Piani di Zona per la Salute ed il Benessere Sociale.
- assicura la gestione del Fondo per la non autosufficienza e di tutte le fonti di finanziamento pubblico e privato collegate nel territorio di riferimento, in stretto raccordo con gli organismi tecnici e di governance deputati alla programmazione e controllo dell'attività socio-sanitaria integrata.
- nell'ambito delle risorse assegnate il Distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale.

- il Comitato di Distretto in stretta collaborazione con il Direttore di Distretto, contribuisce alla definizione dei bisogni del territorio, all'elaborazione dei piani e progetti di salute da proporre alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, analizza i risultati di servizio e promuove la partecipazione dei cittadini.

L'area territoriale, che si struttura in UUOCC, UUOSSDD ed UUOSS, è sotto la diretta responsabilità del Distretto e quindi del Direttore Sanitario; le rispettive competenze amministrative sono in capo al Direttore Amministrativo Territoriale e quindi anche al Direttore Amministrativo.

Il Direttore del Distretto è il responsabile dell'attività di programmazione del Distretto, in termini di risposta integrata alle specifiche esigenze di salute della popolazione di riferimento, di disponibilità delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali. È inoltre garante del rispetto del raggiungimento degli obiettivi che gli sono stati assegnati dalla Direzione generale aziendale in materia di efficacia ed efficienza dei servizi erogati; espressione dell'orientamento alla persona, attraverso una continua attenzione agli aspetti dell'informazione, della tutela e garanzia dell'equità e della trasparenza dell'offerta, del rispetto della dignità della persona. Il Direttore del Distretto è responsabile della gestione dei percorsi assistenziali integrati di propria competenza in stretto raccordo con i servizi, professionisti del territorio e dell'ospedale. Il Distretto e il suo Direttore acquisiscono, quindi, la funzione di garanzia attraverso la valutazione dei bisogni di salute della popolazione, la valutazione delle priorità d'azione e della sostenibilità delle scelte, l'orientamento dei livelli di produzione di attività sanitaria come richiesta alle strutture ospedaliere e territoriali, la verifica dei risultati.

Il Distretto è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (ASL) sul territorio. Come previsto dalla normativa vigente, l'articolazione in distretti della ASL è disciplinata dalla legge regionale, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione/provincia autonoma, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente. Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali. È inoltre deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta. All'interno del distretto possono essere presenti i Consultori familiari e le attività rivolte ai minori, ove esistenti, funzionalmente collegati con la Casa della Comunità hub. Il Distretto garantisce inoltre una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento. Al fine di svolgere tali funzioni la conoscenza dei bisogni di salute della popolazione di riferimento risulta centrale e rientra pertanto tra le attività del Distretto.

L'AST di FM ha un solo Distretto, ma il territorio di competenza è distribuito su 3 Ambiti Territoriali sociali: ATS XIX, ATSXX, ATS XXIV.

#### 4.2.2 Case della Comunità (CdC)

Sono strutture fisiche dedicate ai servizi sanitari di base che promuovono un modello di intervento integrato e multidisciplinare. Esse costituiscono il setting assistenziale di erogazione dei servizi propri dell'assistenza primaria, seguendo un modello organizzativo di prossimità, che sia in grado di coordinare e integrare tutti i servizi di assistenza sanitaria di base per la comunità di riferimento, con particolare attenzione ai pazienti cronici presenti a livello territoriale. La Casa della comunità deve essere collocata in una sede visibile e facilmente accessibile alla comunità di riferimento, perché è il luogo dove il cittadino può trovare una risposta adeguata a diversi bisogni sanitari e sociosanitari. In tali strutture, al fine di poter erogare tutti i servizi sanitari di base, lavorano in équipe Medici di medicina generale (MMG) e Pediatri di libera scelta (PLS) in collaborazione con gli Infermieri di famiglia o di comunità (IFeC), gli Specialisti ambulatoriali e professionisti sanitari come Logopedisti, Fisioterapisti, Dietisti, Tecnici della riabilitazione, Psicologi e altri. Al fine di un maggiore coordinamento con i servizi sociali comunali, possono essere presenti anche gli Assistenti sociali.

Nella AST di Fermo sono previste quattro case di Comunità con i fondi del PNRR (Montegranaro, Petritoli, Porto San Giorgio, Sant'Elpidio a Mare).

Il requisito previsto dal DM 77 per ogni Casa di Comunità *“servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)”* è ad oggi considerabile presente solo nei Presidi di Sant'Elpidio a Mare (Medici assistenza primaria a ciclo di scelta in struttura 6/7, PAAT h12 7/7) e di Montegiorgio (PAT h12 7/7).

In attuazione del DM77 è in programmazione l'ingresso di medici dell'assistenza primaria nei Presidi Distrettuali di Porto Sant' Elpidio, Petritoli, Montegiorgio e Montegranaro.

In ognuna delle strutture territoriali è presente un poliambulatorio specialistico con attività di specialistica ambulatoriale, un punto prelievi, una sede operative delle cure domiciliari, una segreteria cure domiciliari.

Inoltre nelle strutture elencate sono presenti i seguenti servizi specifici:

- Montegiorgio. Presenti 20 posti letto CI + 20 posti letto CI previsti dal Piano Socio Sanitario, Autorizzazione comunicazione, Regione Marche settore autorizzazioni e accreditamenti. prot. 382637 del 03/04/2023. Presenti UMEA, UMEE, sede consultoriale, ambulatorio riabilitativo, radiologia.
- Sant' Elpidio a Mare. Presenti 20 posti letto CI, radiologia, ambulatorio riabilitativo.
- Montegranaro. Presenti 10 PL Hospice, 20 PL diurno Alzheimer, ambulatorio riabilitativo, sede consultoriale. Prevista attivazione 20 PL RSA.  
Si prevede l'attivazione di un ambulatorio dermatologico con attività chirurgica anche in convenzione con INRCA e/o Aziende ospedaliere/AASSTT
- Porto San Giorgio. Presente 14 PL Residenza Riabilitativa, UMEA, UMEE, sede consultoriale, ambulatorio riabilitativo.
- Petritoli. Presente 20 pl RSA, ambulatorio riabilitativo, sede consultoriale.
- Amandola. Presenti 20 PL RSA, ambulatorio riabilitativo, sede consultoriale
- Porto Sant' Elpidio. UMEA, UMEE, sede consultoriale, ambulatorio riabilitativo. SERD.

La tabella 30 riassume la proposta di riorganizzazione delle Case di Comunità (HUB e Spoke) ed Ospedali di Comunità sulla base sia delle strutture esistenti che già svolgono attività territoriale e secondo quanto individuato nel DM 77/2022

Tabella 30: Case della Comunità AST Fermo

| <b>Nuova classificazione proposta coerente con DM77</b> | <b>Comune</b>       | <b>Indirizzo</b>         | <b>Finanziamento PNRR</b> |
|---------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------------|
| Casa Comunità HUB                                       | Montegranaro        | Via Dell'Ospedale, 1     | SI                        |
| Casa Comunità HUB                                       | Petritoli           | Via Marini Pacifico, 50  | SI                        |
| Casa Comunità HUB                                       | Porto San Giorgio   | Via Leonardo Da Vinci, 7 | SI                        |
| Casa Comunità HUB                                       | Sant'Elpidio a Mare | Via Porta Romana, 76     | SI                        |
| Casa Comunità HUB                                       | Montegiorgio        | Via Dell'Ospedale, 1     | NO                        |
| Casa Comunità HUB                                       | Porto Sant'Elpidio  | Via Della Montagnola     | NO                        |
| Ospedale di Comunità                                    | Montegiorgio        | Via Dell'Ospedale, 1     | NO                        |
| Ospedale di Comunità                                    | Sant'Elpidio a Mare | Via Porta Romana, 76     | SI                        |

La realizzazione delle CdC deve quindi consentire il potenziamento e la riorganizzazione dei servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. La CdC diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare quelli rivolti ai malati cronici. Nella CdC sarà presente il punto unico di accesso (PUA) alle prestazioni sanitarie. La CdC sarà la struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermiere di comunità e altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. La presenza degli assistenti sociali nelle CdC rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale.

#### 4.2.3 Ospedale di Comunità

L'Ospedale di Comunità (OdC) invece è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

In AST Fermo sono presenti due ospedali di comunità:

- Ospedale di comunità Montegiorgio: 20 Posti letto di CI estensibili a 40 posti Letto di CI - Autorizzazione comunicazione, Regione Marche settore autorizzazioni e accreditamenti. prot. 382637 del 03/04/2023
- Ospedale di Comunità Sant'Elpidio a Mare: 20 posti Letto CI

#### 4.2.4 Centrali Operative Territoriali

E' un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della Persona e raccordo tra servizi e Professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali: attività territoriali, sanitarie e socio sanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza – urgenza.

L'obiettivo della COT è:

- Coordinamento della presa in carico della Persona tra i servizi e i Professionisti Sanitari coinvolti nei diversi *setting* assistenziali (transizione tra i diversi *setting*: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione /dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedio o dimissione domiciliari);
- Coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- Tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- Supporto informativo e logistico ai Professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
- Raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità (PIC), dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di *e-health*, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

In AST di Fermo sono previste due COT:

- Fermo
- Montegranaro

- DGR 858 del 04/06/2024: Linee di indirizzo delle Centrali Operative Territoriali (COT) previste dal Decreto del Ministro della Salute del 23 maggio 2022, n. 77 concernente "Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale".

- Determina AST n. 376 del 07/06/2024 ad oggetto: "PNRR M6C1 1.2.2 Centrali Operative Territoriali – Realizzazione Centrale Operativa Montegranaro CUP: F94E22000410001 – Approvazione stato finale".

- Determina AST n. 377 del 07/06/2024 ad oggetto: "D.G.R.M. n.858 del 04 giugno 2023 Linee di indirizzo delle Centrali Operative Territoriali (COT) previste dal Decreto del Ministro della Salute del 23 maggio 2022, n. 77 concernente "Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale – Recepimento".

Il modello organizzativo di AST Fermo prevede che la COT operi in stretta sinergia con il PUA e con con l'UVI. Con il PUA per la presa in carico delle domande di accesso ai servizi territoriali provenienti da altri servizi istituzionali (ospedale, ATS, servizi distrettuali, etc), con l'UVI per la gestione delle liste di attesa delle strutture residenziali - semiresidenziali extraospedaliere e degli inserimenti nelle stesse.

#### 4.2.5 Continuità Assistenziale

La DGR n 220 del 07/03/2022, Accordo Collettivo Nazionale con i Medici di Medicina Generale e Accordo Integrativo Regionale DGR 751/07 – approvazione schema di accordo con i Medici di Medicina Generale: "Misure

straordinarie per garantire la continuità assistenziale” ha approvato lo schema di accordo per le misure straordinarie per garantire la continuità assistenziale.

- Valorizzazione aggiuntiva del compenso per turni non coperti per i medici che garantiscono la copertura dei servizi in postazioni limitrofe a quelle assegnate.
- Sperimentazione del nuovo ACN nell’ambito della continuità assistenziale
- Coinvolgimento dei medici di CA nella campagna vaccinale

L’AST di Fermo ha definito un accordo sperimentale con le organizzazioni Sindacali componenti il Comitato Aziendale per la medicina generale per la gestione del servizio di Continuità assistenziale. Sono state definite le sedi della fascia Montana (Montegiorgio, S. Vittoria in Materano, Amandola), le sedi della Fascia Sud (Porto San Giorgio, Fermo, Petritoli), e sedi della fascia Nord (Sant’Elpidio a Mare, Porto Sant’Elpidio, Montegranaro).

Al 31/12/2022; MMG: 101; PLS: 16  
Aggiornata al 01/06/2024; MMG 103; PLS 13

N. GUARDIE MEDICHE: 9 (Porto S. Elpidio, Sant’Elpidio a Mare, Montegranaro, Montegiorgio, Fermo, Porto S. Giorgio, Santa Vittoria in Matenano, Petritoli, Amandola)

PAT Montegiorgio H12, PAAT Sant’Elpidio a Mare H12, PPIT Amandola H24

N. EQUIPE TERRITORIALI: 8

| COLLINA                          | MARINA             | MONTEGIORGIO                                                                                                                                          | PETRITOLI                                                                                                                                                                                                                   | MONTEGRANARO                                                                           | P.S.GIORGIO       | FERMO | AMANDOLA                                                                                         |
|----------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sant’Elpidio a mare, Monte Urano | Porto Sant’Elpidio | Grottazzolina, Montegiorgio, Magliano di Tenna, Belmonte Piceno, Grottazzolina, Falerone, Servigliano, Massa Fermana, Montappone, Monte Vidon Corrado | Ortezzano, Monte Rinaldo, Monte Vidon Combatte, Altidona, Petritoli, Ponzano di Fermo, Monterubbiano, Monsampietro Morico, Altidona, Lapedona, Montottone, Monteleone di Fermo, Moresco, Pedaso, Campofilone, Monte Giberto | Montegranaro, Rapagnano, Francavilla d’Ete, Torre San Patrizio, Monte San Pietrangeli, | Porto San Giorgio | Fermo | Amandola, Santa Vittoria in Matenano, Montefalcone Appennino, Smerillo, Montefortino, Montelparo |

#### 4.2.6 Unità di Cure Complesse Primarie (UCCP)

L’UCCP è un’aggregazione, multiprofessionale, strutturata anche in un presidio, di cui fanno parte i Medici di Medicina Generale insieme ad altri operatori del territorio, sanitari, sociali ed amministrativi, come il personale di studio del medico di famiglia. La UCCP garantisce le risposte complesse alla popolazione di riferimento della AFT, così come sopra individuata, avendo come riferimento PDTA condivisi, ma formulando poi un piano assistenziale personalizzato e che opera, nell’ambito dell’organizzazione distrettuale, materialmente nei vari “setting” assistenziali individuati e messi a disposizione dal Distretto (ambulatori pubblici, dei medici di famiglia e/o dei Pediatri di Libera scelta, domicilio del paziente in caso di ADI, Strutture residenziali) e anche in sede unica o con una sede di riferimento, che possono essere 12 Presidi Pubblici Territoriali- in alcune regioni chiamate “Case della Salute”.

Un aspetto particolare della integrazione multiprofessionale è rappresentato dalla reale partecipazione alle UCCP degli Assistenti sociali per garantire la quale è necessario realizzare:

- gestione integrata del servizio socio-assistenziale erogato dai Comuni e socio-sanitario erogato dalle ASL, a livello distrettuale; - integrazione reale delle attività sociali con quelle sanitarie fin dalla fase di programmazione, nazionale e regionale;
- integrazione operativa a livello di UCCP di un unico punto di accoglienza della domanda di aiuto, sia sociale che sanitaria ed inserimento nel Team multiprofessionale della UCCP di un solo Assistente Sociale che contribuisca alla valutazione complessiva dei bisogni ed alla definizione delle opportune risposte integrate, fungendo poi da tramite per la attivazione delle diverse aree di attività in cui è organizzato il Servizio Sociale

- adozione da parte del Team della UCCP, integrato dall'Assistente Sociale, degli strumenti di valutazione multidimensionale e di definizione per ogni singolo soggetto di un unico progetto assistenziale personalizzato integrato sociale e sanitario

Nell'ambito della AST FM è prevista una sola UCCP

#### 4.2.7 Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

La riorganizzazione delle Cure Primarie nel contesto della Medicina del Territorio rappresenta una necessità tesa al miglioramento delle modalità di erogazione delle risposte ai bisogni, mettendo in atto strategie di sviluppo e di integrazione organizzativa, sia a livello "orizzontale", con la creazione di team, mono e multi professionali (modelli a rete multiprofessionali), che "verticale" (sistemi assistenziali integrati con l'ospedale), attraverso l'implementazione, come detto, dei sistemi informativi integrati, lo sviluppo di servizi sanitari di prossimità, gli strumenti di clinical governance e auditing, con particolare attenzione verso la prevenzione primaria e secondaria, il miglioramento dei determinanti di salute, la ridefinizione del sistema della domiciliarità e residenzialità, le attività di sostegno alla fragilità, l'attenzione alle patologie croniche. "I sistemi sanitari che si orientano alle cure primarie hanno outcomes di salute, equità d'accesso, continuità delle cure, superiori ai sistemi incentrati sulle cure specialistiche ed ospedaliere con minori spese e maggiore soddisfazione per la popolazione

Nella riorganizzazione delle cure primarie è necessario adottare un approccio di sanità di iniziativa basata sull'epidemiologia della popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale, che garantisca per le situazioni di cronicità, complessità, fragilità e non autosufficienza la presa in carico dei bisogni e la continuità assistenziale, assicurata dai professionisti riuniti in Team mono o multiprofessionali mentre si riaffermano, come accennato in premessa, come valori imprescindibili, l'approccio olistico alla persona proprio della Medicina di famiglia, l'univocità del rapporto di fiducia medico-paziente, la utilità di mantenere anche la capillare diffusione sul territorio degli studi dei MMG e dei PdF e la modalità ordinaria "on demand" (medicina di attesa) di organizzazione del lavoro per dare risposte al cittadino quando esprime il suo bisogno di salute

L'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) è un raggruppamento funzionale, monoprofessionale di Medici di Medicina Generale (allo stato attuale: MMG di Assistenza primaria, MMG di Continuità Assistenziale e MMG della medicina dei servizi e domani MMG a ruolo unico con contemporaneo rapporto orario e a ciclo di fiducia). Da sottolineare che, in virtù del rapporto fiduciario medico-paziente, la costituzione di una AFT individua in automatico un "bacino" di assistiti, che sono i cittadini che hanno liberamente scelto i MMG della AFT, rispetto ai quali andranno poi "costruite" tutte le risposte ai bisogni socio-sanitari. Oltre ai MMG, numericamente più rappresentati, concorrono alle cure primarie nel territorio anche altri medici convenzionati quali i Pediatri di Libera Scelta e gli Specialisti Ambulatoriali Interni per i quali pure sono previste le forme aggregative delle AFT e la partecipazione alle UCCP. Le AFT sono caratterizzate, di norma, ma con flessibilità legata a particolari caratteristiche orografiche e sociali, che possono giustificare una diversa dimensione, da una popolazione di riferimento di circa 30.000 assistiti e da un numero di medici non inferiore a 20, inclusi i medici che svolgono attività a quota oraria

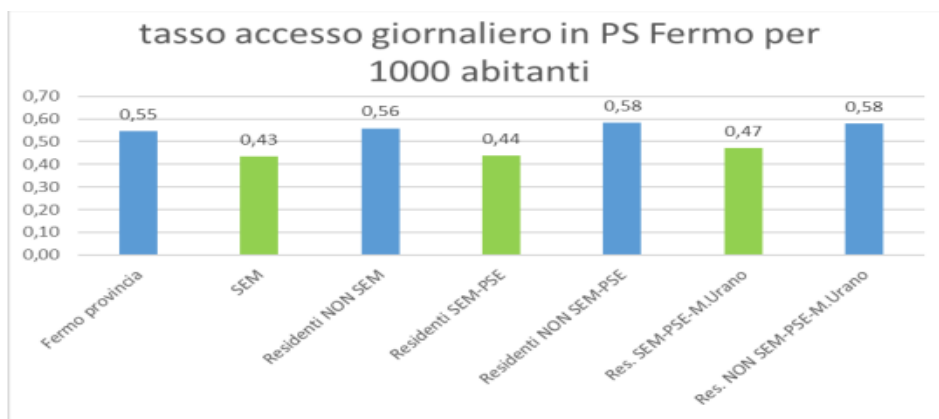
Ai medici delle AFT, dotati di diagnostica e di proprio personale di studio appositamente formato, anche in un'ottica di sussidiarietà, è affidata la prevenzione e la gestione completa di percorsi relativi a singole patologie croniche o alla complessità che nasce dalla contemporanea presenza di più patologie in soggetti autosufficienti o con non-autosufficienza lieve, definendo obiettivi da garantire, indicatori da verificare e risorse a disposizione per realizzare gli obiettivi (programmazione operativa), creando inoltre la possibilità, tra i medici della AFT, di individuare nuove abilità professionali, nuove "expertise", individuando medici che possano svolgere un ruolo da "first opinion" prima di attivare lo specialista, "second opinion", oppure in grado di effettuare diagnostica di primo livello (ecografia generalista, ecg, spirometria, Holter,...) e riservando inoltre al team multiprofessionale, cioè alla UCCP, proprio in un'ottica di appropriatezza della risposta a differenti livelli di intensità assistenziale, il trattamento di tutti quei pazienti affetti da patologie croniche in cui la presenza di situazioni di comorbidità, fragilità e non-autosufficienza richiede l'adozione di un approccio integrato e multidisciplinare. Posto che la definizione degli obiettivi e la pianificazione delle attività devono rientrare tra le funzioni di governance pubblica svolta dalle aziende sanitarie attraverso il Distretto "funzionalmente forte" sono auspicabili sperimentazioni organizzative che riportino le AFT e più in generale i MMG, all'interno dell'organizzazione distrettuale con funzioni di governo clinico (funzione di coordinatore sanitario di responsabile clinico nell'area delle cure intermedie ecc.).

Per quanto riguarda i sistemi informativi è necessario dotare le AFT di una "rete" clinica di condivisione dei dati dei cittadini che per scelta fiduciaria si riferiscono ai medici della AFT, oggi modernamente rappresentata da un "cloud" dedicato, che garantisca, nel rispetto delle norme vigenti in tema di privacy, la necessaria condivisione

dei dati clinici a supporto di una effettiva ed efficiente continuità delle cure H24 e che supporti le attività di self-audit e di peer review che sono alla base del processo di miglioramento delle performances professionali: rete clinica di AFT in grado di interfacciarsi ed interoperare con le reti delle Aziende Sanitarie andando a costituire l'ossatura del Sistema Informativo aziendale e regionale. Sia le AFT che le UCCP: - condividono gli obiettivi annuali di budgeting – programmazione operativa con la Direzione di Distretto; - perseguono il governo clinico attraverso l'appropriatezza con incontri periodici a carattere di audit organizzativo, nelle quali vengono discusse le performance quali: farmaceutica, specialistica, screening ed altro; - hanno un sistema informativo unico che si basa sulla cartella clinica condivisa che nelle AFT sarà ad uso monoprofessionale e nelle UCCP sarà multiprofessionale. In tale contesto risulta necessario che le nuove politiche sul territorio facilitino la partecipazione attiva dei cittadini e delle comunità (inclusi i pazienti, i loro familiari, i gruppi di auto aiuto, il volontariato).

Ad oggi esistono 8 Equipe territoriali (Porto Sant' Elpidio, Sant'Elpidio a Mare-Monteurano, Porto San Giorgio, Fermo, Petritoli, Montegranaro, Montegiorgio, Amandola), forme associative previste dall'Accordo Integrativo Vigente della medicina generale (DGR 751/2007) e nuovo Accordo Integrativo. Il progetto della Casa di Comunità attivata a Sant'Elpidio a Mare, dimostra come le AFT rappresentano il futuro dell'assistenza primaria, infatti la presa in carico del paziente sul territorio con il coinvolgimento dei MMG dimostra l'efficienza e la qualità del valore in sanità proiettata nel futuro. Infatti come si evince dal grafico, il tasso di accesso giornaliero per 1.000 abitanti al Pronto Soccorso di Fermo della popolazione residente nel territorio, distinto per ambito territoriale di residenza, è inferiore nel comune di Sant'Elpidio a Mare rispetto agli altri comuni.

Grafico 15



#### 4.2.8 Punti Salute

I Punti Salute nel rispetto degli obiettivi posti dal PSSR, attuano lo sviluppo di una sanità di prossimità avvicinando i servizi alla popolazione, con l'obiettivo di prevenire eventi acuti, migliorare la qualità di vita, semplificare l'accesso alle prestazioni sanitarie, soprattutto in aree più carenti di strutture e/o con popolazione più fragile, quali le persone anziane che, in un territorio che non agevola la mobilità, possono trovare nel P.Sa. un riferimento per alcune indagini, controlli, raccolta di risposte, acquisizione di informazioni sull'accesso ai servizi sanitari

Il modello, avviato nella forma sperimentale, vuole introdurre percorsi innovativi di assistenza socio sanitaria verso una sanità più vicina ai cittadini e più capillare sul territorio grazie a nuove tecnologie e soluzioni di telemedicina. Tale servizio potrà anche proficuamente integrarsi con altre organizzazioni previste dal DM 77/22 e PSSR, quali le COT, l'infermiere di comunità, la rete delle costituenti AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie). Le prestazioni erogate presso il P.Sa., da parte del personale infermieristico, sono quelle con carattere di elezione con esclusione delle prestazioni con carattere di emergenza/urgenza, privilegiando quelle a maggior attesa, avendo individuato al momento l'opportunità di poter offrire prestazioni prenotabili per esami quali Holter, ECG e spirometria ed altri controlli quali saturazione e pressione arteriosa, e potranno essere disponibili ulteriori quali osservazione dermatologica in epiluminescenza. La refertazione avviene in modalità remota in telerefertazione.

#### 4.2.9 L'Infermiere di Famiglia o Comunità'

E' la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione

interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'Infermiere di | Famiglia o Comunità interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità formali e informali. L'Infermiere di Famiglia o Comunità non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi setting assistenziali in cui essa si articola.

È previsto un Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti. Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola.

L'utilizzo dell'infermiere di comunità rappresenterà un punto di forza al sistema della gestione di cronicità previsto dal DM 2017, soprattutto nel microprocesso assistenziale.

L'ambito di riferimento territoriale costituisce importante elemento per l'IFoC a supporto dell'organizzazione della medicina territoriale e di prossimità e prevede l'individuazione degli assistiti di propria competenza, secondo un criterio geografico di ripartizione del territorio, coerente con la presenza territoriale delle AFT della medicina generale. L'IFoC è chiamato ad interagire con i MMG e PLS, Centrali Operative Territoriali, P.U.A., Cure Domiciliari, Ospedali di Comunità e Unità di Continuità Assistenziale, al fine di creare gruppi di lavoro multiprofessionali che si costituiranno in relazione alle caratteristiche sociali ed epidemiologiche delle comunità, divenendo punto di riferimento per la popolazione delle nostre comunità.

#### **4.2.10 Unità Operativa Sociale e Sanitaria (UOSeS)**

La Unità Operativa Sociale e Sanitaria (UOSeS) è un'unità funzionale normata dalle DGR n.110 e n. 111 del 2015 e dal Piano Socio-Sanitario 2023-2025, in capo al Direttore Socio Sanitario. Svolge azione di integrazione, anche tramite la stesura di accordi istituzionali, fra ambiti territoriali e AST, rappresentando lo strumento di coordinamento territoriale di tutta la rete dei servizi sociosanitari.

L'UOSeS è deputata all'elaborazione ed all'implementazione dei modelli di valutazione e presa in carico integrata ed allo sviluppo dei percorsi assistenziali integrati dei cittadini con bisogni assistenziali complessi.

#### **4.2.11 Unità Valutativa Integrata (UVI)**

Unità Valutativa Integrata (UVI), di cui alle DGR 111 2015 al PSSR 2023 -2025. L'UVI è un'equipe integrata composta da un team core costituito da medico del Distretto, Infermiere, assistente sociale, a cui si associano tutti i professionisti necessari nelle specifiche situazioni (medico ospedaliero, medico specialista, psichiatra, fisiatra, fisioterapista, palliativista, etc). L' UVI valuta tutti i pazienti in dimissione protetta ospedaliera, tutti i pazienti che necessitano di assistenza domiciliare integrata, tutti i pazienti con bisogni complessi assistiti a domicilio o in setting extraospedalieri. Compito dell' UVI è la valutazione dei bisogni assistenziali sociosanitari dell'utente, l'elaborazione del PAI, l'individuazione del setting appropriato per l'erogazione del PAI.

#### **4.2.12 Unità Multidimensionale Età Adulti (UMEA) ed Unità Multidimensionale Età Evolutiva (UMEE)**

Unità Multidimensionale Età Adulti (UMEA) ed Unità Multidimensionale Età Evolutiva (UMEE) di cui alla (LR 52 del 1998, DGR 111 2015, PSSR 2023 -2025).

UMEA ed UMEE sono nuclei organici dotati di autonomia operativa collocate a livello distrettuale con compiti di informazione, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché di valutazione, programmazione e verifica degli interventi educativi, riabilitativi, d'integrazione scolastica, sociale e lavorativa dei soggetti in situazione di handicap e degli altri soggetti indicati dal piano sanitario regionale nel capitolo relativo ai servizi integrati territoriali.

UMEE ed UMEA rappresentano di fatto i servizi aziendali deputati alla presa in carico degli utenti con disabilità, fra cui utenti con autismo medio-grave. La loro attività si svolge in stretta integrazione con i servizi sociali dei comuni di Fermo e con gli ATS.

### **4.2.13 Consultorio**

Consultorio (DM77, *Deliberazione amm. Regione Marche n. 202 del 3 Giugno 1998*, PSSR 2023 -2025). Il consultorio rappresenta la struttura aziendale a libero accesso e gratuita deputata alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura della donna in tutto il suo ciclo di vita (comprese quelle in gravidanza), dei minori, delle famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento.

### **4.2.14 Centro Disturbi Cognitivi Demenze (CDCD)**

Il CDCD rappresenta la struttura specialistica di riferimento per la rete dei servizi per le demenze. Il servizio è deputato alla valutazione ed alla presa in carico dei pazienti affetti da demenza e della loro famiglia, individuando i bisogni di salute che si presentano nelle diverse fasi della malattia e di contesto socio-familiare, procedendo alla stesura del PAI, offrendo consulenza specialistica neurologica, gestendo la terapia farmacologica.

### **4.2.15 Assistenza Penitenziaria**

La normativa di riferimento attuale è la DGR 1220/2015. Nella casa circondariale di Fermo, con una capienza di 41 detenuti ma una presenza effettiva mediamente di quasi 60 detenuti, forniamo:

- 10 ore/die di assistenza medica nei giorni feriali
- 8 ore/die di assistenza medica nei festivi. La notte la continuità assistenziale è garantita dalla guardia medica.
- 13 ore/die di assistenza infermieristica
- accessi settimanali programmati di chirurgo, psicologo STDP, psichiatra DSM.

Sono inoltre state attivate varie procedure per facilitare l'accesso alle cure odontoiatriche, la referenziazione di ECG, l'accesso al PS dei detenuti.

## **4.3 I Presidi Ospedalieri**

### **4.3.1 Presidio Ospedaliero**

Art. 4, comma 9, D.Lgsvo 502/92 - Art. 37 L.R. 19/2022

Gli ospedali che non siano costituiti in azienda ospedaliera conservano la natura di presidi dell'unità sanitaria locale. Nei presidi ospedalieri dell'unità sanitaria locale è previsto un dirigente medico in possesso dell'idoneità di cui all'art. 17, come responsabile delle funzioni igienico-organizzative, ed un dirigente amministrativo per l'esercizio delle funzioni di coordinamento amministrativo. Il dirigente medico ed il dirigente amministrativo concorrono, secondo le rispettive competenze, al conseguimento degli obiettivi fissati dal direttore generale. A tutti i presidi di cui al presente comma è attribuita autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale, con l'introduzione delle disposizioni previste per le aziende ospedaliere, in quanto applicabili.

L'AST di FM ha un solo presidio ospedaliero di 1° livello secondo il DM 70/15 istituito presso il comune di Fermo ed un ospedale in zona disagiata (DM70/2015) istituito presso il Comune di Amandola.

La macroarea ospedaliera; prevede che Il direttore Medico di Presidio ed il Direttore Amministrativo rispettivamente hanno funzioni sui due ospedali.

## **4.4 Le Funzioni di Staff della Direzione**

Costituiscono lo Staff della Direzione le funzioni strategiche a supporto dei processi decisionali, della qualità e dello sviluppo delle funzioni aziendali. Gli organi di Staff in capo al Direttore Generale svolgono un ruolo di supporto alle attività della governance aziendale.

#### **4.4.1 Il Dipartimento funzionale delle Professioni Sanitarie**

Il Dipartimento funzionale delle Professioni Sanitarie, di cui all'Art. 36, comma 1, della LR 19/22, ingloba l'area infermieristica, tecnica della riabilitazione, della prevenzione, tecnico sanitaria e della professione sanitaria ostetrica e del servizio sociale.

Il Dipartimento è articolato con funzioni di coordinamento rispetto alle strutture organizzative delle varie funzioni A1, A2, A3 che afferiscono alle rispettive UOC e quindi ad altri Dipartimenti. Infatti ogni funzione A1, A2, A3 si posiziona in line rispetto alle UOC a cui afferiscono nell'organigramma aziendale e rispetto al piano occupazionale.

Il Dipartimento in Staff alla Direzione è strategico non solo per gli obiettivi che l'Azienda deve perseguire, sulla base di indicazioni Regionali/Nazionali, ma anche perché la sua azione di coordinamento è rappresentativa di circa il 70% di tutto il personale dell'area comparto aziendale.

Il Dipartimento è quindi rappresentato dalle funzioni A1, A2, A3 e per la sua importanza strategica è stata inserita anche la UOSD Formazione con autonomia tecnica e gestionale. La DMO ed il Governo Clinico e Gestione del Rischio hanno una loro autonomia tecnica gestionale specifica; il Governo Clinico e Gestione del Rischio in Staff alla Direzione, mentre la DMO in line versus l'Ospedale. Sia il Governo Clinico e Gestione del Rischio che la DMO possono collaborare su obiettivi prioritari per l'Azienda in coordinamento con il Dipartimento.

#### **4.4.2 Il Servizio Sociale Professionale – UOS Integrazione Socio Sanitaria - PUA**

La UOS Integrazione Socio – Sanitaria afferisce gerarchicamente al Direttore Socio Sanitario, al fine di supportare il medesimo nelle funzioni di coordinamento operativo dei percorsi integrati socio-sanitari afferenti al Distretto e agli Ambiti Territoriali Sociali, sotto il profilo di:

- definizione dei fabbisogni assistenziali;
- organizzazione della domanda;
- verifica dell'utilizzo delle risorse.

In particolare la UOS Integrazione Socio – Sanitaria:

- definisce sotto il profilo quali-quantitativo i bisogni socio sanitari epidemiologicamente emergenti, le priorità d'intervento e il profilo d'offerta più appropriata di servizi socio-assistenziali, anche attraverso la connessione con gli altri soggetti istituzionali, del terzo settore e dell'associazionismo;
- provvede alla preventiva articolazione distributiva dei volumi assistenziali in base alla struttura dell'offerta, con particolare riferimento agli inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali;
- provvede al coordinamento operativo dell'UOSeS con la rete dei servizi sociosanitari, comprensivi della attuazione della rete hub and spoke dei PUA SOCIO SANITARI;
- provvede alla verifica dell'andamento dei volumi assistenziali erogati dalla rete di offerta assistenziale, collaborando con la Direzione Amministrativa Territoriale nella fase di liquidazione delle prestazioni erogate.

Il Servizio Sociale Professionale è inserito nella UOS Integrazione Socio Sanitaria in Staff al Direttore Socio-Sanitario (art. 36, comma 2). Collabora con il Direttore dell'Integrazione Socio-Sanitaria nel coordinamento delle attività di integrazione fra sanitario e sociale. Opera quindi in sinergia con il Distretto, il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, il Dipartimento Trasmurale del DSM.

#### **4.4.3 Ufficio Relazioni con il Pubblico**

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), il quale, attraverso il Sistema di comunicazione interna ed esterna, deve assicurare le funzioni di informazioni ed accesso, accoglienza e ascolto, tutela e partecipazione dei cittadini. L'URP per poter garantire le funzioni ed i compiti assegnati si deve rapportare con tutte le strutture organizzative dell'Azienda Sanitaria e, pertanto, opera alle dirette dipendenze del Direttore Generale, collocandosi a livello di staff della Direzione aziendale, come stabilito dalla normativa statale (DPCM 19.05.1995) e regionale (L.R. 19/2022, art. 12, comma 9) e conformemente alla DGR n. 1635 del 13.11.2023 "L.R. n. 19/2022 – Art. 12 "Partecipazione" – Direttive per la modalità di funzionamento degli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP) e Linee guida per la comunicazione istituzionale degli Enti del SSR".

L'URP si articola in due aree, il back-office e il front-office tra loro funzionalmente integrati.

- back-office costituisce l'area interna dell'URP ed è l'insieme dell'organizzazione, dei processi e delle decisioni che poi si traducono in operatività esterna nel front-office. Nel backoffice si elaborano i flussi strutturati di informazioni provenienti dalle diverse fonti informative aziendali e si gestisce la banca dati delle informazioni per rispondere alle diverse esigenze espresse dagli utenti (clienti interni ed esterni);

- front-office costituisce l'area di contatto tra Azienda e cittadino, è il luogo di massima visibilità dell'Azienda e di mediazione della sua immagine, nonché l'ambito principale di interpretazione dei nuovi bisogni e delle esigenze dei cittadini. Le attività del front-office sono rivolte ai cittadini per fornire informazioni sulle prestazioni e servizi offerti e le relative modalità di accesso, sui tempi di attesa, sulle procedure di tutela, nonché per monitorare la qualità dei servizi ed il livello di soddisfazione dell'utenza;

- punti di informazione e di ascolto rappresentano le articolazioni organizzative in cui si articola l'URP e sono coordinati dal responsabile dell'URP. Gli Enti del SSR provvedono a definire l'articolazione dei punti di informazione e ascolto nelle strutture più complesse e con maggior flusso d'utenza, gli stessi dovranno essere almeno garantiti a livello dei Distretti, dei Presidi Ospedalieri e dei Poliambulatori.

## **FUNZIONI E COMPITI**

### **Informazione e comunicazione**

Gli URP e i Punti di Informazione e ascolto assicurano:

a) le informazioni di primo livello complete e costantemente aggiornate in merito a:

- descrizione dei servizi e prestazioni erogate;
- organizzazione, ubicazione e responsabile del servizio;
- modalità di accesso, tariffe e tempi di erogazione delle prestazioni;
- modulistica di riferimento per l'accesso alle prestazioni e per reclami;
- standard e impegni definiti nella Carta dei Servizi;
- procedure di tutela; - protocolli di partecipazione delle Associazioni di utenti;
- diritti e doveri degli utenti; - esiti del monitoraggio dei reclami e delle verifiche (ex art. 14, comma 4 D. Lgs. 502/1992);

b) attuazione delle iniziative di comunicazione pubblica rivolte a promuovere con strumenti e prodotti adeguati al target di riferimento, le informazioni relative ai servizi e al complesso dei diritti e dei doveri dei cittadini, degli strumenti e delle procedure di tutela, di monitoraggio e di partecipazione, anche in collaborazione con le Associazioni di volontariato e di tutela degli utenti.

### **Accoglienza e ascolto**

Gli operatori dell'URP assicurano attraverso l'ascolto la presa in carico delle richieste e dei bisogni espressi dai cittadini. Forniscono una risposta sollecita (che, sulla base della complessità della richiesta, può essere immediata o entro il limite massimo di 15 giorni) e trasparente con le informazioni necessarie ad orientare il cittadino nella fruizione del servizio.

### **Procedure di tutela**

Gli URP sono le strutture preposte a ricevere le richieste di accesso agli atti dell'amministrazione e di partecipazione ai procedimenti amministrativi di cui alla Legge 241/1990.

La gestione dei reclami dei cittadini colloca l'URP nell'ambito del sistema di rilevazione e miglioramento della qualità in ogni azienda, tale gestione rappresenta una delle modalità attraverso cui l'Azienda può ascoltare e comprendere le esigenze e le insoddisfazioni relative alle prestazioni erogate da intendere quale risorsa positiva utilizzabile per il miglioramento dei processi aziendali.

### **Promuovere lo sviluppo della partecipazione**

L'URP promuove la partecipazione degli utenti al miglioramento dei servizi sollecitando, con iniziative specifiche, forme di collaborazione e proposte degli utenti per migliorare le modalità di accesso e di erogazione

dei servizi. Inoltre collabora con le Associazioni di volontariato sulla base dei Protocolli d'Intesa stipulati con gli Enti del SSR.

L'URP informa i cittadini sulle modalità e gli istituti di partecipazione e promuove proposte e iniziative di comunicazione in collaborazione con le Associazioni di tutela per il miglioramento dell'accesso ai servizi e alla fruizione delle prestazioni.

### **Analisi dei bisogni e valutazione del gradimento dei servizi**

Gli URP valutano sistematicamente il grado di soddisfazione degli utenti attraverso il monitoraggio dei reclami, delle segnalazioni e delle osservazioni. Nonché, attraverso di un sistema di valutazione della qualità percepita dagli utenti nonché attraverso indagini periodiche di customer satisfaction funzionali a una migliore conoscenza dei bisogni dell'utenza e della valutazione dei servizi offerti attraverso questionari, interviste, etc. Tali azioni sono fondamentali per promuovere l'innovazione organizzativa, per riprogettare i servizi, ridurre sprechi, eliminare procedure inutili, ridefinire le risorse. I risultati di tali indagini sono oggetto di specifici rapporti alla Direzione Generale dell'Azienda e di confronto con i Responsabili e gli operatori dei servizi al fine di definire azioni per il miglioramento continuo del servizio.

Una buona **comunicazione interna**, fondata su di un'ampia circolazione delle informazioni sulle attività e i processi lavorativi e il pieno coinvolgimento delle risorse umane nei progetti di cambiamento organizzativo, consente di costruire al meglio l'identità di un'amministrazione, favorisce la crescita di un senso di appartenenza positivo alla dimensione del lavoro pubblico e contribuisce a porre su nuove basi l'immagine della sfera pubblica.

### **LINEE D'INDIRIZZO COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE**

La **comunicazione esterna** deve soddisfare i requisiti di chiarezza, semplicità e sinteticità e, nel contempo, garantire completezza e chiarezza dell'informazione da parte delle pubbliche amministrazioni. Solo in questo modo gli utenti potrebbero trasformarsi da semplici e inconsapevoli fruitori di un servizio, in consapevoli risorse dello stesso, a beneficio prima di loro stessi e, al contempo, della cultura collettiva dando vita a un potente meccanismo di feedback.

Il complesso esercizio delle attività sanitarie si fonda anche sulla comunicazione, che nel tempo si è andata modificando, parallelamente al rapporto tra medico e persona assistita, oggi assolutamente differente rispetto al passato. La maggiore disponibilità di informazione, e la conseguente maggior consapevolezza accentuano l'autonomia del paziente, che può così rivendicare con forza il proprio diritto di scelta all'interno della relazione di cura.

Come previsto dal PSSR 2023/2025 nel paragrafo 9.4 dedicato alla comunicazione vanno potenziate le sinergie operative tra gli Enti del SSR e Regione, così da garantire uniformità ai messaggi diffusi su tutto il territorio regionale. Saranno inoltre promosse azioni di comunicazione e informazione tecnico-specialistica rivolte agli operatori, al fine di innalzare i livelli professionali verso standard sempre più elevati, ma anche di condivisione delle scelte di indirizzo in una logica di integrazione e partecipazione.

### **UFFICIO COMUNICAZIONE**

Gli Uffici Comunicazione e Ufficio Stampa degli Enti del SSR assicurano:

- la messa in rete delle informazioni di carattere generale, dei servizi, delle modalità di accesso a prestazioni sanitarie ed amministrative;
- la realizzazione di un sito internet ed intranet;
- promozione identità aziendale;
- la realizzazione di iniziative e campagne informative su particolari temi di interesse sociosanitario, utilizzando i diversi strumenti informativi in base al target e agli obiettivi che si intendono raggiungere;
- la collaborazione con organizzazioni e Associazioni del volontariato, gli Enti pubblici che operano in ambito locale;
- rapporti con i mass media;
- un numero telefonico unico a livello aziendale, operativo dalle ore 09.00 alle ore 20.00 con personale qualificato per fornire direttamente adeguate risposte fino alle ore 17.00 prevedendo l'attivazione di una

segreteria telefonica, al di fuori dell'orario di servizio, al fine di consentire una presa in carico delle richieste.

## **UFFICIO STAMPA**

Il rapporto degli Enti SSR con i cittadini passa in maniera predominante anche attraverso i mass media (quotidiani, radio, tv, riviste, ecc.); inoltre, il mondo dell'editoria, sia web che cartacea, rappresenta nel territorio un ulteriore importante punto di contatto che le istituzioni possono avere con i propri utenti.

Filtrano e veicolano il flusso delle informazioni provenienti dall'interno dell'organizzazione verso gli organi di informazione garantendo:

- Informazione esterna (comunicati e conferenze stampa, sito, social, rapporti con i mass media quotidiani/periodici e riviste scientifiche, interviste e articoli, blog);
- informazione interna (intranet, house organ, bacheche, rassegna stampa, mailing list);
- Gestione eventi (inaugurazioni, presentazione, convegni, conferenze ecc)

### **Funzioni Ufficio Stampa**

Gli obiettivi dell'Ufficio Stampa possono essere sintetizzati in:

- creare un'immagine positiva dell'ente;
- ottenere maggiore visibilità possibile costante e mirata sui media;
- certificare ed avallare la credibilità dei messaggi divulgati dagli Enti del SSR;
- creare un flusso continuo di informazioni;
- prevenire e risolvere situazioni pericolose e dannose per l'Ente (Comunicazione di crisi);
- accreditare il proprio Ente come fonte indispensabile su specifiche tematiche.

## **4.5 I Poteri di gestione ed il sistema delle deleghe**

### **4.5.1 La gestione e la valutazione delle responsabilità**

#### **Accountability e Governance**

Nell'accezione di 'insieme dei principi, dei modi, delle procedure per la gestione e il governo di società, enti, istituzioni, o fenomeni complessi, dalle rilevanti ricadute sociali', il sostantivo aziendalistico-imprenditoriale governance, dritto nell'italiano e nelle altre lingue europee del cosiddetto mondo economicamente più sviluppato, si impone, trasvolando l'Oceano Atlantico, a partire dagli inizi degli anni Novanta del Novecento.

L'anglicismo, che propriamente vuol dire 'modo di dirigere, conduzione', inizialmente ha battuto e ribattuto sulle pagine della stampa italiana le piste del mondo dell'impresa, soprattutto perché abbinato all'aggettivo (anglosassone pure lui) corporate 'aziendale', nella locuzione corporate governance (in italiano dal 1994), che vale, "nel linguaggio aziendale, il metodo e la struttura organizzativa con la quale si distribuisce il comando tra i dirigenti di un'impresa" (Treccani.it).

Governance, usato in italiano al femminile, a partire dal linguaggio aziendale, in cui si indica maniera, stile o sistema di conduzione e di direzione di un'impresa (in particolare nella locuzione sostantivale corporate governance, propr. governo, direzione dell'impresa), il significato del sostantivo si è rapidamente allargato all'eccezione di insieme di principi, dei modi, delle procedure per la gestione e il governo di società, enti, istituzioni, o fenomeni complessi, dalle rilevanti ricadute sociali.

#### **Governo**

Non è più una definizione appropriata del modo in cui le popolazioni e i territori sono organizzati e amministrati in un mondo in cui la partecipazione dei rappresentanti degli interessi economici e della società civile sta

diventando la norma, il termine “governance” definisce meglio il processo attraverso cui collettivamente risolviamo i nostri problemi e rispondiamo ai bisogni della società, mentre governo indica piuttosto lo strumento che usiamo.

All'interno di una società si definisce governo d'impresa o governo societario (in inglese corporate governance) l'insieme di regole, di ogni livello (leggi, regolamenti etc.) che disciplinano la gestione della società stessa.

Il governo d'impresa include anche le relazioni tra i vari attori coinvolti (gli stakeholder, ossia chi detiene un qualunque interesse nella società) e gli obiettivi per cui l'impresa è amministrata. Gli attori principali sono gli azionisti (shareholders). Il Consiglio di amministrazione (board of directors) e il management.

Tabella: 31

|                                      | Government                                                                                                                                            | Governance                                                                                                                                 |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Definizione                          | Esercizio del potere decisionale derivante dal sistema istituzionale formale                                                                          | Esercizio dei poteri formali e/o informali con l'obiettivo di “creare consenso” attorno a determinate scelte                               |
| Attori                               | Un numero contenuto di partecipanti, prevalentemente pubblici                                                                                         | Un numero elevato di partecipanti, pubblici e privati                                                                                      |
| Focus                                | Strutture organizzative e istituzioni                                                                                                                 | Processi, politiche e <i>outcome</i>                                                                                                       |
| Struttura                            | Sistemi chiusi, limiti territoriali alle competenze, partecipazione obbligatoria Gerarchica                                                           | Sistemi aperti, confini funzionali, partecipazione volontaria. Reti e partnership                                                          |
| Funzioni                             | Scarsa consultazione, nessuna cooperazione nella definizione e attuazione delle politiche                                                             | Maggiore consultazione, possibilità di cooperazione tra gli attori nella formulazione e attuazione di politiche settoriali                 |
| Strumenti                            | Prevalentemente formali (leggi, decreti, regolamenti, circolari)                                                                                      | Spesso informali che “creano condizioni favorevoli” all'accettazione di strumenti e atti formali                                           |
| Modalità di interazione              | Autorità gerarchica, relazioni conflittuali e interazioni ostili, contatti informali e segretezza Commando e controllo, diretta erogazione di servizi | Consultazione orizzontale, relazioni collaborative e consenso su norme tecnocratiche, contatti estremamente informali ed apertura          |
| Contenuti decisionali                | Specifici e rigidi                                                                                                                                    | Indicazione di criteri per decidere e per valutare la validità delle decisioni.                                                            |
| Conseguenze verso i soggetti esterni | Obbligatorie (giuridicamente o perché esiste un forte condizionamento), divieti od obblighi ad agire anche contro la propria convenienza              | Creare per i soggetti esterni la convenienza a fare o a non fare ottenendo l'adesione convinta e sostanziale agli obiettivi posti dalla PA |

## Accountability

Figura: 14

**E' cambiato l'atteggiamento delle Amministrazioni Pubbliche:  
dall'adempimento alla responsabilità**



## L'evoluzione dell'idea di Accountability

Tabella: 32

| Contesto                                   | Concetto di accountability        | Strumenti (esempi)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Amministrazione pubblica<br>"tradizionale" | Accountability<br>"contabile"     | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contabilità finanziaria autorizzativa</li> <li>▪ Controlli sul rispetto delle procedure</li> <li>▪ Controlli esterni e di legittimità</li> </ul>                                                                                                                                         |
| Prima fase dei processi di riforma         | Accountability<br>"manageriale"   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contabilità economico patrimoniale</li> <li>▪ Strumenti di P&amp;C (modello "cibernetico"): budget, contabilità costi, ...</li> <li>▪ Misurazione e valutazione delle performance (focus sulla misurazione di input e output; attenzione all'efficienza ed efficacia interna)</li> </ul> |
| Seconda fase dei processi di riforma       | Accountability<br>"professionale" | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pianificazione e controllo strategico</li> <li>▪ Bilanci "partecipati"</li> <li>▪ Revisione degli strumenti di programm. e controllo e di misurazione e valutazione performance (attenzione all' outcome e all'efficacia anche esterna)</li> </ul>                                       |

La valutazione delle risorse umane costituisce, per l'Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo, uno strumento di valorizzazione dei professionisti, in un'ottica di miglioramento della performance individuale e di équipe e di sviluppo delle competenze, riconoscendo ai professionisti il ruolo di risorsa chiave dell'organizzazione.

L'Azienda attiva modalità correnti di monitoraggio e valutazione del lavoro di tutti i professionisti; la valutazione del lavoro effettivamente svolto, le rispettive modalità e periodicità sono stabilite nel rispetto delle normative vigenti nazionali e regionali.

L'Azienda si impegna affinché il proprio Sistema integrato di valutazione del personale sia finalizzato a: migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni professionali, orientare i comportamenti agli obiettivi e alle priorità dell'Azienda, ottimizzare e qualificare la gestione delle risorse umane affidate a ciascun responsabile, favorire la crescita dei professionisti attraverso investimenti mirati in formazione e sviluppo, dare valore e riconoscimento al contributo individuale e di équipe.

### 4.5.2 Gli Incarichi

#### Sistema degli incarichi e sviluppo della carriera professionale

Il sistema degli incarichi dirigenziali, ai sensi della normativa vigente (Art. 22 CCNL del 23/01/2024 Area della Sanità e Art. 70 CCNL del 17/12/2020 Personale dell'Area delle Funzioni Locali), disciplina le tipologie, la graduazione e le procedure di attribuzione degli incarichi ai dirigenti Area garantendo, in particolare, oggettività, imparzialità e verifica delle competenze nelle suddette procedure di attribuzione e nella disciplina degli incarichi medesimi. Tale sistema, che si basa sui principi di autonomia, di responsabilità e di valorizzazione del merito e della prestazione professionale nel conferimento degli incarichi, è: - volto a garantire il corretto svolgimento della funzione dirigenziale nel quadro delle disposizioni legislative e contrattuali vigenti; - funzionale ad un'efficace e proficua organizzazione aziendale e al raggiungimento degli obiettivi di salute previsti dalla programmazione sanitaria e/o sociosanitaria nazionale e regionale nonché a promuovere lo sviluppo

professionale dei dirigenti, mediante il riconoscimento delle potenzialità, delle attitudini e delle competenze di ciascuno di essi.

## **Area Dirigenza della Sanità**

### **Tipologie d'incarico**

Le tipologie di incarichi conferibili ai dirigenti area dirigenza sanità sono le seguenti:

**Incarichi gestionali:** a) incarico di direzione di struttura complessa; b) incarico di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale o distrettuale che è articolazione interna del dipartimento o del distretto e che include, necessariamente e in via prevalente, la responsabilità di gestione di risorse umane e strumentali. c) incarico di direzione di struttura semplice quale articolazione interna di struttura complessa che include, necessariamente e in via prevalente, la responsabilità di gestione di risorse umane e strumentali.

### **Incarichi professionali:**

**a)** incarico professionale di altissima professionalità; gli incarichi di questa tipologia, sulla base dell'ampiezza del campo di attività di riferimento, si distinguono a loro volta in: a1) incarico di altissima professionalità a valenza dipartimentale: si tratta di incarico che, pur collocato funzionalmente all'interno di una struttura, è dotato di una elevata autonomia professionale e rappresenta un punto di riferimento di altissima professionalità per l'acquisizione, il consolidamento e la diffusione di competenze tecnico-professionali per l'intero dipartimento, all'interno di ambiti specialistici; a2) incarico di altissima professionalità quale articolazione interna di struttura complessa ovvero di struttura semplice anche a valenza dipartimentale o distrettuale: si tratta di incarico collocato all'interno di una struttura, dotato di autonomia professionale che rappresenta un punto di riferimento di altissima specializzazione per l'acquisizione, il consolidamento e la diffusione di competenze tecnico-professionali per le attività svolte nella suddetta struttura o di strutture tra loro coordinate, nell'ambito di specifici settori disciplinari;

**b)** incarico professionale di alta specializzazione: è un'articolazione funzionale che – nell'ambito di una struttura complessa o semplice anche a valenza dipartimentale o distrettuale - assicura prestazioni di alta professionalità riferite alla disciplina ed alla struttura organizzativa di riferimento e che rappresenta il riferimento per l'acquisizione ed il consolidamento delle conoscenze e competenze per le attività svolte nell'ambito della struttura di appartenenza; c) incarico professionale, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo: tale tipologia prevede in modo prevalente responsabilità tecnicospecialistiche; d) incarico professionale iniziale.

Il numero di posizioni dirigenziali da istituirsi presso ciascuna azienda o ente non può superare: a) per gli incarichi professionali di altissima professionalità a valenza dipartimentale di cui al comma 1, par. II, lett. a1): il 5% (arrotondato all'unità superiore) del numero degli incarichi di natura professionale di cui al comma 1, par. II, lett. b) e c) conferiti complessivamente a livello aziendale; b) per gli incarichi professionali di altissima professionalità quale articolazione interna di struttura complessa ovvero di struttura semplice anche a valenza dipartimentale o distrettuale: il 10% (arrotondato all'unità superiore) del numero degli incarichi di natura professionale di cui al comma 1, par. II, lett. b) e c) conferiti complessivamente a livello aziendale.

Le percentuali complessive aziendali di cui alle lettere a) e b) sono distribuite tra le varie UO/Servizi proporzionalmente alla dimensione dell'organico necessario all'attività di servizio tenuto conto della loro complessità.

### **Affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali diversi dalla direzione di struttura complessa**

Fermo restando l'obbligo di attribuzione dell'incarico, le Aziende ed Enti in relazione alle esigenze di servizio e sulla base dei propri ordinamenti e delle leggi regionali di organizzazione nonché delle scelte di programmazione sanitaria e sociosanitaria nazionale e/o regionale istituiscono, con gli atti previsti dagli stessi, le posizioni dirigenziali nei limiti delle risorse disponibili nel fondo denominato "Fondo per la retribuzione degli incarichi".

Per il conferimento degli incarichi si procede con l'emissione di avviso di selezione interna nel rispetto delle disposizioni legislative in materia di trasparenza e il dirigente da incaricare sarà selezionato da parte dei responsabili.

Gli incarichi sono conferiti dal Direttore Generale dell'Azienda o Ente su proposta: a) del Direttore di struttura complessa di afferenza per l'incarico di struttura semplice quale articolazione interna di struttura complessa; b) del Direttore di Dipartimento o di Distretto sentiti i Direttori delle strutture complesse di afferenza al dipartimento o distretto per l'incarico di struttura semplice o di altissima professionalità a valenza dipartimentale o distrettuale; c) del dirigente responsabile della struttura di appartenenza per gli incarichi professionali; d) del dirigente responsabile della struttura di appartenenza per gli incarichi professionali iniziali attribuibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività.

#### **Affidamento e revoca degli incarichi di direzione di struttura complessa**

Gli incarichi di direzione di struttura complessa sono conferiti, nel limite del numero stabilito dall'atto aziendale, dal Direttore Generale con le procedure previste dalla legislazione nazionale e regionale vigente che ne disciplina anche i requisiti.

#### **Area Dirigenza Funzioni Locali (Ex Dirigenza PTA)**

Le tipologie di incarichi conferibili ai dirigenti area funzioni locali (ex area PTA) sono le seguenti:

**a)** incarico di direzione di struttura complessa. L'incarico di direttore di dipartimento è conferibile esclusivamente ai direttori delle strutture complesse aggregate nel dipartimento, con le procedure previste dall'art 17 bis del D. Lgs. n. 502/1992, ed è remunerato con la maggiorazione di retribuzione prevista all'art. 89; l'incarico di direzione di distretto sanitario di cui al D. Lgs. n. 502/1992 è equiparato, ai fini della retribuzione di posizione di parte fissa, all'incarico di struttura semplice, anche a valenza dipartimentale o distrettuale, o all'incarico anche di struttura complessa in base all'atto aziendale;

**b)** incarico di direzione di struttura semplice, anche a valenza dipartimentale o distrettuale che è articolazione interna del dipartimento o del distretto e che include, necessariamente e in via prevalente, la responsabilità di gestione di risorse umane e strumentali. Ove previsto dagli atti di organizzazione interna, lo stesso può comportare, inoltre, la responsabilità di gestione diretta di risorse finanziarie;

**c)** incarico professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo. Tale tipologia prevede in modo prevalente responsabilità tecnico specialistiche.

#### **Affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali area dirigenza funzioni Locali (ex PTA)**

Le Aziende ed Enti in relazione alle esigenze di servizio e sulla base dei propri ordinamenti e delle leggi regionali di organizzazione nonché delle scelte di programmazione sanitaria e sociosanitaria nazionale e/o regionale istituiscono, con gli atti previsti dagli stessi, le posizioni dirigenziali nei limiti delle risorse disponibili nel fondo denominato "Fondo retribuzione di posizione". Le Aziende ed Enti provvedono alla graduazione degli incarichi dirigenziali e previo confronto formulano in via preventiva i criteri e le procedure per l'affidamento e la revoca degli incarichi dirigenziali.

Gli incarichi di direzione di struttura complessa sono conferiti, nel limite del numero stabilito dall'atto aziendale, dal Direttore Generale con le procedure previste dalle aziende e nel rispetto delle linee guida regionali.

Per il conferimento degli incarichi si procede con l'emissione di avviso di selezione interna e il dirigente da incaricare sarà selezionato come di seguito descritto: Gli incarichi sono conferiti dal Direttore Generale dell'Azienda o Ente su proposta: a) del Direttore di struttura complessa di afferenza per l'incarico di struttura semplice quale articolazione interna di struttura complessa; b) del Direttore di Dipartimento o di Distretto sentiti i Direttori delle strutture complesse di afferenza al dipartimento o distretto per l'incarico di struttura semplice a valenza dipartimentale o distrettuale; c) del Direttore della struttura di appartenenza sentito il Direttore di Dipartimento o di Distretto per gli incarichi professionali.

### **4.5.3 L'attribuzione delle deleghe**

La delega delle funzioni dirigenziali discende dagli obiettivi da raggiungere a fronte delle attribuzioni e delle risorse assegnate.

Il soggetto delegato ha la piena responsabilità, a qualsiasi effetto interno ed esterno all'Azienda, degli atti compiuti. Non comportando la delega trasferimento definitivo di competenze, la Direzione Aziendale si riserva comunque la possibilità di impartire direttive circa gli atti da compiere nell'esercizio della delega, di intervenire direttamente in caso di inerzia del delegato, di annullare l'atto in caso di illegittimità o inopportunità ed infine si riserva il potere di revocare la delega.

I poteri di gestione ed il sistema delle deleghe Posto che l'Atto Aziendale e i correlati atti generali di carattere pianificatorio, programmatico e regolamentare rappresentano, quali declinazioni delle relative disposizioni legislative statali e regionali, strumenti essenziali per garantire l'adeguatezza, l'efficacia e l'efficienza delle attività aziendali nel loro complesso, in tale contesto si collocano anche le soluzioni organizzative individuate dallo stesso Atto per attuare il principio di distinzione - separazione tra le funzioni di governo/indirizzo, programmazione e controllo da una lato, e le funzioni più propriamente gestionali dall'altro. L'art. 4 del D. Lgs. 165/2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche", mentre demanda agli "organi di governo" l'esercizio delle "funzioni di indirizzo politico - amministrativo", la definizione degli "obiettivi" e dei "programmi da attuare", nonché l'adozione di tutti "gli altri atti rientranti nello svolgimento di tali funzioni" e la successiva verifica circa "la rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione agli indirizzi impartiti" ... (comma 1), assegna invece ai "dirigenti" "l'adozione degli atti e provvedimenti amministrativi, compresi tutti gli atti che impegnano l'amministrazione verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica e amministrativa mediante autonomi poteri di spesa di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo"; attività gestionali di cui gli stessi dirigenti sono responsabili (comma 2). Tale principio trova riscontro anche nella legge di riforma del SSR ove, infatti, oltre alla individuazione degli Organi aziendali - Direttore Generale, Collegio di Direzione e Collegio Sindacale - con assegnazione al primo della responsabilità della gestione complessiva (coadiuvato dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Sociosanitario che, nel rispetto dei ruoli e delle responsabilità, assicurano raccordo e unitarietà al governo aziendale), è anche specificamente previsto che l'Atto aziendale "disciplina l'attribuzione al direttore amministrativo, al direttore sanitario, al direttore socio-sanitario, nonché ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura, dei compiti, comprese, per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni che impegnano l'azienda verso l'esterno per l'attuazione degli obiettivi definiti negli atti di programmazione aziendale" (così specificato dall'art. 15-bis, comma 1, del D. Lgs 502/1992 e dall'art.24, comma 3, lett. c) della L. R. 19/2022). Il successivo art. 26 prevede, altresì, che "Il direttore generale, al fine di garantire il corretto, efficace ed efficiente funzionamento dell'ente, assicura, tramite l'atto di organizzazione di cui all'articolo 24, un'adeguata distribuzione delle potestà decisionali, mantenendo presso la direzione aziendale le funzioni di programmazione e di gestione strategica" (comma 3).

#### **4.5.4 Lavoro agile**

1. Il lavoro agile di cui alla Legge n. 81/2017 è una delle possibili modalità di effettuazione della prestazione lavorativa per processi e attività di lavoro, previamente individuati dalle amministrazioni, per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità. Esso è finalizzato a conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa garantendo, al contempo, l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro.

2. Il lavoro agile è una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato, disciplinata da ciascuna amministrazione con proprio Regolamento ed accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro. La prestazione lavorativa viene eseguita in modalità mista alternando giornate di lavoro all'interno dei locali dell'amministrazione e giornate di lavoro all'esterno di questi, senza una postazione fissa e predefinita. Ove necessario per la tipologia di attività svolta dai lavoratori e/o per assicurare la protezione dei dati trattati, il lavoratore concorda con l'amministrazione i luoghi ove è possibile svolgere l'attività. In ogni caso nella scelta dei luoghi di svolgimento della prestazione lavorativa a distanza il dipendente è tenuto ad accertare la presenza delle condizioni che garantiscono la sussistenza delle condizioni minime di tutela della salute e sicurezza del lavoratore nonché la piena operatività della dotazione informatica ed ad adottare tutte le precauzioni e le misure necessarie e idonee a garantire la più assoluta riservatezza sui dati e sulle informazioni in possesso dell'amministrazione che vengono trattate dal lavoratore stesso. A tal fine l'amministrazione consegna al lavoratore una specifica informativa in materia.

3. Lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile non modifica la natura del rapporto di lavoro in atto. Fatti salvi gli istituti contrattuali non compatibili con la modalità a distanza, il dipendente conserva i medesimi diritti e gli obblighi nascenti dal rapporto di lavoro in presenza, ivi incluso il diritto ad un trattamento economico non inferiore a quello complessivamente applicato nei confronti dei lavoratori che svolgono le medesime mansioni esclusivamente all'interno dell'amministrazione, con le precisazioni di cui al presente articolo.

4. L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria.

5. L'amministrazione, previo confronto di cui agli all'art. 34, comma 1, lett. g) e all'art. 46, comma 1, lett. f) (Confronto materie Sezioni specifiche), individua le attività che possono essere effettuate in lavoro agile. Sono esclusi i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni non remotizzabili.

6. L'amministrazione, nel dare accesso al lavoro agile, ha cura di conciliare le esigenze di benessere e flessibilità dei lavoratori con gli obiettivi di miglioramento del servizio pubblico, nonché con le specifiche necessità tecniche delle attività. Fatte salve queste ultime e fermi restando i diritti di priorità sanciti dalle normative tempo per tempo vigenti e l'obbligo da parte dei lavoratori di garantire prestazioni adeguate, l'amministrazione avrà cura di facilitare l'accesso al lavoro agile ai lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità, non coperte da altre misure.

7. L'amministrazione garantisce al personale in lavoro agile le stesse opportunità rispetto alla incentivazione della performance e alle iniziative formative previste per tutti i dipendenti che prestano attività lavorativa in presenza.

#### **4.5.5 Libera professione intramuraria**

L'Azienda o Ente devono intraprendere tutte le iniziative previste dalle vigenti disposizioni legislative nazionali e dalle direttive regionali per consentire ai dirigenti sanitari l'esercizio della libera professione intramuraria. Le modalità di svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria sono disciplinate dalle Aziende o Enti con lo stesso atto di cui al comma 1 nel rispetto dei criteri generali del contratto collettivo, delle vigenti disposizioni legislative nazionali e dalle direttive regionali, e tenuto conto del fatto che l'esercizio dell'attività professionale intramuraria non deve essere in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell'Azienda o Ente e che lo svolgimento deve essere organizzato in modo tale da garantire l'integrale assolvimento dei compiti di istituto e da assicurare la piena funzionalità dei servizi. Per l'attività di ricovero la valutazione è riferita anche alla tipologia e complessità delle prestazioni.

Ha il fine di incentivazione e fidelizzazione per il lavoro pubblico, concorre a realizzare la qualità del servizio sanitario attraverso una specifica modalità di libera scelta del paziente relativamente al luogo di cura o al professionista da cui farsi curare nell'ambito delle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Regionale. L'Alpi, se opportunamente pianificata, nel rispetto della normativa in vigore, è uno strumento per accrescere la produttività dell'Azienda ottimizzando l'incidenza dei fattori di costo. Essa favorisce la capacità competitiva dell'Azienda, anche in nicchie di mercato dove operano prevalentemente le imprese sanitarie private, sia per attrarre la domanda istituzionale e ridurre i fenomeni di mobilità dei pazienti verso le altre aziende della Regione o di altre regioni e concorrere alla riduzione delle liste di attesa, sia per acquisire risorse aggiuntive rispetto a quelle ordinarie del fondo sanitario regionale per finanziare lo sviluppo dell'Azienda.

L'Azienda si impegna ad erogare le prestazioni di ALPI nel rispetto dell'equilibrio tra attività istituzionale e attività libero professionale e quest'ultima non può comportare un volume parametrato di prestazioni superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali. L'Azienda definisce le modalità organizzative per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria mediante apposito regolamento. (nel caso di AST Fermo Det.na n. 827 del 30/12/2015)

### **4.6 Governo Clinico**

#### **4.6.1 Gestione del Rischio Clinico**

Nei sistemi sanitari ove la complessità delle organizzazioni, l'elevato livello tecnologico, l'elevato numero di prestazioni erogate costituiscono fattori intrinseci del sistema che possono favorire il verificarsi di eventi avversi, la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico sono tematiche fondamentali.

Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, anche alla luce dell'approvazione del DM 19/12/2022 "Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie" (GU Serie Generale n.305 del 31/12/2022), viene redatto Il Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS), esso promuove le iniziative in materia di rischio sanitario, definisce le attività di governo clinico atte al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dei servizi, in coerenza con i requisiti di autorizzazione e accreditamento.

IL RISK MANAGEMENT: Gestione professionale del rischio: identificazione, analisi e controllo economico dei rischi che possono modificare le capacità produttive di una impresa.

CLINICAL RISK MANAGEMENT: gestione professionale del rischio in ambito sanitario.

CLINICAL RISK: si definisce la possibilità che un paziente subisca un “danno o disagio involontario, imputabile, alle cure sanitarie, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte”.

CLINICA GOVERNANCE: è una strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento- mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale”\*

*\*Gabriel Scally, Liam J Donaldson. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. BMJ. 1998 July 4; 317(7150): 61–65.*

### **I Determinanti del Governo Clinico**

- Medicina basata sull'Evidenza: EBM, EBHC
- Linee guida cliniche e percorsi assistenziali Esiti
- Audit clinico
- Formazione continua
- Gestione del rischio clinico
- Gestione dei Reclami e dei contenziosi
- Coinvolgimento dei pazienti
- Comunicazione e gestione della documentazione
- Ricerca e sviluppo
- Collaborazione multidisciplinare
- Valutazione del personale

### **Piano annuale per la sicurezza delle cure e gestione del rischio**

La Legge 8 marzo 2017 n. 24, “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie” nell’art.1 definisce la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell’interesse dell’individuo e delle collettività. Il comma 2 dell’art.1 evidenzia l’approccio alla sicurezza delle cure non più incentrato sulle competenze e conoscenze del singolo operatore sanitario, ma sull’organizzazione nel suo complesso. La sicurezza non dipende solo dalle persone, dalle tecnologie e dall’organizzazione, essa emerge soprattutto dall’interazione tra loro.

Nell’ottica del miglioramento continuo della qualità, anche alla luce dell’approvazione del DM 19/12/2022 “Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l’accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie” (GU Serie Generale n.305 del 31/12/2022), viene redatto Il Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS), esso promuove le iniziative in materia di rischio sanitario, definisce le attività di governo clinico atte al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dei servizi, in coerenza con i requisiti di autorizzazione e accreditamento.

### **Obiettivi e attività della sezione Rischio Clinico del PARS**

I quattro obiettivi strategici sono i seguenti:

1. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
2. Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
3. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.
4. Partecipare alle attività regionali in tema di risk management. Con questo obiettivo si è inteso dare la possibilità alle strutture che partecipano attivamente a gruppi di lavoro e ad altre attività a valenza regionale, di valorizzare tali attività purché, ovviamente, sia possibile darne evidenza documentale.

### **Obiettivi e attività per la gestione del Rischio Infettivo (PAICA)**

Gli obiettivi individuati per le attività relative alla gestione del rischio infettivo sono i seguenti:

1. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;

2. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA.

### Riferimenti normativi

- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
- D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
- Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131";
- DM 19/12/2022 "Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie" (GU Serie Generale n.305 del 31/12/2022);
- DGR n. 1093 del 06 agosto 2018 "Recepimento da parte della Regione Marche della Legge 8 Marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" (articolo n. 2, comma 4) - Istituzione del centro Regionale per la Gestione Del Rischio Sanitario e la Sicurezza del paziente".
- Decreto del Direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria n. 86/ARS del 20/12/2018 "Composizione dell'Unità di Coordinamento Regionale del Centro per la gestione del Rischio sanitario e la sicurezza del paziente di cui alla DGR n. 1093 del 06/8/2018";
- DGR n. 127 del 13.02.2019 "Linee di indirizzo regionali per la Formazione del personale nell'ambito del Rischio Clinico 2019-2021 ".
- DGR n. 10 del 20/01/2020 "Sviluppo regionale dell'attività finalizzata alla sicurezza delle cure: definizione degli standard operativi per le aziende sanitarie del SSR"

### Bibliografia e sitografia

Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;

WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live"

Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:

[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione);

Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:

[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza)

I **"Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali" (PDTA)** rappresentano un fondamentale strumento nell'ambito dell'assistenza sanitaria, progettati per affrontare le molteplici esigenze dei pazienti affetti da patologie croniche e/o complesse. Ciò che contraddistingue i PDTA è la loro molteplicità di interventi assistenziali, eseguiti in base a protocolli ben definiti, che incorporano le migliori pratiche cliniche basate su evidenze scientifiche affidabili. Questi percorsi sono gestiti da un team multidisciplinare di professionisti della salute e mirano a raggiungere una serie di obiettivi chiave come la globalità degli interventi specifici, l'appropriatezza e l'efficacia delle prestazioni, la continuità delle cure e la riduzione della variabilità garantendo l'equità nei trattamenti offerti ai pazienti affetti dalla stessa patologia.

L'AST Fermo ha adottato i PDTA (percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali) come strumento di clinical governance. Il principio ispiratore di base è la condivisione della responsabilità di introdurre il cambiamento e contribuire alla gestione delle criticità che possono emergere in corso di implementazione o monitoraggio del

PDTA da parte dei tanti attori presenti nelle diverse articolazioni organizzative che vi partecipano. L'Azienda, ha valorizzato e formalizzato l'approccio del processo del percorso diagnostico terapeutico-assistenziali e ha attivato il percorso di certificazione per il PDTA per la gestione diagnostica delle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (IBD UNIT), inoltre sono stati recepiti i seguenti PDTA Regionali:

897/2024 : Dacr n. 57/2023 - Piano socio-sanitario regionale 2023-2025: Istituzione della rete regionale tempo-dipendente per la presa in carico dei pazienti affetti da ICTUS

1434/2023 Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione del paziente con Atrofia Muscolare Spinale (SMA) sul territorio marchigiano

1120/2021 Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione del paziente con allergia al veleno di imenotteri sul territorio marchigiano

1121/2021 Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione del paziente adulto con Scompenso Cardiaco sul territorio marchigiano

463/2021 Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la prevenzione e cura delle ferite cutanee difficili sul territorio marchigiano

464/2021 Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione dei pazienti con Angioedema Ereditario sul territorio marchigiano.

1078/2020 Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione del paziente con infarto miocardico acuto (IMA) con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) sul territorio marchigiano.

750/2020 Epidemia COVID-19: PDTA pazienti COVID 19 positivi - Organizzazione del percorso di follow-up e di valutazione degli outcomes a medio e lungo termine.

1544/2019 Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione del paziente adulto con Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) sul territorio marchigiano

1512/2019 Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione del paziente adulto con Malattia di Parkinson sul territorio marchigiano

734/2019 Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione del paziente adulto e pediatrico con Immunodeficienza Primitiva sul territorio marchigiano

346/2019 Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione del paziente con malattia di Ménière

263/2019 Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della Celiachia della Regione Marche

927/2018 Percorso Diagnostico - Terapeutico - Assistenziale (PDTA) per la Sclerosi Multipla nella Regione Marche

1440/2017 Percorso Diagnostico - Terapeutico - Assistenziale (PDTA) dello screening del tumore del collo dell'utero della Regione Marche

271/2017 Percorso Diagnostico - Terapeutico - Assistenziale (PDTA) delle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali della Regione Marche

14/2017 Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) del carcinoma mammario della Regione Marche

1155/2016 Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) cistite interstiziale

988/2016 Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione del trauma grave sul territorio marchigiano

987/2016 Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione dell'Ictus in fase acuta sul territorio marchigiano

## **Adozione del piano delle competenze e delle responsabilità (PCR) in materia di Salute e Sicurezza sul Lavoro**

Il D.Lgs. n. 81 del 09/04/2008 e s.m.i. "Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro" evidenzia la necessità per le Aziende, anche sanitarie, di dotarsi di un modello organizzativo aziendale di gestione della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro avente carattere programmatico e sistematico, in presenza o meno di accadimenti collegati a concrete situazioni di rischio. Il modello organizzativo e di gestione presuppone la definizione di un Piano di Competenze e Responsabilità (PCR) efficace e funzionale sotto ogni profilo.

Il D.Lgs. 81/08 riconosce espressamente al Datore di Lavoro (individuabile nella persona del Direttore Generale) la possibilità di delega e, nel definire i compiti esclusivi non delegabili, implicitamente indica anche tutti quelli che possono essere delegati (ex art. 18 D.Lgs. 81/08). Infatti la delega di funzioni da parte del Datore di Lavoro per l'attuazione delle norme in materia di igiene, salute e sicurezza sul lavoro, oltre che essere consentita, diviene particolarmente consigliabile nel caso di organizzazioni strutturate in maniera complessa, il cui controllo dell'effettiva e corretta applicazione di tali norme sfugge alle reali possibilità dello stesso, nonché in tutti i casi in cui l'azione di gestione e controllo richiede una preparazione tecnica ad una formazione specifica, che il datore di lavoro non è tenuto ad avere.

Alla luce di quanto sopra argomentato il Direttore Generale aveva dato mandato al Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale di predisporre il PCR, con l'adozione del quale si dava avvio all'iter per l'individuazione, in relazione agli incarichi dirigenziali ricoperti, anche in qualità di facenti funzioni, dei dirigenti delegati del datore di lavoro ai sensi dell'art. 16 del D.Lgs. 81/2008 e di tutte le figure previste nell'ambito di un globale sistema di salute e sicurezza negli ambienti di lavoro.

"Piano delle competenze e delle responsabilità (PCR) contiene:

- i compiti e le responsabilità delle figure coinvolte nel sistema di gestione della sicurezza sul lavoro;
- il modello di delega di funzioni ex art.16 D.Lgs. 81/08;
- il modello di nomina Dirigente;
- il modello di nomina Preposto;
- il modello dell'organigramma per la salute e sicurezza sul lavoro

Determina del Direttore Generale dell'AST Fermo n. 530 del 6 agosto 2024, Individuazione Dirigenti delegati dal datore di lavoro ai sensi dell'Art. 16 del D.Lgs 81 – Applicazione del Piano delle competenze e delle responsabilità (PCR) in materia di salute e sicurezza sul lavoro adottato con Determina n. 339/2024.

## **4.7 Il governo economico e il sistema dei controlli**

### **La pianificazione strategica**

Il Direttore Generale con il supporto del Collegio di Direzione, sulla base degli indirizzi della Giunta Regionale e nel rispetto di principi e obiettivi del Piano sociosanitario regionale, definisce le linee di intervento per la gestione dei servizi sanitari e sociosanitari. Le linee di intervento aziendali sono attuate attraverso gli strumenti previsti dalla normativa nazionale e regionale.

### **Il governo economico finanziario**

L'organizzazione aziendale definisce l'ambito delle autonomie e l'oggetto delle responsabilità organizzative interne, così da integrare la cultura amministrativa con quella sanitaria per il perseguimento di obiettivi comuni. L'AST Fermo assicura:

- l'equilibrio tra i finanziamenti ed i livelli di assistenza (LEA) programmati e concordati con la Regione;
- l'equilibrio complessivo tra i costi di produzione ed erogazione dei servizi assistenziali ed il sistema di remunerazione in essere, tariffario ed extra tariffario;
- la gestione dei flussi di cassa in grado di assicurare tempestività ed omogeneità nei pagamenti nell'intero sistema.

L'espressione in termini economico finanziari e patrimoniali delle scelte operate costituisce il contenuto del Bilancio pluriennale di previsione che evidenzia, in particolare, gli investimenti e la loro copertura finanziaria.

La Regione con delibera di Giunta autorizza gli Enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo Economico e del Bilancio Pluriennale di Previsione.

Il bilancio preventivo economico annuale, previsto dell'art. 25 del D.lgs. n. 118/2011 e dagli art. 4-5 della L.R. n. 47/96, include un conto economico preventivo e un piano dei flussi di cassa prospettici, redatti secondo gli

schemi di conto economico e di rendiconto finanziario. Al conto economico preventivo è allegato il conto economico dettagliato, secondo lo schema CE di cui al decreto ministeriale 13 novembre 2007 e successive modificazioni ed integrazioni. Il bilancio preventivo economico annuale è corredato da una nota illustrativa, dal piano degli investimenti e da una relazione redatta dal direttore generale.

Il bilancio pluriennale di previsione illustra la evoluzione del quadro economico dell'Azienda sulla base delle indicazioni regionali e sulla base delle decisioni aziendali di attuazione.

Il bilancio d'esercizio, di cui all'art. 26 del D.lgs. n. 118/2011 e dall'art. 14 della L.R. n. 47/96 è redatto con riferimento all'anno solare. Si compone dello stato patrimoniale, del conto economico, del rendiconto finanziario e della nota integrativa ed è corredato da una relazione sulla gestione sottoscritta dal Direttore Generale. La nota integrativa contiene anche modelli di rilevazione ministeriale CE ed SP per l'esercizio in chiusura e per l'esercizio precedente mentre la relazione sulla gestione deve contenere anche il modello di rilevazione ministeriale LA, di cui al decreto ministeriale 18 giugno 2004 e successive modificazioni ed integrazioni, per l'esercizio in chiusura e per l'esercizio precedente, nonché un'analisi dei costi sostenuti per l'erogazione dei servizi sanitari, distinti per ciascun livello essenziale di assistenza.

L'Azienda riconosce ed attua la divisione delle funzioni di indirizzo politico amministrativo, assegnate al Direttore Generale, dalle funzioni di gestione operativa riservate ai Dirigenti. A questi ultimi, in conseguenza dell'azione del governo clinico, è riconosciuta autonomia gestionale ed operativa cui è collegata una diretta responsabilizzazione sui risultati raggiunti, valutati annualmente in relazione alle risorse impiegate.

## **Il patrimonio aziendale**

Il patrimonio aziendale è costituito da tutti i beni immobili e mobili, come descritti nell'apposito inventario. I beni appartenenti all'Azienda sono classificati in beni patrimoniali indisponibili e disponibili. I primi sono i beni direttamente strumentali all'esercizio delle funzioni istituzionali, quali definiti dall'ultimo comma dell'articolo 826 del codice civile nonché i beni di interesse storico, artistico, scientifico, tecnologico, archivistico, bibliografico, naturalistico e di valore culturale. Sono beni patrimoniali disponibili tutti i beni non compresi tra quelli indicati al periodo precedente. L'Azienda riconosce la valenza strategica del proprio patrimonio quale strumento di potenziamento e di qualificazione strutturale e tecnologica e, in questa prospettiva, si riserva iniziative di valorizzazione anche mediante processi di alienazione del patrimonio disponibile, previa necessaria autorizzazione regionale ai sensi dell'art. 5 comma 2 del D.Lgs. 502/92, per il finanziamento di investimenti in beni strumentali destinati all'attività sanitaria.

Determina del Direttore Generale AST Fermo n. 561 del 28 agosto 2024, Provvedimento di semplificazione in materia immobiliare.

## **Il sistema aziendale dei controlli**

Il sistema dei controlli nelle aziende sanitarie è fondamentale per garantire l'efficienza, la qualità dei servizi erogati, la conformità alle normative e la gestione responsabile delle risorse pubbliche. Questo sistema comprende sia controlli interni (adottati e gestiti internamente dall'organizzazione) che controlli esterni (effettuati da enti e autorità esterne), ciascuno con obiettivi e modalità differenti, ma complementari tra loro. Entrambi i tipi di controllo sono essenziali per la trasparenza, l'affidabilità, e la responsabilità nelle operazioni di un'azienda sanitaria.

### **Controlli Esterni**

Nel sistema sanitario regionale delle Marche, come in tutte le altre regioni italiane, i controlli esterni svolgono un ruolo cruciale nella supervisione della gestione delle aziende sanitarie e nell'assicurare che vengano rispettati i principi di trasparenza, legalità e qualità dei servizi.

I controlli esterni si realizzano attraverso diversi enti e organismi pubblici che operano a livello regionale, nazionale ed europeo. Questi controlli riguardano vari aspetti, dalla gestione finanziaria alla qualità dell'assistenza sanitaria, fino al rispetto delle normative in materia di sicurezza e privacy.

Gli enti di Controllo a Livello Regionale nelle Marche sono:

*a) Regione Marche*

La Regione Marche ha un ruolo fondamentale nella governance e nel controllo delle aziende sanitarie locali (ASL) e delle aziende ospedaliere regionali, in quanto è responsabile per la programmazione sanitaria e per il monitoraggio delle risorse destinate alla sanità.

- Monitoraggio dei bilanci e delle risorse: La Regione, tramite l'Assessorato alla Sanità, controlla l'utilizzo dei fondi destinati alla sanità attraverso il monitoraggio dei bilanci e dei piani finanziari delle aziende sanitarie. Le aziende sono tenute a fornire periodicamente dati e report finanziari per verificare che l'allocazione delle risorse sia conforme agli obiettivi regionali.
- Verifica degli standard qualitativi e quantitativi: La Regione si occupa della verifica della qualità dei servizi sanitari erogati dalle aziende sanitarie, monitorando l'adeguatezza degli indicatori di performance e dell'efficacia dei trattamenti sanitari. Il rispetto delle Linee guida regionali e degli standard di assistenza sanitaria è verificato periodicamente.
- Programmazione sanitaria regionale: La Regione stabilisce e monitora l'attività sanitaria regionale attraverso documenti come il Piano Socio-Sanitario Regionale, il quale determina le priorità di intervento, la distribuzione delle risorse e gli obiettivi per le strutture sanitarie locali.

*b) Agenzia Sanitaria Regionale delle Marche (ASR)*

L'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR) svolge una funzione di monitoraggio e controllo su tutte le attività e i servizi sanitari erogati sul territorio delle Marche. L'ASR ha il compito di:

- Verifica della qualità dei servizi sanitari: Attraverso il controllo delle prestazioni sanitarie erogate dalle ASL e dalle aziende ospedaliere, l'ASR verifica la qualità delle cure fornite, in particolare in ambito ospedaliero, territoriale e per quanto riguarda i servizi di emergenza.
- Controllo degli accreditamenti: L'ASR gestisce anche le pratiche di accreditamento delle strutture sanitarie private che collaborano con il sistema sanitario pubblico. L'accreditamento è una certificazione che attesta che le strutture sanitarie rispettano gli standard di qualità richiesti dalla Regione.
- Controllo degli indicatori di performance: L'ASR raccoglie e analizza i dati relativi alle performance delle strutture sanitarie locali, attraverso indicatori specifici, come ad esempio il tempo di attesa per le visite, il numero di errori medici, la qualità delle diagnosi e dei trattamenti, ecc.
- Audit e verifiche ispettive: L'ASR è responsabile per la realizzazione di audit interni ed esterni che mirano a verificare il rispetto degli standard sanitari e delle normative di settore.

Gli enti di Controllo a Livello Nazionale sono:

*a) Corte dei Conti*

La Corte dei Conti è uno degli enti principali di controllo esterno e verifica che le risorse pubbliche siano utilizzate correttamente dalle aziende sanitarie delle Marche (così come in tutte le altre regioni italiane). In particolare, la Corte dei Conti si occupa di:

- Audit finanziari: La Corte esegue verifiche contabili e amministrative sulla gestione economica delle aziende sanitarie. Questi audit sono fondamentali per rilevare eventuali sprechi, frodi o irregolarità nelle spese.
- Controllo sulla legalità e sull'efficienza della spesa pubblica: La Corte dei Conti verifica che le risorse pubbliche destinate alla sanità siano utilizzate in modo appropriato, efficiente e per gli scopi previsti dalla legge.
- Rapporti e segnalazioni: La Corte dei Conti redige rapporti periodici e, quando rileva anomalie significative, può inviare segnalazioni al Ministero della Salute o ad altre autorità competenti.

#### *b) Ministero della Salute*

Il Ministero della Salute esercita un controllo a livello nazionale sui servizi sanitari regionali, compresa la Regione Marche. Le sue funzioni principali includono:

- **Normativa e orientamento:** Il Ministero emette normative e direttive sulle modalità di gestione e organizzazione dei servizi sanitari, che devono essere seguite dalle Regioni, comprese le Marche.
- **Controllo sull'accreditamento e sui finanziamenti:** Il Ministero della Salute supervisiona le modalità di distribuzione dei finanziamenti statali alle Regioni e alle aziende sanitarie, monitorando che questi vengano correttamente gestiti.
- **Monitoraggio degli standard qualitativi:** Il Ministero collabora con le Regioni e con AGENAS per il monitoraggio degli standard di qualità dei servizi sanitari, come la qualità delle prestazioni ospedaliere, i livelli di assistenza e la sicurezza dei pazienti.

#### *c) Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali (Garante Privacy)*

Le aziende sanitarie, anche quelle delle Marche, sono soggette a controlli in materia di protezione dei dati personali, specialmente per quanto riguarda i dati sensibili dei pazienti. L'Autorità Garante per la protezione dei dati personali effettua controlli sul trattamento dei dati sanitari, assicurandosi che vengano rispettati i diritti dei cittadini in conformità con il Regolamento Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR).

- **Audit e controlli sulla privacy:** L'Autorità Garante verifica che le strutture sanitarie locali rispettino le normative sulla privacy e adottino misure adeguate per proteggere i dati personali dei pazienti.
- **Verifica della gestione dei dati sensibili:** Il Garante verifica che la gestione dei dati sanitari e personali sia conforme agli standard di sicurezza previsti dalla legge.

#### *d) Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS)*

L'AGENAS, che è l'agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, gioca un ruolo di monitoraggio e supporto a livello nazionale, e ha un impatto diretto sul controllo delle aziende sanitarie. L'AGENAS fornisce linee guida, analisi comparative e indicatori di performance che le Regioni, comprese le Marche, utilizzano per misurare l'efficacia del sistema sanitario. Le principali attività da essa svolte sono:

- Monitoraggio delle performance regionali
- Audit e valutazione della qualità
- Raccolta di dati e analisi epidemiologica

Le aziende sanitarie delle Marche, come quelle in altre regioni italiane, sono anche soggette ai controlli da parte di enti di accreditamento e certificazione che valutano la qualità dei servizi sanitari.

### **Controlli interni**

Il sistema dei controlli interni nelle aziende sanitarie è un insieme di procedure, processi e strumenti che garantiscono la corretta gestione delle risorse e delle attività, l'efficienza dei servizi erogati, la conformità alle normative di legge e la protezione contro i rischi aziendali, incluse frodi e inefficienze. In un contesto sanitario, il controllo interno è particolarmente cruciale per garantire che le risorse pubbliche siano utilizzate in modo trasparente ed efficace, e che la qualità dell'assistenza sanitaria non venga compromessa.

Il controllo interno si basa su alcuni principi fondamentali che ne assicurano l'efficacia:

- **Trasparenza:** Ogni attività, operazione e processo deve essere documentato e tracciabile, permettendo il controllo da parte delle autorità competenti e degli stakeholder.
- **Efficienza ed Efficacia:** Le risorse devono essere utilizzate in modo ottimale per ottenere i migliori risultati possibili con i mezzi disponibili.
- **Conformità alle Normative:** Tutte le attività devono essere conformi alle leggi e alle regolazioni, incluse quelle relative alla salute pubblica, alla sicurezza sul lavoro, e alla gestione finanziaria.

- Responsabilità e Accountability: Ogni individuo nell'organizzazione deve essere consapevole dei propri compiti e delle proprie responsabilità, e deve rispondere delle proprie azioni.
- Rispetto delle procedure: Le attività devono essere eseguite secondo procedure standardizzate e documentate per garantire la coerenza e la qualità delle operazioni.

Il Sistema di Controllo Interno (SCI) nelle aziende sanitarie è composto da vari elementi che lavorano in sinergia per garantire la gestione corretta e la qualità dei servizi. I principali componenti sono:

- a) Struttura Organizzativa e Governance
- b) Controlli Finanziari
- c) Controlli Operativi (gestione risorse umane, contratti e fornitori, qualità dei servizi, etc.)
- d) Controlli di Conformità (sicurezza sul lavoro, privacy, protezione dati personali, rispetto normativa sanitaria, etc.)
- e) Gestione dei Rischi
- f) Audit e Verifiche Esterne

Effettueremo ora un focus su alcune delle più rilevanti attività di controllo interne all'Azienda

Le attività di controllo interno finalizzate alla verifica dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie sono una componente essenziale per garantire che i servizi erogati siano adeguati, efficaci, sicuri e in linea con le normative e le linee guida cliniche. Questi controlli mirano a ridurre sprechi e inefficienze, migliorando la qualità delle cure. Le principali attività di controllo interno in questo ambito comprendono:

#### 1. Revisione delle linee guida e protocolli clinici

Attività: Verifica che le prestazioni sanitarie siano erogate secondo le linee guida e i protocolli clinici stabiliti. Questo include la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici, la somministrazione dei farmaci e le procedure chirurgiche.

Obiettivo: Garantire che le scelte terapeutiche e diagnostiche siano basate su evidenze scientifiche e che siano appropriate per la condizione del paziente, evitando trattamenti non necessari o non indicati.

#### 2. Audit clinici e revisioni delle cartelle cliniche

Attività: Conduzione di audit clinici periodici, che consistono nella revisione delle cartelle cliniche e dei percorsi assistenziali seguiti dai pazienti. Questi audit possono essere focalizzati su specifiche prestazioni, come le prescrizioni farmaceutiche, le diagnosi, gli interventi chirurgici, e i ricoveri.

Obiettivo: Verificare se le prestazioni sono appropriate rispetto alle condizioni del paziente e agli standard previsti, identificando eventuali errori o discrepanze nel trattamento.

In particolare poi anche con riferimento al controllo dell'attività di ricovero del privato accreditato si inseriscono tra i controlli del punto 2 i controlli CVPS (Controllo e Verifica delle Procedure Sanitarie) sono attività di monitoraggio e valutazione volte a garantire che le procedure, i trattamenti e i processi in ambito sanitario siano eseguiti correttamente, nel rispetto delle normative vigenti e degli standard di qualità. In generale, i controlli CVPS si concentrano su vari ambiti:

- Verifica delle procedure cliniche
- Controllo della documentazione sanitaria
- Monitoraggio della qualità e sicurezza
- Verifica della gestione delle risorse
- Auditing e ispezioni interne ed esterne
- Accreditazioni e certificazioni

### 3. Monitoraggio delle prescrizioni e dei consumi di risorse

Attività: Analisi dei dati relativi alle prescrizioni di farmaci, esami diagnostici e trattamenti, confrontando l'efficacia e l'efficienza delle risorse utilizzate.

Obiettivo: Prevenire la prescrizione e l'uso non giustificato di risorse (come farmaci o esami), garantendo che siano utilizzati solo quando strettamente necessari per la cura del paziente.

### 4. Valutazione dei risultati clinici

Attività: Monitoraggio degli esiti delle prestazioni sanitarie, come il tasso di complicanze, il tasso di mortalità, la durata dei ricoveri e il ritorno alle cure ospedaliere.

Obiettivo: Misurare l'efficacia dei trattamenti, per garantire che le prestazioni erogate siano appropriate per ottenere i migliori risultati possibili per i pazienti.

### 5. Controllo dei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA)

Attività: Verifica che i percorsi diagnostico-terapeutici siano seguiti correttamente, rispettando le indicazioni specifiche per le diverse patologie e condizioni.

Obiettivo: Assicurarsi che i pazienti vengano trattati in modo standardizzato e appropriato, evitando diagnosi errate o trattamenti inadeguati.

### 6. Verifica delle attività di consulenza e co-terapia

Attività: Controllo delle consulenze specialistiche e delle attività di co-terapia, per garantire che siano richieste solo quando necessario e che siano giustificate clinicamente.

Obiettivo: Evitare consulenze e trattamenti duplicati o non necessari, riducendo i costi e migliorando l'efficienza delle risorse.

### 7. Monitoraggio degli indicatori di qualità e performance

Attività: Utilizzo di indicatori di qualità (come il tempo medio di degenza, il tasso di riammissioni ospedaliere, il livello di soddisfazione dei pazienti, ecc.) per valutare l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni.

Obiettivo: Identificare eventuali aree di miglioramento e adottare misure correttive per ottimizzare le prestazioni sanitarie.

### 8. Gestione dei reclami e delle segnalazioni di eventi avversi

Attività: Raccolta e analisi di reclami, segnalazioni di eventi avversi o casi di malpractice per verificare se vi sono problemi nell'erogazione delle prestazioni.

Obiettivo: Identificare eventuali errori o carenze nei processi di cura e intervenire tempestivamente per migliorare la sicurezza e l'appropriatezza delle prestazioni.

### 9. Formazione e aggiornamento continuo del personale

Attività: Organizzazione di corsi di formazione e aggiornamenti per il personale sanitario sulle best practices, le linee guida aggiornate e le normative in materia di appropriatezza delle prestazioni.

Obiettivo: Garantire che il personale sia sempre aggiornato e consapevole delle migliori pratiche per offrire cure appropriate e sicure.

## 10. Verifica delle risorse organizzative e strutturali

**Attività:** Verifica che le risorse (personale, attrezzature, tecnologie) siano adeguate a supportare l'erogazione di prestazioni sanitarie appropriate e di qualità.

**Obiettivo:** Assicurarsi che l'organizzazione e la gestione delle risorse siano ottimali per l'erogazione di trattamenti appropriati e tempestivi.

### **Attività di controllo strategico**

Il controllo strategico è l'insieme di attività, processi e strumenti utilizzati per monitorare e valutare l'efficacia e l'efficienza delle strategie adottate dall'azienda sanitaria, assicurando che esse siano in grado di rispondere alle sfide del sistema sanitario, alle esigenze dei pazienti e ai vincoli finanziari e normativi.

Gli obiettivi del controllo strategico sono:

- Allineamento delle attività con la missione e gli obiettivi a lungo termine dell'azienda.
- Valutazione dell'efficacia delle strategie adottate, sia dal punto di vista della qualità dell'assistenza che della gestione economica.
- Identificazione di aree di miglioramento e di potenziali rischi legati ai cambiamenti nell'ambiente sanitario, tecnologico e normativo.
- Previsione e gestione dei cambiamenti legati a evoluzioni legislative, tecnologiche, sociali e demografiche che potrebbero influenzare l'organizzazione.

Le principali attività di controllo strategico nelle aziende sanitarie si suddividono in varie fasi, che includono la pianificazione strategica, l'implementazione delle strategie e il monitoraggio continuo.

#### *a) Pianificazione Strategica*

Il controllo strategico inizia con una fase di pianificazione che definisce le priorità, gli obiettivi e le strategie a lungo termine. La pianificazione strategica nelle aziende sanitarie è fondamentale per orientare l'intera organizzazione verso gli obiettivi di salute pubblica, di qualità dell'assistenza e di efficienza economica.

- **Analisi del contesto interno ed esterno:** È fondamentale raccogliere informazioni sui fattori che influenzano l'ambito sanitario, come tendenze demografiche, cambiamenti normativi, innovazioni tecnologiche e aspettative dei pazienti. L'analisi SWOT (punti di forza, debolezza, opportunità, minacce) è spesso utilizzata.
- **Definizione degli obiettivi strategici:** Gli obiettivi devono essere specifici, misurabili, raggiungibili, rilevanti e temporizzabili (SMART).
- **Allineamento con le politiche sanitarie regionali e nazionali:** Le strategie devono essere compatibili con le linee guida sanitarie nazionali e regionali, nonché con le politiche di programmazione sanitaria e di allocazione delle risorse.
- **Integrazione con i piani finanziari e operativi:** La strategia deve essere supportata da piani operativi e finanziari che indichino come le risorse verranno allocate e come saranno monitorati i risultati.

#### *b) Implementazione delle Strategie*

Una volta definita la strategia, il controllo strategico continua nella fase di implementazione, dove si concretizzano gli obiettivi pianificati attraverso progetti e iniziative specifiche.

- **Allocazione delle risorse:** Le risorse finanziarie, umane e tecnologiche vengono allocate in base alle priorità strategiche, cercando di ottimizzare l'efficienza nell'utilizzo dei fondi disponibili, anche in un contesto di budget limitato.
- **Gestione dei progetti:** Ogni strategia deve essere tradotta in progetti operativi, con indicatori di performance chiari per monitorarne i progressi e valutarne l'efficacia.

- Gestione del cambiamento: L'implementazione strategica spesso comporta cambiamenti significativi nei processi, nella cultura organizzativa o nelle tecnologie utilizzate. La gestione del cambiamento è quindi un elemento centrale per garantire una transizione fluida.

### *c) Monitoraggio e Valutazione*

Il cuore del controllo strategico è il monitoraggio continuo delle performance rispetto agli obiettivi strategici prefissati, per fare eventuali correzioni in corso d'opera.

- Indicatori di performance (KPI): Il monitoraggio si basa sull'utilizzo di indicatori chiave di performance (Key Performance Indicators, KPI) che misurano il progresso verso gli obiettivi strategici. Ad esempio:
  - Qualità dell'assistenza: indicatori sulla soddisfazione dei pazienti, tempi di attesa, tassi di mortalità, errori medici.
  - Efficienza operativa: costi per paziente, utilizzo delle risorse, tempo di soggiorno medio, rotazione del personale.
  - Accessibilità e equità: indicatori di accesso ai servizi sanitari per popolazioni vulnerabili.
- Benchmarking: Confrontare i risultati con altre organizzazioni sanitarie, sia regionali che internazionali, aiuta a identificare best practices e opportunità di miglioramento.
- Audit strategici e operativi: I controlli periodici (audit) consentono di verificare che le attività stiano seguendo la rotta tracciata dalla strategia e che i piani operativi siano correttamente attuati.

### *d) Feedback e Correzioni*

Il controllo strategico implica un processo continuo di feedback, dove i risultati ottenuti vengono analizzati e, se necessario, vengono modificate le strategie per adattarsi a nuove condizioni.

- Analisi delle deviazioni: Se i risultati non sono allineati agli obiettivi strategici, vengono analizzate le cause delle deviazioni e vengono attuate azioni correttive.
- Adattamento alle modifiche esterne: Le aziende sanitarie devono essere in grado di adattare la propria strategia in risposta a cambiamenti esterni (es. modifiche normative, evoluzione della domanda sanitaria, innovazioni tecnologiche, ecc.).
- Rinegoziazione degli obiettivi: Se emergono nuove priorità, o se le risorse disponibili cambiano (ad esempio in caso di riduzione del budget), gli obiettivi strategici potrebbero essere rinegoziati per riflettere la nuova realtà.

Per attuare il controllo strategico, le aziende sanitarie utilizzano diversi strumenti, tra cui:

- Piani strategici triennali o quinquennali: Questi piani stabiliscono gli obiettivi strategici a lungo termine, suddivisi in piani operativi più dettagliati e misurabili.
- Balanced Scorecard (BSC): La Balanced Scorecard è uno strumento che consente di misurare le performance non solo dal punto di vista economico-finanziario, ma anche in termini di qualità dei servizi, soddisfazione del paziente, apprendimento e innovazione, e processi interni.
- Risk Management: La gestione dei rischi è un aspetto chiave del controllo strategico, poiché consente di identificare e mitigare i rischi che potrebbero influenzare l'attuazione della strategia.
- Sistemi informativi sanitari (HIS): I sistemi informativi sono fondamentali per raccogliere dati e informazioni utili per il monitoraggio delle performance e per prendere decisioni basate su evidenze.
- Audit esterni e verifiche indipendenti: Verifiche e audit esterni da parte di enti come la Corte dei Conti, Agenas, o altre agenzie di controllo, forniscono una valutazione imparziale e indipendente sull'attuazione delle strategie.

Il controllo strategico permette alle aziende sanitarie di:

- Garantire una gestione efficace e orientata agli obiettivi.
- Rispondere prontamente ai cambiamenti del contesto sanitario (ad esempio, evoluzioni normative, crisi sanitarie, innovazioni tecnologiche).
- Ottimizzare l'uso delle risorse e migliorare l'efficienza complessiva dell'organizzazione.

- Migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, adattando i processi alle esigenze dei pazienti e alle sfide del sistema sanitario.
- Rafforzare la trasparenza e la responsabilità, assicurando che le decisioni strategiche siano orientate al benessere pubblico e alla sostenibilità finanziaria.

In conclusione, il controllo strategico nelle aziende sanitarie è un processo fondamentale per garantire che l'organizzazione riesca a rispondere efficacemente alle sfide del sistema sanitario, perseguendo obiettivi di efficienza, qualità e sostenibilità. La continua analisi, monitoraggio e adattamento delle strategie permette alle aziende sanitarie di migliorare nel tempo e di garantire un'assistenza sanitaria sempre più centrata sul paziente, equa e accessibile.

### **Attività di controllo di gestione**

L'attività di controllo di gestione nelle aziende sanitarie è un processo fondamentale per assicurare che le risorse vengano utilizzate in modo efficiente ed efficace per raggiungere gli obiettivi strategici e operativi dell'azienda. L'obiettivo principale del controllo di gestione è quello di monitorare e valutare le performance economico-finanziarie, organizzative e qualitative, al fine di garantire la sostenibilità e la qualità dei servizi erogati.

Il controllo di gestione in ambito sanitario si propone di:

- Ottimizzare l'utilizzo delle risorse: garantire che le risorse finanziarie, umane, strutturali e tecnologiche siano utilizzate in modo efficiente.
- Garantire la qualità dei servizi: monitorare gli indicatori di performance relativi alla qualità delle cure, alla soddisfazione dei pazienti e alla sicurezza.
- Assicurare il rispetto del budget: evitare sprechi e garantire che l'azienda sanitaria rimanga all'interno dei vincoli di bilancio.
- Monitorare il raggiungimento degli obiettivi strategici: valutare se l'azienda sta raggiungendo i propri obiettivi strategici, come migliorare l'accessibilità e l'efficienza dei servizi sanitari.
- Supportare la programmazione e la pianificazione: fornire informazioni utili per la pianificazione sanitaria e il budgeting delle attività.

Le principali attività del controllo di Gestione sono:

#### ***a) Pianificazione e Budgeting***

Il controllo di gestione inizia con la pianificazione delle risorse e la redazione del budget annuale. Questo è il processo attraverso il quale l'azienda sanitaria definisce gli obiettivi economici e le risorse necessarie per raggiungerli. Il budget è un documento fondamentale per la gestione economica e per il controllo delle spese operative.

- Pianificazione delle risorse finanziarie: L'azienda sanitaria pianifica le entrate (ad esempio, i finanziamenti regionali, le tariffe per i servizi erogati) e le uscite (spese per il personale, per le strutture, per l'acquisto di beni e servizi).
- Allocazione delle risorse: Ogni reparto o servizio (ospedaliero, territoriale, diagnostico, ecc.) riceve un budget specifico che deve essere rispettato, con l'obiettivo di ottimizzare l'uso delle risorse.
- Analisi del fabbisogno e delle priorità: La pianificazione strategica aiuta a definire le priorità per gli investimenti, come nuove tecnologie, ampliamenti di strutture, miglioramenti nei servizi assistenziali.

#### ***b) Monitoraggio e Reporting***

Una volta definito il budget, il controllo di gestione prevede il monitoraggio costante delle performance economico-finanziarie e operativi.

- Monitoraggio delle spese e dei ricavi: Le aziende sanitarie monitorano costantemente se le spese stanno rimanendo all'interno dei limiti previsti e se i ricavi sono sufficienti a coprire i costi. Questo include il controllo sui costi del personale, sui costi per l'approvvigionamento di beni e servizi e sui costi diretti delle prestazioni sanitarie.

- Reportistica periodica: I responsabili del controllo di gestione preparano report periodici (mensili, trimestrali, annuali) che comparano le performance reali con quelle previste dal budget. I report possono riguardare vari aspetti: costi, ricavi, indicatori di qualità, efficienza dei processi e soddisfazione dei pazienti.
- Analisi degli scostamenti: Si analizzano gli scostamenti tra i dati pianificati e quelli effettivi per comprendere le cause delle differenze e adottare misure correttive. Ad esempio, se i costi per il personale sono superiori a quanto previsto, il controllo di gestione indaga le ragioni e propone azioni per ridurre l'impatto.

#### *c) Analisi della Performance e degli Indicatori*

Il controllo di gestione si basa su una serie di indicatori che monitorano le performance in vari ambiti, non solo economici, ma anche legati alla qualità dell'assistenza sanitaria.

- Indicatori economici:
  - Costo per paziente: misura il costo medio di ogni paziente trattato.
  - Costo per servizio: misura il costo delle diverse tipologie di prestazioni sanitarie.
  - Analisi dei costi indiretti: valutazione dei costi di supporto, come quelli amministrativi, per confrontarli con i benefici.
  - Profitto o perdita: analisi della differenza tra ricavi e costi.
- Indicatori di efficienza e produttività:
  - Tasso di occupazione dei letti: misura l'efficienza dell'uso delle strutture ospedaliere.
  - Tempo medio di degenza: misura l'efficienza dei trattamenti e la gestione delle risorse ospedaliere.
  - Numero di visite ambulatoriali e interventi chirurgici: monitoraggio della produttività dei reparti.
- Indicatori di qualità:
  - Soddisfazione dei pazienti: tramite indagini e sondaggi, si misura il livello di soddisfazione dei pazienti rispetto alla qualità del servizio.
  - Tasso di mortalità e complicazioni post-operatorie: indicatori clinici che aiutano a monitorare la qualità delle cure e l'efficacia dei trattamenti.
  - Standard di sicurezza: misurazione degli indicatori di sicurezza e gestione dei rischi sanitari.

#### *d) Controllo degli Investimenti*

Il controllo di gestione in ambito sanitario include anche il monitoraggio degli investimenti (ad esempio, in tecnologie, strutture e innovazione) per garantire che siano realizzati in modo efficace e che portino effettivamente a un miglioramento delle performance.

- Valutazione degli investimenti: Ogni investimento deve essere valutato in base a criteri economici, ma anche in base al valore aggiunto per i pazienti e alla sostenibilità a lungo termine.
- Controllo dei progetti di miglioramento: I progetti di ammodernamento delle strutture o l'introduzione di nuove tecnologie devono essere monitorati rispetto ai risultati attesi e al budget stanziato.

#### *e) Gestione dei Rischi*

Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie include la gestione dei rischi legati a vari aspetti, tra cui la sicurezza del paziente, i rischi finanziari e i rischi operativi. Identificare e monitorare i rischi aiuta a prevenire situazioni di emergenza che potrebbero compromettere la qualità del servizio e la stabilità economica.

#### *f) Adattamento e Correzione delle Strategie*

Il controllo di gestione include un aspetto fondamentale di adattamento e correzione delle azioni e delle strategie, sulla base dei risultati ottenuti.

- Feedback continuo: Il controllo di gestione deve prevedere momenti di feedback continuo per permettere un miglioramento costante. Se il budget non viene rispettato o la qualità dei servizi diminuisce, vengono adottate misure correttive per rimettere l'azienda in linea con gli obiettivi.

- Revisione dei piani operativi: A seconda dei risultati del monitoraggio e dell'analisi degli scostamenti, vengono rivisti i piani operativi e le strategie adottate, per migliorare la performance in futuro.

Gli strumenti utilizzati nel controllo di gestione includono:

- Software di Business Intelligence (BI): Piattaforme che raccolgono, analizzano e presentano i dati in modo da facilitare il processo decisionale.
- Sistemi di contabilità analitica: Sistemi che permettono di attribuire i costi a specifiche attività, dipartimenti o pazienti.
- Bilancio di esercizio: Documento che riporta tutti i dati economici e finanziari dell'azienda sanitaria, essenziale per valutare la sostenibilità finanziaria.
- Balanced Scorecard: Un sistema di misurazione delle performance che include indicatori finanziari e non, permettendo di monitorare a 360 gradi la performance dell'organizzazione.

### **Attività di controllo di regolarità amministrativa e contabile**

Il controllo di regolarità amministrativa e contabile spetta al Collegio Sindacale. Le funzioni di controllo spettano anche a specifici servizi aziendali e sovrazionali di cui all'art. 1, comma 62 legge 662/96.

E' istituito, inoltre, un sistema di autocontrollo inteso come funzione volta ad assicurare che l'amministrazione attiva si espliciti in modo conforme alle leggi e secondo l'effettiva opportunità in relazione al concreto interesse pubblico.

La funzione di autocontrollo si articola su due livelli:

- Primo livello: è posta in essere da ciascun dirigente nell'ambito delle proprie responsabilità e limitatamente al proprio ambito di competenza.
- Secondo livello a propria volta articolato su due funzioni e precisamente:
  - a) funzione ispettiva
  - b) funzione controllo atti.

Con appositi regolamenti vengono disciplinate attribuzioni, ambiti di intervento, composizione, organismi di autocontrollo, procedure, modalità di esercizio dell'attività al fine di individuare e distinguere con chiarezza il sistema di autocontrollo dagli altri controlli interni ed esterni (Collegio Sindacale; controllo di gestione; controllo strategico; Servizio Ispettivo della Regione; Osservatorio regionale degli appalti pubblici di lavori, servizi e forniture).

Tale attività di controllo si pone l'obiettivo di evitare il verificarsi di irregolarità sotto il profilo amministrativo (errori, ritardi, insufficiente motivazione degli atti anche e soprattutto sotto il profilo della economicità della gestione ecc.).

Il carattere "collaborativo" dell'autocontrollo dovrà positivamente declinare attraverso i Nuclei Ispettivi i rilievi formulati dal Collegio Sindacale per evitare il ripetersi dei comportamenti censurati.

L'accertamento documentale potrà portare alla richiesta di chiarimenti e, ove possibile, di integrazioni e/o modifiche di quanto formalmente deciso sempre in un'ottica evolutiva.

Eventuali situazioni di particolare criticità e problematicità tali da comportare revoca o annullamento degli atti, troveranno estrinsecazione nel potere di autotutela da esercitare nel rispetto dell'ordinamento giuridico.

Il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e dell'appropriatezza delle prestazioni rese, già richiamate negli Obiettivi di salute, rappresentano obiettivo prioritario dell'AST, perseguito con l'attivazione di specifico sistema di monitoraggio, anche sulla base delle indicazioni della DGRM 1212/04 e s.m.i..

Gli strumenti operativi su cui il sistema aziendale dei controlli si fonda sono:

- Il sistema organizzativo formalizzato e chiaro nell'attribuzione delle responsabilità, orientate alla segregazione delle funzioni, in cui sono esplicitati i poteri autorizzativi e di firma assegnati;
- Il sistema procedurale condiviso e diffuso.
- I sistemi informatici a supporto della segregazione delle funzioni e della rendicontabilità delle procedure;
- Il Sistema di reporting;
- Il Sistema di comunicazione interna;
- La formazione del personale.

Un ruolo strategico in questa attività è legato al Sistema informativo del controllo, utilizzando e integrando quanto più possibile le risorse informative esistenti e sviluppando modelli di analisi e controllo automatizzati. Questo ha consentito di sviluppare un sistema di indicatori di controllo, in grado di mostrare eventuali anomalie o non conformità dei fenomeni oggetto di analisi e di mettere in evidenza i cosiddetti “eventi sentinella”. Tali dati sono via via alimentati dai flussi di informazioni provenienti dai servizi o già disponibili sulle banche dati aziendali.

## **Il Controllo di gestione**

Senza riprendere argomenti sopra trattati e volendo sintetizzare, il Controllo di Gestione è definibile come il sistema strutturato e integrato di informazioni e processi utilizzato dal management a supporto delle attività di pianificazione e controllo e per consentire di cogliere le eventuali inadeguatezze con possibili pregiudizi per i risultati prestazionali ed economici, patrimoniali e finanziari. In particolare, il Controllo di Gestione si compone di tre elementi fortemente integrati tra loro:

- un insieme di attività di pianificazione e controllo finalizzate a predefinire prima e monitorare poi le prestazioni aziendali (standard di prodotto e di processo);
- un set di strumenti tecnico – contabili progettati per elaborare informazioni a supporto dei processi decisionali e dell'attività di pianificazione e controllo;
- un sistema informativo destinato a diffondere le informazioni raccolte ed organizzate in modo selettivo, al fine di focalizzare l'informazione destinata al management sulle determinanti del valore aziendale.

Il Controllo di Gestione, tipica funzione di staff direzionale, è organizzativamente strutturato con il compito, da un lato, di segnalare alla Direzione i problemi e le criticità riscontrate e, dall'altro, di promuovere le politiche, gli indirizzi e le soluzioni definite dalla Direzione. La funzione controllo di gestione garantisce la conoscenza dei flussi economico finanziari e dell'attività svolte mediante l'utilizzo di un adeguato sistema di reporting in grado di intervenire tempestivamente a fronte di eventuali criticità individuate; predispone studi ed analisi economiche sull'andamento della gestione per tutti i livelli dell'organizzazione; definisce standard di prodotto e di processo; supporta le varie articolazioni aziendali nel corso del processo di budgeting, nonché fornisce analisi ad hoc utili a supportare la Direzione nelle scelte strategiche aziendali.

## **Il Budget**

La Giunta Regionale definisce annualmente, sulla base dei criteri fissati dal Consiglio Regionale, le articolazioni del bilancio aziendale.

Il budget generale d'Azienda, che si allega al Bilancio economico preventivo, viene approvato dalla Giunta Regionale. Con periodicità mensile sono prodotti report economici al Dipartimento Salute e con periodicità trimestrale sono prodotte, in modo sistematico, le informazioni di attività e di utilizzo delle risorse per verificare che l'andamento della gestione sia in linea con gli obiettivi previsti ed adottare, in caso contrario, le misure correttive necessarie.

Il budget rappresenta lo strumento principale di programmazione aziendale annuale, e prevede l'esplicitazione e condivisione e la negoziazione a tutti i livelli aziendali degli obiettivi e delle risorse necessarie; attraverso questo strumento l'Azienda:

- coordina il complesso insieme dei propri processi operativi;
- responsabilizza i dirigenti e acquisisce elementi utili alla formulazione di giudizi circa la competenza nell'esercizio delle responsabilità gestionali;
- garantisce le condizioni per il pieno sviluppo delle competenze professionali e gestionali;
- assolve alla funzione di strumento di comunicazione dei risultati attesi della gestione a tutti i portatori di interesse.

Sulla base di tale quadro programmatico, la Direzione Aziendale negozia le schede di budget con i CDR, nel rispetto di una logica di budget pluriennale a scorrimento. Le schede di budget sono formulate sulla base dello schema riportato nell'apposita sezione del PIAO riferita al piano delle performance. Nel momento in cui la

Regione procede all' eventuale revisione delle assegnazioni di Budget alle Aziende del SSR, la Direzione Aziendale se del caso rivede l'assegnazione; in alternativa la conferma. Il Budget di attività e costi assegnato a ciascun CDR, è oggetto di monitoraggio periodico (almeno trimestrale); i Responsabili di CDR sulla base dei report ricevuti dal Controllo di Gestione producono eventuali considerazioni ritenute utili per l'eventuale revisione delle assegnazioni.

Di norma l'assegnazione del budget ai vari CdR avviene nel rispetto delle seguenti linee metodologiche:

- Rispetto dei vincoli economici e di compatibilità proposti nonché delle normative specifiche e di settore;
- Analisi dei dati consuntivi 2022 e ripartizione delle risorse economiche tenendo conto dello storico, del trend in proiezione dei costi dei primi mesi dell'anno, di possibili "effetti trascinalimento" dall'anno 2022, di attività cessanti ed emergenti, nonché di possibili azioni di contenimento; il tutto, cercando di garantire un meccanismo perequativo tale da non penalizzare chi, nel 2022, fosse stato virtuoso;
- Ribaltamento e declinazione degli obiettivi presenti nel PIAO sulla scorta dei succitati riferimenti normativi, nonché della documentazione ricevuta dalla Regione (in corso di negoziazione – seppur in modo non ancora formalizzato);
- Utilizzo della modulistica prevista nell'allegata sezione del PIAO dedicata al Piano delle performance;
- Recepimento ed inserimento di ulteriori indicatori di interesse dell'AST e riconducibili a volontà e proposte della Direzione, del Comitato di Budget (informalmente costituito dal Cogest, Governo Clinico e Gestione del Rischio, SPS, Macroarea Ospedaliera e Macroarea Territoriale + DS/DA) nonché dei vari Direttori/Responsabili U.O. (con obiettivi se del caso anche trasversali e comunque riconducibili al più generale modello della balanced scorecard).

## **Misurazione e valutazione della Performance**

Il sistema di valutazione della performance è uno strumento di governo del sistema sanitario regionale essenziale, in cui gli orientamenti strategici di lungo periodo sono monitorati congiuntamente con gli obiettivi di breve periodo e dove il governo della spesa è integrato con le misure di risultato al fine di evidenziare il valore prodotto per il cittadino. Se infatti è importante che le aziende sanitarie del sistema riescano a perseguire l'equilibrio economico finanziario questo non è però certamente sufficiente.

Fondamentale è che le risorse della collettività creino "valore", ossia che siano adeguatamente utilizzate, con efficienza e appropriatezza, per fornire servizi di elevata qualità, garantendo l'accesso e l'equità.

La performance è un concetto centrale del DLgs. 150/2009 e s.m.i.; essa assume il significato di contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, gruppo di individui, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita. In particolare per gli Enti Pubblici operanti nel settore sanitario la performance è la misura complessiva del servizio che l'Amministrazione è tenuta ad erogare. Il sistema di misurazione e valutazione delle performance (di seguito sinteticamente SMVP) introdotto dal DLgs 150/2009 e s.m.i. costituisce l'insieme delle metodologie, modalità ed azioni che hanno ad oggetto la misurazione e la valutazione dei risultati dell'organizzazione, valutati a livello di struttura organizzativa ed a livello di apporto individuale. Attraverso il SMVP è possibile procedere alla valutazione accurata dei risultati ottenuti dall'Azienda (performance strategica), dalle singole strutture operative in cui la stessa si articola (performance organizzativa) ed alla valorizzazione delle performance individuali ad esse logicamente correlate. Il SMVP è finalizzato al perseguimento dei seguenti obiettivi:

- migliorare il sistema di definizione e comunicazioni degli obiettivi aziendali;
- verificare il conseguimento degli obiettivi;
- responsabilizzare i diversi livelli gerarchici dell'organizzazione aziendale;
- coinvolgere e responsabilizzare gli operatori verso il raggiungimento degli obiettivi e verso il miglioramento continuo del proprio operato;
- coinvolgere i cittadini e degli utenti finali nella valutazione dei servizi resi dall'amministrazione.

Il SMVP si ispira ad alcuni principi fondamentali: – miglioramento della qualità dei servizi, – crescita delle competenze professionali, – trasparenza dell'azione amministrativa. La valorizzazione dei risultati e, quindi, della performance organizzativa e individuale consente di aumentare lo standard qualitativo ed economico delle

prestazioni erogate sviluppando i comportamenti organizzativi in un'ottica di continuo miglioramento dei servizi verso i cittadini/utenti; secondo questo paradigma, è quindi necessario valutare, incoraggiare e valorizzare i comportamenti individuali intesi come elementi qualificanti la prestazione. Il SMVP rappresenta lo strumento necessario a:

- collegare l'erogazione degli incentivi economici al personale ai risultati ottenuti e al raggiungimento degli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione aziendale;
- mettere in evidenza l'apporto individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi assegnati; - promuovere l'integrazione tra le diverse strutture aziendali, con la previsione di obiettivi trasversali.

La performance organizzativa è monitorata periodicamente dalla Direzione coadiuvata dal Controllo di Gestione e da altri soggetti responsabili. Il sistema degli obiettivi assegnati e dei connessi indicatori è sottoposto durante l'esercizio ad un monitoraggio, di norma trimestrale, finalizzato ad evidenziare gli scostamenti della gestione effettiva rispetto a quella attesa, ad individuare le cause degli stessi e le possibili azioni da intraprendere per garantire il raggiungimento degli obiettivi o l'eventuale loro revisione; a tal fine il Controllo di Gestione realizza apposita reportistica idonea monitorare il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati. La stessa reportistica viene messa a disposizione del responsabile del CdR. La misurazione della performance organizzativa può essere effettuata anche per stati di avanzamento intermedi, qualora gli accordi sindacali legati al sistema premiante lo prevedano. Valutazione della performance organizzativa è data dal rapporto percentuale fra risultato conseguito e risultato atteso distintamente per ogni obiettivo ed indicatore. Tali rapporti sono parametrati e ricondotti ad un unico valore percentuale sulla base dei pesi attribuiti ad ogni obiettivo. Ferma restando la graduazione del risultato, si qualifica come "negativa" la performance organizzativa misurata in un punteggio inferiore a 60 punti (60% di risultato). La valutazione di prima istanza è effettuata dal Direttore preposto da regolamento della performance con il supporto del Controllo di Gestione. Il risultato di valutazione è notificato al responsabile del CdR.

I risultati della valutazione della performance organizzativa sono portati a conoscenza di tutto il personale afferente al CdR. La valutazione di seconda istanza è operata dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), il quale, acquisita tutta la documentazione, valida e conclude il ciclo di performance. L'OIV, nelle procedure di valutazione è supportato dal Controllo di Gestione. Il risultato di performance organizzativa, misurato annualmente costituisce, per tutti i dirigenti titolari di incarichi gestionali, anche valutazione professionale annuale e concorre in tal modo alla valutazione di fine incarico.

L'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2021, n. 113 ha introdotto il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) quale documento unico di programmazione e governance, di durata triennale, delle Pubbliche Amministrazioni che va a sostituire tutti i programmi che fino al 2022 erano tenute a predisporre. Ai sensi dell'art. 6 del D.L. n. 80/2021, il PIAO con specifico riferimento alla Performance stabilisce quanto segue:

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

Con riferimento alle modalità di monitoraggio della performance, l'articolo 5 (Sezione Monitoraggio) del Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 30/06/2022 rinvia per il monitoraggio delle sottosezioni valore pubblico e performance alle modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. B. del Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009. La Relazione sulla Performance rappresenta, quindi, uno strumento di accountability, mediante il quale le amministrazioni pubbliche illustrano ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente, concludendo in tal modo il ciclo di gestione della performance. Inoltre, costituisce un momento di analisi e di riflessione sull'operato aziendale e vuole rappresentare un'occasione per rileggere i risultati effettivi e concreti in una logica di miglioramento e di innovazione: è in questo senso un documento che riassume l'esperienza e i risultati raggiunti da tutte le Strutture aziendali. La Relazione fornisce alcune caratteristiche del contesto in generale ed espone gli elementi caratterizzanti l'Azienda in termini di attività, risorse e indicatori di performance: misurare i risultati, anche ai fini di effettuare la successiva valutazione, determina la necessità di fissare, in fase di programmazione, gli obiettivi, di stabilire

delle grandezze, cioè degli indicatori in grado di rappresentarli e di rilevare sistematicamente, ad intervalli di tempo definiti, il valore degli indicatori.

L'Azienda, dopo aver individuato le proprie linee strategiche ha determinato, al suo interno, gli obiettivi operativi/organizzativi declinando le linee definite dalla Regione Marche attraverso un sistema di indicatori e risultati attesi volti al conseguimento degli obiettivi aziendali assicurando peraltro, l'analisi ed il miglioramento della performance organizzativa, attraverso la correlata verifica dei risultati conseguiti.

La Relazione sulla performance rappresenta pertanto anche uno strumento di miglioramento gestionale, grazie al quale l'Azienda può riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente e migliorando, progressivamente, il funzionamento del ciclo della Performance.

Nell'Azienda la performance è misurata:

- a livello complessivo aziendale rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance aziendale), sui quali viene valutata la Direzione Generale;
- a livello di singola Struttura Complessa e Struttura Semplice dipartimentale, individuata come centro di responsabilità (performance organizzativa);
- a livello di singolo dipendente afferente all'area contrattuale sia della dirigenza che del comparto (performance individuale).

## 5. - FUNZIONI TRASVERSALI

### 5.1 Innovazione e digitalizzazione del SSR

#### Innovazione e digitalizzazione

Attualmente il volano/lo strumento dell'innovazione del SSN è costituito sicuramente dalla digitalizzazione della sanità. La Trasformazione digitale della sanità è la principale tematica sulla quale si sta lavorando a livello nazionale (Dipartimento della Transizione Digitale), Regionale e Aziendale (Costituzione degli Uffici per la Transizione Digitale e nomina del Responsabile della Transizione Digitale aziendale).

Le principali azioni:

- Digitalizzazione dei processi sanitari (nuovi applicativi gestionali sanitari che reingegnerizzano i processi sanitari, nativamente integrati, per una sanità ottimizzata e come requisito fondamentale per l'ottenimento della certificazione della qualità dei servizi erogati);
- Digitalizzazione dei processi amministrativi per la completa digitalizzazione dei documenti aziendali;
- Piattaforme di comunicazione digitale con gli assistiti interattive come punto di contatto principale veloce, semplice ed interattivo tra il servizio sanitario e gli assistiti
- Messa in rete di tutti gli attori della sanità in modo operativo, integrato, facilitato, interconnesso;
- Sviluppo della telemedicina/teleassistenza/teleconsulto;
- Gestione dei dati sanitari per il miglioramento del percorso di cura, della governance sanitaria e della ricerca;
- Medicina personalizzata e di precisione;
- Utilizzo dei sistemi dell'Intelligenza Artificiale nella sanità.

#### Transizione digitale

Dopo l'emergenza sanitaria legata al Covid-19 è emersa ancor più chiaramente l'importanza del digitale all'interno della pubblica amministrazione. Il Responsabile per la Transizione Digitale (RTD) è stato introdotto attraverso la modifica dell'articolo 17 del CAD (Codice dell'Amministrazione Digitale) con i DL 179/2016 e 217/2017, come Responsabile dell'Ufficio per la transizione alla modalità operativa digitale. In seguito, la Circolare n. 3 adottata dal Ministro per la Pubblica Amministrazione ha obbligato le amministrazioni a provvedere all'individuazione del RTD e alla relativa registrazione sull'Indice delle pubbliche amministrazioni.

Il Responsabile per la Transizione Digitale, come Responsabile dell'Ufficio per la Transizione Digitale, promuove e coordina la digitalizzazione nei processi aziendali; posizione sovraordinata e di coordinamento rispetto a tutte le UOC aziendali interessate alla tematica ed in diretto collegamento con la Direzione aziendale per lo sviluppo della digitalizzazione aziendale.

L'incarico di Responsabile della Transizione digitale aziendale, che è il Responsabile dell'Ufficio della Transizione Digitale aziendale, ricopre attualmente una valenza strategica e di fondamentale importanza aziendale e normativamente obbligatorio per ogni Pubblica Amministrazione.

Il Responsabile della Transizione digitale aziendale ricopre un ruolo sovraordinato rispetto agli altri Direttori/Dirigenti aziendali ed è in diretto rapporto con la Direzione Aziendale.

La normativa vigente, D.lgs. 82/2005, (CAD), e il Piano Triennale per l'informatica 2020/2022, predisposto dall'Agenzia per l'Italia Digitale (AgID), definiscono un modello di riferimento per lo sviluppo dell'informatica pubblica italiana, fissando i principi architetturali fondamentali, le regole di usabilità e interoperabilità, precisando la logica di classificazione delle spese ICT; inoltre, mostrano una metodologia per pianificare le attività del percorso di innovazione tecnologica e digitalizzazione per le Pubbliche Amministrazioni, che devono essere attuate nel periodo di riferimento.

Il Piano Triennale per la Transizioni Digitale (PTD) della Pubblica Amministrazione (PA) è uno strumento fondamentale per promuovere la trasformazione digitale del paese, in particolare quella della Pubblica Amministrazione favorendo lo sviluppo sostenibile di una società digitale, dove i servizi mettono al centro i cittadini e le imprese, le comunità e i territori, nel rispetto della sostenibilità ambientale; inoltre, contribuisce ed incentiva la standardizzazione, l'innovazione e la sperimentazione nell'ambito dei servizi pubblici.

Il modello di Governance dell'innovazione tecnologica digitale poggia su una sinergia tra il livello nazionale, che definisce strategie, realizza piattaforme abilitanti per ottimizzare investimenti, e le singole amministrazioni pubbliche, che attuano il processo di transizione digitale in conformità agli indirizzi nazionali, sviluppando servizi specifici per soddisfare i bisogni della propria utenza, avvalendosi di competenze interne ovvero ricorrendo al mercato.

Lo strumento di programmazione pluriennale "Il Piano triennale per la Transizione Digitale aziendale" definisce tutte le azioni da porre in essere per il miglioramento della digitalizzazione aziendale che comporta anche uno studio sulla trasformazione dei processi aziendali

Con Determina n. 695 del 07/11/2023 del Direttore Generale dell'AST di Fermo è stato approvato il primo Piano Triennale per la Transizione digitale (2023/2025) dell'AST di Fermo.

Sono stati destinati importanti finanziamenti dei fondi PNRR per la trasformazione digitale delle Aziende Sanitarie.

Si inserisce di seguito il prospetto degli attuali progetti per la digitalizzazione aziendale finanziati con i fondi del PNRR:

Tabella 33

| INVESTIMENTO                                                                                                                                                 | INTERVENTI                                                                                                                                       | CUP             | CONTRATTI                                    | FORNITORE                      | CIG        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------|--------------------------------|------------|
| <b>M6C2 1.3.1</b> Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) | Potenziamento dell'infrastruttura digitale dei sistemi sanitari                                                                                  | I61J22000430006 | integrazione DSEO con FSE 2.0                | Data Processing Spa            | 7696710604 |
|                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                  |                 | integrazione sistema SIAMA con FSE 2.0       |                                |            |
|                                                                                                                                                              | Incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario - Comunicazione                                                    | I69I22001170006 | integrazione EVISIT - CARDIO con FSE 2.0     | Exprivia                       | 9456433F5D |
|                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                  |                 | integrazione EVISIT - ENDO con FSE 2.0       |                                | Z952B7F6D2 |
|                                                                                                                                                              | Incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario - Formazione                                                       | I69I22001160006 |                                              |                                |            |
| <b>M6C2 1.1.1</b> Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero                                                                                | Potenziamento del livello di digitalizzazione delle strutture sanitarie sede di Dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA) di I e II livello | F61J22000010007 | infrastruttura di interoperabilità regionale | GPI Spa                        |            |
|                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                  |                 | cartelle cliniche elettroniche verticali     | GPI Spa                        |            |
|                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                  |                 | Sistema Informativo Ospedaliero Unico        | Enterprise Services Italia Srl |            |
| <b>M1C1 1.4.3</b>                                                                                                                                            | adozione piattaforma PagoPA                                                                                                                      | I61F23000010006 | integrazione PagoPa per AREAS                | Engineering                    | A02147CC55 |
|                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                  |                 | integrazione PagoPa per CUP MARCHE           | Gpi SpA                        | ZC23D1EE46 |
|                                                                                                                                                              | Adozione APP-IO                                                                                                                                  | I61F23000020006 | integrazione APP-IO per CUP MARCHE           | Gpi SpA                        | Z413D26B52 |
| <b>M1C1 1.1 1.2</b>                                                                                                                                          | infrastrutture digitali e abilitazione al cloud                                                                                                  | I61C23000560006 | migrazione al cloud Regione Marche SIA AREAS | Regione Marche                 | -----      |
|                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                  |                 | migrazione al cloud                          | PSN                            | B08685C089 |

Le progettualità per la digitalizzazione ed innovazione con i fondi del PNRR, come si può riscontrare dalla soprastante tabella di riepilogo, risultano essere di particolare importanza e trasversali a tutti i processi amministrativi e sanitari aziendali

### Digitalizzazione dei percorsi sanitari ed amministrativi

Come indicato nei precedenti punti la digitalizzazione dei percorsi sanitari ed amministrativi dovranno a regime determinare l'eliminazione dei documenti cartacei e comporteranno una trasformazione radicale delle procedure lavorative, sia sanitarie che amministrative, con una logica di standardizzazione, velocizzazione, trasparenza, integrazione e monitoraggio delle attività aziendali.

I principali obiettivi che dovranno essere raggiunti saranno:

- Digitalizzazione dei processi sanitari (nuovi applicativi gestionali sanitari che reingegnerizzano i processi sanitari, nativamente integrati, per una sanità ottimizzata e come requisito fondamentale per l'ottenimento della certificazione della qualità dei servizi erogati);
- Digitalizzazione dei processi amministrativi per la completa digitalizzazione dei documenti aziendali;
- Piattaforme di comunicazione digitale con gli assistiti interattive come punto di contatto principale veloce, semplice ed interattivo tra il servizio sanitario e gli assistiti
- Messa in rete di tutti gli attori della sanità in modo operativo, integrato, facilitato, interconnesso;
- Sviluppo della telemedicina/teleassistenza/teleconsulto;
- Gestione dei dati sanitari per il miglioramento del percorso di cura, della governance sanitaria e della ricerca;
- Medicina personalizzata e di precisione;
- Utilizzo dei sistemi dell'Intelligenza Artificiale nella sanità.

## **Dematerializzazione**

Nel 2018 nella Regione Marche, ha attivato il percorso della dematerializzazione delle prescrizioni sia farmaceutiche, che ambulatoriali. La ricetta dematerializzata è stato il primo passo fondamentale per l'effettivo inizio della digitalizzazione dei processi produttivi della sanità regionale.

## **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 2.0.**

Il Dipartimento per la Transizione Digitale, con i fondi del PNRR, ha sviluppato la piattaforma unica a livello nazionale per tutte le regioni del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0.

Le regioni, tramite i fondi messi a disposizione dal PNRR, hanno il compito di adeguare i propri applicativi sanitari verticali alle specifiche del FSE 2.0 in modo tale che gli attuali applicativi siano integrati con il nuovo FSE 2.0 ministeriale e possano quindi trasmettere al FSE 2.0 i referti prodotti a livello aziendale.

Le regioni, tramite le Aziende sanitarie regionali, devono anche provvedere a sviluppare la formazione per gli operatori sanitari sul FSE 2.0 ed inoltre provvedere a sviluppare relative azioni per la comunicazione verso gli assistiti.

Il FSE 2.0 rappresenta:

- un punto unico ed esclusivo di accesso per i cittadini ai servizi del Sistema Sanitario Nazionale;
- un ecosistema di servizi basati sui dati per la diagnosi e la cura dei propri assistiti da parte dei professionisti sanitari;
- uno strumento abilitante per un'assistenza sempre più personalizzata sul paziente;
- uno strumento informativo per le strutture e le istruzioni sanitarie ai fini dell'analisi dei dati clinici e di una migliore erogazione dei servizi sanitari.

Il nuovo FSE 2.0 deve essere alimentato obbligatoriamente da tutte le strutture sanitarie, pubbliche e private, secondo le linee guida ministeriali.

## **Intelligenza Artificiale**

L'introduzione dell'intelligenza artificiale (AI) nella pubblica amministrazione apre un capitolo nuovo e affascinante, ricco di opportunità anche se non privo di sfide. In un'epoca segnata dalla digitalizzazione accelerata, l'adozione dell'AI promette infatti di rivoluzionare le modalità di erogazione dei servizi pubblici, prospettando soluzioni innovative per una gestione più efficiente e una risposta più rapida alle esigenze dei cittadini.

L'introduzione dell'AI nei processi amministrativi pubblici apre le porte a una profonda rivisitazione del rapporto tra cittadini e istituzioni, con la sfida di raggiungere e consolidare il delicato equilibrio tra la promessa del miglioramento dei servizi e la garanzia della tutela dei diritti fondamentali.

Il nuovo Piano Triennale 2024/2026 per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione dell'Agenzia per l'Italia Digitale fornisce un orientamento strategico per la trasformazione digitale della PA, stabilendo obiettivi precisi con un'attenzione speciale ai temi dell'AI.

Da strumento di nicchia, l'AI si è rapidamente evoluta – e continua ad evolversi, a velocità sempre più incalzante – in elemento cardine per la trasformazione digitale della pubblica amministrazione. In particolare, la possibilità di elaborare grandi quantità di dati e fornire analisi predittive permette di prospettare una gestione sempre più strategica e lungimirante delle risorse pubbliche, attuando un cambiamento epocale nelle modalità di interazione fra la PA e i cittadini, con l'obiettivo di migliorare l'efficienza operativa e la soddisfazione degli utenti con servizi sempre più personalizzati e interattivi.

L'AI risulta essere per il mondo della sanità anche particolarmente interessante come strumento operativo per lo sviluppo della medicina personalizzata e di precisione che risulta essere già una realtà importante per la cura ottimizzata degli assistiti e che costituirà il naturale sviluppo innovativo della sanità pubblica e privata.

Anche il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 ministeriale, realizzato ed in corso d'implementazione a livello regionale con fondi PNRR per la digitalizzazione nella sanità, pone una particolare attenzione allo sviluppo della medicina personalizzata tramite l'utilizzo dell'intelligenza artificiale.

Uno degli elementi distintivi del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 risulta essere, infatti, l'integrazione con l'Intelligenza Artificiale (AI) per migliorare ulteriormente l'efficienza e l'interoperabilità del FSE 2.0. L'AI sarà utilizzata per analizzare i dati in modo predittivo, facilitando una personalizzazione delle cure e un'ottimizzazione delle risorse sanitarie. Questo approccio non solo libererà i professionisti sanitari da compiti amministrativi, ma supporterà anche decisioni cliniche più informate, migliorando così la qualità generale delle cure fornite ai pazienti.

## 5.2 Health Technology Assessment

La valutazione delle tecnologie sanitarie (**Health Technology Assessment - HTA**) è un processo multidisciplinare che sintetizza le informazioni sulle questioni cliniche, economiche, sociali ed etiche connesse all'uso di una tecnologia sanitaria, in modo sistematico, trasparente, imparziale e solido. Il suo obiettivo è contribuire all'individuazione di politiche sanitarie sicure, efficaci, incentrate sui pazienti e mirate a conseguire il miglior valore.

La valutazione delle **tecnologie sanitarie** può prendere in considerazione diversi aspetti (domini), che possono essere sia clinici (problema di salute e uso attuale della tecnologia, caratteristiche tecniche, sicurezza, efficacia clinica) sia non clinici (costi ed efficacia economica, analisi etica, aspetti organizzativi, aspetti sociali, aspetti legali).

Il processo di HTA si basa su **evidenze scientifiche tratte da studi**, che vengono considerate per specifiche tipologie di intervento sanitario su determinate popolazioni di pazienti, confrontando gli esiti e i risultati con quelli di tecnologie sanitarie di altro genere o con lo standard di cura corrente.

Le tecnologie oggetto di valutazione possono essere farmaci, dispositivi medici, vaccini, procedure e, più in generale, tutti i sistemi sviluppati per risolvere un problema di salute e migliorare la qualità della vita.

La Determina del DG AST FM n. 555 del 22 agosto 2024 approva il regolamento sulle modalità di acquisto dei beni inventariabili e formazione del piano investimenti. La commissione piano investimenti ha il compito di revisionare ed aggiornare il percorso ed effettuare ove necessario una valutazione strategica delle richieste d'acquisto, in una logica di approccio multidisciplinare, in analogia con il processo di HTA.

**L'Ingegneria Clinica** in coerenza con quanto regolamentato all'art. 24 della LR n. 19/2022 è strutturata all'interno dell'UOC Patrimonio nuove opere e attività tecniche.

L'Ingegneria Clinica si occupa della gestione manutentiva delle tecnologie biomediche dell'Azienda, contribuendo a garantirne l'uso appropriato e sicuro, nel rispetto delle norme inerenti la sicurezza e la prevenzione.

Inoltre l'ingegneria Clinica:

- supporta la Direzione tramite l'UOC Patrimonio nuove opere e attività tecniche in cui è strutturata, contribuendo alla valutazione multidisciplinare propedeutiche all'acquisizione delle tecnologie biomedicali;
- fornisce un importante apporto alla pianificazione delle acquisizioni di tecnologie medicali, partecipando alla pianificazione degli investimenti annuali e pluriennali;
- collabora col SIA nell'acquisizione e nella gestione dei software medicali medical device;
- collabora con le altre funzioni aziendali (Governo clinico, SPP, Farmacia) nell'implementazione delle opportune azioni sul parco tecnologico finalizzate alla riduzione del rischio per i pazienti e per gli operatori, anche a seguito di eventi sentinella.

### **Percorso organizzazione telemedicina sia in ambiente ospedaliero che territoriale**

I servizi di telemedicina, contribuendo ad affrontare le principali sfide dei Sistemi Sanitari Nazionali, rappresentano un formidabile mezzo per: (i) contribuire a ridurre gli attuali divari geografici e territoriali in termini sanitari grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia; (ii) garantire una migliore "esperienza di cura" per gli assistiti; (iii) migliorare i livelli di efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto.

L'esperienza del Covid-19 ha contribuito notevolmente ad esaltare il ruolo strategico della Telemedicina nei percorsi di cura dei pazienti, sia in ambito ospedaliero (offrendo la possibilità di erogare servizi di telemonitoraggio, televisita e teleconsulto tra reparti distinti), sia in ambito territoriale (offrendo la possibilità di gestire in maniera più efficace ed efficiente la presa in carico dei pazienti cronici, nei contesti residenziali e soprattutto in quelli domiciliari, attraverso il telemonitoraggio, la televisita, il teleconsulto e la teleassistenza).

Con riferimento al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza Missione 6 Salute Componente 1 Investimento 1.2.3 - "Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici" - sub-investimento 1.2.3.2 "Servizi di

Telemedicina", la Regione Marche con DGRM n. 911 del 14/06/2024 ha approvato il Piano Operativo e del Fabbisogno della Regione, prevedendo l'acquisizione di:

1. Una piattaforma unica regionale di telemedicina finalizzata all'erogazione strutturata dei servizi di telemonitoraggio dei pazienti cronici e dei pazienti specialistici e all'erogazione dei servizi integrati di televisita, teleassistenza e teleconsulto. La piattaforma sarà integrata all'interno dell'ecosistema dei servizi digitali regionali già esistenti (fse, cup, anagrafica regionale, etc.).
2. Servizi minimi di telemedicina implementati a livello regionale per l'erogazione delle attività di televisita, teleconsulto, telemonitoraggio e teleassistenza, acquisizione delle relative postazioni di lavoro dedicate e dei necessari dispositivi elettromedicali.
3. Servizi trasversali a supporto del SSR per integrare la piattaforma all'interno del modello organizzativo e tecnologico esistente;
4. Servizio di assistenza tecnica h24 a supporto degli operatori socio sanitari e dei cittadini.

E' prevista la realizzazione di attività di formazione e riqualificazione del personale medico, infermieristico e tecnico, volta non soltanto all'addestramento all'uso delle nuove tecnologie ma anche alla gestione di nuove forme di relazione con i pazienti mediata dalla tecnologia.

La piattaforma regionale dovrà garantire la piena interoperabilità e gestibilità dei dati acquisiti dai devices, garantendo l'attendibilità e non alterazione del dato così come indicato nel d. min. sal. del 21 settembre 2022 'linee guida per i servizi di telemedicina - requisiti funzionali e livelli di servizio' e dovrà integrarsi con i servizi abilitanti presenti nella infrastruttura nazionale di telemedicina condividendo eventi, dati e documenti secondo un comune modello dati standard al fine di garantire la piena interoperabilità semantica e sintattica.

Tale piattaforma è finalizzata alla gestione dei pazienti affetti da patologie di tipo respiratorio, cardiaco, neurologico, oncologico e diabetici.

## 5.3 Le politiche delle risorse umane

### 5.3.1 Il capitale umano

Il capitale umano e le persone delle nostre organizzazioni rappresentano il principale fattore produttivo nel settore pubblico. Visto l'affermarsi del lavoro agile e la necessità di gestire unità organizzative e team di lavoro "ibridi" che lavorano in parte in presenza in parte a distanza, risulta critico per le PA investire sul comportamento organizzativo e sulla gestione delle dinamiche inter-personali, allo scopo di garantire un maggiore allineamento tra contributo individuale e performance di Ente. In tale prospettiva, agire sul comportamento organizzativo implica, in primis, investire su una cultura organizzativa diffusa, orientata allo sviluppo e alla crescita del personale. Affinché tale cultura sia condivisa è necessario sensibilizzare tutto il personale dell'organizzazione –non solo chi si trova a dover coordinare il lavoro di altre persone e chi si occupa di risorse umane - allo scopo di riallineare il comportamento dei singoli verso la nuova visione. Inoltre, soprattutto a fronte della diffusione del lavoro agile, gestire efficacemente le complessità organizzative e relazionali che caratterizzano team di lavoro "ibridi" rappresenta un vero e proprio "fattore critico di successo" per le organizzazioni del settore pubblico e per chi ci lavora. Pertanto, è necessario investire sulle proprie competenze relazionali, soprattutto in termini di capacità di comunicazione, ascolto e gestione del conflitto, a partire dal riconoscimento delle differenze in termini di stili decisionali e profilo di motivazione che caratterizzano i membri del team/unità organizzativa. In altre parole, il miglioramento organizzativo dell'Ente nel suo complesso non può prescindere dalla creazione di una people strategy di Ente efficace, che punti sullo sviluppo di competenze non solo tecnico-specialistiche ma anche manageriali, come le capacità relazionali necessarie ad un efficace lavoro in team.

- comprendere il contributo delle principali leve di gestione del personale nello sviluppo di un comportamento organizzativo efficace per garantire l'allineamento tra contributo individuale e performance di Ente
- riconoscere l'importanza della creazione di una cultura organizzativa "diffusa", orientata allo sviluppo individuale, a partire dal contributo di chi coordina un team
- comprendere come gestire i propri collaboratori e i membri del proprio team, riconoscendone i bisogni di sviluppo
- riconoscere il comportamento proprio e dei propri colleghi, valorizzandone le differenze in termini di stili decisionali e profilo motivazionale

- ricorrere efficacemente all'ascolto e alla comunicazione, come strumento di gestione e risoluzione dei conflitti
- dare e ricevere feedback in maniera efficace, allo scopo di prevenire il conflitto
- gestire il conflitto, imparando le principali strategie per "disinnescarlo"
- attivare processi di negoziazione all'interno del proprio team/ unità organizzativa

il percorso della valorizzazione del capitale umano nella AST di FM deve prevedere:

- Cosa vuol dire gestione strategica del personale: un framework di riferimento
- Pratiche di gestione del personale: verso un approccio integrato
- Valorizzazione delle persone: creazione e condivisione di una cultura organizzativa
- Costruire un modello di gestione competency-based
- Definire il concetto di competenze ed i modelli di riferimento
- Integrare gli strumenti di gestione delle risorse umane sulla base delle competenze
- Gestire le differenze individuali
- Restituzione del proprio profilo di decision making e discussione dell'assessment individuale
- Come gestire diversi profili motivazionali
- Lavorare in gruppo e/o in team
- Quali Ruoli e funzioni nel team: definizione delle attività e aspettative di comportamento
- Modalità di lavoro di gruppo
- La gestione dei gruppi nel contesto del lavoro agile: aspetti di complessità, fattori da presidiare e competenze critiche
- Modelli di leadership
- Verso una comunicazione efficace
- Fatti e opinioni
- L'ascolto attivo
- Cosa cambia il lavoro a distanza
- Strategie negoziali e di gestione del conflitto
- Valutazione finalizzata allo sviluppo individuale
- Come identificare i fabbisogni e valorizzare le competenze
- Gestire le persone e i loro fabbisogni formativi
- Negoziazione e gestione dei conflitti
- Le fasi della negoziazione
- Strategie negoziali

Le persone che lavorano in Azienda ne costituiscono l'elemento fondamentale e distintivo. L'Azienda offre un contesto organizzativo capace di riconoscere, utilizzare, ricompensare e valorizzare adeguatamente le competenze e le potenzialità dei propri collaboratori; al contempo chiede loro un contributo leale, pieno e responsabile nel perseguimento della missione aziendale, una reale assunzione delle responsabilità connesse al proprio ruolo, un impegno costante per migliorare i livelli di professionalità e la qualità dei contributi offerti. L'Azienda si impegna a garantire la tutela della sicurezza, della salute e del benessere organizzativo in ambito lavorativo, interpretando in maniera attiva gli obblighi e i principi della normativa vigente.

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

Tabella 34

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

Grafico 16

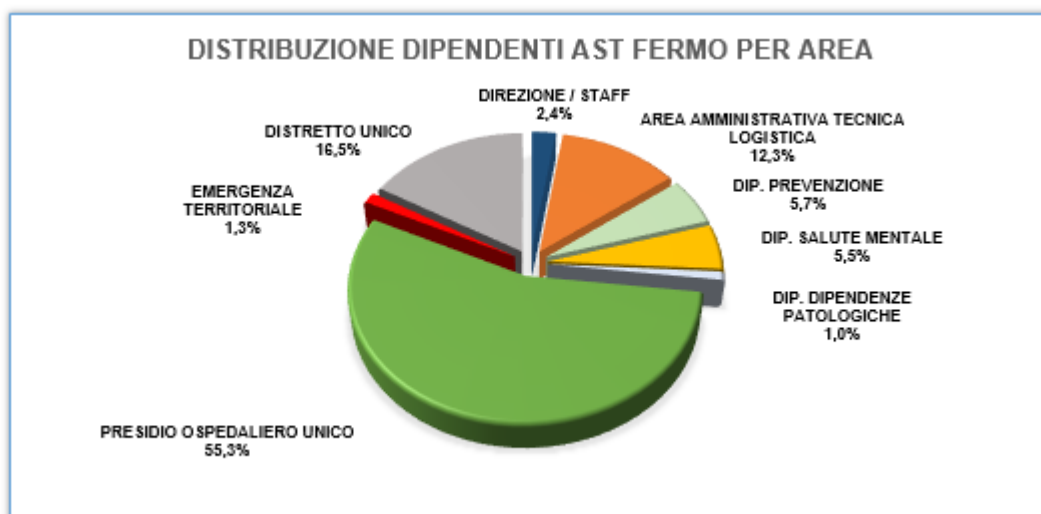
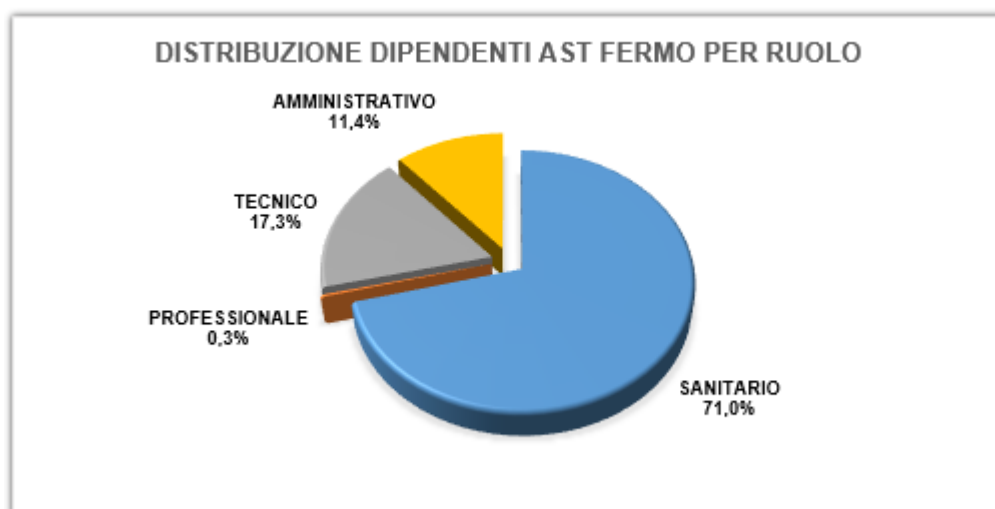


Grafico 17



### 5.3.2 Formazione ed aggiornamento professionale

La Formazione si occupa della formazione continua, articolata e complessa, quale elemento strategico di innovazione e di costante allineamento delle competenze e delle performance dei professionisti alla rapida evoluzione dei modelli organizzativi ed operativi, dei bisogni sanitari, dei mutamenti della domanda nonché di richiesta di maggiori e qualificate competenze scientifiche e tecnologiche.

#### Normativa di riferimento

- Decreto legislativo n. 229/1999, integrativo del d.lgs. 502/92, che introduce l'obbligo dell'ECM
- Piani Sanitari Nazionali;
- Accordo Stato-Regioni "Riordino del sistema di Formazione continua in medicina" del 1 agosto 2007, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281;
- Accordo Stato-Regioni "Il nuovo sistema di formazione continua in medicina - Accreditamento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, liberi professionisti" del 5 novembre 2009 (Rep. Atti n.. 192/CSR), Gazzetta ufficiale n. 288 del 11/12/09 Supplemento ordinario n. 231);
- Accordo Stato-Regioni "Il nuovo sistema di formazione continua in medicina -Linee guida per i manuali di accreditamento dei Provider, albo nazionale dei Provider, crediti formativi biennio 2011-2013, federazioni, ordini, collegi e associazioni professionali, sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità, liberi professionisti" del 19 aprile 2012 (Rep. Atti n. IO 1/CSR), Gazzetta Ufficiale n. 111/2012 del 14 maggio 2012 Supplemento ordinario n. 98
- CC.CC.NN.LL. dell'Area Comparto Sanità, della Dirigenza Medica e Veterinaria e della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa;
- Accordi Collettivi Nazionali per la disciplina dei rapporti con i Medici Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 502/92 e ss. mm. ii;
- Programma Nazionale ECM 2023/2025
- Deliberazione n. 38 del 20.12.2011 Piano Socio-Sanitario Regionale 2012/2014 "Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo";
- DGR 2673/2000 Linee-Guida alle Aziende Sanitarie, Ospedaliere INRCA e ARPAM per la gestione delle attività di Formazione;
- DGR n. 520/2013 "Disposizioni relative al nuovo sistema di formazione continua in medicina e all'accREDITamento dei provider pubblici e privati della Regione Marche" Istituzione del Sistema regionale ECM";
- DGRM 1501/2017 Modifica della DGR n. 520 del 8/4/2013 "Disposizioni relative al nuovo sistema di formazione continua in medicina e all'accREDITamento dei provider pubblici e privati della Regione Marche "Recepimento Accordo Stato Regioni 2017 "La formazione continua nel settore Salute" del 2 febbraio 2017.
- DGRM 1620 del 03.12.2022 avente ad oggetto "Modifica dell'allegato B della DGR n. 520/2013 "Disposizioni relative al nuovo sistema di formazione continua in medicina e all'accREDITamento dei provider pubblici e privati della Regione Marche – Recepimento Accordo Stato Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute" del 2 febbraio 2017;
- L.R. n. 19 dell'08.08.2022 "Organizzazione del Servizio sanitario regionale"
- Decreto Direttore Risorse Umane e Formazione Regione Marche n. 16 del 3 marzo 2023 avente ad oggetto "AccREDITamento provvisorio ai sensi dell'Accordo Stato Regioni e della DGRM n. 1501/2017 e s.m.i. come Provider ECM AST Fermo";

### 5.3.3 Il sistema delle relazioni sindacali

L'Azienda riconosce nelle forme di rappresentanza organizzata dei lavoratori un interlocutore fondamentale della dinamica aziendale. L'Azienda si impegna quindi a creare le condizioni per un confronto proficuo con le rappresentanze sindacali, al fine di ricercare un equilibrio tra le attese, le aspirazioni degli operatori e le finalità dell'Azienda stessa, nel quadro delle compatibilità organizzative e nel rispetto della Contrattazione Collettiva Nazionale ed Integrativa.

#### Sistema delle relazioni sindacali

Il sistema delle relazioni sindacali è lo strumento per costruire relazioni stabili tra amministrazioni pubbliche dell'Area e soggetti sindacali, improntate alla partecipazione consapevole, al dialogo costruttivo e trasparente, alla reciproca considerazione dei rispettivi diritti ed obblighi, anche al fine di garantire la esigibilità e la corretta applicazione del contratto e contribuire in tal modo alla prevenzione e risoluzione dei conflitti. Al fine di favorire

la semplificazione procedurale è possibile attivare, anche a richiesta delle organizzazioni sindacali, modalità di riunione da remoto. La condivisione dell'obiettivo predetto comporta la necessità di un sistema di relazioni sindacali stabile, che tenga conto del ruolo attribuito ai dirigenti, ai segretari o ai dirigenti amministrativi, tecnici e professionali, in base alle leggi e ai contratti collettivi, nonché della peculiarità delle relative funzioni, che sia improntato alla correttezza dei comportamenti delle parti ed orientato alla prevenzione dei conflitti e che sia in grado di favorire la piena collaborazione al perseguimento delle finalità istituzionali. Attraverso il sistema delle relazioni sindacali: - si attua il contemperamento della missione di servizio pubblico delle amministrazioni dell'Area a vantaggio degli utenti e dei cittadini con gli interessi dei lavoratori; - si migliora la qualità delle decisioni assunte; - si sostengono la crescita professionale, la sicurezza e il miglioramento delle condizioni di lavoro, l'aggiornamento del personale, nonché i processi di innovazione organizzativa, tecnologica e di riforma della pubblica amministrazione; - si attua la garanzia di sicure condizioni di lavoro. Il sistema delle relazioni sindacali è improntato a principi di responsabilità, correttezza, buona fede e trasparenza dei comportamenti ed è orientato alla prevenzione dei conflitti.

### Ufficio Relazioni Sindacali

Cura i rapporti con le rappresentanze sindacali delle diverse aree contrattuali del personale dipendente dal Servizio sanitario provinciale (Organizzazioni sindacali e R.S.U.) e assicura supporto tecnico-specialistico alle delegazioni trattanti di parte pubblica nell'ambito delle diverse forme di partecipazione sindacale previste dalla normativa e dai Contratti collettivi provinciali di lavoro. Supporta le relazioni sindacali in ambito aziendale, secondo modalità organizzative definite. Fornire supporto tecnico specialistico nell'esercizio dell'azione disciplinare all'organo competente supportando l'istruttoria dei procedimenti presso le strutture organizzative aziendali.

### Contrattazione Integrativa

In ordine alla contrattazione integrativa, nell'anno 2023 questa AST ha stipulato con le OO.SS. dell'Area Comparto un **Contratto integrativo** che contiene la parte normativa valida per il triennio 2023 – 2025 (recepimento pertanto il nuovo CCNL) e la parte economica anno 2023 (recepimento con determina 777/2023): tra gli effetti, questa AST ha bandito avviso per le nuove progressioni di area.

Sempre relativamente alla contrattazione integrativa, questa AST ha stipulato con le OOSS dell'Area medica-veterinaria un accordo integrativo valido per gli anni 2020-2022 (recepimento con **determina 685/2023**); performance organizzativa ed individuale; utilizzo dei residui anni precedenti. Con risoluzione di diversi contenziosi.

Afferenti alla sfera sindacale, nel corso dell'anno 2023 sono stati adottati i seguenti provvedimenti:

- con determina n. 829/2023 è stato approvato il nuovo Regolamento Aziendale sulla mobilità esterna Area Comparto
- con determina n. 765/2023 sono stati riclassificati gli incarichi di funzione in ottemperanza al nuovo CCNL del personale del comparto sanità del 02.11.2022
- con determina n. 782/2023 è stato approvato il nuovo Regolamento sul Lavoro Agile
- con determina n. 762/2023 è stata effettuata la nuova regolamentazione dei tempi di vestizione
- con determina n. 762/2023 è stato approvato il nuovo regolamento del servizio mensa

Sono stati inoltre determinati in via provvisoria i fondi contrattuali di tutte le aree contrattuali.

## 5.4 Valorizzazione della ricerca

Ricerca: L'Azienda riconosce la ricerca come funzione istituzionale fondamentale al pari di quella assistenziale e di formazione. L'Azienda orienta il proprio sviluppo sulla base di informazioni acquisite tramite la ricerca ed in particolare individua nell'Health Technology Assessment, la metodologia idonea per la valutazione d'impatto delle innovazioni tecnologiche, nella sua più ampia accezione, attraverso un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni cliniche-assistenziali, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia attraverso la valutazione di più dimensioni quali l'efficacia, la sicurezza, i costi, l'impatto sociale e organizzativo. L'Azienda promuove, anche in integrazione con l'INRCA e le Università: l'adozione degli strumenti di governance della ricerca e dell'innovazione; la promozione e la valorizzazione della ricerca spontanea e indipendente all'interno dei servizi, attraverso la diffusione delle conoscenze tecniche ed il supporto tecnico e metodologico ai professionisti nelle attività di ricerca; lo sviluppo di capacità di attrazione di finanziamenti dedicati alla ricerca, nel rispetto della trasparenza delle procedure e delle indicazioni sull'assenza dei conflitti d'interesse. L'Azienda si adopera affinché le risorse derivanti dalle sperimentazioni sponsorizzate siano utilizzate anche a supporto di coloro che promuovono ricerche non sponsorizzate.

La medicina basata sul valore si fonda sul concetto fondamentale che, per migliorare la qualità delle cure mantenendone la sostenibilità economica, si rende necessario ridefinire la natura della competizione in sanità, allineandola intorno al concetto di massimizzazione del valore per il paziente. All'aumentare di tale valore si assiste ad un miglioramento della sostenibilità economica in sanità, ed a trarne i benefici sono tutte le parti interessate. Il miglioramento degli esiti, come la riduzione dei costi dell'assistenza sanitaria, non può essere raggiunto senza una cooperazione attiva tra i diversi provider, di difficile realizzazione se tutti continuano ad operare come soggetti distinti volti a raggiungere solamente i propri interessi. È necessario, quindi, un importante cambiamento, sia culturale sia organizzativo, tra gli operatori sanitari, che possa spingerli a collaborare come un'organizzazione concentrata nella distribuzione dei migliori risultati di salute, da raggiungere nel modo più efficiente possibile.

Il valore non deve in alcun modo rappresentare uno strumento per confrontare i diversi erogatori di cure, bensì si pone l'obiettivo di creare un contesto di miglioramento, sia a livello di struttura sanitaria che di singolo medico.

## 5.5 L'adeguamento normativo

Il d.lgs. 165 del 2001 ha riconosciuto per i dirigenti l'imputabilità della responsabilità dirigenziale come responsabilità AGGIUNTIVA rispetto a quella penale-civile-amministrativa-disciplinare cui sono soggetti tutti i funzionari pubblici.

E' una forma di responsabilità individuale imputabile solo ai soggetti titolari di funzioni dirigenziali, connessa alle attività di gestione e organizzazione.

Il d.lgs. n. 150/2009 regola in maniera cogente numerosi aspetti della materia, ridimensionando gli ambiti di competenza della contrattazione collettiva, la quale si esercita nei limiti concessi dalla legge, con eventuale nullità delle clausole difformi.

Nell'organizzazione sanitaria il principio di distinzione fra attività di indirizzo e attività gestionale si realizza nella dinamica dei rapporti tra governo regionale e direzione delle aziende sanitarie e si basa sulla natura strumentale dell'azienda sanitaria rispetto al raggiungimento degli obiettivi di salute-individuati dalla Regione e posti in essere dall'azienda stessa.

Il riferimento normativo in merito alla responsabilità dirigenziale in sanità è rappresentato dal d.lgs. 165/2001 cui la disciplina della dirigenza sanitaria rinvia per quanto non previsto nel d.lgs. 502/1992.

L' amministrazione non ha più solo l'obbligo di rispettare le norme e quindi il principio di legalità ma anche soddisfare i bisogni e quindi, raggiungere nel modo più efficiente possibile i risultati predefiniti.

*Ne consegue che la responsabilità dirigenziale per mancato raggiungimento degli obiettivi diventa uno strumento di garanzia per l'efficienza e l'efficacia dell'amministrazione-amministrazione di qualità.*

La AST FM emana Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione, individua di norma tra i dirigenti di ruolo in servizio, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività.

La trasparenza è accessibilità totale ai dati e ai documenti in possesso della pubblica amministrazione. Ha lo scopo di tutelare i diritti dei cittadini e di promuovere partecipazione e forme diffuse di controllo sulle attività delle istituzioni e sull'utilizzo delle risorse pubbliche. Il principio della trasparenza, inteso come accessibilità totale alle informazioni che riguardano l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, è stato affermato con il decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, con l'obiettivo di favorire il controllo diffuso da parte dei cittadini sull'operato delle istituzioni e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

In particolare la AST FM la pubblicazione dei dati in possesso delle pubbliche amministrazioni intende incentivare la partecipazione dei cittadini allo scopo di:

- assicurare la conoscenza dei servizi resi, le caratteristiche quantitative e qualitative e le modalità di erogazione;
- prevenire fenomeni di corruzione e promuovere l'integrità;
- sottoporre al controllo diffuso ogni fase del ciclo di gestione della performance per consentirne il miglioramento.

Semplificare per crescere e liberare risorse per lo sviluppo del paese. Semplificare per dare certezza ai diritti dei cittadini. Semplificare per un'amministrazione che funzioni meglio e costi meno. Nel corso del 2021, all'avvio dell'attuazione delle prime azioni previste dall'Agenda, è stato adottato il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che, tra l'altro, prevede importanti interventi in materia di semplificazione e digitalizzazione che riprendono ed ampliano quelli già contemplati dall'Agenda. In questo contesto il ruolo dell'Agenda diviene strategico, costituendo un indispensabile strumento di coordinamento e attuazione degli interventi del PNRR in materia di semplificazione amministrativa, nonché per il rilancio del tessuto economico del Paese, attraverso il superamento dei c.d. "colli di bottiglia" e il progressivo azzeramento delle complicazioni burocratiche. La AST FM segue le linee di indirizzo dell'Agenda per la semplificazione 2020-2026, approvata in Conferenza Unificata l'11 maggio 2022, e riprese dagli atti della Regione Marche; Semplificare ascoltando. La consultazione dei cittadini, delle imprese e delle loro associazioni, in tutte le fasi della politica di semplificazione è essenziale per raccogliere nuove proposte, per migliorare le attività in corso e per monitorare i risultati raggiunti.

La centralità dei pazienti nella programmazione delle scelte sanitarie e il loro coinvolgimento nel processo assistenziale e di cura è un fatto imprescindibile in un sistema sanitario moderno e interessato all'efficacia ed efficienza dei servizi offerti, nonché alla qualità e sicurezza delle cure. Il programma OMS Patient for patient safety mira ad integrare il punto di vista dei pazienti, dei familiari e della comunità nelle scelte strategiche sanitarie attraverso il loro impegno ed empowerment.

L'obiettivo è facilitare:

- il coinvolgimento dei pazienti nel loro percorso di cura;
- l'ascolto delle voci dei pazienti nell'assistenza sanitaria;
- la realizzazione di partnership di pazienti, famiglie e comunità con i professionisti della salute (operatori sanitari, responsabili politici, ricercatori).

Atto adottato da una pubblica amministrazione in quanto autorità. Si distingue dagli accordi, dalle convenzioni, dai contratti, che la pubblica amministrazione conclude non in posizione di autorità, ma in posizione di sostanziale parità nei confronti dell'amministrato.

**Stakeholder:** Gli stakeholder rappresentano una molteplicità complessa e variegata di "soggetti portatori di interesse della comunità". Per rilevare le categorie degli stakeholder è necessario analizzare il contesto e la collettività di riferimento che l'Amministrazione si trova a governare. Gli stakeholder classificati in vari tipi, quando rappresentano un punto di forza, e o di debolezza nella matrice swat, svolgono un ruolo fondamentale all'interno della AST che può dialogare in modo costruttivo per il bene e la salute del territorio.

**Il volontariato** in Sanità rappresenta una risorsa importantissima del sistema assistenziale ed in particolare nel complesso e delicato mondo ospedaliero, grazie alla presenza di numerose associazioni che operano a tutti i livelli e in diversi settori, dall'aiuto al malato alle attività di informazione e promozione della salute. I volontari prestano informazione, orientamento, aiuto, ascolto, conforto ai pazienti e ai loro familiari che spesso sono portatori di bisogni che vanno ben oltre l'erogazione di una prestazione sanitaria. Non può esistere cura degna di tale nome senza l'ascolto di questi bisogni. In questo senso il loro ruolo è importantissimo. Portare conforto e sostegno in momenti di difficoltà e crisi in cui tutti noi possiamo imbatterci è un valore assoluto di cui l'Azienda è particolarmente orgogliosa.

**Rapporto Pubblico-Privato:** Per "collaborare" e non "competere" occorre che soggetti che operano con i SSR e comunque tutte le parti interessate riconoscano reciprocamente gli interessi di cui sono portatrici, convergano su obiettivi di salute per territori omogenei, condividano linee guida e procedure cliniche, garantiscano la continuità assistenziale, condividano valori quali l'appropriatezza e l'efficacia delle cure, l'equità e l'universalismo. La collaborazione tra organizzazioni sanitarie private e il sistema pubblico si presume che possa portare a un utilizzo più efficiente delle risorse e a un miglioramento complessivo dell'assistenza sanitaria se vengono messe in campo le azioni utili per promuovere una "collaborazione efficace".

- Scambio delle informazioni: facilitare un flusso efficiente di informazioni tra le organizzazioni private e il sistema pubblico è essenziale.
- Standard comuni: stabilire standard comuni per la registrazione dei dati, la gestione dei pazienti e i protocolli di cura può semplificare la collaborazione e garantire un livello uniforme di qualità nell'assistenza fornita.
- Piani di trattamento integrati: sviluppare piani di trattamento integrati che coinvolgano entrambe le parti può migliorare la continuità delle cure per i pazienti.

- Protocolli condivisi: stabilire protocolli e linee guida condivise per la gestione di specifiche condizioni cliniche può garantire un approccio uniforme e coerente nell'assistenza, indipendentemente dal tipo di struttura sanitaria coinvolta.
- Formazione congiunta: organizzare programmi di formazione congiunta per il personale delle organizzazioni private e pubbliche
- Contratti e accordi chiari: stipulare contratti e accordi chiari che definiscano i ruoli, le responsabilità, i livelli di servizio e i meccanismi di finanziamento può contribuire a evitare malintesi e conflitti.
- Feedback e valutazione continua: implementare sistemi di feedback e valutazione continua per monitorare l'efficacia della collaborazione e apportare eventuali miglioramenti necessari nel tempo.

**Il Comitato di Partecipazione:** Con Determina del Direttore Generale Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo n. 335 del 22/05/2024 viene istituito il Comitato di partecipazione dell'AST di Fermo.

L'umanizzazione delle cure, la relazione fra paziente, medico, la partecipazione e condivisione dei percorsi formativi sono meccanismi operativi nel costante rapporto di collaborazione fra l'AST di Fermo e il Comitato di Partecipazione.

Il Comitato di Partecipazione è strategico per l'AST di Fermo, infatti il connubio fra la AST ed il Comitato rappresenta il valore aggiunto al raggiungimento del bene di salute pubblica intesa anche come qualità percepita del livello di assistenza. Il Direttore Socio Sanitario insieme ai rappresentanti del Comitato costituirà il regolamento per definire la tipologia degli incontri che dovranno essere calendarizzati almeno mensilmente.

Il Comitato di Partecipazione attraverso i propri volontari può entrare in forma collaborativa nel PUA sia in fase di front office che back office per migliorare, implementare percorsi dedicati alla tutela delle fragilità e della presa in carico dei cittadini fragili e/o colpiti da patologie complesse.

Il Comitato può rappresentare un punto di forza nell'ambito di percorsi di formazione dove la sinergia con l'Azienda può migliorare il know how della qualità dell'assistenza sanitaria fornita. La presenza del Tribunale del Malato è strategica per l'Azienda; la possibilità che le Associazioni possano raccogliere le informazioni di buona pratica clinica, di segnalazioni particolari è fondamentale perché sono in grado di arricchire il patrimonio della sanità pubblica con una loro applicazione diffusa.

Le Associazioni di volontariato svolgono un ruolo di fondamentale importanza non solo su patologie ad elevata complessità e/o impatto socio assistenziale, ma un altro ruolo, che non può essere trascurato è di stimolare la vocazione della cultura del dono per la raccolta del sangue, del plasma e della donazione organi.

L'Ambito XXIV che si appoggia su Comuni che afferiscono alla Provincia di Fermo ed alla Provincia di Ascoli Piceno sarà oggetto di un continuo confronto fra il Direttore Socio Sanitario dell'AST Fermo e il Direttore Socio Sanitario dell'AST Ascoli Piceno per unificare procedure comuni ed omogeneizzare le best practice ivi presenti nei rispettivi territori.

La stretta sinergia fra l'AST di Fermo e le Associazioni di Volontariato può esplicitarsi su tre livelli di interesse.

1. **Metodo:** le Associazioni mettono a disposizione le proprie competenze "in modo volontario" ed il loro obiettivo specifico è quello di tutelare i bisogni, i diritti e la dignità dei propri soci in forma collaborativa, in modo da valorizzare sempre più la loro attività di volontariato all'interno dell'Azienda Sanitaria su obiettivi che possono essere perseguiti a breve, medio e lungo termine.
2. **Partecipazione:** la partecipazione condivisa dovrà avvenire attraverso una informazione e comunicazione chiara, semplice e diretta coinvolgendo così tutti i soggetti partecipativi.
3. **Buone pratiche:** le buone pratiche, frutto di competenze specifiche di ogni Associazione, sperimentate negli anni, dovranno essere sempre più valorizzate raggiungendo l'obiettivo comune di una buona qualità di sanità percepita, con la finalità di migliorare sempre più l'outcome di attività socio sanitaria.

## 5.6 L'Azienda e la società

L'Azienda persegue la propria specifica missione istituzionale in un più ampio contesto di responsabilità nei confronti della società e del suo funzionamento complessivo, improntando coerentemente le proprie politiche e condotte gestionali. In tal senso, essa s'impegna a ridurre l'impatto ambientale delle proprie attività, a favorire e tutelare l'ambiente sociale del proprio territorio, a promuovere in tutta la catena produttiva condizioni di lavoro rispettose della dignità e delle aspirazioni delle persone.

L'Azienda favorisce rapporti con le organizzazioni senza scopo di lucro, incentivando lo sviluppo di attività no profit in ambito sanitario e socio-sanitario, in particolare negli ambiti distrettuali per attività di co-progettazione e rendendole parte integrante del proprio sistema.

L'Azienda promuove, altresì, alleanze con altri interlocutori della società civile tra cui:

- gli attori del sistema educativo;
- gli attori del sistema economico;
- le autorità civili e religiose;
- i mezzi di comunicazione.

## 5.7 L'Azienda e le Istituzioni

L'Azienda, per tutti i processi di pianificazione, promuove l'interazione con gli Enti locali nell'ambito della programmazione sanitaria e socio-sanitaria a livello locale.

L'Azienda favorisce la collaborazione con le altre Aziende Sanitarie della Regione e gli altri soggetti preposti direttamente o indirettamente alla tutela della salute dei cittadini, in quanto appartenenti al medesimo sistema sanitario.

L'Azienda sviluppa integrazioni di attività e funzioni, in modo particolare, con le altre Aziende Sanitarie con le quali coopera per la definizione di percorsi clinico assistenziali condivisi, per la realizzazione di reti cliniche e di progetti di integrazione tra Aziende.

L'Azienda collabora con le Istituzioni Universitarie, riconoscendone la funzione fondamentale nella formazione, nella specializzazione degli operatori e nella attività di ricerca. In questi ambiti l'Azienda valorizza il ruolo delle proprie strutture e dei propri professionisti.

## 5.8 La Conferenza dei Sindaci

La DGR 1097 del 22/07/2024 definisce il rapporto tra la Conferenza dei Sindaci e l'AST disciplinata dal D. Lgs. 502/1992 e dalla L. R. 22/2022 - è organismo rappresentativo delle autonomie locali quale espressione dei bisogni di salute e dei servizi alla persona nel territorio di competenza, con funzioni di indirizzo e controllo dell'attività sanitaria e di partecipazione alla programmazione di detta attività. La Conferenza dei Sindaci, organismo istituzionale delle Aziende Sanitarie Territoriali (AST), ha la sua sede presso l'Azienda stessa.

L'art. 9 della L. R. 19/2022 specifica che la Conferenza dei Sindaci, con riferimento alle Aziende Sanitarie Territoriali: a) contribuisce a formulare, nell'ambito della programmazione regionale e delle risorse definite, le linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività, con particolare riguardo all'organizzazione della rete di offerta territoriale; b) esprime parere: 1) sui bilanci pluriennali di previsione, sui bilanci economici preventivi, sui bilanci di esercizio, sul progetto di Piano attuativo di cui all'articolo 16 della L. R. 19/2022; 2) sui risultati conseguiti e sul raggiungimento degli obiettivi da parte del direttore generale; 3) sull'articolazione territoriale dei distretti; c) verifica l'andamento generale dell'attività dell'Azienda sanitaria territoriale e lo stato di attuazione dei programmi, anche sulla base della relazione sanitaria di cui all'articolo 19 della L. R. 19/2022

## 5.9 Le pari opportunità

L'Azienda, quale datore di lavoro, si impegna a costruire condizioni di pari opportunità tra le persone. L'Azienda previene, contrasta e sanziona qualsiasi forma di discriminazione di genere, appartenenza etnica, religione, età, nazionalità, disabilità, cultura, orientamento sessuale, opinione politica o convinzioni personali.

## 5.10 L'Azienda e il cittadino

L'Azienda riconosce la centralità del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute e ne incentiva la partecipazione alla definizione delle politiche di offerta e alla organizzazione dei servizi.

## **5.11 Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni nel lavoro**

Il Comitato Unico di Garanzia è un organismo aziendale paritetico con compiti propositivi, consultivi e di verifica. Le funzioni fondamentali del Comitato sono stabilite dall'art. 21 della L. 183/2010 e, in particolare, attengono a:

- prevenzione e contrasto ad ogni forma di discriminazione diretta ed indiretta in relazione a genere, appartenenza etnica e/o religiosa, età, nazionalità, disabilità, cultura, orientamento sessuale, opinione politica o convinzioni personali;
- prevenzione e contrasto ad ogni forma di molestia o violenza psicologica e morale;
- promozione di un ambiente di lavoro che rispetta i principi di pari opportunità, di benessere lavorativo;
- contrasto delle discriminazioni o molestie.

## **5.12 I Comitati Consultivi Misti**

I Comitati Consultivi Misti sono istituiti a garanzia della partecipazione dei cittadini e delle loro associazioni e per la valutazione della qualità dal punto di vista dell'utente. I Comitati Consultivi Misti sono articolati a livello aziendale e distrettuale. Le funzioni fondamentali sono quelle stabilite dagli artt. 15 e 16 della Legge Regionale n. 19/1994 e successive modifiche. Tali funzioni e modalità organizzative sono stabilite da apposito regolamento attuativo adottato dal Direttore Generale.

## **5.13 Le Norme Finali, Transitorie e di Rinvio**

### **5.13.1 Le Norme Finali e di Rinvio**

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo adotta, per l'applicazione puntuale dei principi del presente atto, appositi regolamenti attuativi.

Ogni variazione derivante da eventuali provvedimenti attuativi della Legge Regionale n. 19 del 23 dicembre 2022 o da altri provvedimenti nazionali e/o regionali, non richiede la modifica del presente atto. Per quanto non espressamente previsto si applica la normativa nazionale e regionale.

### **5.13.2 Fase Transitoria**

Nelle disposizioni transitorie, che sugli atti normativi in essere continuano a produrre effetto, fino all'adozione di nuovi atti, valgono le disposizioni individuate dalla AST di Fermo. Gli incarichi di Direttore di Dipartimento già in essere saranno prorogati fino all'adozione dell'Atto Aziendale e quindi successivamente all'adozione del nuovo Regolamento dei Dipartimenti dell'AST, in riferimento a quanto disciplinato da parte della Giunta Regionale, art. 3 comma 15, Legge Regionale n. 19/22.

### **5.13.3 Gestione liquidatoria delle AA.SS.TT.**

In riferimento alla Legge Regionale n. 19/22 l'AST di Fermo collaborerà con la gestione liquidatoria nel percorso che è interessata la medesima AST.

## DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI PESARO E URBINO

Oggetto: Atto aziendale dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino. Adozione proposta ai sensi dell'art.39, comma 10, della L.R. 19/2022 e ss.mm.ii.

**VISTO** il documento istruttorio riportato in calce alla presente determina di cui costituisce parte integrante e sostanziale e dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

**RITENUTO**, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio, di adottare il presente atto;

**ACQUISITI** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Socio Sanitario;

**VISTE** le attestazioni del Direttore UOC Gestione Risorse umane, del Direttore f.f. UOC Gestione ed amministrazione delle risorse umane, del Direttore UOC Controllo di Gestione, del Direttore UOC Contabilità Bilancio e Finanza e del Direttore UOC Bilancio, Patrimonio e Coordinamento Finanziamenti in riferimento alla spesa contenute nella Nota allegata;

### DETERMINA

1. di adottare la proposta di Atto aziendale dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino - ai sensi dell'art.3, comma 1-*bis*, del D.lgs.502/1992 e ss.mm.ii. e dell'art.24 della L.R. 19/2022 e ss.mm.ii. - nel testo allegato alla presente determina (allegato A) quale sua parte integrante e sostanziale;
2. di trasmettere il presente atto - ai sensi e per gli effetti di cui all'art.39, comma 10, della L.R. 19/2022 e ss.mm.ii. - alla Struttura organizzativa regionale competente in materia di sanità ai fini della relativa approvazione da parte della Giunta Regione Marche;
3. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale per le valutazioni di competenza ex art.3-*ter* del D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii.

Il Direttore Generale  
(*Dr. Alberto Carelli*)

per i pareri infrascritti

Il Direttore Amministrativo  
(*Dott. Matteo Biraschi*)

Il Direttore Sanitario  
(*Dr. Edoardo Berselli*)

Il Direttore Socio-Sanitario  
(*Dott. Nazzareno Firmani*)

Documento informatico firmato digitalmente



DOCUMENTO ISTRUTTORIO  
**UOC AFFARI ISTITUZIONALI E GENERALI**

**Normativa e atti di riferimento**

- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e ss.mm.ii. - *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421"*;
- Legge regionale 8 agosto 2022, n.19 e ss.mm.ii. - *"Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale"*;
- DGRM n. 1385 del 28.10.2022 - *"Attuazione delle disposizioni di cui all'art. 42, comma 5 della L.R. 8 agosto 2022, n. 19 (Organizzazione del servizio sanitario regionale): indirizzi per la costituzione delle Aziende sanitarie territoriali"*;
- Deliberazione dell'Assemblea Legislativa regionale n. 57 del 09.08.2023 - *"Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025. Salute, sicurezza e innovazione per i cittadini marchigiani"*;
- DGRM 1291 del 9 agosto 2024 - *"Art. 24 L. R. n. 19/2022 - Linee di indirizzo e criteri per la predisposizione dell'Atto Aziendale da parte degli Enti SSR"* (come rettificata da successiva DGRM n. 1305 del 26 agosto 2024).

Con Legge Regionale 8 agosto 2022, n.19, disciplinante la riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, è stata istituita - a partire dal 1° gennaio 2023 - l'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino (AST PU), mediante subentro alla soppressa ASUR Marche-Area Vasta 1 e contestuale incorporazione dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" di Pesaro nella medesima Azienda Sanitaria Territoriale che subentra a tutti gli effetti e senza soluzione di continuità nell'attività e nei rapporti giuridici attivi e passivi dell'Azienda ospedaliera cessata.

L'art.24 della richiamata L.R. 19/2022 dispone che l'organizzazione e il funzionamento degli Enti del Servizio Sanitario Regionale - e, tra questi, l'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino - sono disciplinati dall'Atto aziendale di diritto privato di cui all'articolo 3, comma 1-*bis*, del d.lgs. 502/1992 "in modo da assicurare l'esercizio unitario delle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché il coordinamento e l'integrazione dell'attività dei servizi territoriali dei distretti presenti nelle Aziende sanitarie territoriali con quella dei presidi ospedalieri e degli altri soggetti erogatori pubblici e privati".

L'Atto aziendale, in particolare:

- a) disciplina l'organizzazione delle funzioni, secondo il **modello dipartimentale** di cui all'articolo 33 della L.R. n. 19/2022;
- b) contiene l'individuazione delle **strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale** soggette a rendicontazione analitica (ossia Strutture operative complesse e Strutture operative semplici dipartimentali);
- c) **disciplina le competenze del direttore amministrativo, del direttore sanitario, del direttore sociosanitario**, nonché **del direttore di presidio, dei direttori di distretto, di dipartimento e dei dirigenti responsabili di struttura**, comprese, per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni che



impegnano l'Azienda verso l'esterno, per l'attuazione degli obiettivi definiti negli atti di programmazione aziendale;

d) definisce le **modalità e i criteri per l'attribuzione ai dirigenti dei compiti e degli incarichi** e per la verifica dei risultati degli stessi;

e) **individua i distretti**, quale articolazione territoriale e organizzativa dell'Azienda sanitaria territoriale, nel rispetto delle procedure di partecipazione e dei criteri stabiliti dalla Giunta regionale.

Lo stesso art.24 stabilisce, altresì, che "L'atto aziendale e le sue eventuali modificazioni sono adottati dal Direttore generale, sulla base degli indirizzi e dei criteri determinati dalla Giunta regionale (...)".

In aderenza alle previsioni del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e a quanto specificato dagli artt. 24 e 42 della L.R. n. 19/2022, l'Azienda sanitaria territoriale di Pesaro e Urbino si conforma ai principi, agli obiettivi e alle disposizioni della legge di riforma adottando, in primo luogo, l'Atto aziendale (o *Atto di organizzazione*) con cui vengono definiti i relativi assetti organizzativi e funzionali.

L'Atto Aziendale, quale risultante dall'Allegato n.1 alla presente determina, costituisce - ad un tempo - quadro di sintesi dei principi e trasposizione dei punti essenziali della riforma seguendo le linee programmatiche del PSSR (**Fase iniziale o di prima attuazione**) e quadro prospettico che potrà, quindi, essere ridefinito, precisato e/o aggiornato, sviluppato o consolidato, nel corso del processo di attuazione della riforma anche sulla base delle determinazioni e degli indirizzi che verranno assunti a livello regionale (come nel caso delle "reti cliniche") per la sua completa "messa a regime" (**Fase a regime**).

Nella fase di prima attuazione, la definizione dell'assetto organizzativo - secondo l'articolazione riportata nell'**Allegato A** all'Atto aziendale - è la risultante di un processo di riorganizzazione dei preesistenti assetti dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" e dell'Area Vasta 1-ASUR, resosi necessario nel quadro della riforma del SSR di cui alla L.R. 19/2022 ed in attuazione delle relative disposizioni regionali. In particolare, il nuovo modello organizzativo dell'AST di Pesaro e Urbino ha assunto a riferimento i vincoli e criteri previsti dalla L.R.19/2022 e dalle relative disposizioni di attuazione (DGRM n.1291/2024 del 9 agosto 2024, come rettificata da successiva DGRM n. 1305 del 26 agosto 2024) nonché gli obiettivi programmatici del PSSR.

Pertanto, nella redazione dell'Atto aziendale sono stati rispettati i vincoli organizzativi e funzionali regionali, in osservanza ai parametri ministeriali e nazionali, concernenti il numero dei dipartimenti, delle strutture complesse, delle strutture semplici dipartimentali nonché delle strutture semplici attualmente presenti nell'AST. A tale riguardo, gli elementi di dettaglio trovano espressione al Par.5.5. (*Assetto organizzativo*) dell'allegato Atto aziendale.

Come evidenziato dalle richiamate Linee di indirizzo regionali, il procedimento di formazione dell'Atto aziendale deve contemplare, in relazione ai rispettivi contenuti ed in particolare per gli aspetti riguardanti il personale, la fase di confronto con le Organizzazioni sindacali, secondo le previsioni contenute nei CC.NN.LL. delle categorie di riferimento nonché ai sensi dell'art. 20, comma 5, della L. R. 19/2022.

In coerenza a quanto sopra, si dà atto che la definizione dell'articolazione organizzativa è avvenuta a conclusione di un percorso di partecipazione e di confronto con i Professionisti responsabili delle diverse Strutture che hanno formulato osservazioni e proposte, per lo più accettate, in occasione degli incontri



svoltitisi nelle seguenti date: **05/09/2024, 10/09/2024, 11/09/2024, 12/09/2024, 13/09/2024, 16/09/2024, 17/09/2024 e 18/09/2024.**

Inoltre, la proposta dell'Atto aziendale:

- è stata presentata al **Collegio di Direzione** in data **05/09/2024** e in data **16/01/2025**;
- è stata illustrata alla **Conferenza dei Sindaci** dell'AST PU in data **13/01/2025**;
- è stata oggetto di confronto con le **Organizzazioni Sindacali - Area Funzioni Locali** in data **23/01/2025** (previa trasmissione bozza di Atto aziendale con Nota Prot.3140 del 17/01/2025);
- è stata oggetto di confronto con le **Organizzazioni Sindacali - Area Comparto** in data **24/01/2025** (previa trasmissione bozza di Atto aziendale con Nota Prot.3144 del 17/01/2025);
- è stata oggetto di confronto con le **Organizzazioni Sindacali - Area Sanità** in data **28/01/2025** (previa trasmissione bozza di Atto aziendale con Nota Prot.3146 del 17/01/2025);
- è stata presentata al **Comitato di Partecipazione dei cittadini per la Tutela della Salute** in data **28/01/2025**;
- è stata illustrata agli **Ordini professionali** in data **04/02/2025**;
- è stata oggetto di confronto con le **Organizzazioni sindacali Confederali** in data **05/02/2025**.

Ad esito dei suddetti incontri, occorre provvedere all'adozione della proposta di Atto Aziendale quale allegato alla presente determina (Allegato A) e alla relativa trasmissione – ai sensi e per gli effetti di cui all'art.39, comma 10, della L.R. 19/2022 e ss.mm.ii. – alla Struttura organizzativa regionale competente in materia di sanità ai fini della relativa approvazione da parte della Giunta Regione Marche.

Tutto quanto premesso, si propone l'adozione del seguente dispositivo:

1. di adottare la proposta di Atto aziendale dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino - ai sensi dell'art.3, comma 1-*bis*, del D.lgs.502/1992 e ss.mm.ii. e dell'art.24 della L.R. 19/2022 e ss.mm.ii. - nel testo allegato alla presente determina (allegato A) quale sua parte integrante e sostanziale;
2. di trasmettere il presente atto – ai sensi e per gli effetti di cui all'art.39, comma 10, della L.R. 19/2022 e ss.mm.ii. – alla Struttura organizzativa regionale competente in materia di sanità ai fini della relativa approvazione da parte della Giunta Regione Marche;
3. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale per le valutazioni di competenza ex art.3-*ter* del D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii.

Si richiede la pubblicazione all'*Albo on line*:

☒ INTEGRALE

Il Direttore  
(Dott.ssa Emanuela Raho)

Documento informatico firmato digitalmente

ALLEGATI

(**Allegato A** – Atto Aziendale – Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino)



**DIREZIONE GENERALE**

**DIPARTIMENTO DEL GOVERNO CLINICO E DEL FARMACO  
COORDINAMENTO AREE DELLE PROFESSIONI SANITARIE  
AREA SERVIZI DI STAFF**

**DIREZIONE SANITARIA**

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
DIPARTIMENTO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO  
COORDINAMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI**

**ASSISTENZA OSPEDALIERA**

**DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA  
DIPARTIMENTO DI SPECIALITA' CHIRURGICHE  
DIPARTIMENTO TRANSMURALE DI ORTOPEDIA E RIABILITAZIONE  
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA-URGENZA E ACCETTAZIONE  
DIPARTIMENTO DI CARDIOLOGIA  
DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE  
DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE  
DIPARTIMENTO MEDICO  
DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA  
DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO  
DIPARTIMENTO DI SCIENZE RADIOLOGICHE  
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA CLINICA**

**DIREZIONE INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**

**DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE  
DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE PATOLOGICHE**

**DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E TECNICO**

**AREA SERVIZI AMMINISTRATIVI  
AREA SERVIZI TECNICI  
AREA SERVIZI DI STAFF**

# **ASSETTO ORGANIZZATIVO**

## **DIREZIONE GENERALE - STAFF**

### **DIPARTIMENTO DEL GOVERNO CLINICO E DEL FARMACO**

**UOC Qualità, Accreditamento, Formazione e supporto alla Ricerca**

UOS Supporto amministrativo alla Formazione

**UOC Farmacia Territoriale**

**UOC Farmacia Ospedaliera**

**UOC Farmacovigilanza e Farmacoepidemiologia**

**UOSD Rischio Clinico**

### **COORDINAMENTO AREE DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

**UOC Professioni Sanitarie**

**UOC Dirigente Area Infermieristica Ostetrica\***

**UOSD Area della Riabilitazione**

### **AREA SERVIZI DI STAFF**

**UOC Affari Istituzionali e Generali**

**UOC Affari Legali**

**UOC Controllo di Gestione**

UOS Contabilità analitica e monitoraggio processi economici

**UOSD Programmazione del Personale e assetto organizzativo**

**UOSD Sanità Digitale, Innovazione Tecnologica e HTA**

**UOSD URP e Comunicazione**

# **DIREZIONE SANITARIA**

## **DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

### **AREA SANITÀ UMANA**

**UOC Igiene e Sanità Pubblica (SISP) - Prevenzione Malattie Infettive**

**UOC Igiene e Sanità Pubblica (SISP) - Ambiente e Salute**

**UOC Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL)**

### **AREA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE**

**UOC Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN)**

**UOC Sanità Animale (SSA)**

**UOC Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche (SIAPZ)**

**UOC Igiene degli Alimenti di Origine Animale (SIAOA)**

**UOSD Epidemiologia veterinaria, comunicazione del rischio e flussi informativi<sup>1</sup>**

**UOSD Promozione della salute, epidemiologia e Screening oncologici**

## **COORDINAMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI**

**UOC Organizzazione dei servizi sanitari di base - Distretto di Pesaro**

**UOC Organizzazione dei servizi sanitari di base - Distretto di Fano**

**UOC Organizzazione dei servizi sanitari di base - Distretto di Urbino**

**UOC Organizzazione dei servizi sanitari di base - Cure Tutelari**

**UOC Cure palliative e Hospice**

**UOC Medicina Legale**

**UOSD Diabetologia e Malattie metaboliche**

## **DIPARTIMENTO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO**

**UOC Direzione Medica Stabilimenti di Fano e Pesaro**

**UOC Direzione Medica Stabilimento di Urbino**

**UOC Psicologia Ospedaliera e Territoriale**

**UOSD Direzione Medica Stabilimento di Pergola**

**UOSD Flussi informativi e Gestione Liste di attesa**

**UOSD Gestione Blocchi Operatori**

---

<sup>1</sup> LA UOSD "Epidemiologia veterinaria" è **ridenominata** "Epidemiologia veterinaria, comunicazione del rischio e flussi informativi" secondo quanto previsto dal PSSR 2023-2025 e dalle Linee di indirizzo ex DGRM n.1291 del 09/08/2024.

## **ASSISTENZA OSPEDALIERA**

### **DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA**

**UOC Chirurgia Generale e Robotica Fano e Pesaro**

**UOC Chirurgia Generale Urbino**

**UOC Chirurgia Generale Pergola**

**UOC Urologia**

**UOSD Chirurgia Vascolare**

**UOSD Chirurgia Toracica generale e mininvasiva <sup>2</sup>**

### **DIPARTIMENTO DI SPECIALITA' CHIRURGICHE**

**UOC Oculistica Fano e Pesaro**

**UOC Otorinolaringoiatria Fano e Pesaro**

**UOC Otorinolaringoiatria Urbino**

**UOC Senologia – *Breast Unit* Fano e Pesaro**

**UOSD Odontostomatologia**

**UOSD Oculistica Urbino**

### **DIPARTIMENTO DI ORTOPEDIA E RIABILITAZIONE**

**UOC Ortopedia e Traumatologia Fano e Pesaro**

**UOC Ortopedia e Traumatologia Urbino**

**UOC Medicina Fisica e Riabilitazione Ospedale-Territorio di Pergola e Fano**

**UOC Medicina Fisica e Riabilitazione Urbino**

**UOSD Servizio Recupero e Riabilitazione Distretto di Pesaro**

### **DIPARTIMENTO DI EMERGENZA-URGENZA E ACCETTAZIONE**

**UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Pesaro**

**UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Fano<sup>3</sup>**

**UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Urbino**

**UOC Anestesia e Rianimazione Fano e Pesaro**

**UOC Anestesia e Rianimazione Urbino**

**UOC 118 Emergenza Territoriale**

**UOSD Terapia del dolore e Centro cefalee**

**UOSD Accessi vascolari e Nutrizione artificiale Ospedale-Territorio**

**UOSD Pronto Soccorso Pergola**

---

<sup>2</sup> Ad oggi è attiva la UOS "Chirurgia toracica generale e mininvasiva" che nel presente assetto è trasformata in UOSD; pertanto, a seguito della piena operatività di quest'ultima, detta UOS cesserà a far data dalla scadenza dell'incarico in essere.

<sup>3</sup> Ad oggi è attiva la UOS "Pronto Soccorso Fano" che nel presente assetto è **trasformata in UOC e ridenominata** "Pronto soccorso e Medicina d'urgenza Fano"; pertanto, a seguito della piena operatività di quest'ultima, detta UOS cesserà a far data dalla scadenza dell'incarico in essere.

## **DIPARTIMENTO DI CARDIOLOGIA**

**UOC Cardiologia e UTIC Pesaro**

**UOC Cardiologia e UTIC Fano<sup>4</sup>**

**UOC Cardiologia e UTIC Urbino**

**UOC Emodinamica e Cardiologia interventistica<sup>5</sup>**

## **DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE**

**UOC Neurologia**

**UOC Riabilitazione ospedaliera Fano e Pesaro**

**UOC Neurochirurgia**

**UOC Geriatria**

## **DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE**

**UOC Ostetricia e Ginecologia Fano**

**UOC Ostetricia e Ginecologia Urbino**

**UOC Pediatria Fano e Pesaro**

**UOC Pediatria Urbino**

**UOSD Ostetricia e Ginecologia Pesaro**

## **DIPARTIMENTO MEDICO**

**UOC Nefrologia e Dialisi Fano e Pesaro**

**UOC Nefrologia e Dialisi Urbino**

**UOC Medicina interna Fano e Pesaro**

**UOC Medicina e LPA Post acuzie Urbino**

**UOC Medicina e LPA Post acuzie Pergola**

## **DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA**

**UOC Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva Fano e Pesaro**

**UOC Pneumologia**

**UOC Malattie infettive**

**UOSD Endoscopia digestiva Urbino**

**UOSD Endocrinologia e Diabetologia ospedaliera**

**UOSD Dermatologia**

**UOSD Allergologia**

---

<sup>4</sup> Ad oggi è attiva la UOSD "Cardiologia Fano e scompenso cardiaco" che nel presente assetto è trasformata in UOC e ridenominata "Cardiologia e UTIC Fano"; pertanto, a seguito della piena operatività di quest'ultima, detta UOSD cesserà a far data dalla scadenza dell'incarico in essere.

<sup>5</sup>Ad oggi è attiva la UOSD "Emodinamica e cardiologia interventistica" che nel presente assetto è trasformata in UOC; pertanto, a seguito della piena operatività di quest'ultima, detta UOSD cesserà a far data dalla scadenza dell'incarico in essere.

**DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO**

**UOC Ematologia e Centro Trapianti**

**UOC Oncologia Fano e Pesaro**

**UOC Oncologia Urbino**

**UOSD Senologia oncologica Urbino**

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE RADIOLOGICHE**

**UOC Medicina Nucleare**

**UOC Fisica Medica e Alte Tecnologie**

**UOC Radiologia diagnostica e interventistica Pesaro**

**UOC Diagnostica per Immagini Urbino**

**UOC Radioterapia**

**UOSD Senologia Clinica e Screening Mammografico**

**UOSD Diagnostica per immagini Fano<sup>6</sup>**

**DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA CLINICA**

**UOC Anatomia Patologica**

**UOC Immunoematologia e Trasfusionale**

**UOC Patologia Clinica**

**UOC Microbiologia**

**UOSD Servizio Immuno-Trasfusionale Urbino**

---

<sup>6</sup> La UOSD *Diagnostica per immagini Fano* viene prevista "a tendere" e potrà essere attivata qualora si raggiunga una dotazione di personale idonea a garantire la sua autonomia gestionale.

# DIREZIONE INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

## DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

UOC Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) e Servizi territoriali - Fano e Pesaro

UOC Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) e Servizi territoriali - Urbino

UOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza<sup>7</sup>

UOSD Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione – DNA<sup>8</sup>

## DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE PATOLOGICHE

UOC Dipendenze Patologiche Pesaro

UOC Dipendenze Patologiche Urbino

---

<sup>7</sup> La UOC "Neuropsichiatria infantile" presente nell'attuale assetto ex Marche Nord presso il Dipartimento *Materno Infantile* viene ricollocata nel presente Dipartimento e **ridenominata** "**Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza**", in linea con il PSSR 2023-2025.

<sup>8</sup> La UOSD "Disturbi dei Comportamenti Alimentari" è **ridenominata** "Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione – DNA", in linea con il PSSR 2023-2025.

## **DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E TECNICO**

### **AREA SERVIZI AMMINISTRATIVI**

#### **UOC Acquisti e Logistica**

UOS Acquisti e Logistica dei fattori produttivi

#### **UOC Gestione Risorse Umane**

#### **UOC Direzione Amministrativa Ospedaliera**

#### **UOC Direzione Amministrativa Territoriale**

#### **UOC Medicina Convenzionata e Specialistica Ambulatoriale\***

#### **UOC Direzione Amministrativa del Dipartimento di Prevenzione**

#### **UOC Contabilità, Bilancio e Finanza**

#### **UOC Patrimonio, Investimenti e *Fundraising***

### **AREA SERVIZI TECNICI**

#### **UOC Sistemi Informatici e Sicurezza Informatica**

#### **UOC Servizio Tecnico e Manutenzioni\***

#### **UOC Programmazione, Gestione Investimenti, Nuove Opere e PNRR**

#### **UOC Ingegneria Clinica**

**\*Le Unità operative contrassegnate con \* sono considerate ad esaurimento nel rispetto delle disposizioni normative vigenti e di quanto stabilito dalla contrattazione collettiva.**



**AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE  
DI PESARO E URBINO**

**ATTO AZIENDALE**

## **INDICE**

### **Premesse**

#### **CAPITOLO I – ELEMENTI IDENTIFICATIVI E CARATTERIZZANTI**

- 1.1. – Costituzione, sede, logo e patrimonio**
- 1.2. – Finalità istituzionali (*mission*)**
- 1.3. – Visione strategica (*vision*)**
- 1.4. – Valori e principi**
  - 1.4.1 – Centralità del cittadino**
    - 1.4.1.1 – Equità delle prestazioni**
    - 1.4.1.2 – Affidabilità**
  - 1.4.2 – Trasparenza e responsabilità del risultato**
  - 1.4.3 – Equilibrio economico**

#### **CAPITOLO 2 – ORGANI**

- 2.1 – Direttore Generale**
  - 2.1.1 – Direttore amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore Socio-sanitario**
- 2.2 – Collegio di Direzione**
  - 2.2.1 – Istituzione e composizione**
  - 2.2.2 – Funzioni**
  - 2.2.3 – Modalità di funzionamento**
- 2.3 – Collegio Sindacale**

#### **CAPITOLO 3 - ORGANISMI CONSULTIVI, DI VERIFICA E DI PARTECIPAZIONE**

- 3.1 – Consiglio dei sanitari**
  - 3.1.1 – Composizione**
  - 3.1.2 – Modalità di funzionamento**
  - 3.1.3 – Modalità di svolgimento delle elezioni**
- 3.2 – Organismo Indipendente di Valutazione della performance**
- 3.3 - Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni**
- 3.4 – Servizio Ispettivo Aziendale**
- 3.5 – Conferenza dei sindaci**
- 3.6 - Comitato dei Sindaci di distretto**
- 3.7 – Comitato di partecipazione dei cittadini per la tutela della salute**
- 3.8 – Altri organismi**

## **CAPITOLO 4 – GOVERNANCE E RELAZIONI ESTERNE AZIENDALI**

### **4.1 - Caratteri della governance**

#### **4.1.1 - Governo clinico**

#### **4.1.2 - Governo economico e sistema dei controlli**

##### **4.1.2.1 - Governo economico**

##### **4.1.2.2 – Sistema dei controlli**

#### **4.1.3 – La separazione tra funzioni di governo aziendale e funzioni gestionali - Il sistema delle deleghe**

#### **4.1.4 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione**

#### **4.1.5 - Adeguamento infrastrutturale**

#### **4.1.6 - Politiche del Personale**

#### **4.1.7 – Relazioni sindacali**

#### **4.1.8 - Comunicazione**

### **4.2 – Relazioni esterne**

#### **4.2.1 - Relazioni con gli Enti del SSR, le Università e le Istituzioni a carattere scientifico**

#### **4.2.2 - Relazioni con le Amministrazioni Locali**

#### **4.2.3 - Relazioni con il Terzo Settore**

#### **4.2.4 - Rapporti con i Fornitori**

#### **4.2.5 - Relazioni con le Strutture private accreditate e convenzionate**

## **CAPITOLO 5 – ORGANIZZAZIONE AZIENDALE**

### **5.1 – Assistenza ospedaliera: il Presidio ospedaliero**

#### **5.1.1 – Gli Stabilimenti ospedalieri**

#### **5.1.2 – Sistema di Emergenza-Urgenza**

#### **5.1.3 – I Dipartimenti**

### **5.2 – Assistenza sanitaria territoriale e primaria**

#### **5.2.1 – Integrazione Socio-sanitaria**

#### **5.2.2 – I Distretti**

##### **5.2.2.1 – Funzioni del Distretto**

##### **5.2.2.2 – Direttore del Distretto**

##### **5.2.2.3 - Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali**

##### **5.2.2.4 – Programma delle Attività Territoriali**

##### **5.2.2.5 - Assistenza per intensità di cura territoriale**

##### **5.2.2.6 – Organizzazione distrettuale**

#### **5.2.3 – Il Dipartimento di Prevenzione**

##### **5.2.3.1 - Rapporti con organi istituzionali**

**5.2.3.2 - Organizzazione del Dipartimento di Prevenzione**

**5.2.3.3 – I livelli decisionali**

**5.2.4 – Il Dipartimento di Salute Mentale**

**5.2.4.1 – Misure organizzative relative a “disturbi della nutrizione e dell’alimentazione”  
e “disturbo dello spettro autistico”**

**5.2.4.2 – Caratteristiche e linee di funzionamento**

**5.2.5 – Il Dipartimento per le Dipendenze Patologiche**

**5.3 - Funzioni di staff e della tecnostruttura amministrativa**

**5.3.1 – Professioni Sanitarie**

**5.4 - Strutture organizzative e incarichi**

**5.5 – Assetto organizzativo aziendale**

## **CAPITOLO 6 – DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI**

**6.1 – Disposizioni transitorie**

**6.2 – Disposizioni finali e di rinvio**

### **ALLEGATI:**

**Allegato A – Assetto organizzativo aziendale**

## **Premesse**

La riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, prevista dalla L.R. 8 agosto 2022 n.19, comporta una rivisitazione dell'assetto organizzativo degli Enti e delle Aziende del SSR in termini di strutture e funzioni presenti sul territorio marchigiano, con particolare attenzione al **potenziamento dei servizi territoriali**, agli **strumenti di programmazione** e alle **modalità di partecipazione** dei principali soggetti coinvolti, nell'ottica di garantire che i **cittadini siano al centro dell'azione e delle politiche sanitarie e che i relativi bisogni di salute siano assicurati anche con una efficiente ed efficace allocazione delle risorse** e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica.

Il presente Atto aziendale (di seguito anche "Atto") - in coerenza alle indicazioni del *Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025* (approvato con Deliberazione dell'Assemblea Legislativa Regione Marche n. 57 del 9 agosto 2023) ed in osservanza alle *"Linee di indirizzo e criteri per la predisposizione dell'Atto Aziendale da parte degli Enti SSR"* (DGR n. 1291 del 9 agosto 2024, come rettificata da successiva DGR n. 1305 del 26 agosto 2024) - sviluppa l'organizzazione e il funzionamento secondo una logica volta a rimodulare e rinnovare la capacità di risposta dell'Azienda al fine di attuare un sistema di garanzia, equo e sostenibile, che pone al centro la persona assicurando qualità delle cure, innovazione e sicurezza.

L'Atto tiene conto delle risultanze dell'"*analisi di contesto*", essenziale a specificare *mission* e *vision* dell'Azienda sulla base del fabbisogno di salute e della domanda di assistenza sanitaria rapportate al contesto demografico e al quadro epidemiologico del territorio di riferimento, seguendo le indicazioni del PSSR 2023-2025 e delle richiamate "Linee di indirizzo".

In particolare, relativamente all'**identificazione del fabbisogno di prestazioni sanitarie** espresso dalla popolazione presente nella corrispondente **area geografica**, si è tenuto conto anche del consumo sanitario delle prestazioni risultante dai flussi sanitari amministrativi regionali e dei dati di mobilità extraregionale, del consumo di prestazioni sanitarie concernenti i ricoveri in ospedale, degli accessi in pronto soccorso e delle prestazioni ambulatoriali, **con descrizione della distribuzione spaziale della domanda e con identificazione di eventuali aree geografiche nelle quali l'offerta sia carente**.

Tale analisi dei bisogni di salute, quale **processo di revisione sistematica delle istanze di salute** della popolazione di riferimento, permette di concordare priorità ed allocazione di risorse in una logica di appropriatezza, sicurezza ed equità, con la finalizzazione della definizione dei contenuti, delle strategie, delle risorse disponibili, della sensibilità e delle attese della comunità, e delle conseguenti priorità d'azione necessarie a rispondere ai bisogni della popolazione.

Invero, l'**evoluzione del fabbisogno** considera il potenziale e atteso incremento della capacità di risposta, in particolare sul fronte delle **patologie croniche nella popolazione anziana**, con

un forte coinvolgimento della rete dei Medici di Medicina Generale e dei servizi territoriali (strutture ambulatoriali, Case della Comunità, Ospedali di Comunità).

L'analisi tratta, quindi, anche le **criticità** legate ai **"tempi di attesa"**, ovvero alla difficoltà di garantire prestazioni nel rispetto dei codici di priorità; tale aspetto costituisce ambito rilevante sul quale porre l'attenzione al fine di **soddisfare la domanda di salute** dei cittadini e **limitare la "mobilità sanitaria"**. Infatti, la progressiva **riduzione della mobilità passiva** costituisce **obiettivo strategico** del Sistema Sanitario Regionale.

Particolare attenzione è rivolta alla gestione delle "aree interne" che manifestano difficoltà nell'accesso alle prestazioni per peculiari **criticità territoriali**; ciò anche al fine di garantire condizioni di maggiore equità nella distribuzione dei luoghi di accesso e di maggiore quantità di servizi da rendere disponibili.

Altro aspetto considerato riguarda la **domiciliarità** e la **gradualità dell'intervento** comportanti la necessità di avere sul territorio una **rete di strutture di cure primarie** in cui il **cittadino** sia effettivamente **"preso in carico"** con il diretto e pieno coinvolgimento delle **Case della Comunità**, dei **Distretti Territoriali**, degli **Ospedali di Comunità** e degli **Studi dei Medici di Medicina Generale** e dei **Pediatri di Libera Scelta**, oppure delle **Farmacie dei Servizi** (per le realtà territoriali in cui i servizi sono lontani e di difficile accesso per la popolazione).

L'attuazione dei modelli organizzativi previsti dal D.M. 77/2022 diventa quindi elemento necessario della programmazione, in particolare sulle modalità di gestione della domanda di prestazioni per **patologie croniche** insieme al **potenziamento dei servizi territoriali e domiciliari** e allo **sviluppo degli screening** e delle azioni di prevenzione primaria e secondaria delle malattie oncologiche, con l'obiettivo di:

- trattare i pazienti cronici prima della comparsa di complicanze più gravi e permanenti facendo emergere la domanda non espressa di persone meno consapevoli;
- alleggerire la domanda sui servizi ospedalieri a cui sarebbero affidati solo alcuni casi di elevata complessità per le sole prestazioni;
- ridurre i costi sociali indotti per spostamenti specie per le persone anziane e residenti in località meno prossime agli Stabilimenti ospedalieri.

La **rete ospedaliera**, principalmente rivolta agli acuti, è tenuta a supportare la gestione delle patologie croniche attraverso la collaborazione di specialisti nell'inquadramento iniziale del piano terapeutico e negli esami diagnostici a media od elevata complessità.

Relativamente alla **rete sociosanitaria**, l'Azienda - in linea con le finalità della legge di riforma del SSR e con gli obiettivi del PSSR 2023-2025 - individua prioritariamente alcune tipologie di destinatari che rappresentano le persone in situazioni di **"fragilità"** (quali la maternità, l'infanzia,

gli anziani e le persone disabili) **ridefinendo la propria organizzazione e favorendo un approccio globale alla salute improntato ad un forte coordinamento degli interventi e dei servizi sanitari e sociali**. In tale contesto, i Distretti Sanitari unitamente agli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) rappresentano le entità organizzative vocate all'**integrazione sociale e sanitaria**: sia per il necessario livello di omogeneità territoriale ed organizzativo/gestionale, sia come principale interfaccia istituzionale tra il sistema dei servizi sanitari ed il sistema dei servizi sociali, anche al fine di favorire una rilevazione dei fabbisogni di natura sanitaria e sociale a partire dall'assistenza domiciliare e dalla presa in carico delle situazioni di cronicità e criticità.

In coerenza con le previsioni del PSSR riguardanti il Piano Nazionale della Cronicità (PNC), l'Azienda adotta un **approccio di modello assistenziale in cui la presa in carico del paziente avviene ad opera di un team composto da MMG, Specialista, Caregiver, Sistema Sociale, Terzo settore, Farmacie, Infermiere care manager e Infermiere di famiglia/comunità**, cui spetta definire **Piani Assistenziali Individuali (PAI)** comprendenti esigenze diagnostiche, riabilitative e di prevenzione, **ricorrendo anche all'utilizzo delle tecnologie di telediagnostica e di monitoring per seguire a domicilio la persona assistita** (con ciò riducendo gli accessi al Pronto Soccorso e il ricorso a prestazioni ambulatoriali).

Anche questo modello operativo si riconduce e riflette il più generale impegno dell'Azienda a **dare attuazione alle misure del PNRR** (secondo le indicazioni fornite dalla **Missione 6** dedicata al piano della salute ed alla **Missione 5** sul lato sociale e di sostegno alle fragilità), per il raggiungimento dei seguenti **obiettivi**:

- ricollocare il baricentro della risposta assistenziale dall'ospedale al domicilio e, quindi, al territorio;
- effettuare investimenti di tipo strutturale per interventi edilizi, tecnologie e digitalizzazione;
- creazione di Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali e un forte sviluppo della telemedicina;
- valorizzazione del ruolo dell'infermiere di comunità;
- sviluppo nelle Case della Comunità di modelli organizzativi dell'assistenza orientati alla multidisciplinarietà e alla multi-professionalità.

D'altro canto, le risorse PNRR consentono importanti investimenti di potenziamento e innovazione verso il governo di un sistema sanitario efficiente imperniato sulla sinergia tra ospedale e territorio; sinergia che per essere effettiva deve poter contare su moderni strumenti e tecnologie in grado di supportare l'erogazione dei servizi sanitari laddove si registrino situazioni di difficoltà nell'accesso, di implementare il sistema dei controlli, di fornire ai pazienti assistenza e monitoraggio a domicilio (anziché negli ospedali), di supportare il personale sanitario nello

svolgimento dell'assistenza nonché, più in generale, di acquisire maggiore capacità nella programmazione e nell'allocazione delle risorse.

Le nuove strategie per la gestione del sistema sanitario si basano fortemente sull'utilizzo di tecnologie avanzate, sulla digitalizzazione e sull'interoperabilità dei sistemi; tecnologie e sistemi che, essendo in costante e rapida evoluzione, rendono l'ambiente gestionale dinamico e richiedono costante implementazione operativa ma anche un management in grado sfruttare appieno il progresso tecnologico per garantire coerenza tra missione e visione dell'organizzazione.

In quest'ottica diviene altrettanto essenziale operare con un **approccio multidisciplinare e strategico** (che metta a sistema aspetti normativi finanziari, organizzativi, professionali, tecnologici e di assistenza) per **gestire e guidare la complessità aziendale**.

In aderenza alle previsioni del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e a quanto specificato dagli artt. 24 e 42 della L.R. n. 19/2022, l'Azienda sanitaria territoriale di Pesaro e Urbino si conforma ai principi, agli obiettivi e alle disposizioni della legge di riforma adottando, in primo luogo, il presente Atto aziendale (o *Atto di organizzazione*) con cui vengono definiti i relativi assetti organizzativi e funzionali, secondo le linee di indirizzo di cui alla DGRM n.1291 del 09/08/2024. Ciò dovendo tener conto che nel caso dell'Azienda sanitaria territoriale di Pesaro e Urbino si è in presenza di un "Atto" riguardante un Ente del SSR risultante dall'incorporazione dell'Azienda ospedaliera "Ospedali riuniti Marche Nord" nella costituita nuova AST (corrispondente alla soppressa Area Vasta 1 – ASUR) e per ciò stesso **connotato dalla necessitata integrazione** di ambiti organizzativi e funzionali in precedenza distinti.

**In particolare, l'Atto di organizzazione:**

- a) disciplina l'organizzazione delle funzioni, secondo il **modello dipartimentale** di cui all'articolo 33 della L.R. n. 19/2022;
- b) contiene l'individuazione delle **strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale** soggette a rendicontazione analitica;
- c) **disciplina le competenze del direttore amministrativo, del direttore sanitario, del direttore sociosanitario**, nonché **del direttore di presidio, dei direttori di distretto, di dipartimento e dei dirigenti responsabili di struttura**, comprese, per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni che impegnano l'azienda verso l'esterno, per l'attuazione degli obiettivi definiti negli atti di programmazione aziendale;
- d) definisce le **modalità e i criteri per l'attribuzione ai dirigenti dei compiti e degli incarichi** e per la verifica dei risultati degli stessi;

e) **individua i distretti**, quale articolazione territoriale e organizzativa dell'Azienda sanitaria territoriale, nel rispetto delle procedure di partecipazione e dei criteri stabiliti dalla Giunta regionale.

L'Atto aziendale prevede un'organizzazione finalizzata:

- alla realizzazione degli obiettivi strategici definiti dalla Regione;
- alla risposta ai bisogni dei cittadini coerente con la domanda di prestazioni e servizi;
- al miglioramento della qualità delle prestazioni;
- all'efficienza dei livelli produttivi;
- alla garanzia del raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario.

Va precisato che il presente Atto costituisce ad un tempo quadro di sintesi dei principi e trasposizione dei punti essenziali della riforma seguendo le linee programmatiche del PSSR (**FASE INIZIALE O DI PRIMA ATTUAZIONE**) e quadro prospettico che potrà, quindi, essere ridefinito, precisato e/o aggiornato, sviluppato o consolidato, nel corso del processo di attuazione della riforma anche sulla base delle determinazioni e degli indirizzi che verranno assunti a livello regionale (come nel caso delle "reti cliniche") per la sua completa messa a regime (**FASE A REGIME**).

## CAPITOLO 1 - ELEMENTI IDENTIFICATIVI E CARATTERIZZANTI

### 1.1 – Costituzione, sede, logo e patrimonio

Con Legge regionale 8 agosto 2022, n.19 è stata istituita, nell'ambito del Servizio Sanitario della Regione Marche, l'**Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino** (di seguito anche "Azienda Sanitaria Territoriale" o "AST PU" o, anche, "Azienda").

Ai sensi dell'art.42 della richiamata L.R. 19/2022 e relative disposizioni di attuazione ex DGRM n.1503/2022, l'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Pesaro Urbino è stata **costituita** a partire dal 1° gennaio 2023, mediante subentro alla soppressa ASUR Marche-Area Vasta 1 e contestuale incorporazione dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" di Pesaro, con subentro a tutti gli effetti e senza soluzione di continuità nelle relative attività e nei relativi rapporti giuridici, attivi e passivi.

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino ha personalità giuridica pubblica ed è dotata di autonomia imprenditoriale (ex art. 3 del D.Lgs. 502/1992 e art. 22 L.R.19/2022), organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

Nell'ambito dell'autonomia imprenditoriale – che esercita, in *primis*, mediante l'Atto aziendale - l'Azienda agisce in regime di diritto privato conformandosi ai principi del codice civile, fatti salvi i casi in cui, per espressa previsione legislativa, è tenuta ad operare in regime pubblicistico. In ogni caso, in relazione alla propria missione di rilevanza collettiva, l'Azienda conforma la propria attività ai principi generali di imparzialità, trasparenza, ragionevolezza e, comunque, ai principi dell'ordinamento comunitario.

L'Azienda, soggettivamente e giuridicamente unica, si articola nel **Presidio ospedaliero** che aggrega funzionalmente tutti gli **Stabilimenti ospedalieri** aventi sede nel territorio provinciale di riferimento (ex art.37 della L.R. 19/2022 e DGRM 1615 del 03/12/2022), in **Dipartimenti** e **Distretti**, come specificamente indicato al Capitolo 5 (*Organizzazione aziendale*) del presente Atto.

La **sede legale** dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino è sita in Pesaro, P.le Cinelli 4 (ex DGRM n.1503 del 21/11/2022).

L'Azienda ha Codice Fiscale e Partita IVA: 02789340417.

Il **logo** dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino, definito e approvato con DGRM n.1786 del 27/12/2022, è il seguente:



Il **patrimonio** dell'AST di Pesaro e Urbino è costituito, in virtù di quanto disposto dalla L.R.19/2022, da tutti i beni mobili ed immobili già di appartenenza dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" e dell'Area Vasta 1 - ASUR nonché da tutti i beni comunque successivamente acquisiti nell'esercizio della propria attività o a seguito di atti di liberalità.

L'Azienda dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, ferme restando le disposizioni di cui all'art. 830, secondo comma, del codice civile.

A norma dell'art.5, comma 2, del D. Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii., gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su immobili sono assoggettati a previa autorizzazione della Regione.

I beni immobili e mobili che l'Azienda utilizza per il conseguimento dei propri fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e sono assoggettati alla disciplina dell'art. 828, secondo comma, del codice civile.

L'Azienda riconosce valenza strategica al patrimonio quale strumento di potenziamento e qualificazione strutturale e tecnologica dell'offerta di servizio. A tal fine, nel rispetto della vigente legislazione regionale e statale ed in armonia con programmi e direttive regionali, attiva strumenti e modelli giuridico-economici finalizzati alla valorizzazione e redditività del patrimonio disponibile, sempre e comunque in funzione della ottimizzazione dei propri servizi istituzionali. In ogni caso la gestione dei beni è condotta nell'ottica della tutela, della conservazione e della corretta manutenzione, anche tenendo conto dell'eventuale obbligo di tutela dei beni d'arte, culturali ed artistici in conformità alla vigente normativa in materia.

Il subentro dell'AST di Pesaro e Urbino all'ASUR-Area Vasta 1 e la contestuale incorporazione dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" nella stessa AST di Pesaro e Urbino ha comportato – secondo quanto disposto dalla DGRM 1718/2022 - il trasferimento da parte delle cessate Aziende sia dei beni indisponibili funzionali alle attività istituzionali che di ogni altro bene disponibile caratterizzato da vincolo di destinazione specifica alla attività. Con Decreto del Direttore del Dipartimento Salute n.60 del 28 dicembre 2022 è stata, quindi, formalizzata l'**assegnazione dei beni immobili** all'AST PU, a decorrere dal 01/01/2023, come risultanti dall'Allegato A al suddetto Decreto.

Con successivo Decreto del Direttore del Dipartimento Salute n.52 del 10 agosto 2023 è stata poi formalizzata l'**assegnazione degli automezzi** all'AST PU, sempre a decorrere dal 01/01/2023, come risultanti dall'Allegato 1 al suddetto Decreto.

Analogamente, rientrano nel predetto trasferimento anche i **finanziamenti con vincolo di destinazione**, compresi quelli relativi a procedure di acquisizione già attivate e le relative riserve iscritte nel Patrimonio netto, la cui formalizzazione è espressamente demandata ex DGRM 1718/2022 alla stessa AST di Pesaro e Urbino.

## 1.2 – Finalità istituzionali (*mission*)

L'Azienda, al pari delle nuove AST - Aziende Sanitarie Territoriali del SSR (di Ancona; Ascoli Piceno; Fermo; Macerata), rappresenta un riferimento strutturale e funzionale di rilievo centrale, in quanto soggetto pubblico la cui missione istituzionale è quella di garantire i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie, sociali e ad elevata integrazione socio-sanitaria nel territorio di competenza.

Ciò in particolare attraverso l'**articolazione dipartimentale e distrettuale** in cui trovano coordinamento e sintesi le prestazioni e i servizi resi da: Case della comunità, Ospedali della comunità, Centrali Operative Territoriali, Unità di Continuità Assistenziali, Infermieri di Famiglia o di Comunità, Consultori familiari e ogni altra funzione di prevenzione e tutela della salute dei cittadini (nel rispetto degli standard di cui al **D.M. Salute 23 maggio 2022, n. 77** "*Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale*" e linee di indirizzo per l'interconnessione aziendale delle centrali operative territoriali" e di cui alla **DGR 28 aprile 2023, n. 559**, recante "*Prime indicazioni per l'attuazione*").

L'Azienda è tenuta a garantire l'assistenza sanitaria e la prevenzione collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, pianificando – nel rispetto ed in attuazione della programmazione regionale - le attività e i servizi sulla base di percorsi assistenziali che assicurino la continuità delle cure attraverso la piena **integrazione tra servizi territoriali e servizi ospedalieri**.

In un quadro così articolato, l'Azienda svolge una funzione di "coordinamento" nelle attività di erogazione dei servizi e di "monitoraggio" costante del corretto rapporto tra domanda e offerta, di verifica e miglioramento della qualità con particolare riferimento alla revisione dei percorsi di cura, all'appropriatezza dei ricoveri, ai tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali.

In linea con la propria connotazione di Azienda territoriale, assicura:

- la **funzione di tutela**, che garantisce i livelli di assistenza sanitaria essenziali ed uniformi sul proprio territorio, coerentemente con le evidenze epidemiologiche e lo studio dei consumi sanitari attraverso la programmazione dei servizi erogati direttamente e acquisiti dagli erogatori privati accreditati o convenzionati;
- la **funzione di erogazione**, che struttura l'offerta ed eroga i servizi necessari e appropriati nel rispetto delle compatibilità economiche finanziarie quali definite in ambito regionale.

La **mission** dell'Azienda consiste nel:

- tutelare la salute della popolazione nel territorio di riferimento, sia individuale che collettiva, in coerenza con il Piano Socio Sanitario Regionale e con gli altri strumenti della programmazione socio-sanitaria a livello regionale, attraverso la realizzazione delle attività

di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste dai “livelli di assistenza” stabiliti dalla normativa nazionale e regionale;

- creare una rete di offerta centrata sul cittadino che favorisca il rafforzamento dell'integrazione tra assistenza sociale e assistenza sanitaria riconoscendo le identità e specificità delle comunità locali;
- perseguire il risanamento e lo sviluppo sostenibile che non deve essere inteso come attuazione di una politica economica rivolta al mero contenimento del tasso di crescita dei costi, ma bensì vada a promuovere ogni razionalizzazione possibile perseguendo strategie di investimento infrastrutturale e tecnologico che consentano uno sviluppo al passo con le esigenze della popolazione e con il progresso tecnologico e scientifico proprio del settore sanitario;
- consolidare un'organizzazione che sia capace di supportare appropriatezza, efficacia ed efficienza dei servizi offerti e responsabilità dei professionisti che vi lavorano condividendo una cultura organizzativa dell'assunzione di responsabilità rispetto ai propri compiti;
- implementare strumenti organizzativi (sistema di responsabilità definiti e meccanismi operativi per il loro funzionamento) che consentano all'Azienda di essere sempre più orientata al miglioramento continuativo dell'assistenza garantendo elevati livelli di servizio, nonché la creazione delle condizioni necessarie per favorire il recupero dell'equilibrio economico attraverso l'orientamento dei comportamenti dei singoli Operatori verso il raggiungimento di obiettivi comuni e condivisi;
- sviluppare reti integrate di persone, processi, strutture e tecnologie per soddisfare le parti interessate al più alto livello possibile, in modo equo, legittimo e sostenibile, è la *vision* dell'Azienda.

### **1.3 – Visione strategica (*vision*)**

In coerenza con il nuovo impianto del SSR delle Marche conseguente alla riforma di cui alla L.R. 19/2022 – ispirata ai **principi fondamentali di universalità, uguaglianza ed equità** – e in stretta correlazione con la propria *mission*, l'Azienda ha ridefinito il proprio assetto organizzativo prestando particolare attenzione al **potenziamento dei servizi territoriali** e alla loro **riqualificazione** in termini di effettiva **integrazione tra servizi sanitari e sociali**. Ciò è essenziale per essere parte attiva di un sistema vicino alla comunità, progettato per le persone e con le persone, e per questo dotato di servizi assistenziali territoriali che assicurino i LEA e riducano le disuguaglianze tra i vari territori per assicurare un riequilibrio sostanziale tra gli stessi (tenendo conto di alcuni parametri come: il rapporto tra strutture sanitarie e territoriali/abitanti, posti letto acuti/abitanti, posti letto post acuti/abitanti).

In questa prospettiva, la **rete dei servizi sociosanitari riveste un ruolo chiave ed insostituibile nella attuazione dei percorsi di assistenza e cura rivolti, in particolare, alla presa in carico dei soggetti fragili**, adeguatamente supportati da azioni che facilitano il mantenimento/reinserimento nell'ambiente di vita.

L'Azienda assume come riferimento le strategie, gli indirizzi, gli obiettivi e i vincoli definiti dalla Regione Marche in sede di programmazione e controllo, necessari a creare le condizioni affinché l'Azienda stessa realizzi l'uniformità delle garanzie correlate ai Livelli Essenziali di Assistenza e al relativo finanziamento.

La strategia dell'Azienda, nel contesto di riferimento in cui opera, sostanzialmente, è orientata a:

- a) **qualificare l'offerta** dei servizi e degli interventi preventivi e clinico assistenziali, sulla base dell'analisi dei bisogni di salute della popolazione;
- b) **qualificare l'accesso** a tutti i servizi della rete aziendale, ponendo particolare attenzione all'equità e alla trasparenza delle forme di accesso adeguate alle problematiche dell'utenza, favorendo un'organizzazione flessibile aderente ai principi di appropriatezza, efficacia, adeguatezza e qualità dei servizi rivolta ai singoli, alle famiglie e alla comunità;
- c) **ampliare e consolidare le reti** di assistenza - aziendali, interaziendali ed interistituzionali - per migliorare qualitativamente l'offerta di servizi al cittadino, in termini di sviluppo di integrazione multidisciplinare e multi-professionale, tra diverse forme assistenziali e tra Ospedale e Territorio;
- d) **sviluppare il sistema della continuità clinico assistenziale**, adottando soluzioni organizzative e gestionali integrate per la presa in carico dell'assistito;
- e) **potenziare la capacità dei servizi territoriali** di rispondere ai bisogni degli individui e della collettività, consolidando la rete delle cure primarie e l'appropriatezza delle attività specialistica e di ricovero;
- f) **sostenere** le scelte strategiche nella continua ricerca della **qualità, dell'innovazione e della valorizzazione delle risorse umane**.

L'Azienda è tenuta a garantire il miglior adattamento dei processi di offerta per rispondere ai mutamenti della domanda di salute e all'aumento di fasce di pazienti e, quindi, anche alla imprescindibile integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociosanitaria. Qualora l'offerta sanitaria non dovesse risultare sufficiente a soddisfare i requisiti quantitativi e qualitativi richiesti nei tempi previsti, l'Azienda farà ricorso a specifici **accordi** con altri **Enti**,

**pubblici e privati, del SSR** funzionali al potenziamento delle prestazioni in risposta ai bisogni sanitari della popolazione di riferimento.

L'Azienda, pertanto, muovendo dalla propria *mission* e *vision*, opera sulla base delle seguenti linee di azione:

- garantire i Livelli Essenziali di Assistenza;
- sviluppare la presa in carico della persona, garantendo la continuità di cura;
- assicurare l'integrazione tra sanità e sociale;
- favorire il miglioramento dell'assistenza ospedaliera e territoriale;
- sviluppo di ospedali di alta specializzazione e delle strutture minori diffuse su tutto il territorio;
- abbattimento delle liste di attesa;
- riduzione della mobilità passiva;
- integrazione tra servizi pubblici e privati;
- ottimale utilizzo delle risorse regionali, nazionali (Fondo sanitario) ed europee (Recovery Fund);
- potenziamento dei sistemi di prevenzione e sicurezza sul territorio.

#### **1.4 – Valori e principi**

Il presente **Atto aziendale**, nell'esprimere l'autonomia riconosciuta all'Azienda nel rispetto e in coerenza con le previsioni legislative statali e regionali nonché con gli atti di programmazione e indirizzo della Regione Marche, assume come riferimento primario i **valori** e i **principi** ispiratori e conformativi della stessa **legge di riforma** del SSR che riflettono valori costituzionali fondamentali come la tutela della salute la dignità umana, l'eguaglianza, la solidarietà, e precisamente:

- la centralità della persona e la sua piena partecipazione - in condizioni di effettiva parità di accesso - ai servizi sanitari e ai relativi percorsi assistenziali;
- l'inveramento dei principi di sussidiarietà istituzionale/verticale, mediante il pieno coinvolgimento degli Enti locali nelle politiche di promozione della salute rapportate alle esigenze dei territori, e di sussidiarietà orizzontale con valorizzazione ruolo delle formazioni sociali;
- la partecipazione delle parti sociali;
- l'effettiva adeguatezza dell'assetto organizzativo rapportata ai servizi da erogare tenendo conto delle peculiarità territoriali;
- l'efficacia e l'economicità delle prestazioni e dei servizi in condizioni di imparzialità e trasparenza nonché l'appropriatezza delle prestazioni erogate.

In sede attuativa, il concreto inveroimento di tali principi cardine si traduce negli **obiettivi di salute** declinati dal **Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025** (approvato con deliberazione amministrativa dell'Assemblea legislativa regionale n.57 del 9 agosto 2023).

Ogni attività dell'Azienda deve riflettere concretamente i principi di legalità, trasparenza, imparzialità, equità, logicità, ragionevolezza e correttezza, quali principi valoriali coessenziali alla propria natura di persona giuridica di diritto pubblico e alle finalità istituzionali di marcata rilevanza collettiva.

Si tratta, peraltro, dei principi generali sanciti dall'art.1 della Legge 241/1990 e che hanno trovato ulteriore specificazione nelle misure "anticorruzione" (legge delega 190/2012), nonché nei successivi decreti delegati in materia di trasparenza e integrità dell'operato delle amministrazioni (D.Lgs. 33/2013 e D.Lgs. 39/2013 e ss.mm.ii.); disposizioni, queste ultime, che hanno comportato e comportano anche per l'Azienda adempimenti volti ad assicurare, sia con atti generali che con atti e comportamenti specifici, la piena verificabilità del proprio operato assumendo come valore fondante quello della responsabilità di tutti gli operatori.

Sempre in aderenza a tali principi, l'Azienda provvede alla definizione dei programmi e delle linee gestionali, delle competenze e delle responsabilità, assumendo a riferimento i seguenti principali elementi: la visione strategica dei processi, le capacità professionali e progettuali, l'oggettività e l'efficacia dei sistemi valutativi e dei relativi meccanismi premiali, l'aderenza all'etica della responsabilità personale ed istituzionale quale principio imprescindibile per la rilevanza collettiva dei servizi prestati e, come tale, qualificante l'appartenenza all'Azienda.

In particolare, rilievo essenziale è posto all'attività dei ruoli manageriali (dirigenziali) i cui comportamenti e decisioni devono risultare adeguati ed appropriati per favorire la piena consapevolezza del carattere unitario dell'Azienda e della sua intima essenza pubblica riconosciuta dai cittadini-utenti.

In linea con tale impostazione, l'etica della responsabilità richiede reali forme di coordinamento e collaborazione interna che, attraverso le logiche dell'innovazione, possano contribuire all'efficienza ed efficacia dei servizi resi ai cittadini, ai quali è comunque riconosciuto ruolo attivo nella valutazione degli stessi.

Conseguentemente, le relazioni con i cittadini-utenti devono tendere costantemente alla semplificazione, alla tempestività e alla riduzione dei costi, avvalendosi delle più opportune tecnologie dell'informazione e della comunicazione anche per assicurare un pieno ed effettivo diritto di accesso. In quest'ottica anche la digitalizzazione e l'informatizzazione degli atti e dei processi costituiscono obiettivo primario.

### 1.4.1 – Centralità del cittadino

La missione aziendale muove e tende al riconoscimento della centralità del cittadino, titolare del diritto alla salute inteso quale diritto primario di rango costituzionale.

I rapporti tra il cittadino e l'Azienda sono improntati ai principi della collaborazione e della buona fede (ex art.1, comma 2-bis, della L.241/1990 e ss.mm.ii.), secondo i canoni di lealtà, correttezza, completezza di informazione e massima trasparenza.

In questo senso, l'Azienda assicura la partecipazione dei cittadini alle fasi di programmazione delle attività, di erogazione dei servizi, di valutazione della qualità dei servizi e tutela dei diritti degli utenti, valorizzando il ruolo del **Comitato di partecipazione dei cittadini alla tutela della salute** previsto dall'art.12 della L.R. 19/2022 e ss.mm.ii. e delle Associazioni di Volontariato.

Sempre nella prospettiva partecipativa, la **Carta dei Servizi** e l'**Ufficio Relazioni con il Pubblico** costituiscono per l'Azienda un preciso impegno nei confronti dei cittadini al fine di assicurare un ottimale livello informativo sulle attività offerte, sull'accesso alle cure e sull'erogazione quali-quantitativa dei servizi a loro destinati. In particolare, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico promuove programmi per il miglioramento della soddisfazione del cittadino-utente ed individua idonei strumenti per l'ascolto e la comunicazione.

La soddisfazione del cittadino rappresenta, infatti, elemento centrale di riscontro per la valutazione della capacità aziendale in ordine: alla identificazione preventiva dei bisogni e delle aspettative dell'utenza; alla messa in linea di un sistema organizzativo e di monitoraggio tale che i risultati delle indagini siano trasformati in azioni; all'approntamento di soluzioni migliorative in tempi celeri.

Al fine di favorire l'orientamento dei cittadini nei servizi sanitari, l'Azienda garantisce un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe, sulle modalità di accesso ai servizi; definisce le modalità di raccolta ed analisi dei segnali di disservizio, in collaborazione con le organizzazioni rappresentative dei cittadini, con le organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti; convoca, almeno una volta l'anno, apposita **conferenza dei servizi** quale strumento per verificare l'andamento dei servizi anche in relazione all'attuazione degli indicatori di qualità (secondo il "*nuovo sistema di garanzia dell'assistenza sanitaria*" di cui al D.M. Salute 12/03/2019) e per individuare ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni.

Per l'Azienda risulta, inoltre, prioritaria l'efficacia interna ed esterna, anche attraverso l'aggiornamento tecnologico, dei processi di informazione e di comunicazione per facilitare l'accesso ai servizi, secondo criteri trasparenti, espliciti e verificabili costantemente nel tempo da parte dei cittadini.

In tale ambito, i **principi** ispiratori che orientano le scelte e le azioni aziendali sono:

- **equità e solidarietà** nell'accesso e nella fruizione dei servizi, indipendentemente da caratteristiche sociali, culturali ed economiche, al fine di rispettare e soddisfare l'aspettativa di ogni persona di reintegrare o migliorare il proprio stato di salute;
- **semplificazione** dell'accesso ai servizi e alle strutture aziendali con garanzia di tempi di attesa contenuti;
- **efficacia ed appropriatezza** delle azioni e dei tempi di intervento dei professionisti, sostenuti da evidenze di efficacia clinica ed organizzativa in grado di raggiungere gli obiettivi prioritari;
- **affidabilità** come capacità di rispettare priorità, obiettivi aziendali e impegni assunti;
- **flessibilità** nell'adeguare le politiche, le azioni ed i servizi prestati al monitoraggio dei bisogni della popolazione di riferimento;
- **sicurezza** degli ambienti e dei servizi per ridurre il rischio e gli eventuali errori nei processi diagnostico-terapeutici;
- **garanzia della dignità e del comfort** della persona che riceve l'assistenza sanitaria nelle sue varie forme;
- **trasparenza** dell'organizzazione aziendale come impegno ad assicurare la piena visibilità e comunque un'informazione capillare sulle proprie attività, a dichiarare i livelli di qualità forniti e gli esiti dei relativi monitoraggi, a garantire la circolazione delle informazioni concernenti l'organizzazione, gli andamenti gestionali, l'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali e dei risultati, l'attività di misurazione e valutazione, per consentire forme diffuse di controllo interno ed esterno;
- **comprensibilità e non equivocità** delle azioni e dei comportamenti aziendali;
- **garanzia e tutela dei diritti dei cittadini-utenti** sia con riferimento alla riservatezza nel rispetto delle norme previste dal Regolamento 27 aprile 2016, n. 2016/679/UE (*General Data Protection Regulation* - GDPR) sia in ordine all'accesso ai documenti nelle forme e con le modalità previste dalla L. 241/90 e ss.mm.ii. nonché dal D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii. e, quindi, anche garantendo le forme di accesso civico legislativamente previste.

Coerentemente a quanto sopra espresso, l'Azienda collabora con il **Tribunale per i Diritti del Malato** e con le **Associazioni degli utenti**, definendo programmi atti a garantire la conoscenza, l'ascolto e l'orientamento, rimuovendo così ogni eventuale ostacolo organizzativo, tecnico ed amministrativo che possa garantire una tutela dei diritti effettiva ed efficace.

#### **1.4.1.1 – Equità delle prestazioni**

L'**equità** richiama l'**eguaglianza** nell'accesso alle prestazioni, quale pari opportunità concessa ad ogni individuo di realizzazione del proprio potenziale di salute e di benessere affinché nessuno possa trovarsi in condizioni di svantaggio a causa della propria posizione sociale, territoriale o di altre circostanze socialmente determinate.

Garantire equità **sostanziale** è impegno a carattere prioritario e costante mediante la modulazione degli interventi in relazione alle differenze, alle specificità e ai bisogni; nel caso delle disuguaglianze territoriali, risulta necessario rafforzare le prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate sul territorio attraverso l'attivazione ed il potenziamento di strutture e presidi territoriali (Case e Ospedali di Comunità) e, al contempo, dell'assistenza domiciliare (ADI), della telemedicina e della domotica.

In tale ottica, particolare attenzione è rivolta alla gestione delle "aree disagiate" che manifestano difficoltà nell'accesso alle prestazioni, con riferimento a **criticità territoriali** peculiari, quali ad esempio l'**entroterra della Provincia di Pesaro e Urbino**, anche al fine di garantire condizioni di maggiore equità nella distribuzione dei luoghi di accesso e maggiore quantità di servizi disponibili.

Relativamente alla **struttura di Pergola** – Ospedale di base in "area disagiata" - è prevista sia l'attivazione del Pronto Soccorso, con personale medico dedicato all'Emergenza-Urgenza (D.M. 30.01.98) e integrato con il DEA di livello superiore di cura, sia il potenziamento dei servizi sanitari (soprattutto per attività diagnostica radiologica, anche mediante apparecchiature TAC/RMN aggiornate).

Per quanto riguarda, poi, le **strutture territoriali di Fossombrone, Cagli e Sassocorvaro**, poste in aree svantaggiate della Provincia di Pesaro-Urbino (per condizioni territoriali, climatiche e per caratteristiche demografiche con prevalenza anziani in condizioni di fragilità e comorbilità), si prevede un **potenziamento dei servizi di diagnostica, di laboratorio e delle specialistiche ambulatoriali**, nonché dei **Punti sanitari per la gestione di emergenza-urgenza e degenze** compatibili con i vari *setting* assistenziali.

Inoltre, per favorire l'erogazione delle suddette prestazioni, l'Azienda assicura lo sviluppo della **telemedicina** in grado di **tracciare e monitorare a distanza i dati sanitari dei pazienti** nonché l'introduzione della figura del **case manager e/o "infermiere di comunità"** che si fa interprete del bisogno per il coinvolgimento del medico di assistenza primaria fino allo specialista ambulatoriale o ospedaliero.

Altro aspetto di rilievo strategico è rappresentato dalla **domiciliarità** e dalla **gradualità** dell'intervento sul territorio attraverso una **rete di strutture di cure primarie** in cui il **cittadino** possa essere effettivamente **"preso in carico"** con il diretto e pieno coinvolgimento delle Case della Comunità, dei Distretti territoriali, degli Ospedali di Comunità e degli studi dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, ed anche delle Farmacie dei Servizi (per le realtà territoriali in cui i servizi sono lontani e di difficile accesso per la popolazione).

Nell'attuale contesto di riferimento, **l'organizzazione dell'assistenza territoriale dell'AST** è pertanto definita anche in una **prospettiva evolutiva** in relazione al progressivo **adeguamento strutturale** secondo quanto indicato al Par. 4.1.5.

Garantire l'accessibilità alle prestazioni e ai servizi e, soprattutto, l'equità alla fruizione dei LEA (in particolare da parte delle fasce più fragili e vulnerabili), richiede poi capacità di ascolto, di comprensione dei bisogni e capacità di orientare il cittadino all'interno della "rete" aziendale.

Un importante contributo ad una migliore accoglienza ed accessibilità deriva dalla **collaborazione interaziendale e inter-istituzionale** (farmacie, servizi comunali).

In particolare, le farmacie a livello territoriale costituiscono **presidi sanitari di prossimità** (ovvero *trait d'union* tra i **servizi di assistenza territoriale** e quelli di **assistenza domiciliare**) e rappresentano un elemento fondamentale ed integrante del servizio sanitario. In tal senso, le stesse hanno riorganizzato la propria attività per dare risposte adeguate, sia per quanto concerne una corretta informazione sia relativamente ai prodotti e ai servizi necessari per l'erogazione delle seguenti prestazioni: effettuazione di tamponi, somministrazione di vaccinazioni, attività di dispensazione di medicinali prima erogati dalle strutture pubbliche, telemedicina, CUP in Farmacia, effettuazione di screening colon-retto e test sierologici. In relazione a tali prestazioni, l'Azienda – per il tramite delle competenti strutture aziendali – svolge verifiche, controlli e monitoraggio sugli adempimenti previsti dal DM 77/2022.

Come pure, particolare attenzione è posta alla **semplificazione delle modalità di ottenimento di prestazioni amministrative e di prenotazione**, al fine di implementare la gestione informatizzata delle procedure almeno per i cittadini più esperti e le prestazioni meno complesse, dedicando tempo, spazio e competenza all'accoglienza dei cittadini più vulnerabili ed alle richieste complesse e di accompagnamento-orientamento.

L'Azienda promuove l'equità nel governo clinico (*Health Technology Assessment*, Linee Guida, Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali – PDTA, Piano Nazionale Cronicità) e nella prevenzione; coinvolge e forma il personale sanitario allo scopo di introdurre l'"*equity audit*" nell'ambito delle proprie attività e funzioni, anche includendo l'**equità tra gli obiettivi prioritari nei programmi ECM**.

Altro aspetto rilevante in tale contesto è rappresentato dal **riconoscimento delle differenze biologiche e socioculturali di genere**, sempre con la finalità di promuovere eguaglianza ed equità nella salute. Tale approccio implica l'avvio e il monitoraggio di azioni mirate di diagnosi e cura anche attraverso la creazione di **percorsi diagnostico-terapeutici declinati secondo il genere** ed il necessario raccordo con le funzioni previste nell'ambito delle strutture del Distretto volte a trattare problematiche genere-specifiche in tutte le azioni di sviluppo sanitario e

sociosanitario, alla inclusione degli aspetti di genere nella elaborazione dei flussi informativi, alla promozione di iniziative di prevenzione genere-specifiche.

#### **1.4.1.2 – Affidabilità**

L'Azienda è parte del sistema di rete, attivato dalla Regione Marche con la costituzione del **Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente** (DGR n.1093 del 06/08/2018), volto a favorire le sinergie operative fra i coordinatori delle attività di **gestione del rischio clinico** delle Aziende Sanitarie nell'ottica di una omogenea applicazione delle indicazioni nazionali e regionali, mettendo a punto i necessari strumenti operativi (primo tra tutti lo sviluppo e la standardizzazione documentale del sistema di *Incident Reporting*), nonché di una implementazione sistemica delle Raccomandazioni Ministeriali.

L'Azienda partecipa – tramite i propri professionisti e operatori – a specifica attività formativa sulle problematiche della sicurezza delle cure, volta alla condivisione ed utilizzo di strumenti specifici per la gestione del rischio clinico (secondo le Linee di Indirizzo Regionali adottate con DGR n.127 del 13/02/2019). Sul punto, vedasi anche il Par. 4.1 e il Par. 4.1.1.

#### **1.4.2 – Trasparenza e responsabilità del risultato**

L'Azienda assicura la trasparenza del proprio operato sia garantendo l'esercizio del **diritto di accesso** nei termini di legge sia implementando l'informazione ai cittadini per favorire forme diffuse di controllo ed una maggiore *accountability*, e quindi per dare costantemente conto del corretto utilizzo delle risorse pubbliche nel perseguimento degli obiettivi di sistema.

La **trasparenza** intesa in senso ampio è funzionale anche alla **valutazione della performance**, comporta la **responsabilizzazione del personale** nel perseguimento dei risultati prefissati e anche per questo si correla alla verifica di coerenza dell'attività aziendale rispetto ai canoni di efficacia, economicità ed efficienza in cui si declina il principio costituzionale di buon andamento. In quest'ottica la trasparenza deve risultare immanente ad ogni attività e riguardare i processi decisionali nel loro divenire e non solo i relativi esiti finali. Deve infatti rendere verificabili con semplicità la conformità alle regole e le responsabilità per i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi dati, così inverando quella concezione dinamica di amministrazione (la cd. "amministrazione di risultato") che, specie nei servizi pubblici essenziali, assegna un ruolo decisivo e centrale non solo alle modalità con cui gli interessi pubblici primari sono stati perseguiti ma anche al livello di loro effettivo conseguimento.

Per questo è assicurata una costante e trasparente verifica dell'operato aziendale non solo sotto il profilo della conformità alle norme, ma anche in termini di adeguatezza ed efficacia; con i conseguenti e doverosi riflessi sulle relative responsabilità.

### 1.4.3 – Equilibrio economico

Il governo aziendale richiede integrazione tra la dimensione clinica e la dimensione economica, nell'ottica di garantire i LEA in termini qualitativi e quantitativi, sempre considerando l'esigenza di **equilibrio economico** che comporta per l'Azienda l'implementazione di adeguati strumenti organizzativi (sistemi di responsabilità definiti e meccanismi operativi per il loro funzionamento). Invero, il governo economico – finanziario dell'Azienda ha la funzione di presidiare la compatibilità tra i livelli assistenziali programmati e l'allocazione/disponibilità delle risorse per l'esercizio delle funzioni di produzione e committenza nonché di assicurare l'**efficiente impiego delle risorse** stesse ai fini del perseguimento dell'equilibrio economico attraverso l'utilizzo dei budget assegnati e, se del caso, mediante possibili **azioni di efficientamento** da parte del *management* aziendale in grado di fare fronte alla contrazione delle risorse, all'aumento dei costi di produzione e all'incremento dei bisogni.

In tale quadro, PNRR e DM 77/2022 rappresentano per lo stesso *management* un contributo atto a sostenere un processo di riallocazione delle risorse e di ridisegno dei servizi nell'ambito delle reti di offerta, con recuperi di efficienza possibili in un contesto strutturalmente mutato (qual è, appunto, quello della riforma del SSR), adattando il proprio posizionamento strategico alla programmazione regionale - in essere e nel suo divenire - nonché alle linee di indirizzo di cui alla DGRM n. 1291 del 09/08/2024 (che prevede una graduale implementazione - per "fasi" - dell'assetto funzionale e organizzativo delle aziende e degli enti del SSR).

Per quanto attiene, in particolare, al "Governo economico" si fa rinvio al Par. 4.1.2.

## CAPITOLO 2 - ORGANI

Sono Organi dell'Azienda, ai sensi dell'art.3, comma 1-*quater*, del D.Lgs. 502/1992 e dell'art. 25, comma 1, della L.R. 19/2022, il Direttore Generale, il Collegio di Direzione ed il Collegio Sindacale.

### 2.1 – Direttore Generale

Il Direttore Generale ha la rappresentanza legale dell'Azienda, assicura il perseguimento della *mission*, garantisce il governo complessivo dell'organizzazione attraverso i poteri di gestione riconosciuti dalla legge ed è responsabile dei risultati di gestione conseguiti in riferimento agli indirizzi e agli obiettivi fissati, in termini di efficacia e di economicità dell'azione amministrativa e di ottimale utilizzo delle risorse, avvalendosi a tal fine di apposite strutture organizzative.

Il Direttore generale assicura le funzioni di direzione dell'Azienda previste dalla normativa vigente in materia. In particolare:

- a) elabora le strategie aziendali e la loro specificazione attraverso gli strumenti di programmazione e di controllo della gestione;
- b) persegue il raggiungimento e il costante miglioramento di condizioni gestionali tali da garantire la uniforme ed efficace tutela della salute;
- c) assicura l'efficiente impiego delle risorse e il perseguimento dell'equilibrio economico dell'Ente attraverso l'utilizzo dei budget assegnati, nonché attraverso azioni di efficientamento previste quale obiettivo strategico all'atto della nomina;
- d) gestisce e valorizza il patrimonio dell'Ente;
- e) adotta tutti i provvedimenti che si rendono necessari per la conduzione unitaria dell'Ente.

Le funzioni del Direttore Generale sono esercitate attraverso l'adozione di atti e provvedimenti amministrativi o, nei casi previsti dalla normativa vigente, con atti di diritto comune.

Il Direttore Generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo e dal Consiglio dei sanitari (ex art.3, comma 6, del D.Lgs. 502/1992) e, comunque, nei casi previsti dalla legge.

Gli atti del Direttore Generale sono adottati sotto forma di "determine" secondo quanto espressamente previsto dal sistema regionale.

Sono di esclusiva competenza del Direttore Generale, e come tali non suscettibili di delega ai dirigenti, gli atti in cui si sostanzia il potere di indirizzo, programmazione e controllo e, precisamente:

- a) Atto aziendale e relativi aggiornamenti e/o modifiche, nel rispetto delle disposizioni regionali in merito a contenuti e procedure di perfezionamento;

- b) atti di indirizzo, di direttiva e di coordinamento delle attività aziendali, ivi compresi quelli riguardanti materie oggetto di delega dirigenziale;
- c) atti a contenuto generale e/o regolamentare di rilievo organizzativo e/o funzionale;
- d) atti riguardanti la definizione dell'organigramma aziendale, i livelli e i centri di responsabilità e di costo;
- e) atti di pianificazione, di programmazione e di attribuzione delle risorse (umane, strumentali e finanziarie), previsti da disposizioni di legge statale e/o regionale;
- f) atti di nomina, di sospensione o di decadenza del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Socio-sanitario;
- g) atto di nomina dei componenti del Collegio Sindacale;
- h) atto di nomina del Collegio di Direzione;
- i) atti di indizione delle elezioni e di nomina del Consiglio dei Sanitari;
- j) atti di nomina dei Direttori di Dipartimento;
- k) atti di nomina dei Direttori di Distretto;
- l) atti di costituzione e/o di nomina di organi e di organismi interni;
- m) atti di nomina o di designazione di rappresentanti dell'Azienda in altri organismi;
- n) atti di costituzione di Uffici o di Servizi previsti da specifiche disposizioni di legge;
- o) atti di nomina di Responsabili previsti da specifiche discipline settoriali;
- p) atto di adozione del bilancio pluriennale di previsione;
- q) atto di adozione del bilancio preventivo economico annuale e relative variazioni;
- r) atto di adozione del bilancio di esercizio e relative variazioni;
- s) atti inerenti alla destinazione degli eventuali avanzi di esercizio;
- t) atti relativi all'acquisizione, all'amministrazione e alla cessione dei beni patrimoniali aziendali e, più in generale, a modificazioni dello stato patrimoniale dell'Azienda, ivi compresa la costituzione di diritti reali e accensione di mutui. Rientrano in tale voce anche gli atti riguardanti: accettazione di donazioni, di eredità e legati semplici o gravati da oneri e/o modi; alienazione di beni immobili/beni mobili iscritti in pubblici registri, reinvestimento dei relativi proventi e costituzione di diritti reali; accettazione e cessione in comodato o prestito d'uso di beni mobili ed immobili, locazione di immobili;
- u) atti per anticipazioni di cassa, vincoli di disponibilità di cassa, svalutazione di crediti aziendali;
- v) atti di conferimento e revoca degli incarichi di responsabilità direzionale o dirigenziali, ivi compresi gli incarichi di funzione (personale Comparto);
- w) atti di conferimento della rappresentanza e difesa dell'Azienda nei procedimenti stragiudiziali e giudiziali di ogni ordine e grado, ivi comprese relative conciliazioni e transazioni;

- x) atti relativi a transizioni e di composizione in via bonaria delle fattispecie conflittuali;
- y) atti che impegnano l'Azienda nei confronti degli organi ministeriali e regionali, degli enti locali, delle università e delle autorità terze, anche comportanti la stipula di accordi, intese, convenzioni;
- z) atti inerenti accordi/intese istituzionali di programma, protocolli d'intesa, convenzioni, accordi contrattuali disciplinanti l'erogazione dei servizi e prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera/specialistica ambulatoriale, nonché di altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, che vengono effettuate, per conto ed a carico del SSR, da parte di strutture erogatrici pubbliche e di strutture private accreditate;
- aa) atti relativi a procedure per l'affidamento di appalti di lavori, servizi e forniture, fatti salvi i casi in cui, la competenza sia assegnata in via delegata ai dirigenti;
- bb) atti relativi a procedure concorsuali o selettive per l'assunzione di personale nonché altri atti volti al reclutamento di risorse umane quali, a titolo esemplificativo, quelli relativi a mobilità in entrata, comandi, chiamata tramite il Centro per l'Impiego, incarichi di collaborazione esterna e borse di studio e/o altri istituti previsti da disposizioni di legge statali e/o regionali, fatti salvi i casi in cui, per espressa previsione regolamentare, la competenza sia assegnata in via delegata ai dirigenti;
- cc) atti di nomina della delegazione trattante di parte pubblica;
- dd) atti di recepimento degli accordi/contratti integrativi con le Organizzazioni Sindacali e di stipula dei Contratti Collettivi Integrativi Aziendali;
- ee) atti relativi alla determinazione della consistenza dei fondi aziendali contrattuali;
- ff) atto di approvazione del Documento di Valutazione dei Rischi;
- gg) adozione della relazione sanitaria aziendale di cui all'articolo 19 della l.r.19/2022;
- hh) ogni altro atto previsto dalla normativa vigente.

Il Direttore Generale, salva la ripartizione di competenze operata da specifici atti normativi o regolamentari, anche in aderenza ai principi di cui al TU 165/2001 e ss.mm.ii., può delegare le proprie funzioni gestionali al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario, al Direttore Socio-Sanitario ed ai Dirigenti aziendali, secondo quanto previsto al Par.4.1.3 del presente Atto aziendale ("sistema delle deleghe").

### **2.1.1 – Direttore amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore Socio-sanitario**

Il Direttore Generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal **Direttore Amministrativo** e dal **Direttore Sanitario**, in riferimento agli ambiti di rispettiva competenza, secondo le previsioni di cui all'art.3 del D.Lgs. 502/1992 nonché dell'art.29 della l.r. 19/2022.

Il Direttore Amministrativo dirige i servizi amministrativi; il Direttore Sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al Direttore generale

sugli atti relativi alle materie di competenza. Essi partecipano, unitamente al Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni loro attribuite e concorrono, con la formulazione di proposte e pareri, alla formazione delle decisioni della Direzione generale, con particolare riferimento alla pianificazione, al coordinamento, al monitoraggio e alla verifica dei percorsi e dei processi relativi alle aree di rispettiva competenza.

Il Direttore Generale è, altresì, coadiuvato dal **Direttore Socio-Sanitario** con compiti di direzione e di coordinamento delle attività di integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3-*septies* del D.lgs. 502/1992, con particolare riferimento agli aspetti organizzativi dei servizi sociali e socio-sanitari.

Il Direttore amministrativo, il Direttore sanitario e il Direttore Socio-Sanitario sono nominati dal Direttore generale, nel rispetto dei requisiti e delle modalità previsti dalla normativa statale vigente.

## **2.2 – Collegio di Direzione**

### **2.2.1 – Istituzione e composizione**

Ai sensi dell'art.17 del D.Lgs. 502/92 e ss.mm.ii. nonché dell'art.27, comma 1, della L.R. 19/2022 presso l'Azienda è istituito il Collegio di Direzione quale organo dell'Azienda per lo svolgimento delle funzioni ivi previste nonché per l'esercizio di ogni altra funzione stabilita dalla normativa statale, come meglio precisate al successivo paragrafo 2.2.2.

La composizione del Collegio di direzione è demandata – sulla base delle disposizioni sopra richiamate – alla Giunta regionale “ *... in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nell'ente, prevedendo comunque, al fine di favorire l'integrazione delle attività territoriali ospedaliere e di prevenzione, la partecipazione dei direttori di distretto, di dipartimento e di presidio, nonché dei coordinatori degli ambiti territoriali sociali (ATS) di cui alla l.r. 32/2014. La Giunta regionale ne disciplina altresì le competenze e i criteri di funzionamento.*” (art.27, comma 2).

Con DGRM n.1628 del 28/10/2024 sono state adottate disposizioni in ordine alla composizione, alle competenze e ai criteri di funzionamento dei Collegi di Direzione degli Enti del SSR.

Ciò premesso onde garantire la partecipazione di tutte le figure professionali e al fine di favorire l'integrazione delle attività territoriali ospedaliere e di prevenzione, il Collegio di Direzione è costituito nella seguente composizione minima:

- Direttore Generale, con funzioni di Presidente;
- Direttore Sanitario;
- Direttore Amministrativo;
- Direttore Socio-sanitario;

- Direttori Medici degli Stabilimenti Ospedalieri;
- Direttore Amministrativo del Presidio Ospedaliero;
- Direttori di Dipartimento;
- Coordinatore Area Sanità Umana;
- Coordinatore Area Veterinaria e Sicurezza Alimentare;
- Coordinatore Aree Professioni Sanitarie;
- Direttori di Distretto;
- Coordinatori degli Ambiti Territoriali Sociali – ATS.

In relazione alla specificità degli argomenti all'ordine del giorno, possono essere invitati a partecipare alle riunioni del Collegio, senza diritto di voto, dirigenti e operatori dell'Ente in ragione delle competenze professionali e degli incarichi ricoperti.

L'Azienda - sentiti gli altri Enti del SSR - può assumere l'iniziativa di convocare il Collegio di Direzione, in seduta congiunta con i Collegi di Direzione dei rispettivi predetti Enti, per la trattazione di argomenti di comune interesse e di aspetti inerenti ai Dipartimenti nonché ai programmi interaziendali.

Alla costituzione del Collegio di Direzione si provvede con atto del Direttore Generale.

Ai componenti del Collegio non è corrisposto alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese, in quanto la partecipazione ad ogni seduta rientra tra i compiti istituzionali.

### **2.2.2 - Funzioni**

Il Collegio di Direzione, quale Organo tecnico-consultivo, costituisce la prima sede di analisi, confronto e coordinamento tra la Direzione Generale ed i Direttori e Responsabili delle strutture organizzative aziendali nell'elaborazione delle linee di sviluppo dell'Azienda.

Il Collegio di Direzione concorre al governo delle attività cliniche ed è consultato obbligatoriamente dal Direttore Generale su tutte le questioni ad esso attinenti.

Il Collegio di Direzione, inoltre:

- partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione ed alla elaborazione di soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero professionale intramuraria, in particolare per l'individuazione degli spazi da dedicare per l'esercizio di tale attività;
- concorre allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'Azienda, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni;
- partecipa alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati;

- esprime parere in ordine al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio della libera professione da parte di proprio personale in altra struttura dello stesso Ente o in una disciplina equipollente (ex art. 5, comma 4, del DPCM 27/3/2000).

Il Collegio di Direzione designa un componente, in conformità alla normativa vigente per la costituzione delle Commissioni esaminatrici di concorso pubblico del personale non dirigenziale del Comparto sanità (ex art. 28, comma 2, del DPR 220/2001).

Il Collegio di Direzione esprime ogni altro parere su richiesta del Direttore Generale.

### **2.2.3 - Modalità di funzionamento**

Il Collegio di Direzione è convocato dal Direttore generale, che lo presiede.

La segreteria del Collegio supporta il Direttore Generale nella convocazione delle riunioni, anche attraverso la raccolta di proposte per la formazione dell'ordine del giorno, la predisposizione e l'invio dei materiali occorrenti per i lavori del Collegio, si occupa della registrazione dei presenti e della verbalizzazione delle riunioni, gestisce l'archiviazione della documentazione.

Il Collegio di Direzione viene riunito, di norma, con cadenza almeno bimestrale in seduta ordinaria e, comunque, ogni qualvolta si renda necessario nonché su richiesta motivata della metà più uno dei componenti aventi diritto di voto.

Il Collegio di Direzione si riunisce su convocazione scritta contenente la data, l'ora di inizio e quella indicativa di chiusura, la sede nonché gli argomenti all'ordine del giorno. In corso di seduta l'ordine del giorno può essere integrato con inserimento di argomenti la cui trattazione risulti necessaria per esigenze sopravvenute.

La convocazione deve essere comunicata in tempo congruo rispetto alla data fissata per la seduta, con almeno 5 (cinque giorni) di preavviso; nei casi di urgenza la convocazione può essere verbale, con preavviso di almeno 24 (ventiquattro) ore.

Lo svolgimento delle riunioni può avvenire anche in modalità telematica nei termini stabiliti al successivo Par. 2.2.3.1.

In caso di assenza o impedimento del componente titolare a partecipare alle riunioni, questi è tenuto a darne preventiva comunicazione alla segreteria del Collegio avendo cura, altresì, di delegare con atto formale il proprio sostituto. In caso di assenza o impedimento del Presidente, le funzioni di Vice Presidente sono assunte dal Direttore Sanitario.

Le sedute del Collegio di Direzione sono validamente costituite quando vi partecipi almeno la metà più uno dei componenti aventi diritto di voto (*quorum* costitutivo).

Per la validità delle decisioni assunte dal Collegio e per i pareri obbligatori è necessaria la maggioranza assoluta ossia la metà più uno dei componenti aventi diritto di voto; per ogni altro parere è prevista la maggioranza semplice, ossia la metà più uno dei presenti con diritto di voto (*quorum* deliberativo).

I pareri dovranno essere resi dal Collegio entro un congruo termine, di norma entro 15 (quindici) giorni dalla formalizzazione della richiesta; trascorso inutilmente il termine assegnato, i pareri si intenderanno favorevolmente acquisiti.

L'eventuale adozione da parte del Direttore Generale di atti o provvedimenti in difformità alle decisioni espresse dal Collegio dovrà essere adeguatamente motivata e le ragioni dovranno essere comunicate al Collegio medesimo.

Le sedute del Collegio non sono pubbliche. Il voto è espresso, di norma, in forma palese, fatti salvi i casi di giudizi riguardanti persone o di richiesta di votazione a scrutinio segreto espressa da parte di almeno un terzo dei componenti presenti con diritto di voto. Il voto del Presidente prevale, in caso di parità, nelle votazioni palesi.

I casi di astensione obbligatoria dalle votazioni sono disciplinati dalle leggi vigenti cui si fa espresso rinvio.

Delle sedute del Collegio di Direzione è redatto apposito resoconto/verbale contenente una sintesi dei temi trattati e le decisioni assunte; a ciò provvede la Segreteria che curerà, altresì, ogni eventuale comunicazione degli esiti della seduta oltre che la conservazione ed archiviazione della relativa documentazione.

### **(segue) 2.2.3.1 - Svolgimento delle sedute/riunioni in modalità telematica**

Per "riunioni in modalità telematica" nonché per "sedute telematiche", si intendono le riunioni del Collegio di Direzione per le quali è prevista la possibilità che i componenti dell'organo partecipino anche a distanza; tale modalità deve essere specificatamente prevista al momento dell'indizione della riunione.

La partecipazione a distanza alle riunioni presuppone la disponibilità di una casella di posta elettronica istituzionale, idonea a trasmettere la comunicazione nel tempo prefissato di riunione ed a consentire a tutti i partecipanti alla riunione la possibilità di:

- a) prendere visione degli atti della riunione;
- b) trasmettere pareri sugli atti in discussione;
- c) inviare i documenti inerenti all'ordine del giorno;
- d) esprimere il proprio voto sull'argomento posto in votazione.

La seduta telematica può essere utilizzata per assumere decisioni per le quali non si presupponga la necessità di discussione collegiale in presenza.

La convocazione delle sedute/riunioni deve essere inviata tramite posta elettronica ai componenti dell'Organo nei termini stabiliti al precedente Par. 2.2.3, assicurando le procedure di avvenuta lettura della convocazione.

La convocazione dovrà indicare i termini entro i quali i destinatari dovranno esprimere il proprio parere.

La convocazione dovrà contenere altresì l'indicazione dell'eventuale strumento informatico di collaborazione e condivisione documentale che potrà essere usato per la partecipazione a distanza.

Alle convocazioni dovrà essere dato riscontro con conferma di avvenuta ricezione. La mancata "presa visione" o "conferma di ricezione" equivale ad assenza; la mancata risposta affermativa o negativa, invece equivale ad astensione.

Per la validità dell'adunanza telematica restano fermi i requisiti di validità richiesti per l'adunanza ordinaria (*quorum* strutturale e *quorum* funzionale). La sussistenza di tali requisiti è verificata e garantita dal Presidente dell'Organo e dal Segretario che ne fa menzione nel verbale di seduta.

Alle sedute telematiche si applicano le stesse modalità di funzionamento previste per le sedute ordinarie di cui al precedente Par. 2.2.3.

### **2.3 – Collegio Sindacale**

Il Collegio sindacale, quale Organo collegiale dell'Azienda, è composto da tre componenti nominati dal Direttore Generale sulla base delle designazioni di spettanza dei soggetti istituzionali, secondo le indicazioni contenute nelle specifiche disposizioni di livello statale e/o regionali vigenti.

Il Collegio sindacale dura in carica tre anni decorrenti dalla data del suo insediamento.

Il Collegio Sindacale esercita le funzioni di vigilanza e controllo previste dall'art. 3-ter del D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii. e, precisamente:

- a) verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;
- b) vigila sull'osservanza della legge;
- c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- d) riferisce almeno trimestralmente alla regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'Azienda alla Conferenza dei sindaci.

I componenti del Collegio sindacale possono procedere anche individualmente ad atti di ispezione e controllo.

Per quanto non previsto, si fa espresso rinvio alle disposizioni di livello statale e regionale in materia.

## **CAPITOLO 3 – ORGANISMI CONSULTIVI, DI VERIFICA E DI PARTECIPAZIONE**

### **3.1 – Consiglio dei sanitari**

Presso l'Azienda è istituito - ai sensi dell'art.3, comma 12, del D.Lgs. 502/1992 e dell'art.30 della L.R. n.19/2022 - il Consiglio dei sanitari quale organismo elettivo con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria, presieduto dal Direttore sanitario.

Il Consiglio dei sanitari è nominato con determina del Direttore Generale per la durata in carica di tre anni.

Conformemente a quanto previsto dalla normativa sopra richiamata, il Consiglio dei sanitari fornisce **parere obbligatorio** per gli aspetti tecnico-sanitari e di assistenza sanitaria concernenti:

- a) l'atto di organizzazione di cui all'articolo 24 della L.R.19/2022 e gli altri atti dallo stesso eventualmente indicati;
- b) i Piani attuativi di cui all'articolo 16 della L.R.19/2022;
- c) la relazione sanitaria di cui all'articolo 19 della L.R. 19/2022;
- d) i programmi di acquisto degli impianti e delle attrezzature sanitarie.

Il Consiglio dei sanitari può, altresì, essere chiamato a esprimere il proprio parere a seguito di formale richiesta del Direttore generale, del Direttore sanitario o del Direttore socio-sanitario.

Il Consiglio dei Sanitari partecipa, in forma propositiva, alla formulazione di proposte per il miglioramento dell'organizzazione dei servizi in funzione del conseguimento di una maggiore funzionalità ed efficienza degli stessi ed esercita ogni altra funzione a esso attribuita dalle leggi e dai regolamenti.

La definizione della composizione e del funzionamento del Consiglio dei sanitari nonché delle modalità di elezione dello stesso sono demandate – per espressa previsione normativa (ex art.30, comma 2, L.R. 19/2022) – ad apposito atto della Giunta regionale (vedasi DGRM n. 1582 del 23 ottobre 2024 ad oggetto: "Art. 3 Decreto Legislativo 502/1992 e Art. 30 Legge regionale 19/2022 – Definizione della composizione, della modalità di elezione e di funzionamento del Consiglio dei Sanitari degli Enti del SSR").

#### **3.1.1 - Composizione**

Il Consiglio dei sanitari è composto come segue:

- a) una rappresentanza del personale sanitario laureato non medico (farmacista, psicologo, biologo, fisico, chimico;
- b) una rappresentanza del personale medico veterinario;

- c) una rappresentanza del personale del servizio delle professioni sanitarie – area infermieristica/ostetrica;
- d) una rappresentanza del personale del servizio delle professioni sanitarie – area tecnico/sanitaria;
- e) una rappresentanza del personale del servizio delle professioni sanitarie – area della riabilitazione;
- f) una rappresentanza del personale del servizio delle professioni sanitarie – area della prevenzione;
- g) una rappresentanza del personale del servizio sociale professionale;
- e) una rappresentanza del personale medico di ciascuno degli Stabilimenti ospedalieri afferenti al Presidio ospedaliero;
- f) una rappresentanza del personale medico dei servizi del territorio;
- g) una rappresentanza dei medici di medicina generale convenzionati;
- h) una rappresentanza dei medici pediatri di libera scelta convenzionati;
- i) una rappresentanza della medicina specialistica convenzionata;
- k) una rappresentanza del personale della continuità assistenziale.

Il Consiglio dei Sanitari è presieduto dal Direttore Sanitario dell'AST che ne è membro di diritto. Il Direttore Sociosanitario, i Direttori di Distretto, i Direttori di Dipartimento, il Direttore di Presidio e i Direttori degli Stabilimenti ospedalieri, il Coordinatore Aree delle Professioni Sanitarie, possono partecipare, senza diritto di voto, alle sedute del Consiglio.

La specificazione in dettaglio del numero e degli eventuali profili dei rappresentanti nonché l'eventuale integrazione della composizione è demandata ad apposito Regolamento aziendale in attuazione delle richiamate disposizioni di cui alla DGRM n. 1582/2024.

### **3.1.2 – Modalità di funzionamento**

Il Consiglio dei Sanitari dura in carica 3 (tre) anni decorrenti dalla data del relativo insediamento. Allorché decaduto, il Consiglio dei Sanitari conserva le proprie funzioni sino all'insediamento del nuovo Consiglio. Le relative elezioni sono indette dal Direttore Generale con congruo anticipo. Sono dichiarati decaduti dalla carica i componenti per i quali vengano meno i requisiti previsti per la loro elezione.

Il Consiglio dei Sanitari è convocato e presieduto dal Direttore Sanitario dell'Azienda. Il Consiglio dei Sanitari è, altresì, convocato quando ne faccia richiesta almeno 1/3 dei componenti. In caso di impossibilità di un componente a partecipare alle riunioni, questi è tenuto a darne preventiva e motivata comunicazione.

Il componente che, senza giustificazione, non partecipa per un numero di tre sedute consecutiva, viene dichiarato decaduto, su proposta del Presidente, dal Direttore generale che, contestualmente, procede alla sua sostituzione.

I componenti elettivi, a qualunque titolo cessati o decaduti, sono sostituiti dal Direttore Generale mediante l'utilizzo delle graduatorie, individuando il primo dei non eletti della rispettiva categoria professionale. Le relative graduatorie restano valide fino alla naturale scadenza del Consiglio dei Sanitari.

L'Azienda definisce, con apposito Regolamento, le forme e i tempi di convocazione, assicurando che la stessa abbia luogo entro un termine congruo rispetto alla data fissata per la seduta e prevedendo nel contempo, per motivate esigenze, la convocazione del Consiglio in via d'urgenza, nonché gli aspetti di dettaglio inerenti il funzionamento dell'Organismo, quali le modalità di tenuta delle sedute, di espressione del voto e quant'altro necessario.

Il Consiglio dei Sanitari è validamente riunito quando è presente la maggioranza (metà più uno) dei componenti in carica. Le sedute del Consiglio non sono pubbliche. Il voto è espresso in forma palese.

Ai fini della validità delle decisioni assunte dal Consiglio, si deve prevedere per:

- i **pareri obbligatori**, la maggioranza assoluta, ovvero metà più uno dei componenti aventi diritto di voto;
- per **altri pareri**, la maggioranza semplice, ovvero la metà più uno dei presenti con diritto di voto.

Per decisioni che riguardino le persone, il Direttore Sanitario dispone la votazione a scrutinio segreto, se richiesta dalla maggioranza dei presenti.

I pareri obbligatori ai sensi dell'art.3, comma 12, del D. Lgs. 502/1992 e dell'art.30, comma 3, della Legge regionale 19/2022, nonché i pareri richiesti ai sensi dell'art. 30, comma 4, della Legge regionale 19/2022, sottoscritti dal Presidente e dal Segretario verbalizzante, sono resi - come stabilito dall'art. 30, comma 5, della Legge regionale 19/2022 - entro trenta giorni dal ricevimento dei provvedimenti o delle richieste, decorsi i quali il parere si intende favorevole. Il Direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso.

Le attività di segreteria sono affidate a personale dipendente dell'Azienda.

Ai componenti del Consiglio dei Sanitari non spetta alcun compenso.

### **3.1.3 – Modalità di svolgimento delle elezioni**

Le elezioni sono indette con provvedimento del Direttore Generale, nel quale si stabilisce la data e l'orario, la sede/le sedi di svolgimento delle operazioni di voto, le modalità di elezione nonché la nomina della Commissione elettorale. Di tale provvedimento deve essere data adeguata pubblicità.

Nell'ambito dell'apposito Regolamento aziendale di cui al precedente par.3.1.1, saranno anche disciplinati gli aspetti relativi alla costituzione e compiti della Commissione elettorale e dei Seggi elettorali, all'elettorato attivo e passivo, alle modalità di espressione del voto, alla proclamazione degli eletti e all'insediamento dell'ufficio, in attuazione delle richiamate disposizioni di cui alla DGRM n. 1582/2024.

### **3.2 – Organismo Indipendente di Valutazione della performance**

Presso l'Azienda è istituito, ai sensi degli artt.14 e 14-*bis* del D.Lgs.150/2009 e ss.mm.ii., l'Organismo Indipendente di Valutazione della performance, secondo modalità e composizione definite dal Dipartimento della funzione pubblica.

L'Organismo esercita, in piena autonomia, le seguenti funzioni:

- a) monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi;
- b) comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei conti e al Dipartimento della funzione pubblica;
- c) valida la Relazione annuale sulla performance, a condizione che la stessa sia redatta in forma sintetica, chiara e di immediata comprensione ai cittadini e agli altri utenti finali e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione;
- d) garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione della performance individuale dei dirigenti e del personale responsabile di una unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità con particolare riferimento alla significativa differenziazione dei giudizi (in ordine alla valutazione dei propri collaboratori), nonché dell'utilizzo dei premi, secondo quanto previsto dal richiamato D.Lgs.150/2009, dai Contratti Collettivi Nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni all'Azienda, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
- e) propone, sulla base del sistema misurazione e valutazione della performance, alla Direzione Generale la valutazione annuale dei dirigenti e l'attribuzione ad essi dei premi correlati;
- f) è responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dal Dipartimento della funzione pubblica;
- g) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;
- h) verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

Con particolare riguardo alla Relazione sulla Performance di cui alla precedente lett. c), la prevista validazione a cura dell'OIV tiene conto *anche delle risultanze delle valutazioni realizzate con il coinvolgimento dei cittadini o degli altri utenti finali per le attività e i servizi rivolti, nonché, ove presenti, dei risultati prodotti dalle indagini svolte dalle agenzie esterne di valutazione e dalle*

*analisi condotte dai soggetti appartenenti alla rete nazionale per la valutazione delle amministrazioni pubbliche, di cui al decreto emanato in attuazione dell'articolo 19 del decreto-legge n. 90 del 2014, e dei dati e delle elaborazioni forniti dall'amministrazione, secondo le modalità indicate nel sistema di cui all'articolo 7 (ex art.14, comma 4-bis).* La validazione della Relazione sulla performance è, inoltre, condizione inderogabile per l'accesso agli strumenti per premiare il merito (ex art.14, comma 6).

Nell'esercizio delle funzioni suindicate, l'OIV ha accesso a tutti gli atti e documenti in possesso dell'amministrazione, utili all'espletamento dei propri compiti, nel rispetto della disciplina in materia di protezione dei dati personali. Tale accesso è garantito senza ritardo. L'Organismo ha, altresì, accesso diretto a tutti i sistemi informativi dell'amministrazione, ivi incluso il sistema di controllo di gestione, e può accedere a tutti i luoghi all'interno dell'amministrazione, al fine di svolgere le verifiche necessarie all'espletamento delle proprie funzioni, potendo agire anche in collaborazione con gli organismi di controllo di regolarità amministrativa e contabile dell'amministrazione. Nel caso di riscontro di gravi irregolarità, l'Organismo indipendente di valutazione effettua ogni opportuna segnalazione agli organi competenti (ex art.14, comma 4-ter).

La **connessione fra gli obiettivi di performance e le misure di trasparenza** trova conferma nel D.lgs. 33/2013 e ss.mm.ii., ove si afferma che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi e individuali (art. 10). L'OIV, in particolare, è tenuto a verificare la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e quelli indicati nel Piano della Performance, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance (art. 44). L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al RPCT, è svolta con il coinvolgimento dell'OIV, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento (art. 43).

L'OIV, inoltre, esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento aziendale e quindi sui relativi aggiornamenti (ex art. 54, comma 5, del D.Lgs. 165/2001 e ss.mm.ii.).

Presso l'Organismo Indipendente di Valutazione è costituita una **struttura tecnica permanente per la misurazione della performance** (ex art.14, commi 9 e 10, D.Lgs.150/2009), attiva nell'ambito della Unità Organizzativa Controllo di Gestione.

### **3.3 – Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni**

Secondo quanto previsto dall'art.57 del D.Lgs. n.165/2001 e ss.mm.ii. nonché dalle relative disposizioni di attuazione, l'Azienda costituisce al proprio interno il *Comitato unico di garanzia*

*per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (C.U.G)* che sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi o da altre disposizioni.

Il C.U.G. ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello dell'amministrazione e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione medesima, assicurando nel complesso la presenza paritaria di entrambi i generi. Il Presidente del C.U.G. è designato dall'Azienda.

Il Comitato ha compiti propositivi, consultivi e di verifica ed opera in collaborazione con la consigliera o il consigliere di parità dei livelli istituzionali di riferimento. Contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori.

*"La mancata costituzione del Comitato unico di garanzia comporta responsabilità dei dirigenti incaricati della gestione del personale, da valutare anche al fine del raggiungimento degli obiettivi"* (ex art.57, comma 5, D.Lgs. 165/2001).

Le modalità di funzionamento del Comitato sono disciplinate da linee guida contenute in specifiche direttive statali nonché da apposita regolamentazione interna (ex art.57, comma 4, D.Lgs.165/2001).

### **3.4 – Servizio Ispettivo Aziendale**

Il Servizio ispettivo Aziendale (di seguito, anche SIA), costituito ai sensi e per gli effetti di cui all'art.1, comma 62, della legge 662/1196, è organismo funzionale all'accertamento dell'osservanza da parte del personale dipendente delle disposizioni normative di livello statale e regionale, di natura contrattuale nonché regolamentari interne in materia di incompatibilità del rapporto di lavoro a tempo pieno e a tempo parziale, di attività libero professionale, di cumulo di impieghi e incarichi, di consulenze e consulti.

In coerenza alle disposizioni in materia di incompatibilità previste dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale e dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta e dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali interni, il Servizio Ispettivo aziendale procede ad accertare la sussistenza delle situazioni di incompatibilità in capo ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta titolari di rapporto convenzionale nell'ambito aziendale.

Nello svolgimento delle proprie funzioni, il Servizio ispettivo aziendale dovrà conformare l'attività a canoni di oggettività, imparzialità ed autonomia di giudizio, riservatezza dei dati e delle informazioni raccolte nel rispetto dei diritti dei soggetti sottoposti a verifica, garantendo a questi ultimi la partecipazione ed il contraddittorio procedimentale.

Al fine di prevenire possibili conflitti di interesse, trovano applicazione le disposizioni in tema di astensione di cui all'art. 51 c.p.c.

In ragione della specificità delle funzioni demandate al Servizio Ispettivo Aziendale dall'art. 1, comma 62 della legge 23.12.1996, n. 662, le stesse non investono l'esercizio delle funzioni disciplinari la cui titolarità resta in capo alle competenti Strutture aziendali nel rispetto delle relative norme di legge e regolamentari. Parimenti, il ruolo e i compiti assegnati al Servizio Ispettivo Aziendale non eliminano né sostituiscono compiti e responsabilità di controllo già previsti da disposizioni normative e interne in capo ad altri organismi e strutture interne, nei confronti dei quali il Servizio Ispettivo può svolgere un mero ruolo di consulenza anche informativa.

La costituzione del Servizio Ispettivo Aziendale è rimessa ad atto del Direttore Generale.

La composizione ed il funzionamento del Servizio Ispettivo aziendale sono disciplinati da apposita regolamentazione interna.

### **3.5 – Conferenza dei sindaci**

Ai sensi dell'art.9 della L.R. 19/2022, presso l'Azienda sanitaria territoriale è costituita la Conferenza dei sindaci quale organo di rappresentanza dei comuni, composto dai Sindaci dei Comuni ubicati nell'area di riferimento o dagli Assessori da essi delegati, per l'espressione dei bisogni di salute e di servizi alla persona nel territorio di competenza.

La Conferenza dei sindaci svolge le proprie funzioni tramite l'Organismo di rappresentanza, composto da quattro membri e dal Presidente della Conferenza stessa. Il Presidente viene eletto a maggioranza.

La Conferenza dei sindaci garantisce la concertazione e la cooperazione tra l'Azienda e gli Enti locali, anche attraverso la partecipazione ai processi di formazione degli atti regionali di programmazione in materia di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. In particolare:

- a) contribuisce a formulare, nell'ambito della programmazione regionale e delle risorse definite, le linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività, con particolare riguardo all'organizzazione della rete di offerta territoriale;
- b) esprime parere:
  - 1) sui Bilanci pluriennali di previsione, sui Bilanci economici preventivi, sui Bilanci di esercizio, sul progetto di Piano attuativo di cui all'articolo 16 della stessa l.r.19/2022;
  - 2) sui risultati conseguiti e sul raggiungimento degli obiettivi da parte del Direttore generale;

3) sull'articolazione territoriale dei Distretti;

c) verifica l'andamento generale dell'attività dell'Azienda sanitaria territoriale e lo stato di attuazione dei programmi, anche sulla base della relazione sanitaria di cui all'articolo 19 della L.R.19/2022.

La Conferenza dei sindaci esercita, altresì, ogni altra competenza a essa riservata dalla normativa statale e regionale.

Il parere è reso dalla Conferenza dei sindaci nel termine di venti giorni dalla richiesta, salva diversa disposizione normativa. Si procede indipendentemente dall'espressione del parere, ove questo non sia reso entro il predetto termine. I pareri della Conferenza dei sindaci sono in ogni caso trasmessi anche alla Giunta regionale.

Il funzionamento della Conferenza è disciplinato da un regolamento dalla stessa approvato sulla base degli indirizzi della Giunta regionale, previo parere del Consiglio delle autonomie locali. Il regolamento reca altresì la disciplina dell'Organismo di rappresentanza. Al riguardo, si dà evidenza che con DGRM n.1032 del 08/07/2024, come modificata dalla successiva DGRM n.1097 del 22/07/2024, la Giunta Regione Marche ha approvato le *"Linee di indirizzo regionali per la predisposizione dei Regolamenti disciplinanti il funzionamento della Conferenza dei Sindaci delle Aziende Sanitarie Territoriali"*.

### **3.6 - Comitato dei sindaci di distretto**

Il Comitato dei sindaci di distretto di cui all'articolo 3-*quater* del D.lgs. 502/1992 è l'organo di partecipazione alla programmazione socio-sanitaria a livello distrettuale (ex art.10 della L.R.19/2022).

Il Comitato dei sindaci è composto da tutti i Sindaci o dagli Assessori da essi delegati dei Comuni facenti parte del distretto, concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali (PAT), anche mediante il coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini. Il Comitato, in particolare:

- a) interviene nella predisposizione del Programma delle attività territoriali ai sensi di quanto previsto dal comma 4 dell'articolo 17 della richiamata L.R.19/2022;
- b) formula proposte e pareri alla Conferenza dei sindaci sulle linee di indirizzo e di programmazione dei servizi sanitari, ivi compresi quelli di carattere ospedaliero.

Il parere del Comitato dei sindaci di distretto è reso nel termine di venti giorni dalla richiesta. Si procede indipendentemente dall'espressione del parere, ove questo non sia reso entro il predetto termine.

Il Comitato dei sindaci di distretto, nell'esercizio delle proprie funzioni di indirizzo, proposta e verifica, si raccorda con la Conferenza dei sindaci.

Le modalità di organizzazione e di funzionamento del Comitato sono demandate, per espressa previsione normativa, ad apposito atto della Giunta regionale (ex art.10, comma 5, della L.R.19/2022).

### **3.7 – Comitato di partecipazione dei cittadini per la tutela della salute**

Come accennato al paragrafo 1.4.1 (*Centralità del cittadino*), l'Azienda assicura la partecipazione dei cittadini alle fasi di programmazione delle attività, erogazione dei servizi, valutazione della qualità dei servizi e tutela dei diritti degli utenti, valorizzando il ruolo del **Comitato di partecipazione dei cittadini alla tutela della salute** previsto dall'art.12 della L.R. 19/2022 e ss.mm.ii. e delle Associazioni di Volontariato.

Pertanto, presso l'Azienda è istituito il Comitato di partecipazione dei cittadini per la tutela della salute, al fine di:

- a) contribuire alla programmazione e alla pianificazione socio-sanitaria regionale, aziendale e territoriale;
- b) svolgere attività di verifica e di controllo sulla gestione dei servizi sanitari;
- c) monitorare le condizioni di accesso e di fruibilità dei servizi sanitari, nel rispetto dei principi di cui all'art. 1 della L.R.19/2022.

La composizione e le modalità di funzionamento del Comitato di partecipazione sono formalizzate con apposito atto del Direttore generale nel rispetto delle disposizioni contenute nello specifico Regolamento di Giunta regionale (ex art.12, comma 7, della L.R.19/2022).

Il Comitato può accedere alle informazioni relative al funzionamento del sistema sanitario regionale nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

La partecipazione è, altresì, finalizzata all'aggiornamento e all'attuazione delle Carte dei Servizi e alla realizzazione di adeguati meccanismi di informazione sulle modalità di accesso ai servizi medesimi, sulle prestazioni erogate e sulle relative tariffe; a tal fine, sono utilizzati sistemi di indicatori e sono attivati metodi di rilevazione della qualità percepita e di analisi di eventuali disservizi.

Una concreta partecipazione delle Associazioni dei pazienti e dei consumatori potrà poi manifestarsi anche nella costituzione di **Commissioni miste**, operatori e cittadini, finalizzate a valutare la qualità delle prestazioni e delle attività sanitarie erogate, a fronte di raccolte sistematiche di informazioni da parte degli utenti.

### **3.8 – Altri organismi**

In ottemperanza a specifiche norme e/o disposizioni statali, regionali e di natura contrattuale o in relazione ad intervenute esigenze aziendali, sono istituiti altri organismi finalizzati allo svolgimento di attività istituzionali.

## CAPITOLO 4 – GOVERNANCE E RELAZIONI ESTERNE AZIENDALI

### 4.1 - Caratteri della *governance*

Il governo aziendale si articola in distinti ambiti e funzioni, tra loro correlati e integrati, funzionali alla programmazione aziendale, all'organizzazione delle attività, alla realizzazione delle azioni previste nonché alla verifica dei risultati raggiunti.

Il governo clinico e il governo economico rappresentano le dimensioni essenziali e costitutive del governo aziendale, espressione diretta dei principi di autonomia e di responsabilità, anche attraverso la separazione tra funzioni di governo e di gestione.

Tra gli obiettivi principali delle funzioni di governo aziendale rientrano:

- l'attuazione della missione caratterizzante il ruolo dell'Azienda Sanitaria Territoriale nell'ambito del Sistema Sanitario;
- l'indicazione delle priorità d'intervento con allocazione delle relative risorse economico-finanziarie e strutturali;
- il perseguimento dell'efficienza aziendale da verificare costantemente anche mediante analisi comparative di tipo temporale e spaziale;
- l'efficacia dell'azione aziendale nel soddisfacimento dei bisogni e della domanda clinico-assistenziale.

L'Azienda dà attuazione agli interventi di riforma della sanità regionale, definiti in ambito normativo, organizzativo e relazionale, per un miglior esercizio della *governance* unitamente all'adeguamento del proprio ruolo e dell'organizzazione nel contesto di riferimento, in termini di differenziazione, integrazione dei servizi e rapporti con interlocutori istituzionali, *stakeholder*, Organizzazioni sindacali, cittadini e Associazioni di volontariato.

L'Azienda assume un modello di *governance* ispirato al riconoscimento delle reciproche responsabilità nell'ambito di un sistema complesso e in continua evoluzione, che quindi necessita di una costante revisione delle sue componenti fondamentali, per adeguarne la struttura ai bisogni di salute dei cittadini anche in previsione degli andamenti demografici.

Seguendo le linee programmatiche del PSSR, la riorganizzazione dell'Azienda, relativamente alle “**reti cliniche**”, identifica le linee di attività/produzione più significative, sulla base delle competenze e delle tecnologie presenti sul territorio e dei volumi minimi di attività necessari per garantire efficienza e qualità clinica, in coerenza con le indicazioni della normativa nazionale, al fine di garantire una completa presa in carico del paziente, appropriata e di qualità, con definizione di funzioni e responsabilità.

Nel sistema di *governance* aziendale rilevanza prioritaria è data alla valutazione della **qualità** e dell'**appropriatezza** dei servizi, con adeguati controlli, nell'interesse di tutti gli attori del sistema,

gli operatori, gli stakeholder, ma anche, e soprattutto, i cittadini; un sistema in grado di monitorare e promuovere l'efficacia e l'efficienza delle strutture e, al contempo, di rendere disponibili ai cittadini informazioni utili alle scelte relative alla propria salute.

Per questi motivi, l'Azienda privilegia le azioni volte a garantire la valutazione non solo della qualità e dell'appropriatezza dei servizi, ma anche a rafforzare la capacità delle strutture di prevenire il rischio clinico, a garantire l'aderenza alle linee guida clinico-organizzative, a favorire i processi di valutazione delle tecnologie (HTA).

In altri termini, non solo la qualità delle prestazioni in tema di salute, ma anche le modalità attraverso le quali esse vengono erogate, i risultati di *outcome* (finali) e con quale soddisfazione degli operatori e dei cittadini.

Nell'ambito della **governance clinica**, le strategie di **data governance** assumono un rilievo centrale per garantire qualità, efficienza e sicurezza delle prestazioni erogate.

**L'ottimizzazione dei flussi informativi** è fondamentale per una gestione integrata dei dati clinico-sanitari, che consente non solo una raccolta sistematica e completa delle informazioni ma anche la loro analisi e interpretazione al fine di orientare le decisioni strategiche aziendali.

Attraverso **l'implementazione di sistemi informativi interoperabili**, è possibile assicurare una circolarità delle informazioni tra le diverse unità operative, sia a livello territoriale che ospedaliero, consentendo una presa in carico integrata e personalizzata del paziente. I flussi informativi, infatti, sono progettati per raccogliere dati clinico-assistenziali in tempo reale, permettendo il monitoraggio continuo dei percorsi di cura e dei relativi esiti.

**L'interoperabilità dei sistemi** migliora l'efficienza operativa ed è in grado di assicurare continuità assistenziale senza interruzioni, riducendo il rischio di errori o duplicazioni nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

La **gestione ottimale dei flussi informativi** consente, inoltre, una rapida risposta alle analisi dei fabbisogni di salute, migliorando la capacità decisionale dei clinici e degli organi direzionali.

Nel contesto della governance clinica, la data governance assicura che i dati siano trattati con **integrità, sicurezza e tracciabilità**, in linea con le normative vigenti in materia di protezione dei dati.

I flussi informativi alimentano i **sistemi di valutazione della qualità**, risultando così essenziali per l'analisi delle **performance aziendali** e per la **trasparenza** verso gli *stakeholder* e quindi per il miglioramento della capacità aziendale a rispondere efficacemente (con evidenze chiare e misurabili) ai bisogni di salute della popolazione.

Costituiscono **obiettivi della clinical governance** aziendale l'ottimizzazione delle risorse, l'economicità nell'impiego delle risorse e l'abbattimento delle diseconomie, il miglioramento continuo delle prestazioni e la soddisfazione dell'assistito, lo sviluppo delle capacità organizzative

necessarie a erogare un servizio di assistenza sostenibile, responsabile, sicuro, tutelante ed incentivante per i professionisti, di qualità - intesa nella completezza delle sue dimensioni - e soprattutto incentrato sui pazienti.

In tale contesto, l'Azienda promuove i seguenti programmi e azioni trasversali e di supporto:

- **innovazione e digitalizzazione** per condurre le strutture organizzative, tramite investimenti in tecnologia, ad elevati *standard* di funzionamento e di sicurezza in chiave organizzativa, strutturale, tecnica e logistica nonché per consolidare l'integrazione dei sistemi di comunicazione e informazione, digitalizzando e semplificando i sistemi di supporto e le procedure amministrative, nonché per consentire analisi/valutazioni necessarie ad orientare le scelte e superare tempestivamente le criticità, con particolare riferimento alla digitalizzazione dei processi clinico assistenziali, alla telemedicina, al fascicolo sanitario elettronico (cfr. Par. 4.1.4);
- **adeguamento infrastrutturale** favorendo la piena attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), coerentemente alla implementazione del progetto regionale riguardante le principali realtà strutturali e infrastrutturali della sanità regionale (cfr. Par. 4.1.5);
- **qualificazione del personale e valorizzazione della ricerca** per adeguare e valorizzare le competenze manageriali, tecniche, professionali e digitali e le esperienze del personale, attraverso il potenziamento degli organici, l'incremento della formazione specialistica e il consolidamento delle competenze professionali nonché lo sviluppo delle attività di ricerca (cfr. Parr. 4.1.4 e 4.1.6).

#### **4.1.1 - Governo clinico**

La politica di attuazione del governo clinico richiede un approccio di sistema, realizzata tramite l'integrazione di alcuni determinanti che risultano specifici, interconnessi e complementari, come la **riqualificazione e aggiornamento continuo del personale, gestione del rischio clinico**, medicina e assistenza basata sull'evidenza connessa alla **ricerca e sviluppo**, creazione di **linee guida cliniche** e **percorsi assistenziali, audit clinici**, gestione dei reclami e dei contenziosi, comunicazione e gestione della documentazione, **verifica degli esiti**; il tutto prevedendo una stretta collaborazione multidisciplinare con il coinvolgimento dei pazienti e la valutazione del personale.

L'Azienda si è dotata di un **Sistema di Gestione della Qualità** integrato con tutte le funzioni coinvolte nel Governo Clinico (Formazione, *Risk Management*, URP, HTA, Ricerca Clinica, Autorizzazione ed Accredimento istituzionale, Controllo di Gestione, Direzione Medica del Presidio ospedaliero, Servizio delle Professioni Sanitarie, Direzioni dei Distretti e Direzione Socio Sanitaria) per creare la cultura diffusa della raccolta ed analisi sistematiche di dati significativi, utili ad un processo di miglioramento continuo.

Il governo clinico è la strategia mediante la quale l'Azienda si rende responsabile del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati *standard* assistenziali; la sua efficacia è condizionata dalla capacità di permeare tutti i livelli dell'organizzazione sanitaria: strutture e processi organizzativi, meccanismi di valutazione e finanziamento, *performance* e qualità assistenziali, formazione continua e valutazione professionale.

In ragione della complessità dell'organizzazione, l'Azienda persegue come duplice obiettivo:

- la promozione integrata della qualità assistenziale;
- l'efficienza, in relazione alla sostenibilità economica.

Il "governo clinico" e i relativi strumenti costituiscono il principale processo aziendale strategico al quale devono rapportarsi dinamicamente i processi e i sotto-processi di supporto ad esso connessi.

L'Azienda applica i principi e gli strumenti del governo clinico nella realizzazione di relazioni funzionali appropriate tra la componente clinico - assistenziale e quella organizzativo - gestionale, al fine di promuovere il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantenere elevati livelli di servizio anche in relazione agli obiettivi della riorganizzazione delle reti cliniche in ambito regionale e secondo gli *standard* quali - quantitativi definiti a livello statale, individuando altresì i *setting* di cura necessari ad assicurare le prestazioni sanitarie.

A sostegno e supporto del governo clinico, l'Azienda adotta un **sistema di monitoraggio** dei processi e degli esiti dell'assistenza erogata, provvedendo quindi all'adozione delle più opportune misure integrative e correttive. A tal fine, garantisce:

- un programma di miglioramento continuo della qualità mediante sistemi di certificazione e di accreditamento;
- lo sviluppo della medicina e dell'assistenza basata sulle evidenze (EBM e EBN) e cioè sulle prove di efficacia mediante l'implementazione di linee guida, protocolli, procedure e percorsi diagnostico-terapeutici;
- l'approccio multidisciplinare alle attività assistenziali privilegiando il lavoro in *team*;
- la responsabilizzazione mediante verifica dell'attività clinica e dell'*outcome* anche attraverso lo sviluppo sistematico dell'*audit* clinico;
- la sicurezza dei pazienti mediante un sistema aziendale di *risk management*;
- piani di formazione permanente per la qualità;
- la partecipazione dei cittadini alla verifica della qualità.

Viene, dunque, adottata una logica di **gestione per processi**, che, accanto alla definizione di *standard* qualitativi ed economici, consente un governo efficiente ed efficace dell'intero processo clinico - assistenziale e favorisce il costante monitoraggio della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni.

Per concorrere alla piena attuazione della riforma del SSR ed in aderenza alle Linee di indirizzo di cui alla DGRM n. 1291 del 09/08/2024, il presente Atto aziendale mette a sistema le diverse componenti del "governo clinico" con un loro **approccio integrato** ponendo al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizzando al contempo il ruolo e la responsabilità degli operatori sanitari.

I suddetti elementi sono quindi ricondotti nel nuovo contesto organizzativo e nei correlati e conseguenti atti/documenti attuativi volti alla puntuale descrizione delle funzioni/attività delle diverse componenti unità operative e delle loro relazioni.

Costituisce obiettivo specifico per il rischio clinico, l'**aggiornamento del piano triennale della formazione per il rischio clinico** che tiene conto delle criticità rilevate e dello sviluppo prospettico.

Sulla base del PSSR e delle richiamate Linee di indirizzo, accanto agli obiettivi prioritari per il "rischio clinico" (quali, tra gli altri, l'aggiornamento delle attività di rischio clinico agli standard di cui alla DGR 10 del 20/01/2020), rilevano i seguenti due macro-obiettivi riconducibili all'ambito più generale del Governo clinico e correlati alla qualità delle cure e che, pertanto, saranno ricompresi nel budget delle Unità Operative (mediche e chirurgiche) interessate:

- sviluppo in via ordinaria di **audit clinico** delle Unità Operative, distinto da quello riferito alla gestione Rischio Clinico;
- definizione di **requisiti di accreditamento professionale** per gli operatori sanitari, a partire dall'area critica e chirurgica.

#### **4.1.2 - Governo economico e sistema dei controlli**

Governo economico e controlli sono aspetti integrati che concorrono al buon funzionamento dell'Azienda. Il sistema dei controlli interni è uno strumento di creazione di valore: funzioni di controllo autorevoli, innovative, contribuiscono a guidare la Direzione aziendale verso scelte strategiche coerenti con il quadro normativo statale/regionale e con le proprie potenzialità, creando una cultura aziendale improntata a canoni di correttezza dei comportamenti e di affidabilità ed accrescendo la fiducia dei cittadini nell'operatività dell'Azienda.

Il sistema di budget, il controllo strategico, il controllo di gestione e la valutazione della dirigenza, applicati secondo una logica "aziendale-sanitaria" sono funzionali alla promozione della flessibilità organizzativa e all'efficacia del governo clinico ed economico.

##### **4.1.2.1 – Governo economico**

Il "governo economico" discende dal "governo clinico" ed è volto alla migliore allocazione delle risorse, secondo i criteri di efficacia e di efficienza, ai fini della produzione di percorsi clinici e assistenziali appropriati ed in linea con la specifica *mission* aziendale.

La Direzione aziendale assicura il governo economico (in termini di perseguimento dell'equilibrio economico, finanziario e patrimoniale) avvalendosi del **processo di programmazione e controllo** e, in particolare, del **sistema di gestione del budget** quale meccanismo operativo principale per garantire l'opportuna connessione tra il sistema di deleghe aziendali e la responsabilizzazione dei dirigenti, nonché per coordinare efficacemente gli obiettivi di governo clinico e quelli di equilibrio economico. In tale ambito, i sistemi di **rilevazione, elaborazione e analisi dei costi** aziendali assumono crescente rilievo per la programmazione, il monitoraggio e la valutazione dell'efficacia delle relazioni risorse-attività-risultati, considerata la loro rilevanza per lo sviluppo efficace e responsabile della gestione aziendale oltre che per i caratteri significativi e le modalità d'impiego nei processi valutativi diretti ad agevolare l'ottimizzazione delle *performance* aziendali.

In questo contesto, per **monitoraggio e valutazione dei risultati** si intende la misurazione continua del livello di efficacia dei servizi e delle prestazioni erogate e la valutazione del conseguimento degli obiettivi previsti dalla programmazione.

Il **monitoraggio** delle attività è strumentale al supporto alle decisioni cliniche/scelte del paziente, alla gestione delle performance (tramite il monitoraggio della qualità e sicurezza delle azioni e dei loro esiti-*outcomes*), alla definizione e all'analisi del punto di vista degli utenti, della comunità e delle autorità locali. Il monitoraggio accorpa dati ed informazioni di natura differente, compreso il *feedback* restituito dall'utenza, ma deve anche permettere il confronto interno ed esterno (*benchmark*) e favorire la diffusione della conoscenza sia a livello interno che esterno al servizio sanitario.

Ai fini della **misurazione e della valutazione della performance**, volta al miglioramento della qualità dei servizi nonché alla crescita delle competenze professionali, l'Azienda sviluppa, coerentemente alla programmazione e al bilancio, il **ciclo di gestione della performance** articolandolo nelle seguenti fasi:

- definizione e assegnazione degli obiettivi, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- collegamento tra obiettivi e allocazione delle risorse;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse del destinatario dei servizi e degli interventi;
- utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- rendicontazione dei risultati alla Direzione aziendale nonché ai competenti Organi di controllo, agli utenti e ai cittadini, assicurandone pubblicità e trasparenza delle informazioni.

Il tutto tenendo conto che il rispetto dei principi e delle fasi di cui sopra è condizione necessaria per l'erogazione di premi e componenti del trattamento retributivo legati alla performance e rileva ai fini del riconoscimento delle progressioni economiche, dell'attribuzione di incarichi di responsabilità al personale, nonché del conferimento degli incarichi dirigenziali.

Il **ciclo di gestione della performance** è definito puntualmente nell'apposita Sezione "*Valore pubblico, performance e anticorruzione*" del **PIAO – Piano Integrato di Attività e Organizzazione**, in conformità alle previsioni normative (D.L. 80/2021 e DPR n. 81/2022) e amministrative attuative.

Particolare attenzione è rivolta in tale contesto all'analisi dei **consumi dei farmaci e dei dispositivi medici** secondo un sistema basato su "*indicatori di percorso*" (piuttosto che sui tradizionali "*indicatori di consumo*") volto a identificare come inappropriato un uso dei farmaci effettuato al di fuori delle raccomandazioni per cui ne è stata sperimentata l'efficacia o concessa la rimborsabilità, in una logica di **appropriatezza prescrittiva in senso stretto** basata su analisi che permettano di confrontare le modalità prescrittive con *standard* predefiniti (analisi dell'aderenza). Al riguardo l'Azienda, assume (ad oggi) a riferimento la DGRM n.1764 del 27/12/2018 recante "*Disposizioni relative alla promozione dell'appropriatezza e della razionalizzazione d'uso dei farmaci e del relativo monitoraggio*".

Come pure alla **centralizzazione della logistica dei beni** (con particolare riguardo a **farmaci e dispositivi medici sanitari**, su cui *infra sub 5.1.1.*), quale scelta coerente alla luce dei cambiamenti e delle evoluzioni organizzative in atto, delle ricadute dirette sulla qualità dei processi clinico assistenziali, delle potenziali economie raggiungibili in termini di maggiore efficienza ed efficacia del processo logistico in una prospettiva di integrazione nell'ambito del nuovo assetto istituzionale e organizzativo; e ciò con l'intento di coniugare i vantaggi quantitativi della centralizzazione della *supply chain* (rappresentati dalla realizzazione di economie di scala e dalla riduzione di risorse strumentali complessivamente impiegate) con quelli qualitativi (rappresentati dagli standard in termini di informatizzazione dei processi, tracciabilità dei beni, automazione della logistica distributiva, competenze e specializzazione dei professionisti).

Al riguardo, si dà evidenza che relativamente ai **dispositivi medici per il "diabete"**, è attivo un sistema di controllo e verifica informatizzato mediante utilizzo di apposite piattaforme interoperanti che gestiscono l'intero flusso, dalla fase di prescrizione (con intervento del medico diabetologo) alla fase di autorizzazione (alle Farmacie esterne) e consegna (al paziente).

Analogamente, per quanto riguarda la distribuzione di farmaci per conto dell'AST, il **sistema di controllo e verifica** è assicurato dalla presenza di un piano terapeutico, appositamente predisposto dal medico, che viene consegnato alla Farmacia esterna e dalla stessa inviato al

“magazzino esternalizzato unico regionale” ai fini della relativa registrazione e consegna del farmaco al paziente; quindi, mediante apposito sistema per la rilevazione e l’analisi dei dati farmaceutici ne viene verificata la congruità a cura delle competenti strutture aziendali.

In questa direzione assume rilievo centrale lo **strumento del Budget**, proprio del Controllo di gestione, che:

- coinvolge direttamente o indirettamente tutte le funzioni aziendali (centri di responsabilità);
- consente di valutare in via anticipata gli effetti economici, patrimoniali e finanziari che scaturiscono dalle scelte strategiche effettuate dal *management* aziendale, al fine di attuare tempestivamente gli adeguati correttivi e determinare – sulla base di analisi di rischio/opportunità effettuate *ex ante* – le scelte operative ottimali;
- permette un bilanciamento delle risorse richieste/allocate alle diverse aree e unità aziendali con gli obiettivi programmati per le medesime aree;
- aiuta a focalizzare la considerazione, le azioni e gli sforzi organizzativi sulle priorità definite in conseguenza degli obiettivi strategici stabiliti;
- consente di guidare le scelte dei centri di responsabilità, razionalizzando il processo decisionale;
- consente un processo comunicazionale sulle strategie e sugli obiettivi tramite un linguaggio comune basato su un modello di rappresentazione compreso e condiviso.

La presenza di un sistema di *budgeting* e *reporting* favorisce, quindi, la crescita della cultura aziendale e una sensibilità basata su dati obiettivi e verificati.

In ambito gestionale, l’Azienda mette in atto un **sistema di monitoraggio costante dei processi economici** e di **governo/vigilanza** dei processi produttivi clinici, diagnostici, assistenziali e tecnici/amministrativi; particolare attenzione è rivolta anche alla **vigilanza sull’esecuzione dei contratti e convenzioni da parte degli operatori economici privati e pubblici** attraverso un sistema di controllo e **verifica di conformità normativa e prestazionale/funzionale** in grado di garantire con continuità *la regolare esecuzione dei rapporti contrattuali*.

In quest’ottica, i controlli e le verifiche devono rappresentare strumento ordinario di governo economico e non mera eventualità attivabile solo a fronte dell’emersione di inadempimenti/non conformità segnalati dai fruitori del servizio o, comunque, al verificarsi di difficoltà da parte dell’Operatore economico nell’adempiere le prestazioni contrattuali.

Con riferimento all’attività contrattuale, si tratta, tra l’altro, di inverare costantemente il principio cardine del nuovo Codice dei contratti pubblici di cui al D.Lgs. n. 36/2023 ovvero il “principio del risultato” inteso come canone di perseguimento – non solo in fase di selezione degli operatori ma

anche in fase di esecuzione - dell'oggetto contrattuale (e quindi dell'interesse pubblico) "con la massima tempestività e il migliore rapporto possibile tra qualità e prezzo".

Di qui l'importanza non solo di assicurare, nella redazione degli atti di gara e dei documenti contrattuali, precise, puntuali, inequivoche indicazioni delle necessità aziendali, delle prestazioni richieste e delle relative caratteristiche, ma anche di definire preventivamente un sistema di monitoraggio che non presenti soluzione di continuità e non risulti meramente formale, ma che declini parametri e criteri oggettivi di verifica quali/quantitativa delle prestazioni.

Tale sistema è **parte del più ampio "sistema dei controlli"** (cfr. Par. 4.1.2.2), **progettato e strutturato dal management aziendale** nonché **supportato da appositi sistemi informativi, strettamente correlato ad una responsabilità "collettiva"** ossia all'impegno dei diversi operatori coinvolti a garantire omogeneità, significatività e qualità dei contenuti/dati, rispetto delle tempistiche, osservanza delle regole, corretta attuazione delle procedure.

Aspetto rilevante per l'Azienda è, altresì, quello della **individuazione di specifiche funzioni/attività che siano in grado di intercettare e reperire risorse alternative ai fondi ordinari ("fundraising")**. Al riguardo, si dà evidenza che nell'ambito dell'assetto organizzativo tali funzioni sono ricondotte in apposita Unità Operativa nell'ambito del Dipartimento amministrativo e tecnico.

In tale contesto, **l'Azienda finalizza le azioni allo sviluppo e all'implementazione della cultura del dato**, mediante l'adozione di una strategia coesiva orientata a creare un ambiente in cui i dati sono il mezzo privilegiato per ottenere e/o raffinare le informazioni aziendali, così da consentire decisioni più assertive, trasparenza nel processo decisionale, miglioramento della produttività, sviluppo del sistema di misurazione degli obiettivi, confronto di informazioni e generazione di visione. Pertanto, l'attività di raccolta e analisi dei dati non costituisce la fase finale, bensì la **base di partenza delle decisioni strategiche** a livello clinico, operativo e organizzativo superando l'impostazione che vede nel dato un mero adempimento a vincoli normativi e a "debiti informativi".

In particolare, la **cultura del dato** deve essere **implementata sulla base di una sinergia tra personale sanitario e tecnico amministrativo**, in quanto la componente tecnica sviluppa le modalità di raccolta e sintesi del dato, la cui valutazione richiede anche competenze sanitarie per una corretta interpretazione e conseguente adozione di misure correttive.

Il "dato" rappresenta un **patrimonio** che comprende: le **fonti**, i **supporti tecnologici** e il **tipo di struttura**.

I dati e le tecnologie di rilevazione ed analisi acquisiscono, dunque, il carattere di risorsa indispensabile per la gestione aziendale. In questo senso, le Strutture organizzative coinvolte assumono la **Data Strategy** quale strategia fondamentale volta ad assicurare all'Azienda

l'utilizzo dei propri dati in maniera coerente alle priorità ed alle risorse disponibili, con loro valorizzazione interna e/o esterna, tramite l'utilizzo di strumenti di tipo tecnologico e organizzativo, differenti rispetto a quelli tradizionali, in grado di processare i dati aziendali.

Pertanto, la digitalizzazione dei processi amministrativi, sanitari nonché dei flussi informativi e documentali rappresenta una priorità per rendere più efficiente e organizzata l'erogazione dei propri servizi e adottare una **governance basata sull'uso strategico dei dati**.

In questi termini, l'Azienda persegue l'obiettivo primario della **sanità digitale** ossia la capacità di incrementare la qualità e l'efficacia dell'assistenza sanitaria, potenziando il processo decisionale dei medici attraverso la diffusione di conoscenze scientifiche e l'utilizzo di strumenti di supporto il cui valore risiede proprio nella disponibilità di dati e di informazioni strutturate; e ciò mediante la definizione di specifici **piani e programmi** nonché lo **sviluppo di sistemi informatici e informativi**, in coerenza con le specifiche disposizioni normative e regolamentari.

#### **4.1.2.2 – Sistema dei controlli**

Il **sistema di controllo interno** è parte integrante del complessivo assetto gestionale dell'Azienda e rappresenta lo strumento principale di verifica della capacità dell'apparato dirigenziale di determinare – nell'ambito della programmazione degli obiettivi strategici ed operativi – la definizione delle modalità di acquisizione ed elaborazione dei dati nonché dei criteri valutativi specifici per l'attività gestionale e la conseguente capacità di autocorrezione della propria azione.

Il Sistema dei Controlli interni, partendo dagli obiettivi che l'Azienda si prefigge di raggiungere sulla base delle indicazioni regionali, è finalizzato a limitare e contenere i rischi che possano compromettere il buon esito delle attività e che, quindi, possono incidere negativamente sul perseguimento degli obiettivi. Pertanto, gli stessi sono valutati attraverso una continua attività di *risk assessment* su tutti gli ambiti più "sensibili" dell'Azienda, sia in termini di probabilità di accadimento, sia in termini di impatto sul regolare andamento delle procedure, tanto amministrative quanto sanitarie/assistenziali.

Il corretto funzionamento del Sistema dei controlli interni si basa sulla proficua interazione tra tutte le funzioni (di indirizzo, di attuazione, di verifica e di valutazione) e gli organi aziendali. Per assicurare la già menzionata interazione, vengono dunque definiti e formalizzati i compiti e le responsabilità degli organi e delle varie funzioni, i percorsi dei flussi informativi e, nel caso di aree di potenziale sovrapposizione o di sviluppo di sinergie, le modalità di coordinamento e di collaborazione.

Tale definizione sarà ricondotta in apposito atto del Direttore Generale nell'ambito del quale verranno puntualizzati i diversi livelli interessati a partire dai controlli di *line* propri dei Dirigenti responsabili delle Strutture aziendali (secondo il disposto di cui all'art.17, comma 1, del D.Lgs.

165/2001, che pone in capo ai dirigenti *la direzione, il coordinamento e il controllo dell'attività degli uffici che da essi dipendono e dei responsabili dei procedimenti amministrativi*) sino alle funzioni aventi rilevanza normativa e/o carattere trasversale, quali, tra le altre, il **Controllo di gestione** che assume – per espressa previsione normativa (ex art.38 della l.r.19/2022) - connotazione di unità organizzativa di cui il Direttore generale si avvale per *verificare, mediante la valutazione comparativa dei costi, dei rendimenti e dei risultati, il grado di economicità, di efficacia e di efficienza raggiunto dall'ente nel conseguimento dei fini istituzionali*; e ciò *Al fine di garantire la realizzazione degli obiettivi programmati e la corretta ed economica utilizzazione delle risorse*.

Nell'ambito di tale Sistema, ai controlli "**automatici**", prevalentemente sui flussi dei dati, si affiancano i controlli "**procedurali**" ovvero controlli settoriali legati a ciascuna delle procedure amministrativo-contabili, che costituiscono il substrato dei controlli presente in Azienda, originati da diverse normative o esigenze gestionali, ed hanno come comune obiettivo la garanzia, la regolarità e correttezza dell'azione amministrativa; tali controlli sono affidati, tra le altre, alle seguenti funzioni aziendali:

- *Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT)* cui compete lo svolgimento dei compiti previsti dall'art.1 della legge n.190/2012 e dalle relative disposizioni di attuazione (di cui si dà evidenza nell'apposita Sezione del PIAO);
- *Internal Auditing* che fornisce l'*assurance* (garanzia) complessiva sul funzionamento del "Sistema di controllo interno e di gestione dei rischi" attraverso valutazioni indipendenti, anche in sinergia e/o raccordo con il "Sistema di Gestione della Qualità" (SGQ). In particolare, la funzione Audit, a supporto della Direzione strategica, è volta a controllare il regolare andamento dell'operatività e l'evoluzione dei rischi, nonché a valutare la completezza e l'adeguatezza della struttura organizzativa e delle altre componenti del Sistema dei controlli interni.

L'Internal auditing supporta la *governance* anche allo scopo di:

- favorire lo sviluppo di valori e principi etici nell'organizzazione;
- garantire l'efficace ed efficiente gestione dell'organizzazione e l'*accountability*;
- comunicare informazioni sulla valutazione dei rischi e dei controlli messi in atto per la gestione delle funzioni/processi dell'organizzazione;
- partecipare alle attività ed al processo di scambio di informazioni, sulla valutazione dei rischi e dei relativi controlli messi in atto, tra il Direttore, l'organismo di certificazione, gli Auditor esterni e il management;
- generare valore aggiunto con il miglioramento dei processi di funzione, di controllo, di gestione dei rischi e di governo Aziendale.

L'analisi dei processi e la valutazione dei rischi si riferisce agli ambiti operativi aziendali

(funzioni, attività e relativi flussi informativi). Attraverso l'attività di controllo interno viene verificata la conformità dei processi, la loro efficacia ed efficienza nonché l'accuratezza, completezza e tempestività delle registrazioni contabili e la sicurezza dei sistemi informatici adottati attraverso la verifica della conformità sia alle procedure operative stabilite sia alla vigente normativa regionale e nazionale; ciò al fine di implementare misure idonee per mitigare i rischi e di procedere al relativo monitoraggio, individuando eventuali opportunità di miglioramento.

La funzione di Internal Auditing viene svolta nel rispetto dei principi contenuti nel *Codice Etico dell'Institute of Internal Auditors* e si conforma agli Standard Internazionali del IIA (*Institute of Internal Auditor*) di indipendenza, obiettività riservatezza e competenza; la stessa opera sulla base di un Piano di attività triennale approvato dal Direttore Generale ed aggiornato annualmente.

Costituiscono ambiti di verifica, tra gli altri, i seguenti:

- attendibilità delle informazioni contabili di Bilancio (PAC);
- conformità dei sistemi informativi alle necessità aziendali (coerenza logica delle informazioni trattate) ed alle normative vigenti;
- attività delegate ai soggetti convenzionati con AST PU;
- conformità delle azioni alle procedure aziendali;
- procedure relative al rischio frode e/o conflitto di interessi.

Nel rispetto delle disposizioni di cui alla DGRM 448/2023, l'Azienda assicura poi il **controllo delle prestazioni sanitarie nel territorio di riferimento** presso tutti gli erogatori regionali pubblici e privati convenzionati. A tale fine, l'Azienda affida al **Comitato di Verifica delle Prestazioni Sanitarie (CVPS)** le attività di controllo interno ed esterno da effettuare anche sulla base degli indirizzi regionali e finalizzate a valutare gli effetti e l'efficacia delle azioni correttive intraprese per migliorare l'appropriatezza di erogazione delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali e la correttezza di codifica.

In particolare tale Comitato, avvalendosi degli strumenti e dell'applicativo informatico regionale, esegue i **controlli** in coerenza con quanto indicato nel Piano dei Controlli vigente, **valuta gli effetti e l'efficacia delle azioni correttive** intraprese (strutturando appositi audit), organizza incontri di **informazione e formazione** sulla base degli indirizzi regionali e delle specifiche problematiche locali, potenzia i controlli interni, comunica trimestralmente gli esiti e le azioni di miglioramento intraprese al Comitato Verifica Prestazioni Sanitarie Regionale (CVPSR).

Garantisce altresì – per il tramite di propri Referenti appositamente individuati in seno al Comitato medesimo - il **raccordo tra il livello regionale e quello locale** nell'attività di controllo mediante la partecipazione nel Comitato regionale e la diffusione delle informazioni in ambito aziendale, al fine di mettere in atto i relativi percorsi di appropriatezza nelle Unità Operative

eroganti le prestazioni sanitarie. A tali compiti, si affiancano quelli relativi al **monitoraggio** sul rispetto delle procedure finalizzate alla validazione e consolidamento dell'attività di controllo CVPS nel flusso SDO, verificandone la correttezza dei dati, comprensivi degli importi degli eventuali abbattimenti tariffari, il raggiungimento delle percentuali minime, previste per tutte le tipologie, ed il corretto utilizzo dell'applicativo informatico regionale fornito a supporto dei Referenti.

#### **4.1.3 – La separazione tra funzioni di governo aziendale e funzioni gestionali - Il sistema delle deleghe**

Il presente Atto aziendale - in conformità alle norme statali e regionali vigenti in materia sanitaria e di ordinamento del lavoro pubblico alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche nonché alle relative disposizioni attuative - definisce le soluzioni organizzative e funzionali atte a garantire, nella gestione aziendale, la separazione tra funzioni di governo, indirizzo, programmazione e controllo rispetto a quelle più propriamente gestionali e attuative.

La disciplina regolamentare interna in materia di deleghe e i relativi atti attuativi - in coerenza con il disposto dell'art.97 della Costituzione e all'art.1 della legge n.241/1990 - si conformano indefettibilmente ai principi di legalità, trasparenza, imparzialità, equità, logicità, ragionevolezza e correttezza nonché collaborazione e buona fede nei rapporti con i cittadini-utenti e, comunque, di non aggravamento dei procedimenti. In ragione della qualificazione di persona giuridica di diritto pubblico e delle finalità istituzionali di rilevanza collettiva proprie dell'Azienda, i suddetti principi informano anche l'attività di natura privatistica.

Il potere di indirizzo, programmazione e controllo compete al Direttore Generale coadiuvato dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Socio-Sanitario che, nel rispetto dei ruoli e delle responsabilità, assicurano raccordo e unitarietà nel governo aziendale. Al Direttore Generale sono dunque riservate le funzioni di governo e di indirizzo politico-amministrativo che si esplicano negli atti fondamentali dell'Azienda, nonché di verifica della rispondenza dei risultati di gestione e dell'attività amministrativa in rapporto agli obiettivi, indirizzi e direttive definiti a livello di sistema nazionale e regionale. Sono di esclusiva competenza del Direttore Generale e, come tali, non suscettibili di delega ai dirigenti gli atti indicati al Par. 2.1 del presente Atto aziendale.

Le funzioni del Direttore Generale sono esercitate attraverso l'adozione di atti e provvedimenti amministrativi o, nei casi previsti dalla normativa vigente, con atti di diritto comune. Tutti gli atti e provvedimenti devono essere assunti nel rispetto dei principi generali sopra richiamati, assicurando il rispetto degli oneri procedimentali, la completezza dell'istruttoria e l'adeguatezza della motivazione. Nell'iter di perfezionamento degli atti, sono acquisiti i pareri del Direttore sanitario, del Direttore amministrativo e del Consiglio dei sanitari, per quanto di rispettiva

competenza. In caso di determinazione difforme dai suddetti pareri, ne è specificata la motivazione.

Le funzioni di governo del Direttore Generale si esplicano anche mediante l'emanazione di disposizioni, direttive e raccomandazioni.

Gli atti del Direttore Generale sono adottati sotto forma di "determine" secondo quanto espressamente previsto dal sistema regionale.

A garanzia della corretta attuazione del principio di separazione/distinzione delle funzioni sopra enunciato, i dirigenti incaricati della direzione di struttura complessa sono delegati all'adozione degli atti e dei provvedimenti, di natura vincolata o attuativi-esecutivi, che impegnano l'Azienda verso l'esterno rientranti nelle competenze proprie della struttura cui gli stessi dirigenti sono preposti e risultanti dall'incarico dirigenziale conferito dal Direttore Generale dell'Azienda stessa. Gli atti e provvedimenti oggetto di delega sono specificamente individuati con successivi e separati atti.

Il Direttore Generale può comunque delegare il compimento di determinati atti e provvedimenti – ad eccezione di quelli per legge riservati alla sua esclusiva competenza - al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario nonché a Dirigenti, di volta in volta, individuati nominativamente per iscritto, i quali saranno tenuti ad agire nel rispetto delle disposizioni eventualmente impartite e, comunque, da quanto definito nel presente Atto aziendale.

I dirigenti responsabili di strutture, in quanto titolari di funzioni specifiche, concorrono alla gestione aziendale formulando proposte di atti e provvedimenti in relazione alle competenze assegnate. Agli stessi, nei limiti delle attribuzioni di competenza della struttura organizzativa a cui appartengono, spetta l'adozione di atti e provvedimenti interni, non rientranti nelle competenze del Direttore Generale, e che abbiano come contenuto l'attuazione di direttive, programmi e progetti aziendali.

Il dirigente delegato ha la piena responsabilità, a qualsiasi effetto interno ed esterno all'Azienda, degli atti e dei provvedimenti assunti.

In tutti i casi di delega, di funzioni e/o di singoli atti, il Direttore Generale, nell'ambito della funzione di direzione, vigilanza e controllo allo stesso riservata, può disporre la sostituzione del delegato, l'avocazione della funzione e/o atto delegato nonché provvedere in autotutela nei confronti degli atti e/o provvedimenti assunti dal delegato, sempre e comunque nel rispetto di presupposti, termini e modalità di legge.

Con successivo atto integrativo si provvederà, altresì, alla puntuale definizione degli aspetti procedurali delle attività di competenza delle diverse strutture aziendali e ai relativi adempimenti di "pubblicità", tenendo comunque conto di alcuni profili generali:

- tutte le funzioni degli organi aziendali sono esercitate attraverso l'adozione di atti/provvedimenti amministrativi oppure, nei casi previsti dalla normativa vigente, con atti di

diritto privato; sempre e comunque con osservanza dei principi generali dell'azione amministrativa ed assicurandone la massima trasparenza;

- il regime delle determinate dirigenziali è quello proprio dei provvedimenti aventi rilevanza esterna adottati dal Direttore Generale;

- per quanto concerne la trasmissione al Collegio Sindacale degli atti adottati e la loro pubblicazione, se prevista, ci si conforma alla disciplina di cui all'art.39 della l.r. 19/2022.

#### **4.1.4 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione**

L'Azienda promuove l'innovazione gestionale attraverso l'implementazione di modelli, sia assistenziali che organizzativi, rispondenti ai nuovi bisogni di salute della popolazione attraverso l'utilizzo di **nuove tecnologie** unitamente alla reingegnerizzazione dei sistemi, per elevare la qualità dei servizi garantendo, al contempo, la produzione dei dati clinici ed economici oltre che la sostenibilità economica degli stessi onde addivenire alla piena attuazione dell'integrazione dei servizi sul territorio quale obiettivo primario della riforma.

L'Azienda ricerca e sviluppa la telemedicina ed altre modalità di tecnologie digitali per garantire accessibilità, tempestività, prossimità ed appropriatezza di risposte ai cittadini.

L'innovazione e la digitalizzazione rappresentano obiettivi prioritari aziendali per raggiungere i più elevati *standard* di funzionamento e di sicurezza in chiave organizzativa, strutturale, tecnica e logistica e di integrazione dei sistemi di comunicazione e informazione.

Una effettiva digitalizzazione costituisce supporto ai processi clinico assistenziali e amministrativi consentendo anche una più immediata analisi e valutazione per le scelte da effettuare.

Sulla base della legge di riforma, delle linee di programmazione regionale nonché delle linee di indirizzo di cui alla DGRM n.1291 del 09/08/2024, l'Azienda struttura il proprio modello organizzativo incentrandolo sulla digitalizzazione dei percorsi sanitari ed amministrativi.

In particolare, l'**innovazione tecnologica** è perseguita e sostenuta per:

- snellire i processi sanitari, migliorare i sistemi e i flussi informativi, riorganizzare le cure territoriali e supportare nuovi percorsi assistenziali ospedalieri e di integrazione ospedale – territorio, anche per migliorarne le performance e semplificarne il monitoraggio;
- implementare la **digitalizzazione** dei percorsi sanitari (sia clinici che amministrativi) e la **dematerializzazione** dei documenti al fine di raccogliere e distribuire dati ad alto valore informativo (si veda PSSR, *sub* 6.3);
- sfruttare le possibilità offerte dai processi di digitalizzazione - I.A. e Analytics - onde approntare centri di controllo virtuali per l'ottimizzazione del trattamento dei pazienti, il coordinamento e il monitoraggio in *real time* delle attività di cura e diagnosi (si veda PSSR *subb* 6.1 e 6.2);

- creare un **sistema integrato tra Casa della Comunità (CdC), Ospedale di riferimento o Ospedale di Comunità (OdC), Centrale operativa Territoriale (COT), Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFeC), Unità di Continuità Assistenziale (UCA), Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS)**;
- implementare il **Fascicolo Sanitario Elettronico** (e la Cartella clinica elettronica) mediante alimentazione continua di dati e documenti da parte dell'Azienda verso l'infrastruttura del FSE nonché da parte dei MMG/PLS;
- ottimizzare le risorse nella lettura e condivisione di referti, report, consulenze sia all'interno dei percorsi ospedalieri che in continuità assistenziale;
- garantire **servizi di telemedicina** per le cure territoriali, di prossimità rispetto al luogo di vita e al domicilio del paziente, gestite prioritariamente dalla medicina di famiglia.

L'Azienda - al fine di permettere ai pazienti di poter avere accesso in maniera più immediata alle proprie informazioni sanitarie, agli operatori sanitari di raccogliere e condividere tali informazioni più agevolmente e alla direzione strategica di avere la possibilità di avere un monitoraggio continuo di indicatori sanitari ed economici - sviluppa e investe in modelli digitali per ottenere un unico insieme di componenti in grado di dialogare fra loro agendo su **più livelli di interoperabilità (tecnologica, semantica, sintattica e contestuale)**.

L'Azienda riconosce il **valore della ricerca** e dei processi di adozione e valutazione delle innovazioni come componente fondamentale del governo clinico e fissa, tra gli obiettivi prioritari, lo sviluppo della capacità di recepire le innovazioni tecnologiche di provata efficacia, analizzandone il possibile impatto e di sostenere l'innovazione organizzativa come l'espressione della capacità di capire le trasformazioni del contesto ed anticiparne, ove possibile, le necessità. **Le innovazioni tecnologiche permetteranno all'Azienda di modernizzarsi su processi e percorsi favorendo le attività sanitarie e, quindi, il recupero del tempo clinico del personale sanitario.**

La Direzione strategica, il Collegio di direzione e i Servizi aziendali di Area Tecnica svolgono un ruolo centrale per la funzionalità del processo di governo della ricerca e dell'innovazione.

L'Azienda orienta i propri investimenti:

- nei "saperi scientifici" investendo sulla formazione ed aggiornamento del proprio capitale umano;
- sulle "tecnologie biomediche", sia per ridurre lo stato di obsolescenza delle attrezzature presenti, che per potenziare e/o inserire nuove tecnologie al fine di aumentare la capacità di risposta alla domanda di salute e attrazione di pazienti/utenti;
- in "Sanità Digitale" al fine di evitare disparità di trattamento e disuguaglianze nella percezione dei livelli e della qualità dell'assistenza sanitaria tra le diverse zone di afferenza dell'AST nonché preservare e non dissipare l'omogeneità dei processi, dei dati e delle

anagrafiche indispensabili anche per garantire il governo delle risorse economiche aziendali e l'allineamento con le iniziative e i progetti regionali e nazionali, ivi compreso il rispetto dei target, delle specifiche e degli *standard* definiti a livello regionale, ministeriale e interregionale quali ad esempio Cartelle Cliniche Elettroniche, Telemedicina e FSE;

- in "Sicurezza Informatica" al fine di rafforzare le capacità tecniche di difesa *cyber* in materia di valutazione e audit continuo del rischio e della *security awareness* all'interno dell'Azienda Sanitaria garantendone l'allineamento con le iniziative e i progetti regionali e nazionali;
- in "altri beni" destinati al miglioramento del *comfort* alberghiero e dell'umanizzazione dei luoghi di cura e ambienti di lavoro.

In tema di **Telemedicina** l'Azienda, in conformità a quanto definito dal Decreto Ministeriale 21 settembre 2022, supporta la Regione nello sviluppo degli *standard* tecnici e di servizio da implementare nella progettazione dei propri servizi, affinché l'offerta sanitaria di telemedicina diventi diffusa e omogenea nell'ottica del perseguimento della realizzazione della Missione 6 del PNRR, garantendo, in linea con quanto definito nella DGR 542 del 20/04/2023, prestazioni di televisita, il teleconsulto/teleconsulenza, la teleassistenza e il telemonitoraggio.

In tema di **Fascicolo Sanitario Elettronico**, in conformità a quanto definito nel decreto del Ministro della Salute del 7 settembre 2023, l'Azienda supporta la Regione nella diffusione (tramite percorsi formativi/informativi) e nell'alimentazione (tramite adeguamenti infrastrutturali e tecnologici) del FSE 2.0 al fine di renderlo:

- il punto unico ed esclusivo di accesso per tutti i cittadini ai servizi del SSN, indipendentemente dalla Regione di appartenenza;
- un ecosistema di servizi basati sui dati per consentire ai professionisti sanitari la diagnosi e la cura dei propri assistiti e per fornire un'assistenza sempre più personalizzata del paziente;
- uno strumento per le strutture e le istituzioni sanitarie che potranno utilizzare le informazioni cliniche per effettuare analisi di dati clinici e migliorare l'erogazione dei servizi sanitari.

**La ricerca** sarà orientata sia alle **innovazioni sanitarie** che all'**innovazione procedurale e dei processi** come, ad esempio, l'istituzione di funzioni di **Health Technology Assessment Aziendali** a supporto della Regione nell'ambito del **Programma Nazionale HTA** attraverso la definizione di programmi e strategie per la rilevazione dei fabbisogni e il governo clinico della spesa delle tecnologie sanitarie quali dispositivi medici, apparecchiature biomediche, farmaci e sistemi informativi clinico-assistenziali e di telemedicina; la definizione di piani, programmi e progetti di riorganizzazione e allocazione degli strumenti e delle tecnologie in seguito ad *assessment* multidimensionale.

In particolare, la funzione di HTA è volta all'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia, attraverso la valutazione di più dimensioni quali l'efficacia, la sicurezza, i costi, l'impatto sociale-organizzativo; esamina gli effetti reali e/o potenziali della tecnologia, sia a priori sia durante l'intero ciclo di vita, nonché le conseguenze che l'introduzione o esclusione di un intervento ha per il sistema sanitario.

In relazione agli aspetti connessi alla spesa sanitaria anche in termini di sua riduzione, l'HTA assume rilevanza per la valutazione dell'allocazione di risorse sulle tecnologie sanitarie (ivi compresi i dispositivi medici, le grandi attrezzature, le procedure e i modelli organizzativi e gestionali) funzionale al processo decisionale della *governance* (analisi costi-benefici), consentendo di identificare le reali esigenze in rapporto ai fabbisogni di salute.

Per tutto quanto sopra premesso, al fine di diffondere tempestivamente in Azienda la cultura dell'HTA anche in previsione della nuova organizzazione prevista nel Programma Nazionale di Health Technology Assessment 2023-2025 nonché per supportare l'attuazione a livello aziendale delle linee di indirizzo regionali oltre che per incentivare una valutazione appropriata degli acquisti anche per la relativa programmazione, il presente Atto aziendale prevede l'istituzione di un'apposita **funzione di Staff alla Direzione Generale** (UOSD *Sanità Digitale, Innovazione Tecnologica e HTA*) per il perseguimento delle seguenti **attività** e correlati **obiettivi**:

- coordinare il Gruppo Aziendale HTA già istituito e lavorare in sinergia con gli Organi regionali di competenza;
- predisporre procedure aziendali per la gestione dei processi HTA secondo le linee di indirizzo regionali agevolandone la diffusione a livello aziendale;
- coadiuvare la Direzione strategica e gli Organi regionali competenti nel fornire informazioni scientifiche basate sulla metodologia HTA, necessarie a supportare le scelte in termini di politica sanitaria;
- predisporre Regolamenti aziendali che normino le funzioni, l'organizzazione e i processi HTA al fine di garantire un programma appropriato e aggiornato delle acquisizioni in ambito tecnologico da porre alla valutazione della Direzione strategica e dei competenti Organi regionali, contenente un *set* minimo di informazioni utili alla valutazione e prioritizzazione degli interventi ovvero alla loro fattibilità;
- contribuire alla reingegnerizzazione dei processi e supportare la riorganizzazione ed il miglioramento delle prestazioni rivolte ai cittadini;
- svolgere una funzione trasversale di supporto in materia di valutazione delle innovazioni tecnologiche e programmazione degli acquisti, sviluppando valutazioni multidisciplinari delle conseguenze assistenziali, economiche ed organizzative, provocate in modo diretto ed indiretto, nel breve e lungo periodo;

- studiare la fattibilità, proporre e coordinare progetti in ambito Sanità Digitale;
- analizzare e proporre soluzioni atte a ottimizzare i percorsi organizzativo-logistici dei pazienti all'interno dell'Azienda Sanitaria promuovendo l'utilizzo di tecniche di *Lean e Operations Management*.

L'Azienda promuove l'attività di **ricerca, sperimentazione e innovazione biomedica e sanitaria** in collaborazione con le Università e altri Enti del SSN; a tal fine è attivata una funzione di supporto alla ricerca nel Sistema Gestione Qualità aziendale. In linea con questo obiettivo, assume rilevanza la "*cultura dell'innovazione in sanità*": le iniziative possono riguardare la gestione dei dati e le tecnologie innovative per la diagnosi locale e remota, la terapia a distanza, il supporto decisionale clinico e di gestione della salute e delle cure utilizzando anche sistemi evoluti come l'intelligenza artificiale, la cura dei pazienti fragili e cronici, la valutazione dell'impatto dei fattori ambientali e dello stile di vita sulla salute, il monitoraggio e transizione verso stili di vita sostenibili.

Altrettanto rilevante è la sperimentazione di **interventi di formazione** finalizzati ad accrescere le competenze di ricerca degli operatori e a diffondere il sapere scientifico. La medicina è disciplina sperimentale, in quanto basata su ricerche che hanno come caratteristica principale quella di esplorare progressivamente la realtà e di produrre risultati conoscitivi e pratici che si approssimano alla conoscenza dei problemi che si trattano, con lo scopo ultimo di adattare l'utilizzo del sapere scientifico alle esigenze cliniche dei singoli pazienti per aumentare la correttezza della diagnosi e migliorare il trattamento delle varie patologie.

In tale ottica, la **sperimentazione clinica** assume un ruolo essenziale poiché consente l'acquisizione di un sapere scientifico consolidato in grado di dare supporto alla comune pratica clinica e di innalzarne il livello, attraverso l'individuazione di farmaci sempre più efficaci e con meno effetti avversi e di procedure diagnostiche/chirurgiche sempre più precise e raffinate, e, in generale, di incrementare il *knowhow* dei professionisti sanitari migliorando altresì l'appropriatezza delle cure, l'ottimizzazione dell'uso delle risorse, la capacità di attrarre pazienti e ulteriori investimenti in ricerca.

Nel contesto organizzativo aziendale è individuata una specifica funzione in grado di guidare e supportare costantemente i professionisti nell'avvio e nella partecipazione a studi clinici, anche in relazione al necessario aggiornamento del quadro normativo in continua evoluzione (dal D.M. Sanità 15 luglio 1997 di "*Recepimento delle linee guida dell'Unione europea di buona pratica clinica per la esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali*", che ha stabilito le norme tecniche e procedurali di riferimento per l'effettuazione delle sperimentazioni cliniche e dei medicinali in Italia al Regolamento (UE) 2014/536 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16

aprile 2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano e che ha abrogato la direttiva 2001/20/CE).

Alla luce di quanto sopra, in considerazione degli obiettivi altamente rilevanti per la salute pubblica, propri dell'attività in oggetto, l'Azienda considera **opzione strategica** la **promozione** e l'**applicazione dell'innovazione clinica, organizzativa e tecnologica**, al fine di sostenere e facilitare le attività di ricerca e sviluppo come ambito istituzionale proprio del Servizio Sanitario Regionale inscindibile dai tradizionali compiti di assistenza, e reputa imprescindibile l'opportunità aggiuntiva alle prospettive terapeutiche ed all'ottimizzazione delle prestazioni assistenziali offerta dai *trial* clinici.

#### **4.1.5 - Adeguamento infrastrutturale**

Come richiamato sub Par. 4.1), la Missione 6 Salute del PNRR si articola in due componenti:

- Componente 1 *"Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale"*;
- Componente 2 *"Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale"*.

La riforma prevede lo sviluppo di strutture di prossimità come le **Case della Comunità**, le **Centrali operative territoriali** e il potenziamento di strutture di assistenza intermedia, poste tra ospedale e territorio, quali gli **Ospedali di comunità**, nonché il potenziamento dell'assistenza domiciliare.

La Regione Marche, a far tempo dal 2022, ha dato corso alle Misure del PNRR con distinte Deliberazioni di Giunta e con approvazione dei piani operativi al fine accedere alle risorse stanziare a livello statale e quindi procedere alla programmazione, progettazione ed attuazione dei singoli interventi riguardanti, tra l'altro:

- Case della Comunità e relativi Punti Unici di Accesso – PUA, con la funzione di garantire alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari. All'interno del PUA opera l'équipe integrata che deve assicurare la funzionalità delle Unità di valutazione e la definizione del progetto di assistenza individuale integrata- (PAI)
- COT – interconnessione aziendale – device
- Ospedali di Comunità
- ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (digitalizzazione e grandi apparecchiature)
- FSE
- reti di prossimità, strutture e telemedicina
- Casa come primo luogo di cura

- modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare, Sistemi Informativi Clinico-Assistenziali per l'ottimizzazione delle linee strategiche evolutive necessarie alla definizione di un nuovo modello di *governance* dell'innovazione tecnologica per le attività connesse all'erogazione e alla gestione dei servizi amministrativi e sanitari con orientamento specifico alla Sanità Digitale.

Conformemente alla disciplina nazionale sulla “governance” del PNRR, la Regione Marche figura quale Soggetto attuatore degli interventi ammessi a finanziamento.

La stessa Regione, essendo legittimata ad avvalersi degli Enti del Servizio Sanitario Regionale (Soggetti attuatori esterni) per dare esecuzione agli interventi in base alla competenza territoriale dei medesimi, ha provveduto in tal senso, conferendo specifiche deleghe come da D.G.R. n. 970 del 27/07/2022 “Piano Nazionale di Ripresa e Missione 6 Salute - Componenti 1 e 2: Approvazione delega delle attività e ripartizione risorse agli Enti del Sistema Sanitario Regionale” e relativi Allegati.

Pertanto, nel presente **Atto aziendale** si tiene debitamente conto, per quanto di competenza, degli interventi PNRR; a tale fine, sono state approntate **adeguate misure organizzative e funzionali** per assicurare - **nel breve termine** - il puntuale adempimento degli impegni assunti al fine di garantire l’attuazione degli interventi nei tempi assegnati e - **medio termine** - la loro effettiva sistematizzazione nell’erogazione dei servizi.

#### **4.1.6 – Politiche del Personale**

Le risorse umane rappresentano componente fondamentale e caratterizzante il patrimonio aziendale, da valorizzare costantemente invero un modello organizzativo incentrato sull’autonomia responsabile dei singoli, sulla loro creatività e motivazione, in un contesto lavorativo fortemente relazionale.

In quest’ottica, l’Azienda riconosce rilievo alla valorizzazione delle risorse umane e professionali nel sistema delle relazioni sindacali e delle relazioni interne, assumendo come obiettivi unificanti i temi dell’integrazione professionale ed organizzativa che costituiscono linee strategiche della programmazione regionale e aziendale.

Nella valorizzazione del personale si dovrà tener conto delle competenze, della formazione e delle aspirazioni (“*la persona giusta al posto giusto*”), attivando strumenti contrattuali che possano garantire flessibilità e regolamentazioni condivise. Attenzione particolare sarà posta alla tutela della maternità e paternità facilitando il reinserimento della donna dopo la gravidanza conciliando le esigenze familiari della dipendente con quelle organizzative dell’Azienda.

Per garantire l’attuazione del modello organizzativo di “*presa in carico della persona*” che caratterizza la riforma del SSR, l’Azienda orienta la politica e la valorizzazione del personale tenendo conto:

- del fabbisogno del personale in coerenza ai vincoli di spesa fissati dalla Regione sulla base della normativa vigente, ponendo particolare attenzione alle aree strategiche individuate dalla programmazione sanitaria e sociosanitaria;
- della perequazione dei trattamenti economici del personale della Dirigenza e del Comparto;
- dello sviluppo di modelli innovativi;
- dell’opportuno raccordo tra politiche occupazionali, gestione del personale e assetto dei servizi sanitari e socio-sanitari, con particolare attenzione alla stabilità dei rapporti contrattuali;
- dei percorsi formativi e manageriali da avviare a livello aziendale anche in raccordo con le attività formative di cui al Piano formativo regionale (e correlate alle Misure PNRR), nonché con le Università.

L’Azienda promuove un approccio culturale e organizzativo orientato:

- all’integrazione delle politiche del personale con la programmazione sanitaria e le reti clinico-assistenziali organizzative;
- a fornire ai professionisti le migliori condizioni possibili di lavoro, attraverso strumenti di semplificazione, incentivazione, aggiornamento e crescita professionale, conciliazione dei tempi di vita e lavoro;
- alla promozione del merito, con l’innovazione dei meccanismi incentivanti collegati alla *performance*, nella logica dell’integrazione con gli strumenti di pianificazione e programmazione aziendale;
- alla promozione del benessere organizzativo mediante il coinvolgimento del personale nella missione e negli obiettivi dell’Azienda ed il miglioramento della comunicazione interna.

Gli elementi del sistema della ***performance***, organizzativa e individuale finalizzata anche – con meccanismi valutativi e premiali incentivanti - alla valorizzazione delle risorse umane, sono previsti al precedente Par. 4.1.2.1.

Assume poi particolare rilevanza in tale contesto, la **formazione** quale leva indispensabile per lo sviluppo delle professionalità e per il miglioramento della qualità dei servizi.

L’Azienda è accreditata come *provider* ECM nell’ambito del SSR e prevede il rafforzamento del “sistema della formazione” in termini di personale dedicato e qualificato al fine di garantire una risposta ottimale ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del SSR e allo sviluppo professionale.

A tal fine, la Struttura preposta alla Formazione predispone annualmente il relativo Piano che, specie in una fase riorganizzativa quale quella attuale, non può prescindere da un’accurata e capillare analisi del fabbisogno formativo anche attraverso l’apporto di una rete di referenti/facilitatori interni presenti nelle diverse Unità Operative/Dipartimenti.

#### 4.1.7 – Relazioni sindacali

L'Azienda riconosce il **ruolo delle Organizzazioni sindacali e delle Rappresentanze sindacali confederali**, favorendo condizioni relazionali improntate a correttezza, trasparenza e rispetto delle reciproche competenze e responsabilità.

E' istituito un **tavolo di confronto permanente** tra l'Azienda e le OO.SS. confederali, con incontri di norma quadrimestrali, su materie previste nei Protocolli d'intesa sottoscritti a livello regionale. Verrà redatto un Protocollo d'intesa sulle relazioni sindacali che definisca nel dettaglio materie e modalità di confronto.

Il **sistema delle relazioni sindacali** è strutturato in modo funzionale all'obiettivo di contemperare, da un lato, l'interesse al miglioramento delle condizioni di lavoro, alla crescita professionale dei dipendenti ed alla valorizzazione delle professionalità, dall'altro, l'esigenza aziendale di incrementare e mantenere elevate l'efficacia e l'efficienza dei servizi erogati alla collettività.

Si tratta, quindi, di un sistema diretto alla creazione di un rapporto relazionale stabile tra le Parti, fondato su una partecipazione consapevole, su un dialogo costruttivo e trasparente, sulla reciproca considerazione dei rispettivi diritti ed obblighi, nonché sulla prevenzione e risoluzione dei conflitti.

#### 4.1.8 – Comunicazione

Come evidenziato al precedente paragrafo 1.4.1 (*Centralità del cittadino*) e secondo quanto espresso dal PSSR 2023-2025 (*Par. 9.4*) nonché dalla DGRM n.1635/2023 recante *Direttive per la modalità di funzionamento degli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP) e Linee guida per la comunicazione istituzionale degli Enti del SSR*, la comunicazione pubblica in sanità assume un'importanza strategica nel quadro dei rapporti tra cittadini e Pubblica Amministrazione.

In tale contesto, valorizzando l'ascolto come momento fondamentale del processo comunicativo, possono essere: intercettate le attese e le aspettative degli utenti, modificati i servizi sulla base dei fabbisogni rilevati, monitorata la qualità delle prestazioni erogate. L'applicazione di corrette ed efficienti strategie di comunicazione rappresenta un dovere istituzionale oltre che opportunità di miglioramento della gestione dei servizi.

Per queste ragioni la comunicazione va orientata allo sviluppo di relazioni sempre più dirette e disintermedie tra cittadini e Azienda. Un rapporto rinnovato, nella forma e nella sostanza, in grado di favorire la progettazione di servizi quanto più prossimi alle esigenze delle persone (pazienti, famiglie, *care giver*).

In quest'ottica si rivela essenziale ricorrere con convinzione alla digitalizzazione dell'informazione e ai *new media*, efficaci strumenti di contatto con i cittadini; senza per questo disconoscere

l'importanza dei mezzi di comunicazione tradizionali a garanzia di una migliore copertura dei messaggi presso tutte le fasce della popolazione.

Anche con riferimento alle Case della Comunità, agli Ospedali di Comunità e alle Centrali Operative Territoriali sarà rafforzata l'attività di comunicazione interna ed esterna per supportare e facilitare il processo di orientamento dei pazienti ai servizi. Per questo, l'Azienda si impegna a realizzare azioni formative e di sensibilizzazione rivolte al personale chiamato ad interagire con il cittadino, soprattutto Infermieri di Famiglia e Comunità, affinché l'utente sia pro-attivamente e correttamente accompagnato verso le soluzioni più funzionali ai propri bisogni.

In coerenza alle Direttive regionali sopra richiamate ed in relazione alle funzioni e ai compiti assegnati, l'**URP e Comunicazione** opera in **staff** al Direttore Generale, in ragione del valore strategico e l'importanza delle attività di ascolto e partecipazione dei cittadini, con funzioni di promozione, programmazione, organizzazione e coordinamento delle attività dell'Ufficio medesimo.

Sarà, quindi, cura dell'Azienda provvedere – anche in ottemperanza alle previsioni di cui all'art.12, comma 11, della L.R. 19/2022 - alla formalizzazione di apposito **Regolamento**, redatto sulla base delle predette Direttive della Giunta regionale, disciplinante le modalità di funzionamento.

## **4.2 – Relazioni esterne**

### **4.2.1 - Relazioni con gli Enti del SSR, le Università e le Istituzioni a carattere scientifico**

L'Azienda, ritenendo componente essenziale della propria missione la ricerca e la formazione, riconosce e promuove rapporti di scambio del "sapere" con il sistema universitario e delle istituzioni e organizzazioni a carattere scientifico, pubbliche e private.

In particolare, anche alla luce di quanto previsto dalla legge di riforma del SSR e dal Piano Socio Sanitario regionale, un ruolo centrale va riconosciuto al sistema delle Università marchigiane per l'apporto qualificato che i patrimoni accademici possono fornire al Sistema sanitario regionale.

In tale ottica, l'Azienda sviluppa ed accresce la collaborazione, a tutti i livelli, con le strutture universitarie, sulla base dei protocolli di intesa firmati tra Regione ed Università, ai fini:

- dell'erogazione e dello svolgimento di attività e prestazioni da queste assicurate sia all'interno degli accordi programmatori correnti con aziende ospedaliere pubbliche che all'interno di strutture a gestione diretta;
- dello svolgimento di attività didattiche e di tirocinio pratico relative ai percorsi formativi delle professioni di area sanitaria;
- dello svolgimento del percorso formativo degli specializzandi.

Viene altresì sviluppato un rapporto privilegiato con l'Università all'interno dei percorsi di aggiornamento e qualificazione del personale, nonché per tutte le attività ed i progetti per i quali l'Università può fornire risorse professionali, competenze e strumenti.

#### **4.2.2 - Relazioni con le Amministrazioni Locali**

La necessità di un sistema di relazioni stabili e significative tra Azienda, le sue articolazioni ed Enti locali territoriali non è solo un obbligo di legge riconfermato dalla L.R. 19/2022 che ribadisce il ruolo della **Conferenza dei Sindaci** - quale *"organo di rappresentanza dei comuni per l'espressione dei bisogni di salute e di servizi alla persona nel territorio di competenza"*, volto a *"garantire la concertazione e la cooperazione tra Aziende sanitarie territoriali ed enti locali, anche attraverso la partecipazione ai processi di formazione degli atti regionali di programmazione in materia di assistenza sanitaria e socio-sanitaria"* - e del **Comitato dei Sindaci di distretto** - quale organo di partecipazione alla programmazione socio-sanitaria a livello distrettuale, ma è anche la condizione preliminare per garantire un adeguato ed omogeneo governo della salute sui territori.

In questo senso, il Piano attuativo di cui all'art.16 della L.R. 19/2022 ed il Programma delle Attività Territoriali di cui all'art.17 della medesima legge devono consentire, attraverso un modello relazionale fortemente partecipato, di dare espressione alle istanze territoriali nell'ottica di una effettiva e appropriata promozione della salute.

#### **4.2.3 - Relazioni con il Terzo Settore**

Il Terzo Settore, nelle sue diverse articolazioni, riveste per l'Azienda un ruolo di primario rilievo in ragione delle possibili forme di collaborazione che aggiungono valore e completezza all'intervento sanitario e sociosanitario, in una logica di intervento partecipativo alle attività istituzionali e, dunque, nella tutela del valore della salute fisica e psichica della persona in tutte le fasi e le condizioni della vita.

Pertanto, appare utile evidenziare in tale sede l'intervenuto riconoscimento agli Enti del Terzo settore - a seguito dell'approvazione del D.Lgs.117/2017 (Codice del Terzo settore) - della facoltà di esercitare attività di interesse generale in diversi settori quali, tra gli altri, **interventi e servizi sociali e per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone disabili, interventi e prestazioni sanitarie e socio-sanitarie**. Pertanto - in attuazione dei principi di sussidiarietà orizzontale, solidarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità - l'Azienda assicura il coinvolgimento attivo di detti Enti. Ciò, comunque, nel rispetto della normativa sopra richiamata e nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi.

Si richiama, altresì, l'art. 6 del Codice dei Contratti pubblici (ex D.Lgs. 36/2023) secondo cui la pubblica amministrazione e, quindi, l'Azienda – sempre in attuazione dei principi sopra richiamati - *può apprestare modelli organizzativi di **amministrazione condivisa**, privi di rapporti sinallagmatici, **fondati sulla condivisione della funzione amministrativa con gli enti del Terzo settore** di cui al codice del Terzo settore di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, sempre che gli stessi contribuiscano al perseguimento delle finalità sociali in condizioni di pari trattamento, in modo effettivo e trasparente e in base al principio del risultato.*

Trattasi, dunque, di un modello collaborativo fondato sulla convergenza di obiettivi e sull'aggregazione di risorse pubbliche e private per la programmazione e la progettazione, in comune, di servizi e interventi diretti a elevare i livelli di cittadinanza attiva, di coesione e protezione sociale, come tra l'altro evidenziato da recenti previsioni in materia di assistenza sanitaria e/o socio-sanitaria tese a valorizzare il ricorso agli Enti del Terzo settore (assumendolo gli strumenti di cui al titolo VII del Codice ETS – quali la *co-programmazione* e *co-progettazione* e le *convenzioni*, come soluzioni organizzative “ordinarie” e non più eccezionali).

Se ne ha comprova, ad esempio, nel Decreto del Ministro della Salute n. 77/2022 («*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*») che non casualmente opera riferimento a soluzioni di *co-progettazione* proprio per segnare il passaggio ad un nuovo modello di assistenza territoriale (come indicato dalla Missione 6 del PNRR).

Come pure, per l'assistenza socio-assistenziale, l'art. 25 del recente d.lgs. n. 29/2024 in materia di “*politiche in favore delle persone anziane*” prevede espressamente il ricorso agli strumenti di cui agli artt. 55-57 del Codice del Terzo settore per implementare i servizi di comunità e contrastare l'isolamento relazionale e la marginalizzazione delle persone anziane non autosufficienti e delle loro famiglie; così favorendo – con la domiciliarità delle cure e dell'assistenza - continuità di vita e delle relazioni personali, familiari e di comunità.

#### **4.2.4 - Rapporti con i fornitori**

L'Azienda assume come valore primario l'etica dei comportamenti (onestà, integrità morale, trasparenza, affidabilità e senso di responsabilità), condizione imprescindibile per il perseguimento dei propri obiettivi e fondamento di tutte le attività che caratterizzano la propria *mission* istituzionale.

Per garantire il buon funzionamento e la qualità dei servizi sanitari e sociosanitari nonché l'efficienza dei processi produttivi, anche in termini di tempestività, l'Azienda deve costantemente conformare la propria attività non solo alla disciplina legislativa di settore ma anche ai principi generali cardine dell'attività amministrativa (art.97 Cost. e Legge 241/1990) e dell'attività contrattuale quali declinati dal Codice dei Contratti pubblici di cui al D.Lgs.36/2023.

Invero, l'Azienda - in applicazione del **principio di risultato** ex art.1 del D.Lgs.36/2023 - persegue, nell'interesse della comunità, il risultato dell'affidamento del contratto e della sua esecuzione con la massima tempestività e il migliore rapporto possibile tra qualità e prezzo, nel rispetto dei principi di legalità, trasparenza e concorrenza; e ciò in attuazione del *principio del buon andamento* (ex art.97 Cost.) e dei correlati principi di efficienza, efficacia ed economicità. L'obiettivo è quello di investire correttamente i fondi pubblici (per far fronte a predeterminati fabbisogni), senza sperpero di risorse. La concorrenza tra gli operatori economici presenta quindi carattere strumentale rispetto al c.d. interesse di committenza, avendo lo scopo di raggiungere il migliore risultato possibile nell'affidare prima ed eseguire poi i contratti; la trasparenza assicura anche la piena verificabilità di ogni passaggio.

Strettamente connesso al principio di risultato, è il **principio della reciproca fiducia** (ex art.2 del D.Lgs.36/2023) - quale declinazione del principio generale di "buona fede" e della "leale collaborazione" - nell'azione legittima, trasparente e corretta dell'Azienda, dei suoi funzionari e degli operatori economici (un principio "circolare" che lega e investe l'Azienda e l'operatore economico); tale principio, inoltre, favorisce e valorizza l'iniziativa e l'autonomia decisionale dei suddetti funzionari, con particolare riferimento alle valutazioni e alle scelte per l'acquisizione e l'esecuzione delle prestazioni secondo il richiamato "principio del risultato" che, infatti, quale criterio ordinante dell'esercizio del potere discrezionale, assurge ora a canone di legittimità dell'azione amministrativa.

L'Azienda, quale stazione appaltante, è tenuta a favorire, secondo le modalità indicate dal Codice dei Contratti, l'accesso al mercato degli operatori economici nel rispetto dei **principi di concorrenza, di imparzialità, di non discriminazione, di pubblicità e trasparenza, di proporzionalità** (ex art.3 del D.Lgs.36/2023 - **Principio dell'accesso al mercato**).

Parimenti, le strutture aziendali e gli operatori economici si comportano reciprocamente nel rispetto dei **principi di buona fede e di tutela dell'affidamento** (ex art.5 del D.Lgs.36/2023); nell'ambito del procedimento di gara, anche prima dell'aggiudicazione, sussiste un affidamento dell'operatore economico sul legittimo esercizio del potere e sulla conformità del comportamento amministrativo al principio di buona fede.

L'effettivo invero dei suddetti principi comporta una **consapevole assunzione di responsabilità** da parte di tutte le Strutture operanti nel processo contrattuale, a partire dalla fase di programmazione e di affidamento sino a quella di esecuzione dei rapporti contrattuali con le relative funzioni di vigilanza, controllo e monitoraggio. Peraltro, il combinato dei primi due principi (risultato e fiducia) e la funzione nomofilattica loro riconosciuta dall'art. 4 riflette l'intenzione del legislatore di superare quegli eccessi di formalismo che hanno caratterizzato il sistema nazionale di contrattualistica pubblica negli scorsi decenni.

#### 4.2.5 - Relazioni con le Strutture private accreditate e convenzionate

Come evidenziato al Par. sub 1.3, qualora l'offerta sanitaria non dovesse risultare sufficiente a soddisfare i requisiti quantitativi e qualitativi richiesti nei tempi previsti, l'Azienda farà ricorso a specifici **accordi** con altri **Enti, pubblici e privati, del SSR**, funzionali al potenziamento delle prestazioni in risposta ai bisogni sanitari della popolazione di riferimento (e ciò in ossequio ai dettati normativi di cui alla L.118/2022 - *Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021* -, al DM 19 dicembre 2022 - *Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie* -, alla DGRM 900 del 26/06/2023 - *Fasi preliminari relative alle disposizioni di cui agli artt. 8 quater e 8 quinquies del D.Lgs. n. 502 del 1992 e al Decreto del Ministro della Salute del 19 dicembre 2022. Approvazione* -, alla DGRM 901 del 26/06/2023 - *Richiesta di parere alla Commissione assembleare competente sullo schema di deliberazione concernente: "Attuazione del Decreto del Ministro della Salute 19/12/2022 in materia di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie – Integrazione della DGR 1572/2019"*).

Invero, l'integrazione e complementarietà tra pubblico e privato nell'acquisto di servizi e prestazione si realizza mediante i suddetti "accordi contrattuali" da perfezionarsi a cura dell'Azienda, nel rispetto degli indirizzi e della programmazione regionale volti a definire quali specifiche e, soprattutto, appropriate prestazioni debbano essere richieste alle strutture private e convenzionate, al fine di soddisfare il determinato fabbisogno, tenuto conto del *budget* assegnato; e ciò nell'ottica del contenimento dei costi, della riduzione della mobilità passiva e dell'abbattimento delle liste di attesa.

Relativamente all'Area chirurgica, si consideri che dai dati relativi alla mobilità passiva riferiti agli anni pregressi (2019-2022) emerge che il 30% della stessa riguarda la disciplina di natura ortopedica traumatologica mentre l'11% circa la disciplina di Chirurgia (ivi compresa la Day Surgery), determinando quindi un impatto economico importante che, nel primo caso, è di circa 20 milioni di euro all'anno e nel secondo di circa 6 milioni. Tali circostanze inducono di per sé a ricercare soluzioni collaborative con strutture private che, nel consentire di recuperare il deficit di mobilità passiva, potranno anche supportare il *trend* di mobilità attiva con particolare riferimento ai territori limitrofi.

Al riguardo, la posizione e l'operato dell'Azienda dovrà attenersi, nella gestione dei rapporti convenzionali, ai principi di imparzialità e trasparenza, garantendo la piena collaborazione con gli operatori privati ed un monitoraggio costante affinché i servizi affidati rispondano – senza soluzione di continuità – alle effettive esigenze del SSR. A seguito dell'entrata in vigore della Legge annuale per la concorrenza del 2022 sopra richiamata (che ha modificato gli artt. 8-*quater* ss. del d.lgs. n. 502/1992), il rispetto dei suddetti principi – immanente a un agire amministrativo conforme a Costituzione – richiede che la stipula degli accordi sia preceduta dall'espletamento di

procedure di selezione trasparenti, eque e non discriminatorie, previa pubblicazione di un avviso contenente criteri oggettivi di selezione, atti a valorizzare prioritariamente la qualità delle specifiche prestazioni sanitarie da erogare; ciò comunque nel rispetto delle disposizioni regionali attuative in materia.

## CAPITOLO 5 – ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

### 5.1 – Assistenza ospedaliera: il Presidio ospedaliero

Il presente Atto aziendale, conformemente alle disposizioni di cui all'art.37 della L.R.19/2022 ed alle relative determinazioni regionali di attuazione, indica il **Presidio Ospedaliero** quale articolazione organizzativa aziendale, dotata di **autonomia gestionale ed economico-finanziaria**, che **aggrega funzionalmente tutti gli stabilimenti ospedalieri** aventi sede nel medesimo territorio.

Il Presidio ospedaliero assicura la fornitura di prestazioni specialistiche, di ricovero in urgenza e programmate, in degenza ordinaria a breve (DH, DS) e in regime ambulatoriale - secondo le caratteristiche qualitative previste dalla programmazione regionale e di distretto e i volumi di attività negoziati con la Direzione dell'AST - destinate a persone affette da patologie in fase acuta e post acuta che per gravità, complessità o intensità di cura non possono essere trattate nell'ambito dei servizi territoriali.

Il Presidio persegue un'azione improntata alla **continuità assistenziale** ed all'**approccio multi-specialistico e multi-professionale**, attuato attraverso l'integrazione delle attività appropriate al caso, interne alla struttura ed esterne in stretta **collaborazione con le Direzioni distrettuali**.

Promuove e presidia la qualità dei servizi e dell'erogazione delle prestazioni, nonché la loro appropriatezza clinica e organizzativa valutata secondo i criteri della medicina basata sulle evidenze. Ciò che guida la gestione è la costruzione e la partecipazione ad un **sistema integrato di assistenza ospedaliera** che tende a dare risposta, nell'ambito provinciale, ai bisogni di ricovero e cura con servizi di qualità confrontabile nei vari Ospedali, sostenendo in tal modo equità nell'accesso, uguaglianza e affidabilità nelle risposte ai cittadini.

Il Presidio Ospedaliero è parte della rete ospedaliera provinciale insieme alle strutture ospedaliere del privato accreditato. In un sistema di rete integrata partecipa alla costruzione di percorsi clinico-assistenziali centrati sui bisogni del cittadino, secondo le logiche organizzative del modello "hub e spoke".

Oltre che assicurare le prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione in regime di ricovero, gli Ospedali del Presidio contribuiscono in modo significativo all'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali per utenti esterni e partecipano in modo integrato con i servizi territoriali socio-sanitari alla presa in carico in continuità assistenziale mediante i percorsi centrati sui bisogni dei pazienti.

Sotto il profilo organizzativo, le **funzioni del Presidio** sono esercitate tramite i **dipartimenti** che, a loro volta, aggregano le unità operative presenti e assicurano l'integrazione della gestione tra gli stabilimenti ospedalieri (ex art.37 della L.R. 19/2022).

I Dipartimenti Ospedalieri presidiano direttamente la produzione ed erogazione di servizi e, insistendo su più Stabilimenti, trovano unitarietà di indirizzo nella Direzione del Presidio Ospedaliero alla quale riportano e dalla quale ricevono indirizzi ed obiettivi di programmazione e riferimenti operativi per la migliore gestione delle risorse produttive. L'**integrazione orizzontale interdipartimentale** si realizza nelle **Reti cliniche**.

Le reti cliniche sono **aggregazioni funzionali di servizi e professionisti** che collaborano in maniera coordinata per raggiungere obiettivi condivisi ed assicurare qualità assistenziale. Sono incentrate sui bisogni delle persone a cui si rivolgono e garantiscono appropriatezza, efficacia ed efficienza. Alla rete afferiscono tutti i servizi ed i professionisti presenti sul territorio dei diversi *setting* di cura (ospedale, cure intermedie, cure primarie, ecc.) coinvolti nei percorsi assistenziali assicurati dalla rete, oltre che i cittadini coinvolti in diversi livelli (stakeholder).

Il documento di riferimento regionale è, ad oggi, la DGR 1219/2014, che per questa Azienda ha confermato la precedente DGRM 1345/20213, ove sono identificate le linee di attività/produzione più significative, sulla base delle competenze e delle tecnologie presenti sul territorio e dei volumi minimi di attività, necessari per garantire efficienza e qualità clinica, in coerenza con le indicazioni della normativa nazionale.

Al fine di consolidare i percorsi assistenziali in ambito ospedaliero, le reti cliniche saranno oggetto di prossima ridefinizione a cura della Regione Marche secondo un percorso che prenderà il via proprio dalle attività riorganizzative definite negli Atti aziendali degli Enti del SSR in coerenza con le linee strategiche di sviluppo fornite dal PSSR, con le principali finalità di evitare duplicazioni, rispettare le indicazioni nazionali in termini di volumi/esiti, sviluppare le competenze professionali, potenziare la qualità/quantità dell'offerta e la diffusione dei servizi. Le priorità di azione individuate dalla programmazione regionale riguardano: le **reti cliniche tempo dipendenti**, le **reti cliniche che generano flussi più consistenti di mobilità passiva**, le **reti cliniche di alta specialità** e le **reti di patologia**.

L'**integrazione tra Ospedale e Territorio** si traduce a livello organizzativo in una stretta collaborazione tra le Direzioni mediche ospedaliere e i Direttori dei Distretti nonché tra Dipartimenti ospedalieri e cure primarie.

Al Presidio ospedaliero sono preposti tre **Dirigenti medici**, rispettivamente per gli **Stabilimenti di Fano e Pesaro**, per lo Stabilimento di **Pergola** e per lo **Stabilimento di Urbino**, in possesso dei requisiti ex lege, come responsabili delle funzioni igienico-organizzative e un **Dirigente amministrativo** per l'esercizio delle funzioni di coordinamento amministrativo, i quali assumono - secondo le rispettive competenze - la **responsabilità organizzativa e gestionale** delle attività e concorrono al **conseguimento degli obiettivi fissati dal Direttore generale** (ex art.4, comma 9, del d.lgs. 502/1992 e art. 37, comma 5, della L.R.19/2022).

### 5.1.1 – Gli Stabilimenti ospedalieri

Il Presidio ospedaliero dell’AST Pesaro-Urbino comprende gli **Stabilimenti di Fano, Pergola, Pesaro e Urbino**, le cui rispettive denominazione e ubicazioni vengono di seguito riportate:

- **“Ospedale Santa Croce” di Fano** – via Vittorio Veneto, 2 – Fano (PU);
- **“Ospedale Santi Carlo e Donnino” di Pergola** – via Giuseppe Di Vittorio, 2 – Pergola (PU);
- **“Ospedale San Salvatore” di Pesaro** – P.le Cinelli, 4 e via Lombroso,1 – Pesaro (PU);
- **“Ospedale Santa Maria della Misericordia” di Urbino** - viale Federico Comandino, 70 – Urbino (PU).

L’organizzazione e la vocazione degli Stabilimenti ospedalieri dell’AST sono definite sulla base di un’attenta analisi del contesto provinciale di riferimento.

In particolare, si è tenuto conto dei dati relativi alla mobilità passiva, con l’obiettivo di affrontare le criticità esistenti, in particolare nelle discipline di ortopedia e chirurgia generale, che registrano i valori più elevati di mobilità passiva.

Inoltre, sono stati analizzati i tempi di attesa per le prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale, con particolare attenzione alle prestazioni monitorate ai sensi del Piano Nazionale Governo Liste di Attesa (PNGLA), evidenziando ulteriori ambiti di intervento al fine di soddisfare i bisogni di salute della popolazione residente in provincia e garantire un accesso equo e tempestivo alle cure.

L’**organizzazione degli Stabilimenti ospedalieri** è, quindi, orientata non solo a superare eventuali criticità attraverso una **distribuzione ottimale delle risorse ed una specializzazione delle strutture**, ma anche a rispettare i **parametri del Decreto Ministeriale 70/2015** che prevede *standard* di volumi ed esiti per assicurare la qualità e la sicurezza delle cure; ciò anche in coerenza alla programmazione regionale (così come definita nel PSSR 2023-2025) che prevede una organizzazione degli Stabilimenti volta a garantire lo **sviluppo di ospedali di alta specializzazione e di strutture minori diffuse su tutto il territorio**.

L’organizzazione degli Stabilimenti ospedalieri è pensata come flessibile e suscettibile di eventuale revisione periodica, in un’ottica di miglioramento continuo che si basa sul riesame annuale della Direzione ovvero sull’analisi di dati significativi, reali e consolidati che misurano la percentuale di raggiungimento degli obiettivi prefissati.

L’adozione di questa strategia mira a fornire una **risposta efficace e coordinata** alle esigenze sanitarie della popolazione della Provincia di Pesaro Urbino, assicurando al contempo il rispetto delle direttive nazionali e regionali in materia di **qualità, sicurezza e accessibilità delle cure**.

I singoli Stabilimenti ospedalieri sono connotati da una propria prerogativa e specificità che verrà sviluppata nell’ambito delle **reti cliniche “tempo dipendenti”, di “alta specialità” e di**

**“patologia”** e opereranno in sinergia tra loro integrandosi attraverso i **percorsi diagnostico terapeutici** essenziali per il corretto funzionamento delle reti, anche regionali, al fine di garantire il miglioramento della sicurezza e qualità delle cure, oltre al maggior soddisfacimento dei bisogni di tutta la popolazione residente nel territorio di riferimento. In particolare:

### **Reti tempo dipendenti**

- *Ictus e stroke unit* con percorso interno farmacologico e interventistico – **Rete Ictus**
- IMA (Infarto Miocardico Acuto) – **Rete Cardiologica**
- Trauma minore nell’ambito del percorso trauma maggiore con l’Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche (AOU) – **Rete Traumatologica**
- Neonatologia e dei punti nascita – **Rete Percorso Nascita**

Il modello individuato è di tipo **“hub and spoke”** dove gli *hub* sono responsabili della gestione dei casi più complessi, con personale altamente specializzato, tecnologie avanzate e risorse per gestire l’alta intensità di cure; gli *spoke* erogano invece servizi di minore complessità e garantiscono la continuità della cura collaborando con l’HUB di riferimento.

Tale modello ha l’obiettivo di favorire l’**equità di accesso all’offerta** da parte dei cittadini, anche per le collettività più distanti dai centri di alta specializzazione e garantire la sicurezza e la qualità delle prestazioni, attraverso la concentrazione della casistica per risposte a maggiore complessità organizzativa e tecnologica, favorendo la specializzazione delle *équipes* mediche e la sostenibilità degli investimenti.

### **Reti di alta specialità e di patologia**

- Rete neurologica e neurochirurgica
- Rete cardiologica, emodinamica, chirurgia vascolare e elettrofisiologia
- Malattie degli organi emopoietici e sistema immunitario
- Rete chirurgica generale e specialistica open, mininvasiva e robotica
- Rete ortopedica e traumatologica
- Rete materno infantile
- Rete area medica, specialistica e post acuzie ospedaliera
- Rete oncologica
- Rete dei laboratori e dei servizi
- Rete della riabilitazione e recupero funzionale
- Rete della salute mentale e delle dipendenze

La complessità delle reti e i nodi delle stesse sono determinati dal fabbisogno della popolazione calcolato in base ai dati epidemiologici, alla produzione propria del privato accreditato e alla mobilità da recuperare.

Di seguito, si evidenziano gli specifici ambiti riferiti a ciascuno degli Stabilimenti afferenti al Presidio ospedaliero dell'AST di Pesaro e Urbino.

### **Ospedale Santa Croce di Fano**

Lo Stabilimento ospedaliero di Fano riveste ad oggi un ruolo strategico per lo svolgimento di **attività chirurgiche** non solo di *day surgery* multispecialistico (ortopedia, urologia, chirurgia generale, ginecologia, dermatologia, odontostomatologia) ma anche per interventi di alta complessità nelle discipline di otorinolaringoiatria (ORL), senologia e oculistica, in regime ordinario, di Day Surgery e ambulatoriale.

Questa vocazione è essenziale per rispondere alle esigenze derivanti dalla mobilità passiva, che evidenzia una significativa domanda per interventi di ortopedia e chirurgia generale fuori Regione. In un'ottica di abbattimento delle liste d'attesa, con particolare attenzione alle procedure monitorate ai sensi del PNGLA, il potenziamento delle attività chirurgiche contribuirà a garantire una risposta adeguata alle richieste del Territorio.

Inoltre, lo Stabilimento di Fano rappresenta un punto nodale per l'**area medica specialistica**, con le Unità Operative di Geriatria, Medicina interna, Medicina Trasfusionale, Oncologia, Terapia del Dolore, Cardiologia e UTIC, Pneumologia, Nefrologia e Dialisi, Neurologia. Presso il Day Hospital della UOC Medicina interna si eseguono anche prestazioni di Ematologia (*spoke*), in rete con la UOC di Ematologia dello Stabilimento di Pesaro (*hub*), secondo protocolli univoci stabiliti. Anche la Riabilitazione Ospedaliera è tra le attività *core* dello Stabilimento di Fano.

L'obiettivo è assicurare una presa in carico tempestiva e altamente specializzata, riducendo complicanze e ricoveri ripetuti, grazie alla sinergia tra le diverse Unità Operative e alla capacità di intervenire in modo integrato nelle diverse fasi della malattia. Le reti cliniche già attive favoriscono inoltre la multidisciplinarietà dei percorsi diagnostico terapeutici con la partecipazione in presenza o in collegamento remoto degli specialisti in ruolo nelle specialità presenti nello Stabilimento di Pesaro.

Presso lo Stabilimento di Fano sono, inoltre, attivi posti letto di Terapia Intensiva ed il servizio di Pronto Soccorso, che svolgono un ruolo fondamentale nella **rete dell'emergenza-urgenza** e nelle **reti cliniche tempo-dipendenti**.

Nell'ambito della riorganizzazione degli Stabilimenti ospedalieri, si è ritenuto necessario istituire la UOC *Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza di Fano* per garantire un servizio sanitario adeguato, efficace e tempestivo, in risposta all'elevato volume di accessi registrato presso tale Stabilimento (con un totale di 43.627 accessi nel 2023, pari a una media di 120 accessi giornalieri) che, peraltro, evidenzia una domanda di assistenza in crescita. Tale iniziativa peraltro è perfettamente in linea con quanto indicato dal DM 70/2015 ove è prevista la istituzione di una Unità operativa per almeno 40.000 accessi annui.

Per le stesse motivazioni è stata istituita la UOC *Cardiologia e UTIC di Fano* per rispondere ad un'esigenza crescente nella gestione delle patologie cardiologiche, garantendo un'assistenza specialistica e tempestiva per i pazienti affetti da condizioni cardiovascolari; tale UOC opererà in sinergia con la UOC *Pronto Soccorso di Fano*, migliorando i percorsi assistenziali ed assicurando un'assistenza cardiologica di alta qualità, accessibile e tempestiva per la popolazione.

E' attivo, sia nello Stabilimento di Fano che in quello di Pesaro, il **Centro di Diabetologia ospedaliera ed endocrinologia** (CAD) parte del modello organizzativo e gestionale della "diabetologia", connesso agli altri CAD della Regione Marche anche in un'ottica di **adesione** ad una organizzazione di **rete Regionale** nell'ambito di un **dipartimento interaziendale** secondo la disciplina che verrà definita dalla Regione.

Opera sulla base di un approccio integrato tra i diversi livelli di assistenza e multidisciplinare di presa in carico del paziente diabetico, anche mediante l'elaborazione di protocolli specifici (come l'assistenza delle donne con diabete gestazionale e delle donne diabetiche in gravidanza).

La UOSD *Endocrinologia e Diabetologia ospedaliera* (afferente al *Dipartimento di Medicina Specialistica*) agisce in sinergia con la UOSD *Diabetologia e Malattie metaboliche* (afferente al *Coordinamento dei servizi territoriali*) relativamente alla prevenzione, diagnosi precoce e cura del diabete mellito, avendo come scopo il miglioramento e l'ampliamento dell'offerta di prestazioni e il perseguimento degli specifici obiettivi indicati dal PSSR.

Al riguardo, si dà evidenza che l'Azienda assicura l'adeguatezza della composizione del **team diabetologico** (medici diabetologi, infermieri dedicati, dietista, podologo, psicologo) del CAD. In relazione poi al quadro delineato dalla l.r. 19/2022 e dal DM 77/2022, si ritiene essenziale il **ruolo delle Associazioni** nel contesto aziendale con le seguenti attività: educazione sanitaria nei confronti delle persone affette da diabete, prevenzione e cura della malattia attraverso la formazione e l'organizzazione di convegni e giornate di studio, ascolto, sostegno, assistenza morale, informazioni.

Tra le iniziative più rilevanti si evidenzia il progetto "**Diabetic Keto-Acidosis-(DKA)**" attraverso il quale è garantita l'effettuazione dello *stick* glicemico a tutti i minori di anni 18 negli accessi al Pronto Soccorso per prevenire danni in caso di esordio.

Nello Stabilimento di Fano è anche collocata la UOC **Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza** (afferente al *Dipartimento di Salute Mentale*) con attività ambulatoriali, di Day Hospital e di diagnostica di laboratorio. È, altresì, **Centro di riferimento regionale per l'autismo dei minori** per lo screening neonatale delle malattie metaboliche e della SMA. In tale contesto, si dà evidenza che è attivo il Progetto DAMA (*Disabled Advanced Medical Assistance*) di rilievo nazionale e che si intende estendere a tutti gli Stabilimenti ospedalieri di AST PU.

Nello Stabilimento di Fano sono attive sia la Pediatria di I livello che la Ostetricia e Ginecologia di I livello, esattamente come nello Stabilimento di Pesaro e in quello di Urbino, ed è uno dei tre punti nascita attivi in questa AST.

La Diagnostica per Immagini, dotata di tecnologie di alta gamma, è al servizio sia del Pronto Soccorso che dei degenti e degli esterni. La diagnostica di Laboratorio è già da tempo integrata nella rete aziendale.

### **Attività core**

- Attività clinico assistenziale di media e alta complessità:
- in Area medica con medicina generale, geriatria, neurologia e stroke, oncologia DH ed ambulatoriale, ematologia ambulatoriale e DH (spoke di ematologia Pesaro); cardiologia ed UTIC, pneumologia, nefrologia e dialisi ospedaliera, medicina trasfusionale, dermatologia, allergologia, diabetologia, riabilitazione ospedaliera;
- in Area chirurgica con chirurgia generale, *breast unit*, ortopedia, otorinolaringoiatria, oculistica, odontostomatologia, urologia, ginecologia;
- Centro di riferimento regionale per l'autismo dei minori e dello screening neonatale;
- Punto nascita con ostetricia, ginecologia, pediatria e PMA di I livello;
- Anestesia e Rianimazione e terapia del dolore;
- Blocco operatorio e Polo endoscopico;
- Pronto soccorso e Medicina d'Urgenza, integrati nella rete della emergenza territoriale;
- Servizi generali, in particolare diagnostica laboratoristica e per immagini.

L'Ospedale *Santa Croce* di Fano **si integra nella rete ospedaliera**, in particolare con l'Ospedale *San Salvatore* di Pesaro per quanto riguarda la rete ortopedica e cardiologica, la rete materno-infantile e l'assistenza di alta intensità; con **l'Ospedale *Santi Carlo e Donnino* di Pergola per tutte le attività da quest'ultimo svolte in quanto Ospedale di base in area disagiata.**

La nuova organizzazione potrà trovare attuazione in maniera graduale una volta rideterminati i relativi processi.

Relativamente all'**adeguamento strutturale** dell'Ospedale di Fano, si prevede:

- la realizzazione della palazzina dell'emergenza con il nuovo Pronto soccorso, posti letto di terapia intensiva /UTIC/MURG, blocco operatorio e diagnostica radiologica dedicata al pronto soccorso;
- l'adeguamento strutturale palazzina D per SPDC;
- altri interventi strutturali, ove necessari, per adeguamento ai requisiti di autorizzazione.

### **Ospedale Santi Carlo e Donnino di Pergola**

Lo Stabilimento ospedaliero di Pergola, designato come Ospedale di base in "area disagiata" dal Piano Socio Sanitario della Regione Marche 2023-2025, svolge un ruolo centrale nel garantire una sanità di prossimità – quale Ospedale di base - per i cittadini residenti in aree caratterizzate da condizioni geografiche difficili e da limitate connessioni con la rete viaria principale.

#### **Attività core**

- Attività clinico assistenziale in **area medica** di media e bassa complessità, post acuzie e lungodegenza, **riabilitazione intensiva ospedaliera**; in **area chirurgica**, chirurgia generale per patologie di media e bassa complessità, chirurgia specialistica di media e bassa complessità in integrazione con la rete ospedaliera della AST;
- **Pronto soccorso** integrato nella rete della emergenza territoriale con le strutture dell'Ospedale di Fano afferenti al DEA di primo livello e da attivare mediante la trasformazione dell'attuale Punto di Primo Intervento (P.P.I.);
- **Blocco Operatorio e Polo Endoscopico**;
- **Chirurgia proctologica e generale** in regime ordinario, di Day Surgery e ambulatoriale;
- **Centro di Assistenza Limitata (C.A.L.) di dialisi**;
- Servizi generali, in particolare **diagnostica per immagini** e **diagnostica di laboratorio**.

L'Ospedale di Pergola **si integra con le attività della rete ospedaliera** e **con l'Ospedale Santa Croce di Fano** tenuto conto delle distanze ed affinità per le attività di più elevata complessità.

Relativamente all'**adeguamento strutturale** dell'Ospedale di Pergola, si prevede:

- l'adeguamento sale operatorie, aree di degenza, attività gastroenterologia e diagnostica per immagini;
- l'adeguamento strutturale dell'area del PPI per la realizzazione del Pronto soccorso come da PSSR;
- la piscina riabilitativa.

Più in generale, il progetto prevede di riqualificare e adeguare il complesso ospedaliero esistente a cogenti esigenze di razionalizzazione funzionale e di adeguamento ai requisiti previsti dai nuovi manuali di accreditamento regionali delle diverse aree funzionali, anche nell'ottica del contenimento della spesa sanitaria.

### **Ospedale San Salvatore di Pesaro**

Lo Stabilimento ospedaliero di Pesaro costituisce il nodo centrale per i percorsi di **emergenza-urgenza** della Provincia di Pesaro-Urbino, così come evidenziato nelle reti cliniche riportate nel PSSR 2023-2025. La sua centralità è rafforzata dalla disponibilità di servizi essenziali come

l'**emodinamica** e la **radiologia interventistica**, che garantiscono una copertura integrata h24 a livello provinciale.

Il *Laboratorio di emodinamica* rappresenta l'elemento centrale del percorso dell'infarto miocardico acuto, in quanto è il luogo presso il quale viene erogata l'angioplastica primaria (PPCI) da effettuarsi con tempi e modalità indicati dalle più recenti linee guida. Per tali motivazioni si è ritenuto necessario istituire la UOC *Emodinamica e Cardiologia Interventistica*; l'emodinamica del centro Hub deve offrire una disponibilità h24 e avere una dotazione strumentale e di personale adeguata nel rispetto dei criteri regionali di accreditamento, delle indicazioni nazionali e delle più aggiornate evidenze scientifiche, oltre che dei volumi minimi definiti con il DM 70/2015.

La UOC *Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza di Pesaro* garantisce un servizio sanitario adeguato, efficace e tempestivo, in risposta all'elevato volume di accessi registrato presso tale Stabilimento (con un totale di 40.853 accessi nel 2023, pari a una media di 112 accessi giornalieri) che, peraltro, evidenzia una domanda di assistenza in crescita.

Lo Stabilimento di Pesaro si configura, inoltre, come riferimento per la **chirurgia ad alta complessità**, operando sia in regime di emergenza-urgenza che di elezione in discipline come neurochirurgia, chirurgia vascolare, urologia, ginecologia, chirurgia generale e ortopedia, le quali si possono avvalere delle tecniche di chirurgia mini-invasiva e robotica.

In quest'ottica, rispondendo ai requisiti di volumi minimi previsti dal DM 70/2015, si è ritenuto essenziale istituire la *UOSD Chirurgia Toracica Generale e Mininvasiva*, che diviene un punto di riferimento per l'intera Provincia. Tale Unità operativa permetterà di gestire in maniera adeguata le patologie toraciche, sia in urgenza che in elezione, grazie all'utilizzo di tecniche chirurgiche avanzate, tra cui la chirurgia mininvasiva, con un significativo miglioramento degli esiti post-operatori e riduzione dei tempi di degenza.

L'istituzione della *UOSD Ostetricia e Ginecologia Pesaro* si inserisce nell'ambito della Rete Materno-Infantile prevista dal PSSR 2023-2025, che mira a garantire un percorso nascita integrato e sicuro, in grado di rispondere alle esigenze di assistenza alla donna e al neonato, in ogni fase del percorso, dalla gravidanza fino al parto e al *post-partum*.

Il PSSR pone particolare attenzione alla **qualificazione delle strutture che devono assicurare percorsi dedicati per gravidanze a basso e ad alto rischio**, e la UOSD Ostetricia di Pesaro si inserisce, appunto, in questo contesto. In particolare, l'obiettivo è garantire un'assistenza ostetrica multidisciplinare che segua la **donna nel percorso nascita**, dalla **diagnosi prenatale al parto**, con un'attenzione particolare alla **continuità assistenziale** e alla **personalizzazione dei percorsi**, assicurandone la presa in carico con percorsi appropriati sia per la **gravidanza fisiologica** che per quella **patologica**.

La struttura sarà dotata delle risorse umane e strumentali necessarie per garantire, fino a nuove indicazioni regionali, l'adeguamento agli *standard* qualitativi e quantitativi definiti dal DM 70/2015, e di autonomia gestionale.

Il potenziamento dei servizi per il percorso nascita è un fattore cruciale per rispondere alle sfide della natalità e garantire un sistema di cure che riduca al minimo i rischi per la madre e il neonato; inoltre si prefigge l'obiettivo di **ridurre la mobilità passiva** afferente alla disciplina di ginecologia ed ostetricia delle pazienti residenti in provincia di Pesaro-Urbino.

Infine, la suddetta Unità operativa rafforzerà la collaborazione con la rete territoriale dei consultori, in modo da garantire una presa in carico globale e coordinata della madre e del neonato, in un'ottica di integrazione ospedale-territorio, pilastro centrale del modello organizzativo previsto nel PSSR 2023-2025.

Un altro punto cardine della riorganizzazione dello Stabilimento ospedaliero di Pesaro è rappresentato dalla *UOC Gastroenterologia*, che svolge un ruolo fondamentale nella **gestione integrata delle patologie gastrointestinali**, grazie alla stretta collaborazione con la *Chirurgia Generale*; tale approccio multidisciplinare riveste particolare rilevanza in quanto volto a migliorare la qualità delle cure offerte ai pazienti affetti da patologie gastroenterologiche complesse, sia in regime di elezione che di emergenza.

Lo Stabilimento di Pesaro ha già consolidato la propria eccellenza nel campo dell'**endoscopia digestiva** operativa, diventando il punto di riferimento per le procedure endoscopiche più avanzate e complesse.

In tale direzione, dunque, lo Stabilimento ospedaliero permette di fornire un percorso di cura completo per i pazienti affetti da patologie gastroenterologiche, dal trattamento endoscopico alla gestione chirurgica, migliorando così la continuità assistenziale e l'efficienza del processo terapeutico. Questo modello organizzativo riflette quanto previsto dal Piano Socio Sanitario 2023-2025 della Regione Marche, che sottolinea l'importanza di reti assistenziali integrate per garantire la qualità e la sicurezza delle cure.

È attivo, sia nello Stabilimento di Pesaro che in quello di Fano, il **Centro di Diabetologia ospedaliera ed endocrinologia** (CAD) parte del modello organizzativo e gestionale della "diabetologia", connesso agli altri CAD della Regione Marche anche in un'ottica di **adesione** ad una organizzazione di **rete Regionale** nell'ambito di un **dipartimento interaziendale** secondo la disciplina che verrà definita dalla Regione.

Opera sulla base di un approccio integrato tra i diversi livelli di assistenza e multidisciplinare di presa in carico del paziente diabetico, anche mediante l'elaborazione di protocolli specifici (come l'assistenza delle donne con diabete gestazionale e delle donne diabetiche in gravidanza).

La *UOSD Endocrinologia e diabetologia ospedaliera* (afferente al *Dipartimento di Medicina Specialistica*) agisce in sinergia con la *UOSD Diabetologia e Malattie metaboliche* (afferente al

*Coordinamento dei servizi territoriali*) relativamente alla prevenzione, diagnosi precoce e cura del diabete mellito, avendo come scopo il miglioramento e l'ampliamento dell'offerta di prestazioni e il perseguimento degli specifici obiettivi indicati dal PSSR.

Al riguardo, si dà evidenza che l'Azienda assicura l'adequatezza della composizione del **team diabetologico** (medici diabetologi, infermieri dedicati, dietista, podologo, psicologo) del CAD. In relazione poi al quadro delineato dalla l.r. 19/2022 e dal DM 77/2022, si ritiene essenziale il **ruolo delle Associazioni** nel contesto aziendale con le seguenti attività: educazione sanitaria nei confronti delle persone affette da diabete, prevenzione e cura della malattia attraverso la formazione e l'organizzazione di convegni e giornate di studio, ascolto, sostegno, assistenza morale, informazioni.

Tra le iniziative più rilevanti si evidenzia il progetto "**Diabetic Keto-Acidosis-(DKA)**" attraverso il quale è garantita l'effettuazione dello *stick* glicemico a tutti i minori di anni 18 negli accessi al Pronto Soccorso per prevenire danni in caso di esordio.

#### **Attività core e specifiche dello stabilimento di Pesaro / Muraglia**

- Attività clinico assistenziale di media ed elevata complessità nelle seguenti aree:
- Area medica con medicina generale, gastroenterologia, cardiologia e UTIC, malattie infettive, diabetologia, centro dialisi ospedaliera, medicina trasfusionale;
- Area chirurgica con chirurgia vascolare, chirurgia toracica, chirurgia generale, chirurgia oncologica e chirurgia ginecologica mininvasiva e robotica, neurochirurgia, urologia, ortopedia;
- Emodinamica;
- Radiologia interventistica;
- Ginecologia, Punto nascita con Ostetricia e Pediatria di primo livello;
- Riabilitazione ospedaliera;
- Pronto soccorso con MURG ed OBI, anestesia e rianimazione, integrati nella rete della emergenza territoriale;
- Blocco Operatorio;
- Polo Endoscopico;
- Servizi generali in particolare diagnostica laboratoristica, di virologia e diagnostica per immagini con una dotazione tecnologica di alta gamma recentemente rinnovata ed in fase di implementazione ulteriore con la messa in servizio di una seconda RM
- Laboratorio analisi per il quale si prevede, a tendere, un *hub* e tre *spoke* negli altri Ospedali per acuti, *point of care* nelle altre strutture extraospedaliere per le quali vi siano necessità diagnostiche particolari

- Anatomia patologica che rappresenta il punto di riferimento per tutte le strutture ospedaliere e territoriali afferenti all'AST di Pesaro-Urbino
- Oncologia (sede di Muraglia) con attività di degenza ordinaria, day hospital e ambulatoriale
- Radioterapia (sede di Muraglia)
- Ematologia e Trapianti Midollo Osseo (sede di Muraglia) con attività di degenza ordinaria, DH e ambulatoriale, presenza di una criobanca. E' hub per l'ambulatorio/DH di ematologia di Fano (spoke), collocato nella UOS DH Medico
- Medicina Nucleare (sede di Muraglia)
- Fisica Sanitaria (sede di Muraglia)
- Farmacia ospedaliera con Unità Ricostituzione Antiblastici – UMACA – e camera bianca (sede di Muraglia).

**A livello infrastrutturale** è prevista la realizzazione del **nuovo Ospedale Muraglia** che sarà uno degli impegni di maggiore rilevanza per la Direzione della AST nei prossimi anni. Il trasferimento delle attività presenti nelle attuali strutture di Muraglia, oggetto di future demolizioni, i lavori di adeguamento e la progettualità delle attività sanitarie, dovranno tener conto della necessità di garantire le prestazioni necessarie alla popolazione e mettere in sicurezza le stesse strutture e il personale che vi opera.

### **Ospedale Santa Maria della Misericordia di Urbino**

Lo Stabilimento ospedaliero di Urbino rappresenta un punto di riferimento fondamentale per la popolazione dell'entroterra della Provincia di Pesaro-Urbino.

L'organizzazione dell'Ospedale è strutturata per rispondere in modo efficace ai bisogni sanitari di questa popolazione, con un'offerta clinico-assistenziale che copre sia l'area medica che quella chirurgica, assicurando la presa in carico globale dei pazienti.

L'organizzazione dell'Ospedale di Urbino è progettata per garantire un'assistenza di alta qualità, lavorando in sinergia con gli altri Stabilimenti della rete provinciale per offrire una risposta coordinata ed efficiente alle esigenze sanitarie della popolazione dell'entroterra, promuovendo così un modello di cura integrato e orientato alla sostenibilità del sistema sanitario.

### **Attività core**

- Attività clinico assistenziale a media ed alta intensità, erogata mediante i servizi di: medicina generale e Lungodegenza Post-Acuzie (LPA), geriatria, cardiologia e UTIC ed elettrofisiologia, oncologia e senologia oncologica, gastroenterologia, nefrologia e dialisi ospedaliera, medicina trasfusionale, riabilitazione ospedaliera;

- Attività chirurgica generale, in urgenza e programmata, con innovazione metodologica verso la mininvasiva e conservativa, *breast unit*, chirurgia ortopedica ordinaria e traumatologica anche in ambito pediatrico di età superiore ai 6 anni, otorinolaringoiatria, oculistica;
- Attività integrata con gli altri Stabilimenti ospedalieri dell'Azienda nell'ambito delle reti cliniche;
- Punto nascita – ostetricia, ginecologia e pediatria di I livello;
- Pronto soccorso con OBI e MURG, anestesia e rianimazione, collegati alla rete delle emergenze territoriali;
- Servizi generali in particolare diagnostici laboratoristici e diagnostica per immagini con una dotazione tecnologica di alta gamma.

Relativamente all'**adeguamento strutturale dell'Ospedale di Urbino**, si prevede:

- la realizzazione della palazzina dell'emergenza con il nuovo Pronto soccorso, posti letto di terapia intensiva/UTIC/MURG, blocco operatorio e diagnostica radiologica dedicata al Pronto soccorso

#### **Adeguamento strutturale Ospedale di Urbino:**

La Palazzina delle Emergenze Urgenze un vero e proprio "ospedale nell'ospedale" dotato di Pronto Soccorso, Osservazione Breve Intensiva, Centrale di sterilizzazione, Medicina d'urgenza, Terapia intensiva e sub-intensiva e Blocco Operatorio.

Adeguamento dell'Ospedale di Urbino alla Normativa Antincendio.

Reingegnerizzazione ed adeguamento ai manuali di autorizzazione ai sensi della L.R. 21/2016 (cronoprogramma di adeguamento)

#### **Aree comuni in costante sviluppo**

L'**Area dei Laboratori** sarà integrata tra tutti gli Stabilimenti ospedalieri, garantendo in ogni Ospedale per acuti l'espletamento degli esami di emergenza e centralizzando le procedure più complesse che non richiedono risposte immediate in un'unica sede.

L'impegno dell'Azienda è, altresì, volto a **valorizzare i laboratori a valenza regionale in ambiti specifici**.

L'**Area della Radiologia** sarà presente in ogni Stabilimento ospedaliero con tecnologie pesanti, adeguate al livello di assistenza che si deve erogare e la refertazione potrà essere centralizzata per ridurre i tempi di attesa tra l'esecuzione dell'esame e la consegna delle risposte, in particolare per quanto riguarda la refertazione delle mammografie dello screening nella doppia refertazione; con ciò favorendo un accrescimento dell'*expertise* dei singoli medici.

L'Area del Trasfusionale sarà presente negli Ospedali con diversa complessità, dall'ematoteca al servizio, a seconda del fabbisogno e del livello di assistenza erogata.

L'Area Farmaceutica sarà presente in ogni Ospedale a seconda della complessità della struttura, finalizzata alla dispensazione dei farmaci per i ricoverati, per la distribuzione diretta e per la farmacovigilanza. Centralizzati sono, invece, i magazzini al fine di garantire maggiore efficienza. Al riguardo, l'Azienda ha provveduto alla:

- **centralizzazione del farmaco con distribuzione dal magazzino centralizzato di Pesaro** (hub 1) agli Stabilimenti ospedalieri di Pesaro e Fano nonché alle Farmacie di Urbino e Fossombrone. Tale riorganizzazione ha consentito di ottimizzare: a) la gestione dei processi e dei relativi costi di approvvigionamento di farmaci, concentrando l'acquisto presso un unico punto ordinante (hub 1) e liberando così risorse-uomo presso le varie Strutture che in precedenza provvedevano autonomamente all'acquisto (spoke); b) la giacenza del farmaco, creando uno stoccaggio per copertura di medio termine solo nel magazzino centralizzato (hub 1), con riduzione sensibile del periodo di copertura delle scorte medie sui vari magazzini farmaceutici decentrati (spoke) il cui approvvigionamento è garantito dal magazzino centralizzato (hub 1); c) l'impiego delle risorse tecnologiche (automazione robotizzata) disponibili (hub1); oltre che la riduzione del rischio di scaduto e dell'immobilizzo finanziario e di rotture di stock mediante aumento degli indici di rotazione (hub1);
- **centralizzazione dei dispositivi medici e soluzioni infusionali presso il magazzino Gadana di Urbino** (hub 2). Tale riorganizzazione ha consentito di: a) razionalizzare la gestione della logistica aziendale, centralizzandone la relativa governance e le scorte di dispositivi medici; b) ridurre di una unità i punti di stoccaggio, rendendoli più funzionali ed efficienti; c) ridurre gli scaduti e i carichi incendio all'interno dei presidi di Urbino (spoke 3) e Fossombrone (spoke 4) mediante centralizzazione delle consegne presso il Magazzino di Gadana di Urbino; d) ottimizzare le risorse di personale e ridurre le criticità dovute ad assenze nei rispettivi magazzini, facendo leva sulla centralizzazione e la maggior presenza di personale in unica struttura (hub2);
- **centralizzazione della distribuzione diretta del farmaco.** Tale riorganizzazione ha consentito di: a) ottimizzare la gestione di scorte riducendo i depositi; b) ridurre i costi di trasporto (due strutture in meno da rifornire); c) recuperare risorse umane nelle diverse professionalità (magazzinieri, amministrativi, farmacisti); d) fornire un servizio più qualificato all'utenza con garanzia di apertura al pubblico durante l'intera settimana e per una maggiore fascia oraria; e) consentire la realizzazione di collegamenti logistici e gestionali tra hub 1 e hub 2, al fine di compensare le momentanee rispettive carenze di materiale dovute ad eventuali ritardi di consegna da parte dei fornitori senza creare ripercussioni sulle

strutture sanitarie; f) semplificare le analisi dei consumi e dei prodotti stoccati per la determinazione dei fabbisogni per future procedure di aggiudicazione; g) agevolare l'attività di standardizzazione dei prodotti;

- **implementazione degli armadietti informatizzati di reparto** presso le principali strutture dello Stabilimento ospedaliero di Urbino, per dare maggiore efficacia/efficienza al processo di centralizzazione. Tale riorganizzazione ha consentito di: a) recuperare risorse umane presso la Farmacia di Urbino a seguito della preparazione del farmaco a cura del magazzino centralizzato di Pesaro (hub 1) mediante utilizzo dell'automazione; b) recuperare risorse umane presso le strutture sanitarie dotate di tale strumento che produce il reintegro automatizzato di farmaci sulla base dei consumi; c) ridurre i volumi di stoccaggio e la movimentazione manuale dei farmaci presso la Farmacia di Urbino (spoke 3), accelerando il processo di riorganizzazione della logistica interna.

### 5.1.2 – Sistema di Emergenza-Urgenza

Il sistema di Emergenza – Urgenza in ambito sanitario, quale insieme delle funzioni di soccorso, trasporto e comunicazione, organizzate al fine di assicurare l'assistenza sanitaria al verificarsi di emergenze o urgenze, è stato istituito e disciplinato dalla Regione Marche con L.R. n.36 del 1998 e ss.mm.ii. In applicazione a quanto disposto dalla predetta legge, al sistema d'emergenza sanitaria afferiscono diversi servizi collegati ed organizzati di strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere tra loro funzionalmente integrate e uniformi su tutto il territorio.

Nello specifico, tale complesso organizzato è articolato nell'ambito dell'AST PU in:

- **sistema di allarme sanitario** che provvede ad ogni emergenza territoriale, compresi i servizi di pronto intervento garantiti dai dipartimenti di prevenzione attivati nel territorio di competenza e i collegamenti funzionali con gli uffici periferici del Ministero della Sanità al fine di far fronte alle emergenze sanitarie di frontiera, il trasporto urgente di sangue e le operazioni connesse all'attività relativa ai trapianti e prelievi di organo. Tale sistema è dotato del numero telefonico di accesso breve e universale "118" e del Numero Unico Europeo per le emergenze (NUE) "112";
- **sistema territoriale di soccorso** che svolge le attività extraospedaliere finalizzate all'accettazione e al trattamento delle emergenze e delle urgenze sanitarie;
- **sistema ospedaliero di emergenza** volto a garantire idonea assistenza ospedaliera alle emergenze sanitarie. Il sistema si articola in: Punti di Primo Intervento; Pronto soccorso ospedaliero; Dipartimento di emergenza-urgenza ed accettazione (DEA) di primo livello.

In relazione a quanto sopra, si rinvia per elementi di dettaglio ai Parr. 5.1.1 e 5.2.2.5.

### 5.1.3 - I Dipartimenti

L'Azienda assume l'**organizzazione dipartimentale** come modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività, atta a consentire l'integrazione tra strutture operative omogenee, affini o complementari, tra loro interdipendenti, pur mantenendo ciascuna autonomia tecnico-professionale e gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti.

Conformemente a quanto previsto dall'art.33 della L.R. n.19/2022 e agli obiettivi del PSSR nonché alle linee di indirizzo di cui alla DGRM n.1291 del 09/08/2024, il Dipartimento è preposto alla produzione e all'erogazione di prestazioni e servizi, nonché all'organizzazione e alla gestione delle risorse a tal fine assegnate.

In particolare, i **dipartimenti sanitari** – in stretta collaborazione con i Distretti e con il Comitato dei Sindaci di Distretto - garantiscono:

- la gestione integrata e complessiva dei percorsi di cura;
- la presa in carico e la continuità assistenziale;
- lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza;
- la misurazione degli esiti;
- la gestione del rischio clinico;
- l'adozione di linee-guida e protocolli diagnostico-terapeutici;
- la formazione continua;
- il coinvolgimento e l'informazione del paziente;
- il coordinamento e l'integrazione delle attività amministrative;
- la gestione delle risorse umane, tecnologiche e logistiche.

Conformemente alle disposizioni di cui all'art.33 della L.R. 19/2022 ed alle richiamate Linee di indirizzo, i **Dipartimenti sono istituiti** con il presente **Atto aziendale** che ne definisce le relative funzioni, tenuto conto delle specifiche indicazioni contenute nel PSSR.

In particolare, l'assetto organizzativo dell'Azienda è definito sulla base delle seguenti tipologie di Dipartimento:

**a) Dipartimento strutturale o gestionale**, caratterizzato dall'aggregazione di unità organizzative omogenee, sotto il profilo delle attività o delle risorse umane e tecnologiche impiegate, operanti in ambito aziendale con gestione in comune delle risorse umane, degli spazi, delle risorse tecnico-strumentali ed economiche ad esso assegnate;

**b) Dipartimento funzionale**, caratterizzato dall'aggregazione di unità organizzative non omogenee, interdisciplinari, appartenenti contemporaneamente anche ad altri Dipartimenti, al fine di realizzare obiettivi interdipartimentali e/o programmi di rilevanza strategica. Il Dipartimento funzionale non è dotato di budget autonomo e non è soggetto a rendicontazione analitica;

**c) Dipartimento transmurale**, costituito dall'aggregazione di articolazioni organizzative che concorrono al perseguimento di obiettivi comuni ma fisicamente ubicate in diversi Stabilimenti ospedalieri del Presidio ospedaliero;

**d) Dipartimento interaziendale**, costituito sulla base di accordi specifici e formali provvedimenti tra le Aziende Sanitarie Territoriali della Regione Marche, funzionale alla gestione liquidatoria della preesistente ASUR, secondo le disposizioni normative e di attuazione regionali in materia.

Il **Direttore del dipartimento** è un dirigente con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento, nominato, ai sensi della normativa statale vigente, dal Direttore generale all'interno di una rosa di candidati selezionata dal Comitato di dipartimento (rif. art.33, comma 7, della L.R. 19/2022); il Direttore di dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui è preposto.

Il trattamento economico del Direttore di dipartimento è disciplinato dal CCNL Area Sanità cui si fa espresso rinvio.

La preposizione ai dipartimenti strutturali comporta l'attribuzione sia di responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e della prevenzione, sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti.

A tal fine, il Direttore di dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento.

In particolare, i Direttori dei dipartimenti partecipano, nelle forme e con le modalità stabilite dal presente atto di organizzazione, ai processi decisionali della Direzione aziendale; assicurano il funzionamento del dipartimento e hanno competenza in merito a:

- a) gestione delle risorse attribuite, sentito il Comitato di dipartimento, garantendo l'utilizzo integrato delle stesse e la fruizione unitaria degli spazi e delle attrezzature comuni, al fine di migliorare i livelli qualitativi, quantitativi ed economici del sistema;
- b) promozione dell'integrazione tra le attività complementari ai fini dell'erogazione delle prestazioni, anche attraverso lo sviluppo di gruppi di lavoro orientati a progetti specifici;
- c) applicazione di metodologie e protocolli comuni per la realizzazione dei compiti affidati;
- d) verifica della conformità dei comportamenti e dei risultati agli indirizzi generali forniti dal Direttore generale (rif. art.33, comma 8, della L.R. 19/2022).

Il **Comitato di dipartimento** è un organismo collegiale con funzioni consultive, di indirizzo e di verifica; esprime i pareri previsti dall'Atto aziendale e supporta il Direttore di dipartimento nell'esercizio delle sue funzioni (rif. art.33, comma 9, della L.R. 19/2022).

Il Comitato di dipartimento è presieduto dal Direttore di dipartimento e composto dai Direttori/Responsabili delle unità operative complesse e semplici appartenenti al Dipartimento, oltre ai rappresentanti delle altre componenti professionali che partecipano ai percorsi assistenziali del Dipartimento stesso.

L'Azienda disciplina le modalità di funzionamento del Comitato attraverso un apposito regolamento che può prevedere ulteriori componenti in ragione del proprio modello organizzativo, da adottarsi nel rispetto delle **direttive vincolanti** della Giunta regionale **in merito all'istituzione e al funzionamento dei dipartimenti, nonché alla disciplina sul funzionamento del Comitato di dipartimento.**

I componenti del Comitato rimangono in carica per lo stesso periodo di incarico del Direttore di dipartimento e decadono con la nomina dei loro successori (Rif. art.33, comma 10, della L.R. 19/2022).

I Dipartimenti predispongono annualmente il **piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili**, negoziato con la Direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale (rif. art.33, comma 14, della L.R. 19/2022).

L'**organizzazione dipartimentale** è allegata al presente Atto Aziendale (**Allegato n. A**).

## **5.2 – Assistenza sanitaria territoriale e primaria**

Il presente Atto aziendale risponde all'assunto di fondo che l'**Assistenza Primaria** rappresenta la **prima porta d'accesso al SSR**, come riconosciuto nel 2014 dalla Commissione Salute Europea che l'ha definita come: *"l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da équipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone"*.

Come precisato dal **D.M. Salute 23 maggio 2022, n. 77** e come declinato puntualmente nel **PSSR**, l'Azienda segue questa impostazione mediante le attività distrettuali, la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali, in particolare con:

- lo **sviluppo di strutture di prossimità**, come le Case della Comunità, quale 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**;
- l'**integrazione tra assistenza sanitaria e sociale** e lo sviluppo di **équipe multiprofessionali** che prendano in carico la persona con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità;
- lo **sviluppo di servizi digitalizzati**, per la gestione dei percorsi assistenziali - anche a domicilio mediante strumenti di telemedicina e tele-monitoraggio - e per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale;
- la **valorizzazione della co-progettazione** con gli utenti;
- la **valorizzazione della partecipazione della comunità** nelle sue diverse forme sociali e istituzionali;
- l'**efficientamento sul territorio regionale della rete dei punti prelievo** collegati ai laboratori di riferimento, garantendo l'**accesso agevolato all'utenza attraverso la digitalizzazione sia in fase di prenotazione che di ritiro/consegna dei referti**.

Particolare attenzione sarà posta al **rafforzamento dell'integrazione della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali** secondo l'obiettivo della **prossimità dei servizi/interventi** in un'ottica di facilitazione e **sostegno alla famiglia**, con interventi di **riorganizzazione dei consultori familiari**, in stretto **raccordo con gli Ambiti sociali**.

Nell'ambito degli interventi di riordino dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale, la normativa - nazionale e regionale - sottolinea l'esigenza di procedere ad incisivi interventi di riorganizzazione del sistema delle cure primarie con l'obiettivo di promuovere la medicina di territorio. Le nuove forme organizzative dell'Assistenza primaria sono le **Aggregazioni Funzionali Territoriali** (di seguito: AFT) e le **Unità Complesse di Cure Primarie** (di seguito: UCCP).

Le **AFT** sono associazioni mono professionali con studi medici singoli e/o associati nelle attuali forme contrattualmente previste (associazioni semplici, gruppi e reti), con sedi anche multiple dislocale sul territorio, che condividono obiettivi e percorsi assistenziali. Ogni AFT rappresenta l'insieme dei professionisti che hanno in carico il cittadino che ha esercitato la scelta nei confronti del singolo medico ed è funzionalmente collegata ad una UCCP del Distretto. I medici del ruolo unico di assistenza primaria si raccordano tramite le AFT alle attività della forma organizzativa multiprofessionale nel rispetto della programmazione regionale.

L'**UCCP**, quale snodo ed articolazione del Distretto, si configura come una sede unica di tipo poliambulatoriale distrettuale nella quale operano in forma coordinata MMG, PLS, SAI, infermieri/IFeC e altro personale sanitario/o socio-sanitario: rientrano in tale tipologia le Case della Salute e le Case della Comunità. L'UCCP eroga pertanto prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei MMG, dei medici di continuità assistenziale, dei PLS, degli

specialisti ambulatoriali e delle altre figure sanitarie del Distretto: dagli infermieri, agli psicologi, alle professionalità ostetriche e tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria, nonché da personale amministrativo e di supporto.

Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; alle Case della Comunità accederanno anche gli specialisti ambulatoriali.

L'Azienda dà, quindi, attuazione alle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e alle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) - previste dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale (ACN 2022) e costituenti obiettivi del PSSR - sulla base della distribuzione delle AFT e delle UCCP, in relazione ai residenti e agli assistiti per Distretto, determinata con apposito atto della Giunta regionale.

### 5.2.1 – Integrazione Socio-sanitaria

L'Azienda, quale parte della **rete socio-sanitaria**, è orientata verso un progressivo **spostamento dei servizi dall'ospedale al territorio**, come luogo per la salute di comunità, rafforzando nel contempo l'integrazione tra i due ambiti, finalizzata all'attuazione dei percorsi di assistenza e cura rivolti in particolare alla presa in carico dei soggetti fragili.

Le prestazioni sociosanitarie comprendono tutte le attività atte a soddisfare, mediante **percorsi assistenziali integrati**, i bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente **prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale** in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la **continuità tra le azioni di cura** e quelle **di riabilitazione**.

La complessità del bisogno richiede un intervento integrato che viene definito attraverso il governo della domanda e la presa in carico integrata e che comprende:

- la valutazione multidimensionale del bisogno (sanitaria e sociale);
- la definizione del Piano assistenziale individualizzato (PAI);
- la scelta del regime o dei regimi assistenziali più idonei a soddisfare gli obiettivi di salute di ogni singolo utente (ambulatoriale, domiciliare, residenziale, semiresidenziale) nonché al rafforzamento delle risorse personali (supporto parentale, spazi abitativi) e collettive (reti di prossimità).

Il **sistema assistenziale territoriale** è gestito in **forma coordinata** con i **Comuni** e gli **Ambiti Territoriali Sociali (ATS)**, sia a livello istituzionale tramite accordi di programma e protocolli di intesa, che a livello organizzativo attraverso le **Unità Operative Sanitarie e Sociali**.

Sul punto, particolare attenzione deve essere riposta alle persone con disabilità e alle persone non autosufficienti per garantire una effettiva inclusione sociale e quindi i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) di rilevanza socio-sanitaria, assumendo a riferimento la

programmazione nazionale e regionale tesa a garantire lo sviluppo graduale di sistemi di servizi integrati e a consolidare il percorso assistenziale integrato tra area sociale, sociosanitarie e sanitaria.

L'**interazione tra LEA sanitari e LEPS socio-sanitari** richiede un approccio di organizzazione e gestione integrata, in modo da definire le pertinenze organizzativo-gestionali di riferimento di ciascuna area.

In tale contesto, l'Azienda si avvale di apposita funzione di **coordinamento aziendale per l'integrazione socio-sanitaria** finalizzato alla definizione organizzativa e gestionale delle attività e alla determinazione comune di percorsi assistenziali omogenei; tale coordinamento è **affidato al Direttore Socio Sanitario**.

Inoltre, in conformità alla legge regionale n.19/2022 viene istituito il **Servizio Sociale Professionale aziendale**, la cui direzione è affidata al **Direttore Socio Sanitario**.

Tale Servizio assicura funzioni di consulenza e supporto professionale trasversale all'Azienda Sanitaria, la promozione di strategie per l'integrazione tra il sistema sanitario-sociale aziendale ed il sistema socio-assistenziale degli enti gestori, nonché il raccordo con le Rappresentanze Locali e del Terzo Settore, al fine di garantire la funzionalità dell'intero sistema di governo aziendale e la tutela dei cittadini nell'ambito di appropriati percorsi sanitari e socio-sanitari.

L'integrazione sociosanitaria è garantita attraverso l'organizzazione e la gestione delle risorse professionali degli **Assistenti Sociali** che operano trasversalmente nei Servizi della rete territoriale ed ospedaliera dell'Azienda.

L'Assistente Sociale opera nei Servizi per la salute mentale, per le dipendenze e le patologie correlate, per la salute tutela e protezione della donna, del bambino e dell'adolescente, degli stranieri, per la senescenza, la disabilità e la riabilitazione degli adulti, per la continuità assistenziale delle cure. Inoltre opera nelle commissioni della Medicina Legale e nelle diverse unità di valutazione multidimensionali, negli Uffici Tutele, negli ospedali e in tutte le situazioni di fragilità o a rischio di esclusione sociale ed emarginazione.

Relativamente agli aspetti organizzativi e funzionali del suddetto Servizio, si fa espresso rinvio alle previsioni di cui alla L.R. 19/2022, art.36, comma 2, nonché alle specifiche disposizioni contenute nelle Linee di indirizzo regionali (ex DGRM 1291/2024, pag.13).

Nell'ambito della rete integrata dei servizi sociosanitari assumono rilevanza – come in dettaglio definito nei paragrafi che seguono - i **Distretti**, articolazioni territoriali dell'Azienda che assicurano i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, nonché il **Dipartimento di Prevenzione**, il **Dipartimento di Salute Mentale** e il **Dipartimento per le Dipendenze Patologiche**, articolazioni organizzative essenziali per il sistema di prevenzione

e promozione della salute e di sicurezza sul territorio e per garantire l'assistenza con servizi di prossimità territoriale e domiciliare e delle cure intermedie.

Il Dipartimento di Prevenzione e il Dipartimento di Salute Mentale, come pure il Dipartimento per le Dipendenze Patologiche, trovano **collocazione** e **relazione funzionale** nei Distretti.

### 5.2.2 - I Distretti

Il presente Atto aziendale indica i Distretti, quali strutture territoriali e organizzative dell'AST, secondo l'articolazione presente nella ex Area Vasta 1-ASUR alla data di entrata in vigore della legge di riforma del SSR (art. 24, comma 3, e art. 47, commi 7 e 8, della L. R. 19/2022).

I Distretti sono articolazioni territoriali dell'Azienda che assicurano i **servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie mediante la gestione integrata tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali in stretto raccordo con gli Ambiti sociali**, nonché il **coordinamento** delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi gli stabilimenti del Presidio ospedaliero **e i consultori**, tramite il loro inserimento nel Programma delle attività territoriali di cui all'articolo 17 della L.R. 19/2022.

**A livello organizzativo**, i Distretti afferiscono gerarchicamente al Direttore Sanitario mentre per gli aspetti operativi rispondono funzionalmente al Direttore Socio-sanitario.

I Distretti provvedono allo svolgimento delle seguenti attività:

- a) l'**assistenza primaria**, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali;
- b) il **coordinamento** dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- c) l'erogazione delle **prestazioni sanitarie a rilevanza sociale**, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria.

I Distretti garantiscono:

- a) assistenza specialistica ambulatoriale;
- b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- d) attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;
- e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
- f) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

Per l'erogazione delle prestazioni territoriali, i distretti si avvalgono di una pluralità di strutture, quali:

- strutture in cui si erogano prestazioni specialistiche quali l'attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale (ambulatori e laboratori);
- strutture semiresidenziali, come i centri diurni psichiatrici e per anziani;
- strutture residenziali quali le residenze sanitarie assistenziali (RSA), gli Hospice e le case protette;
- altre strutture territoriali, come i centri di dialisi ad assistenza limitata, gli stabilimenti idrotermali, i centri di salute mentale, i consultori familiari e i centri distrettuali.

In tale contesto, assume rilevanza la **realizzazione dell'Hospice pediatrico a Fano**, obiettivo progettuale prioritario nell'ambito delle reti delle cure palliative. E ciò in aderenza ai contenuti del PSSR che, nel richiamare la Legge 38 del 2010 con la quale è stato sancito il "*diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore*" (art.1), fa espresso riferimento all'avvenuta individuazione – in applicazione della predetta Legge - delle *tre reti di assistenza dedicate alle Cure palliative, alla Terapia del Dolore, rivolte al paziente adulto, ed un'unica rete di Cure palliative e Terapia del Dolore, dedicata ai piccoli pazienti con particolare riguardo alla realizzazione dell'Hospice pediatrico nel territorio dell'Ast di Pesaro-Urbino* (cfr. DGRM 1238/2021).

**L'Hospice pediatrico completa l'organizzazione delle cure palliative** insieme agli **ambulatori della terapia del dolore** e all'**Hospice adulti di Fossombrone** che vedrà l'incremento di ulteriori 9 posti letto allargando le sue competenze non solo alla palliazione oncologica ma anche neurologica (SLA e altre malattie degenerative).

**L'Hospice pediatrico e l'Hospice adulti sono fortemente integrati nell'assistenza domiciliare per una reale presa in carico e "cura", là dove il curare supera il "guarire".**

I Distretti, nell'ambito delle risorse assegnate, sono dotati di **autonomia economico-finanziaria** e di **autonomia tecnico-gestionale** per lo svolgimento delle funzioni e per il conseguimento degli obiettivi aziendali, compreso il coordinamento delle attività.

I Distretti garantiscono una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare un'efficace presa in carico della popolazione di riferimento.

Il PSSR riconosce il ruolo centrale dei Distretti nella programmazione socio-sanitaria attraverso il **Programma delle Attività Territoriali (PAT)** di cui all'art.17 della l.r.19/2022, con funzioni di supporto alla Direzione Generale nella definizione/programmazione dei servizi necessari a soddisfare la domanda sanitaria e sociosanitaria della popolazione del territorio di riferimento, di

monitorarne l'erogazione e l'accessibilità e di verificarne il rispetto sia in termini quantitativi che qualitativi nei confronti dei vari produttori.

Sul piano istituzionale, i **Distretti** costituiscono il **punto privilegiato di incontro** e di **sviluppo delle relazioni e delle collaborazioni tra Azienda AST, Comuni, Terzo settore, volontariato, famiglie e pazienti**.

Attraverso azioni promosse congiuntamente con gli Enti Locali e le organizzazioni di impegno civico e in una logica di integrazione tra politiche sociali e sanitarie, l'ambito territoriale del distretto favorisce la realizzazione:

- di attività di promozione della salute;
- di servizi e prestazioni di assistenza primaria;
- di attività di prevenzione delle malattie e delle disabilità;
- di costruzione di reti integrate e multidisciplinari per la presa in carico, l'assistenza, la continuità delle cure di tutte le condizioni di cronicità e disabilità che comportano il rischio di non autosufficienza;
- di promozione del territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari.

I Distretti sono organizzati, nel rispetto della normativa statale vigente, secondo il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale e degli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi di cui al DM Salute 77/2022 nonché in coerenza con gli interventi del Piano nazionale di ripresa e di resilienza (PNRR); gli stessi sono dimensionati e commisurati alle caratteristiche del bacino territoriale posto a riferimento.

**L'Azienda è suddivisa in tre Distretti: Fano, Pesaro e Urbino, a cui afferiscono i Comuni di cui all'allegato A della L.R. 19/2022, e precisamente:**

#### **Distretto di FANO**

Il Distretto di Fano conta un bacino di utenza di n. 134.370 abitanti, suddivisi in **n. 15 Comuni**: Cartoceto, Colli al Metauro, Fano, Fossombrone, Fratte Rosa, Isola del Piano, Mondavio, Mondolfo, Montefelcino, Monte Porzio, Pergola, San Costanzo, San Lorenzo in Campo, Sant'Ippolito, Terre Roveresche.

Il territorio coincide con quello degli **Ambiti Territoriali Sociali n.6 Fano e n. 7 Fossombrone**.

#### **Distretto di PESARO**

Il Distretto di Pesaro conta un bacino di utenza di n.138.101 abitanti, suddivisi in **n.7 Comuni**: Gabicce Mare, Gradara, Mombaroccio, Montelabbate, Pesaro, Tavullia, Vallefoglia.

Il territorio coincide con quello dell'**Ambito Territoriale Sociale n.1 Pesaro**

#### **Distretto di URBINO**

Il Distretto di Urbino conta un bacino di utenza di n.77.864 abitanti, suddivisi in **28 Comuni**:

Acqualagna, Apecchio, Belforte all'Isauro, Borgo Pace, Cagli, Cantiano, Carpegna, Fermignano, Frontino, Frontone, Lunano, Macerata Feltria, Mercatello sul Metauro, Mercatino Conca, Montecalvo in Foglia, Monte Cerignone, Montegrimano Terme, Peglio, Petriano, Piandimeleto, Pietrarubbia, Piobbico, Sant'Angelo in Vado, Sassocorvaro Auditore, Tavoletto, Serra Sant'Abbondio, Urbania e Urbino.

Il territorio coincide con quello degli **Ambiti Territoriali Sociali n.3 U.M. Catria e Nerone, n.4 Urbino e n.5 U.M. Montefeltro**

### **5.2.2.1 – Funzioni del Distretto**

Il modello di servizio del Distretto configurato nella programmazione regionale prevede come punti caratterizzanti:

- a) un modello di programmazione integrato tra servizi sociali e sanitari;
- b) un approccio globale ed integrato fra le funzioni di prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione;
- c) un modello di sistema che superi il dualismo tra domanda ed offerta, per esaltare una funzione di accompagnamento dell'utenza attraverso i servizi, supportando la programmazione dell'offerta sulla base dei bisogni di salute, di profili *standard* e di profili individualizzati;
- d) un sistema di accesso unitario ed unificante propedeutico ad un approccio valutativo ed operativo di tipo integrato (CO116117- C.O.T. - P.U.A.);
- e) un modello di valutazione dei bisogni individuali multidisciplinare ed integrata (U.V.I.);
- f) un complesso di modalità operative per attivare la presa in carico globale dei bisogni di salute dell'utenza, garantendo la continuità dell'assistenza.

Nell'ambito del sistema delle cure primarie, è riconosciuta la funzione centrale del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta, che va declinata sul caso singolo, in rapporto con i diversi soggetti coinvolti nel percorso clinico-assistenziale.

Il modello organizzativo del Distretto sviluppa le modalità evidenziate con:

- la gestione delle funzioni di tutela e promozione della salute e di garanzia dei livelli appropriati di erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, che rappresenta il complesso delle cosiddette "cure primarie";
- l'implementazione di una corretta integrazione della medicina generale e della pediatria di base nella struttura di assistenza territoriale, sulla base degli accordi nazionali, regionali ed integrativi territoriali;
- il coordinamento delle modalità di raccordo delle prestazioni ospedaliere con quelle territoriali;
- il raccordo e il coordinamento territoriale delle attività dei Dipartimenti che si svolgono nell'ambito distrettuale.

In questa logica si prefigura un modello organizzativo di Distretto “della presa in carico e prossimità delle cure”.

Per ogni Distretto è previsto il supporto amministrativo necessario allo svolgimento delle attività di competenza.

Si prevede l’istituzione di un **coordinamento ostetrico Ospedale-Territorio** per promuovere i percorsi finalizzati alla presa in carico della madre e del bambino e per dare applicazione alle direttive regionali relative ai primi 1.000 giorni in un processo di integrazione Ospedale-Territorio.

Di seguito, le **principali linee funzionali** del Distretto:

### **1. La garanzia**

Il distretto assume la funzione di garanzia attraverso la valutazione dei bisogni di salute della popolazione, la valutazione delle priorità d’azione della sostenibilità delle scelte e l’orientamento dei livelli di produzione di attività sanitaria come richiesta alle strutture ospedaliere e territoriali e la verifica dei risultati. È garante di una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento.

### **2. La committenza**

La funzione di committenza si esplica definendo i servizi necessari per rispondere ai bisogni di salute della popolazione del territorio di riferimento, attraverso l’analisi e la definizione (partecipata) dei bisogni, l’allocazione delle risorse, la negoziazione con i vari livelli di produzione della quantità e qualità delle prestazioni in un’ottica di livelli essenziali di assistenza (LEA), il monitoraggio e la valutazione dei risultati.

Il Distretto, in coerenza agli indirizzi aziendali ed alle risorse assegnate, assicura alla popolazione residente la disponibilità, secondo criteri di equità, accessibilità e appropriatezza, di servizi di tipo sanitario e socio-sanitario ad elevata integrazione.

### **3. L’accessibilità ai servizi**

È responsabilità del Distretto:

- essere garante e presidiare le dimensioni della qualità relazionale con il cittadino, con la sua famiglia, con la comunità, con i vari portatori d’interesse locale;
- essere garante del rispetto degli impegni assunti dalla Direzione dell’AST in materia di sicurezza, di efficacia e di efficienza dei servizi sanitari erogati;
- essere espressione dell’orientamento al cittadino, attraverso una continua attenzione agli aspetti dell’informazione, della tutela e garanzia dell’offerta e del coinvolgimento diretto, dell’equità e della trasparenza dell’offerta, del rispetto della dignità della persona e alle differenze biologiche e socio-culturali di genere.

#### **4. La partecipazione**

Il Distretto promuove la conoscenza e la partecipazione alla programmazione delle attività sociali e sanitarie locali dei diversi portatori di interesse, sia attraverso i percorsi di confronto istituzionale (Regione, Provincia, Comuni), che attraverso forme dirette di consultazione, secondo gli indirizzi definiti e con gli interlocutori individuati dal Piano Sociale e Sanitario in vigore.

Il Distretto si avvale dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) per l'ascolto dei cittadini e per garantire le informazioni utili sulle attività dei servizi e sulle modalità di accesso ed erogazione delle prestazioni.

#### **5. L'integrazione sanitaria e socio-sanitaria nel distretto**

Al Distretto compete la responsabilità di presidiare la realizzazione del sistema sociale e sanitario integrato e l'integrazione interdipartimentale, con particolare riferimento all'organizzazione ed alla produzione di servizi da parte delle Cure Primarie, della Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, della Sanità Pubblica. In tale ottica, il Direttore di distretto agisce la sua **funzione di committenza** avvalendosi anche dell'**Ufficio di Piano** e dell'**Unità Operativa Sanitaria e Sociale (UOSeS)**.

La partecipazione all'Ufficio di Piano di professionisti del Distretto garantisce un approccio integrato nell'analisi dei bisogni, nelle scelte delle priorità d'intervento e nell'elaborazione di strumenti di programmazione integrata, per rispondere in modo adeguato alla complessità dei problemi di salute.

Il Distretto promuove e garantisce tutte le iniziative atte al riconoscimento delle **differenze biologiche e socioculturali di genere, con la finalità di promuovere eguaglianza ed equità nella salute**.

Il Distretto assicura l'orientamento per le cure mediche non urgenti per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a bassa intensità assistenziale tramite strumenti e/o modalità organizzative previsti dalla normativa vigente (come la Centrale operativa 116117), svolge la funzione di coordinamento per la presa in carico delle persone e di raccordo tra i servizi e professionisti coinvolti, dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza tramite la Centrale Operativa Territoriale (C.O.T.), garantisce uno sportello polifunzionale definito Punto Unico di Accesso (P.U.A.) che promuove l'integrazione sociosanitaria dei servizi per soddisfare i bisogni di salute della persona intesa nella sua globalità, adottando moduli organizzativi integrati.

L'**articolazione delle funzioni del Distretto** viene definita secondo le principali linee di azione e compiti che la struttura è chiamata a svolgere e, precisamente:

##### **a) Area delle Cure primarie:**

- Assistenza sanitaria di base (MMG, PLS);

- Assistenza di Continuità Assistenziale (MCA) e guardie mediche turistiche (GMT);
- Assistenza specialistica ambulatoriale (Poliambulatorio e attività terapeutica e diagnostica di base);
- Assistenza Stranieri Temporaneamente Presenti (STP);
- Assistenza integrativa e protesi ed ausili;
- Malattie rare;
- Punti prelievi.

**b) Area delle Cure Intermedie e di Prossimità:**

- PUA-UVI (semi-residenzialità e residenzialità);
- Integrazione socio-sanitaria;
- Infermiere di Famiglia e di Comunità;
- Telemedicina.

**c) Area delle Cure domiciliari:**

- Assistenza domiciliare Integrata (ADI);
- ADI Area critica (assistenza pazienti ventilati/critici);
- ADI (Cure Palliative);
- Assistenza Riabilitazione Domiciliare (ADR).

L'organizzazione delle strutture distrettuali è ricondotta nell'ambito del "*Coordinamento dei Servizi Territoriali*" riportata nell'**Allegato A** al presente Atto aziendale.

### **5.2.2.2 - Direttore del Distretto**

Il Direttore di distretto è nominato dal Direttore generale tra i soggetti in possesso dei requisiti di cui all'art.3-sexies, comma 3, del d.lgs. 502/1992.

In coerenza alle disposizioni di natura contrattuale contenute nel vigente CCNL Area Sanità, l'incarico di Direzione di distretto è di tipo gestionale ed è equiparato, ai fini della retribuzione di posizione fissa, all'incarico di struttura complessa.

Il rapporto di lavoro del Direttore di distretto è a carattere esclusivo e il relativo trattamento giuridico ed economico è definito sulla base dello stesso CCNL.

Il Direttore del distretto è responsabile del raggiungimento degli obiettivi assegnati dal Direttore Generale in termini di efficienza ed efficacia dei servizi erogati nonché dell'uso razionale delle risorse assegnate in sede di negoziazione del budget. In particolare:

- a) è responsabile dell'integrazione operativa tra attività sanitarie dell'Azienda per le attività a valenza distrettuale;
- b) presiede l'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali;
- c) propone al Direttore generale il Programma delle attività territoriali e ne cura l'attuazione;
- d) partecipa alle attività di programmazione dell'Azienda;

- e) è responsabile del budget assegnato al distretto, che gestisce nel rispetto degli obiettivi assegnati dal Direttore generale;
- f) propone al Direttore generale accordi di programma e protocolli d'intesa con il Comitato dei sindaci di distretto per la gestione unitaria dei programmi operativi e delle risorse finanziarie e umane, anche al fine di pervenire a modalità unificate di accesso alla rete dei servizi territoriali;
- g) adempie a ogni altra funzione prevista dalla normativa vigente.

Il Direttore di Distretto esercita le proprie funzioni in collaborazione con il **Coordinatore di Ambito Territoriale Sociale (ATS)** di cui alla L.R. 32/2014; entrambi sono responsabili dell'integrazione operativa in conformità agli indirizzi programmatici e nei limiti delle risorse disponibili. Coadiuvata, altresì, il suddetto Coordinatore nell'ambito dell'Ufficio di Piano al quale partecipa in qualità di componente per le attività di integrazione socio-sanitaria.

Il Direttore del Distretto realizza le indicazioni della Direzione aziendale, gestisce le risorse assegnate al distretto, in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale; supporta la Direzione generale nei rapporti con i Sindaci del distretto.

È garante verso la comunità di riferimento in ordine alla visibilità delle scelte aziendali, alla loro unitarietà, omogeneità e aderenza alla specificità di contesto.

Governa il Distretto partecipando alla programmazione sociale e sanitaria locale nell'ambito del Comitato dei sindaci di distretto.

Concorda con tutti i produttori sanitari e socio-sanitari i livelli di qualità/quantità dei servizi necessari nel territorio di competenza, ne verifica con sistematicità l'attuazione e provvede ad una valutazione periodica con particolare attenzione agli aspetti della continuità e dell'efficacia tecnica e organizzativa.

Collabora, inoltre, alla definizione contrattuale quali-quantitativa dei servizi sanitari erogati da altri produttori pubblici e privati accreditati che operano nel territorio di competenza.

### **5.2.2.3 - Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali**

Il Direttore di Distretto si avvale dell'**Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali**, in particolare per la definizione dei servizi e delle prestazioni necessarie al miglioramento dello stato di salute della popolazione interessata e per il monitoraggio delle iniziative previste dal Programma delle attività territoriali.

L'art.32, comma 4, della L.R.19/2022 demanda al presente Atto Aziendale l'individuazione dei componenti dell'Ufficio di coordinamento nel rispetto delle disposizioni di cui al *comma 2 dell'articolo 3 sexies del d.lgs. 502/1992* (che prevede sia "composto da rappresentanti delle

*figure professionali operanti nei servizi distrettuali” e da “membri di diritto” quali “un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta ed uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto”).*

Pertanto, il predetto Ufficio risulta composto come segue:

- Direttore di distretto, con funzioni di Presidente;
- Responsabili di ciascuna area di attività del distretto;
- un rappresentante dei Medici di Medicina Generale, uno dei Pediatri di Libera Scelta ed uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati (preferibilmente coordinatore di AFT), tutti operanti nel Distretto, quali membri di diritto;
- rappresentanti delle figure professionali operanti nel distretto;
- un dirigente o rappresentante di ciascun dipartimento strutturale presente nel contesto distrettuale (prevenzione, salute mentale, dipendenze patologiche) designato dal Direttore del Dipartimento di afferenza;
- Coordinatore dell’Ambito sociale territoriale.

All’**Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali** compete in particolare:

- la definizione e promozione delle proposte relative ai servizi ed alle prestazioni necessarie per il miglioramento dello stato di salute della popolazione, con particolare riferimento ai percorsi diagnostico terapeutici;
- il raccordo dei servizi sanitari esistenti sul territorio;
- il coordinamento fra le attività sanitarie e socio-sanitarie di competenza e quelle sociali previste dal Piano di Ambito Territoriale Sociale;
- l’individuazione delle modalità di raccordo tra i servizi socio-sanitari, i MMG e i PLS e delle procedure e modalità condivise di accesso e di offerta;
- la progettazione delle attività e la redazione del Programma delle Attività Territoriali;
- il monitoraggio delle iniziative previste dal Programma delle Attività Territoriali, con particolare riferimento al tema dell’appropriatezza;
- l’analisi delle criticità e delle disfunzioni evidenziate nello svolgimento di funzioni ed attività;
- l’analisi delle risultanze evidenziate dall’attuazione del Programma delle Attività Territoriali e dal sistema di controllo direzionale.

#### **5.2.2.4 – Programma delle Attività Territoriali**

Il Programma delle attività territoriali (PAT), i cui contenuti sono fissati dai commi 2 e 3 dell'articolo 3 quater del d.lgs. 502/1992 nonché dall’art.17 della L.R. 19/2022, è lo strumento programmatico del Distretto in cui sono definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria necessari per affrontarli.

Il Programma delle attività territoriali è basato sul principio della intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative e contiene:

- a) la localizzazione dei servizi e delle strutture afferenti al Distretto sulla base dell'analisi dei bisogni di salute della popolazione;
- b) la determinazione delle risorse per l'integrazione socio-sanitaria e delle quote rispettivamente a carico dell'Azienda e dei Comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza.

Il Programma delle attività territoriali si inserisce nel sistema programmatico socio-sanitario in coerenza con il Piano di ambito territoriale sociale di cui alla *l.r. 32/2014*.

Il Programma delle attività territoriali è proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal Comitato dei Sindaci di Distretto e dal Direttore del Distretto ed è approvato dal Direttore Generale dell'Azienda, sentito il Direttore socio-sanitario; tale Programma è aggiornato con cadenza annuale.

#### **5.2.2.5 - Assistenza per intensità di cura territoriale**

Il livello assistenziale territoriale avrà intensità diversa a seconda del fabbisogno di cura da parte del paziente e, attraverso i piani di cura personalizzati, si farà carico degli specifici bisogni. L'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale è regolata dal DM 77/2022 che ridisegna funzioni e standard del Distretto.

Il nuovo modello organizzativo dell'assistenza territoriale, teso ad una sanità più vicina alle persone e al superamento delle disuguaglianze, è pertanto funzionale a: garantire a cittadini ed operatori del servizio sanitario il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); facilitare l'individuazione delle priorità di intervento in un'ottica di prossimità e di integrazione tra le reti assistenziali territoriali, ospedaliere e specialistiche; favorire la continuità delle cure per coloro che vivono in condizioni di cronicità, fragilità o disabilità con rischio di non autosufficienza, anche attraverso l'integrazione tra il servizio sociale e quello sanitario.

#### **A) Punti Salute**

Il Punto Salute è un **modello di riorganizzazione delle cure primarie** che segna il passaggio da una Sanità di attesa ad una Sanità d'iniziativa, secondo il quale i cittadini sono presi in carico dal Distretto al fine di migliorare gli stili di vita, diagnosticare precocemente le patologie e monitorare la comparsa e l'evoluzione delle malattie croniche, prevenire le complicanze e ridurre o gestire il carico assistenziale, prevenire le disabilità e la perdita dell'indipendenza.

I Punti Salute sono **strutture a gestione infermieristica** (è prevista la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità) che erogano **prestazioni di tipo preventivo, diagnostico ed assistenziale**, volte al miglioramento dell'assistenza sanitaria e socio-assistenziale anche

attraverso il ricorso alla Telemedicina, a favorire l'equità di offerta e di accesso ai servizi sanitari e alla riduzione delle liste di attesa.

L'offerta dei Punti Salute è rivolta prevalentemente alla popolazione fragile, con patologia cronica già diagnosticata, che necessita di monitoraggio delle condizioni di salute, della prosecuzione delle cure e della valutazione delle terapie in atto. Le prestazioni vengono erogate da un infermiere e **refertate anche attraverso gli strumenti di telemedicina dal medico specialista** o dal medico del ruolo unico di assistenza primaria/pediatra di libera scelta.

Il Punto Salute è una articolazione della Casa della Comunità avendo in essa la sede fisica o essendo a questa collegata funzionalmente; rappresenta, dunque, il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità, operando in stretta sinergia con i medici di medicina generale e con le altre strutture eroganti presenti nel territorio della AST, comprese le Farmacie dei Servizi.

Le **prestazioni erogabili** sono:

- Elettrocardiogramma
- Holter Cardiaco
- Holter Pressorio
- Spirometria
- Dermatoscopia
- Saturazione Ossigeno
- Terapia Intramuscolare
- Terapia Sottocutanea
- Controlli Relativi Alla Terapia Antiaggregante Orale (Test Pt/Inr)
- Medicazione E Irrigazione Catetere Venoso Centrale
- Medicazioni
- Medicazione Accesso Venoso Picc/Port
- Rimozione Punti di Sutura
- Rilevazione Parametri Vitali
- Rilevazione Peso-Altezza
- Educazione E Promozione Alla Salute
- Orientamento e Informazione all'utente e Caregiver

In relazione a quanto sopra, si dà evidenza che la Regione Marche, con **DGRM n.1999 del 20/12/2024**, ha approvato le *Linee di indirizzo e requisiti minimi autorizzativi per l'attivazione dei Punti Salute nella Regione Marche*, dando mandato agli Enti del SSR di provvedere alla relativa applicazione, anche ai fini della prevista **autorizzazione** alla realizzazione e all'esercizio ai sensi della Legge Regionale 21/2016 e secondo i requisiti minimi strutturali, tecnologici impiantistici e organizzativi riportati nell'allegato A alla richiamata deliberazione regionale.

Nel territorio provinciale di Pesaro e Urbino (AST PU) sono previsti almeno **10 Punti Salute** con presenza dell'Infermiere di Comunità e relative tecnologie.

Sulla base di eventuali bisogni emergenti, l'Azienda potrà rendere più capillare la diffusione dei Punti Salute.

## **B) Case della Comunità (CdC)**

Le Case della Comunità si affermano come evoluzione delle Case della Salute, quali Strutture della rete territoriale già attive nel SSR secondo diversi livelli di complessità assistenziale (A-bassa, B-media, C-alta) delle quali quelle con alta complessità sono state ridefinite dal DM 70/2015 come "Ospedali di Comunità".

La Casa della Comunità costituisce il luogo fisico pubblico di prossimità e di facile individuazione, al quale l'assistito può accedere per entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria. E' una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento per l'accesso, l'accoglienza, l'orientamento, la progettazione e l'erogazione degli interventi sanitari; una struttura che interpreta il quadro dei bisogni della comunità, attingendo le informazioni dai sistemi informativi istituzionali e dalle reti sociali.

Rappresentando uno dei nodi della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, socioassistenziali, la CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare attraverso un'équipe multiprofessionale territoriale (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali, Infermieri di famiglia o comunità, Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica e Assistenti Sociali) che assicura la funzionalità delle Unità di valutazione e la definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI).

La Casa della Comunità rende, quindi, concreta l'assistenza di prossimità e l'attivazione di logiche e processi di sanità di iniziativa, con attenzione specifica alla prevenzione e all'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari che non richiedono una gestione clinica esclusivamente ospedaliera, ma che sono gestibili a livello territoriale.

Nell'ambito delle Case della Comunità si collocano i Punti Unici di Accesso (PUA) con la funzione di garantire alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi socioassistenziali, così realizzando il LEPS di processo secondo le diverse fasi stabilite dal Piano nazionale e regionale per la non autosufficienza 2022/2024.

La presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità rafforza il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale, mediante interventi di valutazione (o di rilevazione) degli aspetti sociali che influiscono sui bisogni di salute e nei percorsi integrati di presa in carico con attenzione alla persona, alla famiglia e al contesto di relazione e sociale nel quale è inserita ed in rapporto all'ambiente. La CdC dipende

gerarchicamente dal Distretto e costituisce una piattaforma erogativa per tutti i Dipartimenti/Unità Operative, territoriali e ospedalieri, dell'AST.

In coerenza con le altre missioni del PNNR, l'assistenza verrà erogata con una componente rilevante di domiciliarità, di attività ambulatoriale e con strumenti che consentano la gestione a distanza (telemedicina e servizi digitalizzati). L'erogazione dei servizi è in favore di tutte le fasce della popolazione, così come classificate dal DM 77/2022.

Le **funzioni della CdC** sono riconducibili alle seguenti **macroaree** che, seppur distinte, devono interagire tra loro:

- **area di accesso e dei servizi amministrativi**, che comprende gli sportelli informativi polifunzionali, il PUA, il CUP, il servizio di scelta e revoca MMG/PLS e i servizi di accettazione, ecc.;
- **area dell'assistenza primaria**, che comprende le attività di MMG/PLS, Medici di Continuità Assistenziale, ADI e IFeC, con sviluppo dei modelli associativi ed erogativi della medicina di famiglia e dell'interazione e integrazione dei diversi professionisti coinvolti nell'Assistenza Primaria;
- **area della specialistica ambulatoriale e della diagnostica di base**, rivolta a tutti i cittadini, prevalentemente residenti nel territorio servito dalla CdC che necessitano di prestazioni sanitarie di primo livello;
- **area della prevenzione e promozione della salute**, anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione, con particolare riferimento ai programmi di screening, all'attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive;
- **area dell'integrazione con i servizi sociali e con la comunità**, che si esplicita attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA), l'integrazione di servizi sanitari e sociosanitari con quelli socioassistenziali dei comuni e degli ambiti sociali, attraverso la valorizzazione delle reti sociali (reti informali, reti di volontariato, terzo settore, associazioni di pazienti, ecc.)

**Secondo il Piano Operativo Regionale (POR) – Investimenti Missione 6 salute** (ex DGR n.2027 del 30 dicembre 2024), per l'AST di Pesaro e Urbino sono previste le seguenti **Case della Comunità**:

- **Casa della Comunità Pesaro - Galantara** (HUB) - Distretto di Pesaro;
- **Casa della Comunità di Fossombrone** (HUB) - Distretto di Fano;
- **Casa della Comunità di Mondolfo** (HUB) - Distretto di Fano;
- **Casa della Comunità di Cagli** (HUB) – Distretto di Urbino.

### **C) Ospedali di Comunità (OdC)**

Gli Ospedali di Comunità sono Presidi che svolgono una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero e sui quali poggia buona parte della riorganizzazione prevista dal DM 77/2022.

Hanno l'obiettivo di evitare ricoveri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi, prossimi al domicilio, più idonei a garantire i fabbisogni assistenziali nonché la stabilizzazione clinica ed il recupero funzionale e dell'autonomia. Si rivolgono a pazienti per i quali si rendono necessari (sia in caso di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano a domicilio) interventi sanitari a bassa intensità, come nei casi di acuzie minori o di riacutizzazione di patologie croniche oppure in quelli richiedenti assistenza o sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio.

Rappresentano, quindi, strutture sanitarie della rete territoriale dedicate al ricovero breve, secondo gli standard definiti dall'Intesa in sede di Conferenza Stato Regioni n. 17/CSR del 20/02/2020 destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica. Presso gli Ospedali di Comunità vengono erogate prestazioni di specialistica ambulatoriale, diagnostica radiologica e laboratoristica per la copertura completa dei bisogni sanitari della popolazione, garantendo moduli di degenza di cure intermedie, posti letto di riabilitazione e/o di lungodegenza, con potenziamento della rete di Emergenza Urgenza, mediante la presenza di personale medico dedicato H24.

In quest'ottica, gli OdC devono assolvere anche il ruolo di strutture organizzative territoriali, integrate funzionalmente con l'Assistenza primaria e la Continuità Assistenziale, in grado di garantire prestazioni sanitarie ai cittadini che risiedono in aree svantaggiate (come nei casi della Struttura di Fossombrone nel Distretto di Fano e delle Strutture di Cagli e di Sassocorvaro nel Distretto di Urbino).

Secondo il **Piano Operativo Regionale - POR** (ex DGR n.2027 del 30 dicembre 2024), l'**Ospedale di Comunità di Fossombrone** nonché l'attuale **Ospedale di Comunità di Cagli** sono interessati da interventi di adeguamento e, quindi, **potenziati quali Case della Comunità**. Sempre secondo il medesimo POR è prevista la realizzazione dell'**Ospedale di Comunità di Mombaroccio** nel **Distretto di Pesaro**.

Le attuali strutture di riferimento per l'AST di Pesaro e Urbino sono le seguenti:

- **Ospedale di Comunità di Cagli (Distretto di Urbino)** - Sono presenti 14 posti letto di cure intermedie, 20 posti letto di riabilitazione intensiva ospedaliera e 10 posti letto di lungo degenza (ad oggi, è gestito dal privato accreditato Kos-Care), viene effettuata la dialisi ai pazienti con insufficienza renale cronica (5 letti tecnici); sono, altresì, presenti l'ambulatorio

infermieristico e l'ACAP (Ambulatorio di Continuità Assistenziale Primaria), la postazione Potes 118, attività radiologica, ambulatori specialistici e Punto prelievo.

- **Ospedale di Sassocorvaro (Distretto di Urbino)** - Gestito dal privato accreditato (Villa Montefeltro), svolge attività di **Ospedale di Comunità** e **Ospedale per acuti** per un bacino di utenza delle aree maggiormente disagiate del Montefeltro. È necessario, per il futuro - in coerenza con il PSSR - rendere più agevole ed efficiente il Punto di assistenza territoriale dotandolo di procedure diagnostiche che rendano possibile la diagnosi senza dover ricorrere al trasferimento dei pazienti in altri ospedali quando si tratta di patologie di basso codice di gravità e trattabili sul posto. Anche la specialistica ambulatoriale sarà implementata, soprattutto per la diagnostica radiologica (TAC e RMN) si rende necessario per il corretto funzionamento della struttura una corretta informazione alla cittadinanza sulle caratteristiche e tipologia di servizi che vengono erogati dalla stessa struttura;
- **Ospedale di Comunità di Fossombrone (Distretto di Fano)** – È dotato di 15 posti letto dedicati alle cure intermedie e di 15 posti letto di Ospedale di Comunità; vi accedono pazienti in dimissione protetta dagli altri Ospedali dell'AST di Pesaro Urbino e dal domicilio al fine di garantire percorsi integrati, di stabilizzazione clinica e di recupero funzionale, tra servizi del Territorio e Ospedale - Territorio con l'obiettivo di un rientro stabile al domicilio. Vi sono, poi, 10 posti letto di Riabilitazione Estensiva e 9 posti letto *Hospice* (in fase di ampliamento). Al suo interno sono, altresì, presenti n.5 posti letto dedicati al CAL/Dialisi, operativi sia al mattino che nel pomeriggio, una postazione di Continuità Assistenziale e un Ambulatorio di Continuità Assistenziale Primaria (ACAP). Quest'ultimo è attivo h24 con accesso libero (senza prenotazione) e prevede la presenza di infermieri H12 dal lunedì al sabato.

Sono presenti: una postazione POTES emergenza Territoriale, un ambulatorio di Punto Prelievi (dal lunedì al sabato), il servizio ADI; si svolgono tutte le attività distrettuali comprese le attività dell'ufficio protesico.

Sono presenti: ambulatori Specialistici di cardiologia, chirurgia, endoscopia digestiva di 1° livello, diabetologia, ginecologia, nefrologia, oculistica, oncologia, ortopedia, ambulatorio delle ferite difficili, riabilitazione, dermatologia, otorino, endocrinologia, terapia del dolore, neurologia. La parte diagnostica prevede la mammografia diagnostica e screening nonché la diagnostica per immagini.

Così come previsto dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2023/2025, anche all'interno dell'Ospedale di Fossombrone saranno implementate le funzioni di diagnostica strumentale e specialistica, compatibilmente con la capacità di contrattualizzare nuovi medici o con la articolazione in rete con gli altri Stabilimenti dell'Azienda. Lo sviluppo delle cure palliative prevede **ulteriori 9 posti letto di Hospice** utilizzati non solo in campo oncologico, ma anche

per pazienti affetti da malattie neurologiche quali la SLA o la malattia del motoneurone. Sono previste, inoltre, ulteriori azioni di miglioramento strutturale.

L'**Ospedale di Comunità di Fossombrone** assolve la funzione di "**anello di unione**" tra l'Ospedale per acuti e la domiciliarità attraverso *setting* di intensità diversa: dal Medico di Medicina Generale-MMG/Continuità assistenziale, all'Ambulatorio di continuità assistenziale primaria (A.C.A.P.), alle cure intermedie, di riabilitazione, di specialistica ambulatoriale fino alla specialistica ospedaliera; unione incentrata su due figure professionali, il MMG e l'Infermiere di Comunità.

#### **D) Centrali Operative Territoriali (COT)**

Le Centrali Operative Territoriali (COT) sono strutture che svolgono una funzione di coordinamento relativamente alla presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti al fine di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, territoriale e ospedaliera anche con riferimento alla rete dell'emergenza-urgenza. In particolare, spetta alle COT: coordinare la transizione tra i diversi setting assistenziali curando e monitorando le transizioni tra luoghi di cura e tra livelli clinici; ottimizzare gli interventi attivando soggetti e risorse della rete assistenziale; fornire supporto ai professionisti della rete assistenziale; monitorare i pazienti in assistenza domiciliare; gestire la piattaforma tecnologica di supporto alla presa in carico della persona utilizzata dalle CdC e dai servizi distrettuali anche al fine di classificare i bisogni della collettività.

Anch'esse hanno quindi la funzione di assicurare l'accesso ai servizi sanitari in modo tempestivo e appropriato, ridurre i tempi di attesa e migliorare la qualità dei servizi sanitari offerti ai pazienti.

Nell'ambito dell'AST di Pesaro e Urbino sono attive le seguenti **Centrali Operative Territoriali**:

- **COT di Pesaro**, via Alfano - (**Distretto di Pesaro**)
- **COT di Urbino**, via Comandino - (**Distretto di Urbino**)
- **COT di Fano**, via IX Novembre - (**Distretto di Fano**)

**Le Strutture sub A), B), C) e D) afferiscono ai rispettivi Distretti che ne assumono la responsabilità organizzativa, gestionale ed igienico-sanitaria.**

#### **5.2.2.6 – Organizzazione distrettuale**

Per una complessiva visione delle principali Strutture/Servizi nell'ambito dei Distretti dell'AST di Pesaro e Urbino, si riporta la seguente **articolazione territoriale delle strutture a gestione diretta**, con la precisazione che si tratta di rappresentazione non del tutto esaustiva in quanto i relativi riferimenti sono necessariamente in divenire stante la progressiva attuazione delle previsioni di programmazione regionale attuative della riforma di cui alla LR n. 19/2022.

## **DISTRETTO DI FANO**

### **Strutture residenziali:**

**RSA Mondavio (36 posti letto)**

**RSA Mondolfo (16 posti letto)**

**RSA Disabili Fano (8 posti letto)**

### **Ospedali di Comunità:**

#### **Ospedale di Comunità di Fossombrone**

- **30 posti letto** di Cure Intermedie
- **10 posti letto** di Cure Intermedie riabilitative (riabilitazione estensiva): posti di degenza post-acuzie territoriali a prevalenza sanitaria, in grado di supportare sia la fase di deospedalizzazione che la gestione di acutizzazioni a domicilio, con l'obiettivo della stabilizzazione clinica e del recupero funzionale riabilitativo;
- **5 posti letto** per emodialisi - Centro di Assistenza Limitata (CAL)

#### **Hospice di Fossombrone**

- **10 posti letto** (attivi) con ambulatorio della terapia del dolore
- **9 posti letto** (ulteriori da attivare) per estendere le competenze, oltre alla palliazione oncologica, anche a quella neurologica (SLA e altre malattie degenerative).

**Hospice pediatrico a Fano** la cui realizzazione costituisce obiettivo progettuale prioritario nell'ambito delle reti delle cure palliative.

### **Case della Salute**

**Casa della Salute Mondavio (tipo B)**

**Casa della Salute Mondolfo (tipo B)**

### **Centrale Operativa Territoriale (COT)**

Centrale Operativa Territoriale (COT) – Fano

**Secondo il Piano Operativo Regionale (POR) – Investimenti Missione 6 salute** sono previste:

- **Casa della Comunità di Fossombrone (HUB)** - Fano
- **Casa della Comunità di Mondolfo (HUB)** - Fano

Le **sedi del Distretto di Fano** sono articolate come segue:

**Sede Fano:** Poliambulatorio (varie attività specialistiche), anagrafe, cassa, CUP, punto prelievi, attività del Medico del Distretto (certificazioni Mediche di I livello, rilascio esenzioni malattie croniche e malattie rare, autorizzazioni varie), attività protesica, ADI (Assistenza Domiciliare); ambulatorio CDCD (Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze) con ambulatorio infermieristico di family learning; Centro cefalee; ambulatorio ferite difficili; ambulatorio infermieristico; presso la sede distaccata della sede di Fano (padiglione D Ospedale) cardiologia e ambulatorio di terapia marziale; ambulatorio STP; Guardia medica turistica; attività consultoriale e UMEA/UMEE, attività specialistica ginecologica;

**Sede Fossombrone:** Casa della Salute tipo C poliambulatorio (varie attività specialistiche), anagrafe, cassa, CUP, punto prelievi, Ospedale di Comunità di Fossombrone; Ambulatorio di Continuità Assistenziale Primaria (ACAP); ambulatorio ferite difficili, attività consultoriale e UMEA/UMEE; vaccinazioni; radiologia e screening mammografico; attività del Medico del Distretto (certificazioni Mediche di I livello, rilascio esenzioni malattie croniche e malattie rare, autorizzazioni varie), attività protesica, ADI (assistenza domiciliare);

**Sede Pergola:** (presso H Pergola) poliambulatorio (varie attività specialistiche), punto prelievi, radiologia e screening mammografico; presso sede distretto anagrafe, cassa, CUP, attività del Medico del Distretto (certificazioni Mediche di I livello, rilascio esenzioni malattie croniche e malattie rare, autorizzazioni varie), attività protesica, ADI (assistenza domiciliare); attività consultoriale e UMEA/UMEE, ambulatorio ferite difficili;

**Sede Mondavio:** Casa della Salute tipo B poliambulatorio (varie attività specialistiche), anagrafe, cassa, CUP, punto prelievi, attività del Medico del Distretto (certificazioni Mediche di I livello, rilascio esenzioni malattie croniche e malattie rare, autorizzazioni varie), attività protesica, ADI (assistenza domiciliare); RSA Mondavio (36 p.l di cui attivi 18);

**Sede Mondolfo/Marotta:**

**Mondolfo:** Casa della Salute tipo B poliambulatorio (varie attività specialistiche), ambulatorio ferite difficili, anagrafe, cassa, CUP, punto prelievi, attività del Medico del Distretto (certificazioni Mediche di I livello, rilascio esenzioni malattie croniche e malattie rare, autorizzazioni varie), attività protesica, ADI (assistenza domiciliare), UMEE/UMEA; RSA Mondolfo (16 p.l).

**Marotta:** poliambulatorio, punto prelievi, Guardia medica turistica

**Sede Colli al Metauro:** anagrafe, cassa, CUP, punto prelievi, attività consultoriale, UMEE/UMEA. In alcune sedi come a Mondolfo, Mondavio, Fossombrone è in atto una collaborazione tra specialisti e medici di Assistenza Primaria.

**Attività vaccinale** presso le sedi: Fossombrone, Pergola, Mondolfo (temporaneamente sospesa) e Fano (presso il Dip di Prevenzione)

**Punto Unico di Accesso (PUA)**: aperto a Mondavio, Mondolfo e Fossombrone; in attivazione Pergola e Fano.

Le sedi della **Continuità assistenziale** del Distretto sono: Fano, Mondavio, Mondolfo, Fossombrone, Colli al Metauro e Pergola.

I **Punti prelievo** esterni gestiti dall'Azienda sono collocati a San Costanzo, Monte Porzio e a Castel Vecchio.

## **DISTRETTO DI PESARO**

### **Strutture residenziali e semiresidenziali**

- **RSA "Bricciotti" - (Mombaroccio)** – 10 posti letto attivi su 40 posti letto e Punto prelievo esterno; è prevista la nuova costruzione di un **Ospedale di Comunità** con 30 posti letto.
- **RSA Disabili gravi "Francesco Tomasello" – (Pesaro)** – dotata di 27 posti letto.
- **RSA "Galantara" - (Pesaro)** – 38 posti letto. Presso la struttura sono presenti due moduli, uno di riabilitazione intensiva ed uno di riabilitazione estensiva; è **prevista** la ristrutturazione con i fondi del PNRR per la realizzazione di una **Casa della Comunità**.
- **Centro diurno Alzheimer** – 14 posti letto
- **Centri diurni per disabili Pegaso** (16 posti letto), **Mosaico** (8 posti letto) e **Gabbiano** (16 posti letto).

### **Casa della Salute**

**Casa della Salute Vallefoglia** (Vallefoglia), dotata di un poliambulatorio, punto prelievo esterno, consultorio, vaccinazioni, Centro disturbi cognitivi e demenze, Medico di continuità assistenziale, Medico di distretto

### **Centrale Operativa Territoriale (COT)**

Centrale Operativa Territoriale (COT) – Pesaro

### **Cure domiciliari (PUA/UVI/ADI)**

PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA) - Pesaro

Nel PUA ricevono in compresenza gli Operatori Sanitari AST e un'Assistente Sociale dell'Ambito Territoriale Sociale 1. Garantisce l'informazione sulle opportunità del territorio e sulle tipologie di assistenza disponibili, una prima valutazione del bisogno socio-sanitario espresso dal cittadino e – in situazione di complessità – l'avvio della presa in carico attraverso l'attivazione dell'UVI, a sostegno ed implementazione dei percorsi d'integrazione socio-sanitaria.

Le **sedi del Distretto di Pesaro** sono articolate come segue:

### **Sede Pesaro**

**Poliambulatorio** (Pesaro via XI febbraio) - sede di: specialistica ambulatoriale, punto prelievi, anagrafe assistiti, protesica, ausili, rimborsi, medico distrettuale/ STP/malattie rare

**PPE - Punto Prelievo Esterno** - Pesaro (Via Comandino e Villa Fastiggi)

**Prestazioni** di radiologia e screening mammografico, Consultorio, UMEE, vaccinazioni minori (Pesaro, via Nanterre)

**Medico di Continuità Assistenziale**

### **Sede Gabicce Mare**

Punto prelievo esterno, servizi consultoriali e punto raccolta sangue.

## **DISTRETTO DI URBINO**

### **Strutture residenziali:**

**RSA Urbania (20 posti letto)**

**RSA Sant'Angelo in Vado (20 posti letto)**

**RP Sant'Angelo in Vado (20 posti letto)**

**RSA Macerata Feltria (25 posti letto)**

**RP Macerata Feltria (15 posti letto)**

### **Ospedali di Comunità:**

**Ospedale di Comunità di CAGLI**

**14 posti letto di Cure Intermedie:** posti di degenza post-acuzie territoriali a prevalenza sanitaria, in grado di supportare sia la fase di deospedalizzazione e rientro al domicilio che la gestione di acutizzazioni a domicilio, con l'obiettivo della stabilizzazione clinica e del recupero funzionale; Centro di Assistenza Limitata (CAL)

**20 posti letto di riabilitazione intensiva ospedaliera** (gestione privato accreditato Kos Care)

**10 posti letto di lungodegenza** (gestione privato accreditato Kos Care)

**5 posti letto per emodialisi**

**Ospedale di Sassocorvaro** - Gestito dal privato accreditato (Villa Montefeltro) è **Ospedale di Comunità** e **Ospedale per acuti**, per un bacino di utenza delle aree maggiormente disagiate del Montefeltro. E' garantito un Punto di Primo Intervento (PPI).

**Centrale Operativa Territoriale (COT) – Urbino**

### **Casa della Salute**

**Casa della Salute Macerata Feltria (tipo B)**

**Casa della Salute Sant'Angelo in Vado (tipo B)**

**Casa della Salute Urbania (tipo B)**

**Casa della Salute Urbino (tipo A)**

**Casa della Comunità di Cagli – (Piano Operativo Regionale – POR – Missione 6 salute – PNRR)**

Le **sedi del Distretto di URBINO** sono articolate come segue:

**Sede Cagli:** Casa della Salute B attività logisticamente presenti tra Distretto (Via Flaminia 102) e Ospedale di Comunità (Via Atanagi 6) Cure Intermedie (C.I.), poliambulatorio (varie attività specialistiche), anagrafe, cassa, CUP, punto prelievi, attività del Medico del Distretto (certificazioni Mediche di I livello, rilascio esenzioni malattie croniche e malattie rare, autorizzazioni varie), Vaccinazioni, attività protesica e Medicina Legale, ADI (assistenza domiciliare), ambulatorio infermieristico; Ambulatorio Continuità Assistenziale Primaria (ACAP), ambulatorio ferite difficili; Continuità Assistenziale (Guardia Medica), attività consultoriale UMEA/UMEE, POTES

**Sede Macerata Feltria:** Casa della salute B, RSA/RP, Poliambulatorio (varie attività specialistiche), anagrafe, cassa, CUP, punto prelievi, attività consultoriale e UMEA/UMEE; vaccinazioni; radiologia; attività del Medico del Distretto (certificazioni Mediche di I livello, rilascio esenzioni malattie croniche e malattie rare, autorizzazioni varie), attività protesica, ADI (Assistenza Domiciliare); Continuità Assistenziale (Guardia Medica), POTES; Centro di Assistenza Limitata (CAL) dotato di 4 p.l. per emodialisi

**Sede Urbania:** Casa della Salute B RSA, MMG, Continuità Assistenziale (Guardia Medica), poliambulatorio (varie attività specialistiche), punto prelievi, anagrafe, cassa, CUP, attività del Medico del Distretto (certificazioni Mediche di I livello, rilascio esenzioni malattie croniche e malattie rare, autorizzazioni varie), attività protesica, ADI (assistenza domiciliare); attività consultoriale e UMEA/UMEE, ambulatorio ferite difficili; vaccinazioni, POTES

**Sede Urbino:** attività specialistiche, CDCD, anagrafe, CUP, attività del Medico del Distretto (certificazioni Mediche di I livello, rilascio esenzioni malattie croniche e malattie rare autorizzazioni varie) attività protesica, ADI (Assistenza Domiciliare); attività consultoriale UMEA/UMEE, vaccinazioni.

**Attività vaccinale** presso le sedi: Cagli, Urbania, Urbino, Macerata Feltria.

**Punto Unico di Accesso (PUA):** Urbino, Cagli, Urbania e Macerata Feltria

**Punto Accesso Territoriale:** Sassocorvaro per la parte infermieristica, la competenza Medica demandata al privato convenzionato

Le sedi della **Continuità Assistenziale** del Distretto sono: Apecchio, Cagli, Lunano, Macerata Feltria, Mercatino Conca, Piobbico, Sant'Angelo in Vado, Sassocorvaro, Urbania, Urbino.

I **Punti Prelievo** dall'Azienda sono: Apecchio, Acqualagna, Cagli, Cantiano, Frontone, Serra Sant'Abbondio, Piobbico, Fermignano, Sant'Angelo in Vado, Urbania, Macerata Feltria, Mercatino Conca, Lunano, Sassocorvaro, Mercatello sul Metauro, Ca' Gallo.

### 5.2.3 – Il Dipartimento di Prevenzione

In aderenza alle disposizioni normative e di attuazione, statali e regionali, si conferma il ruolo del Dipartimento di Prevenzione quale struttura dell'Azienda Sanitaria Territoriale preposta all'organizzazione e alla promozione della tutela della salute della popolazione e al miglioramento della qualità della vita, attraverso azioni tendenti a conoscere, prevedere e prevenire gli infortuni, le malattie e le disabilità.

Il Dipartimento di Prevenzione promuove 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 gli altri Dipartimenti**, territoriali e ospedalieri dell'AST, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Partecipa alla formulazione del **Programma delle attività territoriali del Distretto** anche attraverso il **Piano annuale delle attività**.

In linea con i contenuti del **Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025** (PRP, approvato con DGR 1640/2021) e secondo quanto definito dal **LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica"**, il Dipartimento di Prevenzione garantisce – come precisato dall'art.7-ter del D.Lgs. 502/1992 - le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica anche a supporto dell'Autorità sanitaria locale:

- a) profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- b) tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- c) tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- d) sanità pubblica veterinaria, che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie; farmacovigilanza veterinaria; igiene delle produzioni zootecniche; tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale;
- e) tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
- f) sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- f-bis) tutela della salute nelle attività sportive.

A tal fine, come previsto dall'art.34, comma 2, L.R. 19/2022, lo stesso Dipartimento:

- a) assicura in modo unitario la gestione dei sistemi informativi relativi allo stato di salute della popolazione umana e animale, nell'ambito della rete epidemiologica regionale;

- b) assicura, in integrazione con le altre strutture organizzative interessate, l'informazione finalizzata alla prevenzione dei rischi per la salute ai cittadini, ai lavoratori, alle associazioni di rappresentanza, alle strutture del servizio sanitario regionale e agli enti locali;
- c) sviluppa e coordina lo svolgimento, in integrazione con le altre strutture organizzative interessate, di programmi di promozione della salute e della sicurezza della popolazione;
- d) garantisce l'istruttoria tecnico-sanitaria per le funzioni amministrative di competenza della Regione e degli enti locali;
- e) garantisce la programmazione e l'esecuzione delle attività di prevenzione, controllo e vigilanza nei settori di competenza.

Il Dipartimento di Prevenzione è tenuto altresì a dare attuazione al **Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale** (approvato con DGR n. 188/2022).

Il Dipartimento di Prevenzione contribuisce, inoltre, alle attività di **promozione della salute** e di **prevenzione delle malattie cronico-degenerative** in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali. Relativamente alle modalità di gestione della domanda di prestazioni per il trattamento delle **malattie croniche non trasmissibili** (MCNT), **agisce in stretto raccordo con il Distretto** per la programmazione, attuazione, validazione e coordinamento di azioni finalizzate all'individuazione di condizioni di rischio individuali e al conseguente indirizzo a interventi mirati alla promozione della salute e/o alla presa in carico della persona.

L'organizzazione e il funzionamento del Dipartimento di Prevenzione tiene conto, altresì, dei **nuovi compiti e funzioni** allo stesso assegnati nell'ambito del **Sistema Regionale Prevenzione Salute** (con Legge 29 giugno 2022, n. 79, di conversione del D.L. 30 aprile 2022, n. 36 e il D.M. 9 giugno 2022), allo scopo di migliorare e armonizzare le politiche e le strategie messe in atto dal Servizio sanitario nazionale per la prevenzione, il controllo e la cura delle **malattie acute e croniche, trasmissibili e non trasmissibili**, associate a **rischi ambientali e climatici**. In tal senso si colloca l'evoluzione del Dipartimento di Prevenzione, in continuità a quanto disciplinato nell'art. 34 della L. R. 19/2022, al fine di garantire l'integrazione di più strutture operative omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità.

In ragione di quanto sopra, il **modello organizzativo del Dipartimento di Prevenzione** (**Allegato A** al presente Atto aziendale) è **improntato alla collaborazione e integrazione tra dipartimenti e servizi del territorio**. Si riconosce, nell'ambito del Dipartimento una **specificità dell'Area Veterinaria** che dovrà essere gestita in un contesto omogeneo di settore.

In particolare, sono previste le seguenti strutture organizzative specificamente dedicate a:

- **Area Sanità Umana**: Epidemiologia, Prevenzione e Promozione della salute, Coordinamento screening oncologici, Ambiente e salute, Inquinamento, Sicurezza nei luoghi di lavoro;

- **Area Veterinaria e Sicurezza Alimentare**: Epidemiologia veterinaria, comunicazione del rischio e flussi informativi, Igiene urbana veterinaria, Animali e ambiente, Anagrafe degli stabilimenti, Vigilanza e controllo stabilimenti riconosciuti, Sicurezza alimentare e controlli ufficiali negli stabilimenti, Benessere animale e farmaco veterinario, Igiene della nutrizione.

Relativamente all'**Area Sanità Umana**, la riorganizzazione è volta anche all'implementazione dei servizi dedicati alla **sicurezza sul lavoro** (SPSAL), agli **infortuni** e ai **servizi ispettivi**.

Per quanto riguarda i **Servizi afferenti all'Area della Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare** si dà evidenza dell'assunto ruolo di **Autorità competenti Locali (ACL)** con conseguente ampliamento delle articolazioni organizzative trasversali e verticali dei Servizi dell'area della **Sanità Animale**, dell'**Igiene degli alimenti di origine animale**, dell'**Igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche** e dell'**Igiene degli alimenti e della nutrizione**.

Particolare rilevanza ricoprono, nell'organizzazione dei servizi dell'Area Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare, i **controlli ufficiali e le altre attività ufficiali** effettuati per garantire l'applicazione della legislazione sugli alimenti e sui mangimi, delle norme sulla salute e sul benessere degli animali nonché sui prodotti fitosanitari (conseguenti alle DGR n.424 del 25/03/2024 relativa all'approvazione del Piano di Controllo Regionale Pluriennale -PCRP per il periodo 2023- 2027 e DGR n. 1051 del 17/07/2023 "Recepimento dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, Rep. Atti n. 55/CSR del 22 marzo 2023, concernente il "Piano di Controllo Nazionale Pluriennale – PCNP 2023-2027").

Le **Aree** sopra identificate operano nell'ambito dipartimentale ed **assumono il coordinamento funzionale delle Unità Operative rispettivamente afferenti**; tali coordinamenti sono ricondotti alle previsioni di cui all'art.39, comma 6, del CCNL Area Dirigenza Medica e Veterinaria e all'art.40, comma 6, del CCNL SPTA del 08.06.2000 e, pertanto, le corrispondenti maggiorazioni delle retribuzioni di posizione saranno sostenute con le risorse disponibili nell'apposito fondo.

Sotto il profilo organizzativo, è necessario considerare – al fine di garantire il rispetto dell'equilibrio dei profili professionali presenti – che, qualora sia nominato Direttore di Dipartimento un Direttore medico, occorre prevedere un Coordinatore per l'Area Veterinaria e Sicurezza Alimentare nella persona di un Direttore Veterinario; nel caso, invece, sia nominato Direttore di Dipartimento un Direttore Veterinario, occorre prevedere un Coordinatore dell'Area Sanità Umana nella persona di un Direttore Medico.

Sempre in linea con il **PSSR** e in aderenza alle Linee di indirizzo di cui alla DGRM 1291/2024, si prevede l'istituzione di una **Unità Operativa Complessa** di supporto giuridico-amministrativo

al **Dipartimento di Prevenzione** (denominata "**Direzione Amministrativa del Dipartimento di Prevenzione**").

È prevista, altresì, l'istituzione della **Unità Operativa Semplice Dipartimentale "Epidemiologia veterinaria, comunicazione del rischio e flussi informativi"**, quale articolazione organizzativa del Dipartimento di Prevenzione, funzionale ad assicurare un sistema a rete dei dipartimenti di prevenzione, nel rispetto delle disposizioni di livello regionale (ai sensi dell'art.34, comma 3, della L.R. 19/2022).

#### **5.2.3.1 - Rapporti con organi istituzionali**

Il Dipartimento di Prevenzione, oltre a garantire elevato livello di collaborazione e/o di integrazione con i Distretti, i Presidi Ospedalieri e con gli altri Dipartimenti territoriali dell'AST, partecipa nell'ambito del gruppo di lavoro permanente dei Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione, formalmente costituito presso l'Agenzia Regionale Sanitaria al fine di garantire il necessario coordinamento.

Come pure, secondo quanto stabilito dalla L.R. n. 40/2013, il PSSR 2023-205 disciplina le modalità di raccordo e i rapporti tra i Dipartimenti di Prevenzione e l'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche, prevedendo - secondo l'approccio sistemico dettato dalla metodologia "*One Health*" - un rafforzamento, in una logica di rete, dell'apporto comune tra i Dipartimenti di Prevenzione, le strutture organizzative dell'IZS Marche-Umbria e quelle di ARPA Marche; e ciò in continuità con i Piani Nazionali di Prevenzione che si sono succeduti e con i Piani nazionali dei controlli dell'area della sicurezza alimentare e veterinaria.

#### **5.2.3.2 - Organizzazione del Dipartimento di Prevenzione**

Il Dipartimento di Prevenzione è articolato in strutture organizzative dedicate a:

- Servizio igiene e sanità pubblica
- Servizio prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro;
- Servizio igiene degli alimenti e della nutrizione;
- Servizio sanità animale;
- Servizio igiene degli alimenti di origine animale e derivati;
- Servizio igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

L'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione è riportata **nell'Allegato A** al presente Atto Aziendale.

I Servizi e le Unità Operative hanno autonomia tecnica ed operativa, ferma restando la necessaria integrazione e il coordinamento tra gli stessi, nell'ambito della programmazione degli interventi e delle risorse umane ed economiche. Il personale sanitario e tecnico operante nel Dipartimento di Prevenzione è assegnato ai Servizi e Unità Operative.

### 5.2.3.3 – I livelli decisionali

La Direzione del Dipartimento di Prevenzione è assicurata da:

- il Direttore del Dipartimento con **funzioni di coordinamento ed esecutive**;
- il Comitato Direttivo di Dipartimento con **funzioni propositive e decisionali**.

Il **Direttore del Dipartimento di Prevenzione**, nominato dal Direttore generale ai sensi della normativa statale vigente tra i direttori di struttura complessa del dipartimento con almeno cinque anni di anzianità di funzione, è responsabile del perseguimento degli obiettivi aziendali, dell'assetto organizzativo e della gestione, in relazione alle risorse assegnate. In particolare:

- a) garantisce l'integrazione e il coordinamento tra i servizi e le unità operative;
- b) garantisce l'integrazione con i Distretti e la collaborazione con i Presidi ospedalieri, ai fini del perseguimento degli obiettivi di cui all'*articolo 7-bis del d.lgs. 502/1992*;
- c) partecipa alle attività di programmazione dell'Azienda sanitaria territoriale;
- d) è responsabile del budget assegnato, ne negozia la ripartizione interna con i responsabili delle strutture organizzative e lo gestisce in conformità con le indicazioni del Direttore generale (ex art.34, comma 5, L.R.19/2022);
- e) rappresenta il Dipartimento nei rapporti con la Direzione AST e gli organismi esterni;
- f) presiede il Comitato Direttivo di Dipartimento.

Il **Comitato direttivo** è composto dai responsabili dei servizi o unità operative e da una rappresentanza eletta secondo le modalità previste da apposito Regolamento aziendale.

Al Comitato direttivo sono attribuite funzioni propositive e decisionali, nel rispetto delle direttive della Direzione Generale AST, sui seguenti argomenti:

- a) predisposizione dei programmi per l'applicazione del PSSR vigente, con particolare riferimento agli interventi che necessitano di integrazione tra le strutture dipartimentali;
- b) coordinamento con le strutture delle altre macroaree;
- c) sperimentazione e adozione di modalità organizzative volte al miglioramento dell'efficienza e all'integrazione delle attività delle strutture del dipartimento per raggiungere il miglior servizio al costo più contenuto;
- d) coordinamento e sviluppo delle attività tecniche, di ricerca di formazione, di studio e di verifica della qualità delle prestazioni;
- e) gestione organizzativa del personale;
- f) utilizzo in comune degli spazi e delle attrezzature.

#### 5.2.4 - Il Dipartimento di Salute Mentale

Il **Dipartimento di Salute Mentale**, da cui dipendono funzionalmente i **Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura**, assicura, attraverso una gestione unitaria dei diversi aspetti della salute psichica, la connessione tra Ospedale e Territorio.

Come rilevato dal PSSR (e dai relativi Programmi) relativamente all'assistenza territoriale assumono rilievo:

- l'**integrazione** tra **Salute Mentale e Dipendenze**, tramite il miglioramento delle procedure e dei protocolli specialmente rivolti alle fasce più vulnerabili e socialmente escluse e, al tempo stesso, più giovani della popolazione, anche ricollocando i servizi nelle prime fasi della malattia;
- la **riorganizzazione dei Centri di Salute Mentale (CSM)**, rafforzandone e potenziandone le competenze, anche nell'ottica di una maggiore integrazione socio-sanitaria, nonché differenziando i percorsi e l'organizzazione a seconda della tipologia dei pazienti. Ciò tenuto conto della qualificazione propria del CSM quale *sede organizzativa dell'équipe degli operatori* e *sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, nel territorio di competenza, tramite anche l'integrazione funzionale con le attività dei distretti* (ex DPR 01/11/1999);
- la disponibilità di **personale dedicato alla psicoterapia e alla psicoeducazione**, di **strutture di residenzialità leggera**, di un servizio con **personale qualificato** rivolto alla **salute mentale dei minori e degli adolescenti**.

In linea con tali indirizzi, **Psichiatria, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Psicologia clinica e Dipendenze Patologiche**, perseguono nella loro *mission* la **gestione unitaria dei diversi aspetti della salute psichica**, onde favorire cure meno parcellizzate e frammentate a vantaggio dei pazienti e loro familiari.

Per questo, l'Azienda ha previsto la collocazione della **UOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza** (prima denominata *Neuropsichiatria Infantile*) nell'ambito del presente Dipartimento.

A livello funzionale, i **Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche** assumono quale principale obiettivo la **creazione di connessioni** tramite il miglioramento delle procedure e dei protocolli per addivenire a nuove linee guida condivise, con individuazione di aree di programmazione e intervento comuni per il sistema di cure. Come pure, la **Psicologia Ospedaliera e Territoriale** (strutturalmente afferente al *Dipartimento del Presidio Ospedaliero*) è tenuta ad operare secondo un **modello d'intervento multidisciplinare** e tramite **percorsi integrati**, azioni indispensabili per intervenire sulla cura e la prevenzione delle persone che si rivolgono ai servizi con bisogni complessi (bambini, adolescenti, anziani, disabili, patologie croniche). In particolare, deve essere garantito l'intervento dello **psicologo** nel trattamento dell'**Autismo** e dei **Disturbi della Nutrizione Alimentare (DNA)**.

#### **5.2.4.1 – Misure organizzative relative a “disturbi della nutrizione e dell'alimentazione” e “disturbo dello spettro autistico”**

**A)** L'Azienda riconosce tra gli obiettivi specifici prioritari il miglioramento dei **disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA)**, precedentemente definiti disturbi del comportamento alimentare (DCA), ed indica come azione la definizione di **percorsi diagnostico-terapeutici multidisciplinari integrati** incardinati nel nuovo contesto organizzativo volto a garantire una rete integrata fra i servizi territoriali (DSM, MMG, PLS, ambulatori specialistici, semi-residenzialità-residenzialità) e quelli ospedalieri; rete caratterizzata dalla presenza e dalla collaborazione di tutte le professionalità coinvolte nel percorso di diagnosi e cura e dalla condivisione fra professionisti dei programmi e degli interventi da attuare secondo un approccio multidimensionale, interdisciplinare, pluri-professionale integrato tenendo conto della molteplicità dei contesti di cura.

Ciò in continuità con quanto determinato con DGR n. 247 del 30.03.2015 recante “*Linee di indirizzo per la realizzazione di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) nella Regione Marche*” (come integrata da successiva DGR n.1540/2016) in attuazione della quale è stata realizzata una **rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare**.

Nell'ambito di tale rete è stato consolidato, tra gli altri, l'**ambulatorio specialistico** presso la ex AV1 (ora AST PU). Successivamente, la L.R. 3 agosto 2020 n. 40, “*Disposizioni relative alla presa in carico delle persone con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione o del comportamento alimentare*”, ha disposto il mantenimento del **Centro DCA di Pesaro**.

In tale contesto, l'Azienda è impegnata nello specifico **progetto “Consolidamento dei servizi della rete regionale per i disturbi del comportamento alimentare DCA”** con fondi assegnati dalla Regione per il raggiungimento dei seguenti specifici obiettivi:

- a) implementazione dei percorsi psicoterapici nella presa in carico territoriale;
- b) implementazione delle valutazioni mediche (dietologico/nutrizionali) nella presa in carico territoriale;
- c) implementazione dei percorsi riabilitativo-educazionali;
- d) integrazione con la rete regionale della residenzialità per il pieno reintegro dei pazienti;
- e) completamento del percorso Ospedale-Territorio per la gestione dei casi particolarmente complessi che richiedono il ricovero in aree mediche o di alta intensità di cura.

**B)** Relativamente ai disturbi dello **spettro autistico**, l'Azienda muove da un **approccio integrato tra componente sanitaria e componente sociale** con misure volte a supportare la permanenza nel domicilio, tenendo conto: di quanto previsto dalla legge regionale 9 ottobre 2014, n. 25; dell'obiettivo prioritario delineato dal PSSR di sostenere le persone con disturbo dello spettro autistico e le loro famiglie attraverso il **modello**

**organizzativo del case management/IFC**; della legge nazionale sull'autismo del 2015 nonché dell'art.60 del DPCM del 12/01/2017 sui LEA.

Indicativa al riguardo risulta la DGR 31 gennaio 2023, n.60 (recante "Trasmissione all'Assemblea Legislativa - IV Commissione consiliare permanente – della relazione sullo stato di attuazione e sugli effetti della L.R. 25/2014 -Disposizioni in materia di disturbi dello spettro autistico") di cui si è tenuto conto nella predisposizione dell'assetto organizzativo aziendale anche per la concreta attuazione di misure già avviate.

Si segnala inoltre che con DGRM n.993 del 04.09.2017 è stato formalmente costituito, per quanto attiene all'ambito territoriale dell'**AST PU**, il **Centro Regionale Autismo per l'Età Evolutiva**, attivato già a partire dal 2003 con il Progetto "L'Autismo nelle Marche: verso un progetto di vita", presso la U.O. Neuropsichiatria Infantile dell'ex Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" (ora AST PU), riconosciuto quale **polo di eccellenza per la diagnosi, presa in carico e ricerca rispetto ai disturbi dello spettro autistico in età evolutiva**.

Posto che la Regione Marche *promuove e sostiene sul territorio regionale, oltre alle strutture già esistenti, la realizzazione di centri dedicati a persone con disturbi dello spettro autistico che fungano da centro diurno, centro residenziale e di sollievo, secondo i bisogni espressi dai territori e tenendo conto dei livelli di intensità ed alta complessità di assistenza che questi bisogni comportano*, l'Azienda ha individuato l'area e l'immobile di proprietà finalizzato alla realizzazione di una **struttura dedicata** alla presa in carico di persone con disturbi dello spettro autistico (**Centro Autismo**), con garanzia dei diversi setting assistenziali.

A tale fine, l'apposito **Gruppo di lavoro interno**, in sinergia con le Associazioni di tutela, definisce le modalità operative per dare seguito alla realizzazione del progetto.

#### **5.2.4.2 – Caratteristiche e linee di funzionamento**

Il **Dipartimento Salute Mentale (DSM)** è stato istituito dalla D.G.R.M. n. 132 del 6 luglio 2004 recante il "*Progetto obiettivo tutela della salute mentale 2004/2006*" che ne definisce caratteristiche e linee guida di funzionamento, confermate dalla Legge Regione Marche n. 19 del 8 agosto 2022 "*Organizzazione del servizio sanitario regionale*".

Il DSM è un dipartimento **strutturale trasmurale (territoriale ed ospedaliero)**, a direzione unica e dotato di autonomia tecnico-organizzativa, che rappresenta il riferimento ed il garante clinico per la tutela della salute mentale. Opera per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di ogni forma di disagio psichico e del disturbo mentale, favorendo una cultura di lotta allo stigma e al pregiudizio.

Il Dipartimento definisce, secondo i bisogni e le condizioni della persona, percorsi di cura personalizzati e finalizzati alla ripresa e al recupero del paziente, alla valorizzazione delle sue risorse personali e alla continuità della presa in carico.

L'attività del Dipartimento si caratterizza per la collaborazione con i Distretti e con gli Enti locali anche in sede di programmazione socio-sanitaria nonché per l'integrazione con i diversi servizi aziendali. Il Dipartimento si relaziona anche con il privato sociale, il volontariato e le associazioni tramite tavoli di confronto e co-progettazione.

La direzione del DSM è garantita dal **Direttore del Dipartimento** e dal **Comitato di Dipartimento**.

Il **Direttore del Dipartimento** assicura la realizzazione della "mission" del dipartimento garantendo appropriatezza dell'offerta, efficienza nella individuazione e gestione delle risorse assegnate e nell'esercizio della funzione di governo clinico dei processi di cura e prevenzione; contribuisce e assicura lo sviluppo delle attività delle reti cliniche e dei percorsi clinico assistenziali integrati; negozia il budget del Dipartimento con la Direzione aziendale cui risponde della produzione complessiva, della performance e dei risultati.

L'organizzazione interna al DSM è definita in modo da sviluppare globalità di interventi e continuità nell'assistenza, promuovere la crescita tecnico-professionale degli operatori nonché facilitarne forme di partecipazione alle scelte strategiche, organizzative e gestionali per il miglioramento continuo della qualità dei servizi resi.

Il percorso di miglioramento e riorganizzazione del DSM si sviluppa prioritariamente partendo dalle azioni e dagli interventi attuati o in fase di attuazione e si colloca nella cornice istituzionale delineata dal **Piano di azione nazionale salute mentale (PANSM)**; riprende gli ambiti di interventi delineati dai livelli essenziali di assistenza (area territoriale, area residenziale e semiresidenziale), in una logica di relazione funzionale ai bisogni di cura delle persone.

È, comunque, prioritario potenziare l'assistenza territoriale ed investire su percorsi che consentano una presa in carico adeguata al continuo crescere dei bisogni di salute mentale della popolazione, con implementazione e/o miglioramento dei percorsi interessanti l'area territoriale, ospedaliera e della residenzialità, quali:

#### **Area territoriale**

- definizione di adeguati percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) come l'ambito della salute mentale organizzato, secondo il modello dipartimentale trasmurale, in setting ospedalieri e territoriali;
- collaborazione e coordinamento tra interventi di salute mentale e per le dipendenze patologiche, con riattivazione delle Unità Valutative di doppia diagnosi per la co-gestione dei

casi di doppia diagnosi e definizione di linee d'indirizzo che prevedano modelli di interventi dimensionali e trasversali;

- ridefinizione dei criteri di collaborazione ed intervento tra servizi per la disabilità età adulta e il DSM, per l'applicazione dei percorsi di cura funzionali alla presa in carico integrata;
- potenziare la rete di collaborazione ed il comportamento partecipato dei MMG per i pazienti che effettuano sia consulenze che percorsi di presa in carico presso le sedi del CSM, al fine di garantire sia continuità assistenziale sia appropriatezza di prescrizione delle prestazioni (in assenza di RAO).

La partecipazione attiva di utenti e familiari sarà favorita (in parallelo all'operato della "Consulta regionale della salute mentale") la costituzione di un **Comitato "Utenti e familiari" della salute mentale, composto da rappresentanti dell'associazionismo e del volontariato e con la presenza del DSM**; l'azione del Comitato sarà anche volta ad azioni finalizzate alla lotta contro stigma e autostigma.

Tale Area del DSM deve essere **fortemente radicata sul territorio e collegata con le varie Istituzioni**: Comuni, Prefettura, Forze dell'ordine, Associazioni di volontariato per permettere una reale prevenzione non solo della insorgenza delle patologie, ma anche delle esplosioni di atti violenti o di autolesionismo che rappresentano le principali reazioni da prevenire.

### **Area ospedaliera**

Il **ricovero in SPDC**, pur condividendo aspetti comuni alle altre degenze ospedaliere, si distingue in modo significativo per le specifiche caratteristiche ed esigenze della sofferenza mentale che richiedono particolare attenzione agli aspetti relazionali ed all'apprendimento di abilità di base, anche negli interventi in acuzie. L'ottimizzazione delle prestazioni deve avvenire tramite:

- **l'implementazione di percorsi multimodali EB**, con costituzione di gruppi di miglioramento per definire le buone prassi;
- **l'umanizzazione delle cure** che rappresenta non solo un principio universale di attenzione alla persona ma nel caso della salute mentale costituisce il primo atto terapeutico fondante; in quest'ottica devono essere implementate le opportunità di supervisione d'equipe con funzione "protettiva" nei confronti di operatori ed utenti.

Il **ricovero in SPDC** rappresenta la fase di maggiore criticità da gestire, soprattutto qualora sia stata preceduta da una presa in carico territoriale; pertanto, risulta indispensabile implementare azioni/misure volte ad evitare i ricoveri, soprattutto in condizione di trattamento sanitario obbligatorio. Cò ancor di più ove si tratti di ricoveri di giovani minorenni.

### **Area residenzialità**

Relativamente all'area residenziale, occorre muovere da un'analisi delle attuali dotazioni in relazione anche al piano di fabbisogno regionale. Il ricovero deve essere garantito

prioritariamente in prossimità del domicilio o, comunque, all'interno della AST o della Regione; e ciò sia per evitare un aumento della mobilità passiva che il disagio alle famiglie dei pazienti, con successiva presa in carico da parte delle strutture del DSM. In questa direzione è necessario da subito provvedere alla:

- **attivazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare con i Distretti per definire fabbisogno, buone prassi, in un'ottica integrata e multidisciplinare, per pazienti over 65;**
- **revisione dei percorsi assistenziali, compresi quelli riabilitativi residenziali e semiresidenziali, ed una sempre maggiore integrazione con i servizi e gli enti di prossimità,** al fine di poter rispondere in modo appropriato ed efficiente ai bisogni della popolazione.

In particolare, si evidenziano di seguito le principali funzioni relative alle strutture organizzative afferenti al Dipartimento:

#### **A) UOC Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) e servizi territoriali – Fano e Pesaro**

Aree funzionali:

- a) Territoriale: i **Centri di Salute Mentale (CSM)** organizzati in due sedi, Fano e Pesaro, rappresentano il luogo di coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione, reinserimento sociale nel territorio di competenza, anche tramite l'integrazione funzionale con la Medicina generale, con le attività dei Distretti, dei Servizi di "confine", degli Enti di prossimità e del Terzo e Quarto settore.

Effettuano attività di filtro ai ricoveri ospedalieri e di verifica dei percorsi terapeutici nelle Case di cura private e nelle Strutture socio-sanitarie del privato accreditato, al fine di assicurare la continuità terapeutica.

I CSM forniscono anche attività di consulenza specialistica presso gli Istituti penitenziari presenti sul territorio di competenza.

- b) Ospedaliera: il **Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)** è riservato al trattamento delle patologie psichiatriche in fase acuta e di elevata intensità psicopatologica; vi afferiscono pazienti in regime di Trattamento Sanitario Volontario o in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Il personale medico svolge, inoltre, attività di consulenza presso i PPSS di Fano e Pesaro e i reparti degli Stabilimenti ospedalieri *San Salvatore, Muraglia* e *Santa Croce*, e opera in collegamento ed integrazione con la Medicina generale, i Servizi di "confine" e con gli Enti di prossimità.

- c) Riabilitativa: il servizio territoriale, attraverso un coordinamento dei percorsi di cura con le reti intra ed extra aziendali di pertinenza, attiva progetti di riabilitazione di tipo residenziale, semiresidenziale e di reinserimento sociale. La modalità operativa è centrata sulla persona ed orientata alla recovery, con cura delle relazioni e delle risorse di rete familiare e territoriale, ponendo l'accento sulla riacquisizione di abilità e ruoli sociali.

## **B) UOC Servizio psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) e servizi territoriali - Urbino**

Aree funzionali:

- a) Territoriale: il **Centro Salute Mentale (CSM)-Urbino** rappresenta il luogo di coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione, reinserimento sociale nel territorio di competenza, anche tramite l'integrazione funzionale con la Medicina generale, con le attività dei Distretti, dei Servizi di "confine", degli Enti di prossimità e del Terzo e Quarto settore. Effettua attività di filtro ai ricoveri ospedalieri e di verifica dei percorsi terapeutici nelle Case di cura private e nelle Strutture socio-sanitarie del privato accreditato, al fine di assicurare la continuità terapeutica.

- b) Ospedaliera: il **Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) Urbino** è riservato al trattamento delle patologie psichiatriche in fase acuta e di elevata intensità psicopatologica; vi afferiscono pazienti in regime di Trattamento Sanitario Volontario o in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Il personale medico svolge, inoltre, attività di consulenza presso il PS e i reparti dello Stabilimento ospedaliero di Urbino e opera in collegamento ed integrazione con la Medicina generale, i Servizi di "confine" e con gli Enti di prossimità.

L'Area riabilitazione ad oggi si avvale di servizi esternalizzati.

L'organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale è riportata nell'**Allegato A** al presente Atto Aziendale.

### **5.2.5 - Il Dipartimento per le Dipendenze Patologiche**

Il **Dipartimento per le Dipendenze Patologiche (DDP)** garantisce l'**integrazione socio-sanitaria** con i soggetti ausiliari accreditati, con gli Ambiti Territoriali Sociali e con gli Enti del Terzo settore (ex art.33, comma 12, della L.R.19/2022) e, comunque, il costante raccordo con le diverse realtà istituzionali, culturali e sociali presenti a livello regionale e territoriale, assicurando un sistema di intervento complessivo e sinergico.

Il Dipartimento Dipendenze Patologiche (istituito con la DGRM 747/2004, così come modificata dalla DGRM 1534/2013, e confermata con L.R. 19 del 2022) è un **dipartimento pubblico-privato a gestione pubblica**, altamente integrato con le strutture e i servizi gestiti dal privato

sociale accreditato che dispone di posti letto, co-progetta con il pubblico ed è parte integrante del Comitato di Dipartimento. Inoltre il DDP prevede una collaborazione stretta con la parte sociale, attraverso la presenza degli Ambiti Territoriali Sociali.

Il DDP è preposto alla **prevenzione**, alla **cura** e alla **riabilitazione dei disturbi da uso di sostanze legali ed illegali**, anche iatrogene (*pain killer*) e delle **dipendenze patologiche comportamentali**, così come definito dai LEA (cfr. DPCM 12 gennaio 2017, art 28 "*Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche*" e art. 35 "*Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche*").

Inoltre, il DDP si occupa di tematiche relative a **malattie trasmissibili** (HIV, HCV, etc.) e a tematiche di **salute pubblica**, in sinergia con il Dipartimento di Prevenzione.

Il DDP, attraverso la **rete ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale**, assicura ai cittadini con tali problemi e alle loro famiglie un contatto precoce per l'identificazione del disagio, l'effettuazione di una diagnosi multidisciplinare, la cura e la riabilitazione mediante trattamenti integrati medico-farmacologici, psicologici, socio-assistenziali e riabilitativi tramite progetti di reinserimento lavorativo e sociale.

Il DDP presso tutte le Sedi delle Unità Operative Territoriali garantisce:

1. accettazione e accoglienza dell'utente;
2. valutazione diagnostica multidisciplinare;
3. presa in carico dell'utente con la predisposizione di piani terapeutici personalizzati, sottoposti a periodiche verifiche. Vengono erogate prestazioni mediche, psicologiche, sociali ed educative finalizzate a: 3.1 - disassuefazione fisica e altri trattamenti farmacologici; 3.2 - monitoraggio clinico, laboratoristico e strumentale; 3.3 - prevenzione e controllo delle patologie correlate: screening, diagnosi, prevenzione e collaborazione alla cura; 3.4 - invio a comunità terapeutiche e verifica periodica dell'andamento del programma con l'interessato e con gli operatori della struttura; 3.5 - programmi terapeutici alternativi alla detenzione; 3.6 - sostegno psicologico, sociale ed educativo; 3.7 - psicoterapia individuale e familiare; 3.8 - gestione di gruppi terapeutici e educativi;
4. programmi di educazione alla salute, socio-riabilitativi e di prevenzione delle ricadute rivolti al singolo utente ed a gruppi di popolazione ivi compresi i minorenni;
5. orientamento e sostegno ai familiari;
6. integrazione funzionale con gli altri Dipartimenti (Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento di Emergenza, Cure Primarie), consulenza e collaborazione con i Medici di Medicina Generale, Presidio ospedaliero/Stabilimenti ospedalieri, Distretti, Istituti Penitenziari, Ambiti Territoriali e altri Servizi degli Enti Locali;
7. integrazione con le attività degli Enti Privati Accreditati, Terzo Settore, Unità di Strada, altri Servizi presenti sul Territorio.

All'interno delle **strutture carcerarie** sono operative **équipe multidisciplinari** di professionisti del Dipartimento Dipendenze Patologiche.

E' obiettivo da perseguire il **rafforzamento della collaborazione e dell'azione sinergica tra il Dipartimento per le Dipendenze Patologiche e il Dipartimento di Prevenzione** per una efficace integrazione delle azioni (secondo quanto previsto dal PSSR 2023-205, al Par.1.1.1 – *Programma 4:Dipendenze*); come pure quello di qualificare le attività di prevenzione, coerentemente agli *European drug prevention quality standards*, aumentando la diffusione e l'adozione di iniziative *Evidence-Based* (azioni raccomandate) di prevenzione universale, selettiva, indicata e di riduzione dei danni connessi alla dipendenza da sostanze.

Va pure **rafforzata la collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale**, riattivando formalmente le **Unità Valutative di doppia diagnosi** per la co-gestione dei casi (si veda già DG ASUR 792 del 27/12/2016 "*Indirizzi operativi di collaborazione tra i servizi della psichiatria e i servizi delle tossicodipendenze per la gestione integrata di pazienti con concomitante patologie psichiatrica e patologia da uso di sostanze*").

Inoltre occorre attuare il **progetto Centro per adolescenti**, naturale prosecuzione dell'Unità Valutativa Integrata Adolescenti – UVIA.

L'organizzazione del Dipartimento per le Dipendenze Patologiche (DDP) è riportata nell'**Allegato A** al presente Atto aziendale.

### **5.3 - Funzioni di staff e della tecnostruttura amministrativa**

Le funzioni di **staff** investono competenze specialistiche, trasversali e strategiche, supportando la Direzione Generale, gli organi e i dipartimenti nei processi di organizzazione, di funzionamento e di pianificazione strategica, nonché in ogni altro processo avente rilevanza strategica e/o trasversale o che richiede garanzia di terzietà e indipendenza e, comunque, nei casi espressamente previsti da specifiche disposizioni normative e/o di attuazione.

Si dà evidenza che il **Servizio di Prevenzione e Protezione** è collocato in *staff* alla Direzione Generale.

Le strutture sanitarie in *staff* sono aggregate sia su base dipartimentale che di coordinamento mentre le strutture amministrative in Area omogenea secondo le modalità di coordinamento. Relativamente ai suddetti coordinamenti si applicano le disposizioni di cui all'art.39, comma 6, del CCNL Area Dirigenza Medica e Veterinaria e art. 40, comma 6, del CCNL SPTA (entrambi del 08.06.2000) e, pertanto, le corrispondenti maggiorazioni di retribuzione di posizione saranno sostenute con le risorse disponibili negli appositi fondi.

Tutte le strutture dell'Area Funzioni Locali (Dirigenza PTA) sono aggregate nel **Dipartimento Amministrativo e Tecnico**, di tipo strutturale, che garantisce secondo criteri tecnico

professionali definiti dai medesimi servizi, il supporto alle attività di produzione di prestazioni socio-sanitarie, sia ospedaliere che territoriali, anche mediante il raccordo con le Strutture in Staff alla Direzione Generale, al fine di garantire l'ottimizzazione dei vari processi organizzativi dell'Azienda per lo sviluppo di prestazioni ed erogazione dei servizi, nel rispetto dei principi di efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa.

Il Dipartimento è organizzato in tre **Aree omogenee**: *Area Servizi Amministrativi, Area Servizi Tecnici ed Area Servizi di Staff*, quest'ultima funzionalmente afferente alla Direzione Generale. Le corrispondenti maggiorazioni delle retribuzioni di posizione inerenti il coordinamento delle suddette Aree, secondo le modalità di coordinamento di cui all'art.40, comma 6, del CCNL SPTA del 08.06.2000, saranno sostenute con le risorse disponibili nell'apposito fondo.

Il Direttore del Dipartimento Amministrativo e Tecnico è in relazione diretta con il Direttore Amministrativo.

Coerentemente con le indicazioni contenute nelle linee guida regionali:

- sono state eliminate le duplicazioni esistenti nei previgenti assetti organizzativi, attraverso l'allocazione di funzioni analoghe in un'unica unità operativa;
- l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), preposto alle funzioni di informazioni ed accesso, accoglienza e ascolto, tutela e partecipazione dei cittadini, è inserito in staff alla Direzione ed opera alle dirette dipendenze del Direttore Generale, collocandosi a livello di staff della Direzione aziendale, come stabilito dalla normativa statale (DPCM 19.05.1995) e regionale (L. R. 19/2022, art. 12, comma 9) e conformemente alla DGR n. 1635 del 13.11.2023 "L. R. n. 19/2022 - Art. 12 "Partecipazione" - Direttive per la modalità di funzionamento degli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP) e Linee guida per la comunicazione istituzionale degli Enti del SSR";
- è implementato il modello organizzativo relativo alle funzioni di HTA e digitalizzazione sanitaria, attraverso la definizione strutturale, all'interno di apposita UOSD Sanità Digitale, Innovazione Tecnologica e HTA;
- è presidiato il piano di realizzazione degli interventi PNRR, con particolare riferimento alle misure relative alle progettualità edili, attraverso l'attribuzione di specifica funzione all'U.O.C. Nuove Opere, al fine di garantire il puntuale adempimento degli impegni assunti nei tempi assegnati e - medio termine - la loro effettiva implementazione e sistematizzazione nell'erogazione dei servizi;
- è istituita una UOC giuridico amministrativa come articolazione organizzativa del Dipartimento di Prevenzione dell'AST per gli adempimenti connessi alle azioni di cui agli articoli 137 e 138 del Regolamento 2017/625/UE, senza incremento numerico rispetto al parametro standard delle strutture complesse;

- è valorizzata la funzione e l'attività di reperimento di risorse alternative ai fondi ordinari ("fundraising"), assegnando formalmente tale compito alla struttura *Patrimonio, Investimenti e Fundraising*.

Con apposito Regolamento saranno disciplinate le modalità di funzionamento e di gestione del Dipartimento amministrativo e Tecnico nonché delle funzioni di Staff, compresa la definizione dei compiti delle Aree funzionali di coordinamento volta ad assicurare la gestione integrata delle risorse umane, strumentali ed economiche.

L'organizzazione delle funzioni di Staff alla Direzione aziendale e del Dipartimento Amministrativo e Tecnico è riportata nell'**Allegato A** al presente Atto aziendale.

### **5.3.1 – Professioni Sanitarie**

La struttura organizzativa delle Professioni Sanitarie si colloca all'interno dell'Azienda con il ruolo di contribuire alla realizzazione della strategia aziendale, perseguendo gli obiettivi strategici e la missione aziendale mediante il governo e lo sviluppo delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del personale di supporto. Ad essa afferiscono le professionalità indicate nella legge 251/2000 "*Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*".

Secondo quanto previsto dall'art.36 della L.R. 19/2022, ogni AST provinciale è chiamata ad istituire il **Servizio delle Professioni Sanitarie Infermieristiche-Ostetriche, della Riabilitazione, della Prevenzione e Tecnico-sanitarie**, quale struttura di **staff alla Direzione aziendale**, dotata di autonomia tecnico organizzativa e gestionale, che può essere articolata su base dipartimentale, anche interaziendale.

A livello organizzativo, si prevede un unico **Coordinamento delle Professioni Sanitarie** che coadiuva e supporta la Direzione Aziendale nelle attività di governo, concorre alla definizione degli obiettivi di pianificazione strategica aziendale, governa i processi e le funzioni operative afferenti alle professioni tecnico sanitarie, assicura la programmazione e la gestione integrata delle risorse umane ad essa afferenti, formula ed attua strategie organizzative per integrare le competenze delle professioni e degli operatori di riferimento nel processo di diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione. In particolare, esercita le **funzioni** di collaborazione strategica, direzione, sviluppo, organizzazione e coordinamento del personale infermieristico, ostetrico, tecnico sanitario, riabilitativo, della prevenzione e di supporto, sia in ambito ospedaliero che territoriale e domiciliare.

La stessa concorre al conseguimento della *mission* aziendale presidiando le funzioni di gestione del personale afferente, attraverso la programmazione, la selezione e l'inserimento, l'allocazione, l'orientamento del personale che vi afferisce e il relativo sviluppo dei percorsi e dei processi di competenza; assicura l'impiego ottimale del proprio personale per fornire assistenza e prestazioni individualizzate di qualità a tutti i cittadini, interni o esterni, nel rispetto delle norme etiche e deontologiche; supporta la direzione e le strutture aziendali relativamente alle materie di propria competenza, concorrendo altresì alla formulazione delle decisioni strategiche attraverso le conoscenze professionali e tecniche di cui dispone; collabora con i Servizi Amministrativi e dello Staff della Direzione generale al fine di garantire i processi di natura amministrativa che sono interrelati con quelli caratteristici del Servizio.

La struttura organizzativa delle Professioni Sanitarie, in particolare, supervisiona le attività e i processi che permettono, per quanto di competenza, di assicurare il governo assistenziale attraverso l'organizzazione, la verifica e il controllo della qualità delle prestazioni erogate, il monitoraggio degli eventi avversi, l'implementazione di protocolli, linee guida e procedure relative alle prestazioni delle professioni infermieristiche, ostetriche e tecnico sanitarie avendo come fine ultimo la centralità del cittadino e l'umanizzazione delle cure. Inoltre:

- contribuisce alla definizione dei piani strategici, dei programmi e dei piani di attività dell'Azienda, con specifico riferimento alle materie di competenza;
- definisce le attività e gli obiettivi del personale del Servizio, assegna e gestisce le risorse umane, strumentali ed economiche in relazione alle linee strategiche aziendali;
- valuta i problemi e le criticità nell'attività del proprio personale, individuando le priorità nelle iniziative dirette al loro superamento e propone gli interventi di propria competenza;
- promuove, realizza e valuta nuovi modelli assistenziali e nuovi programmi di attività orientati a favorire la centralità del paziente;
- concorre alla gestione dei dati con mezzi informatici e telematici;
- elabora studi statistici delle prestazioni erogate;
- collabora alla determinazione degli standard qualitativi e quantitativi per la definizione delle dotazioni organiche;
- promuove e diffonde le iniziative atte a garantire la sicurezza nel luogo di lavoro e a prevenire gli infortuni;
- concorre all'attuazione e alla verifica dei programmi di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza;
- incentiva la motivazione, favorisce il lavoro di gruppo e sviluppa processi e percorsi rivolti a valorizzare il senso dell'appartenenza e dell'autostima;
- concorre allo sviluppo dell'educazione sanitaria mirata alle attività di prevenzione;

- promuove e contribuisce a tutte le iniziative volte alla valorizzazione del personale del Servizio, individuandone i bisogni formativi e di aggiornamento, monitorandone gli sviluppi, e valutandone costantemente i risultati raggiunti;
- partecipa alla definizione dei criteri per l'applicazione dei meccanismi premianti e verifica la loro corretta e puntuale applicazione;
- partecipa alla messa in atto della gestione del ciclo delle performance al fine di rendere il sistema di valutazione una condizione auspicata e utile alla valorizzazione degli operatori per meglio affermare i presupposti dell'accountability;
- assume tutte le iniziative utili a prevenire le situazioni di disagio lavorativo, e a favorire condizioni di benessere negli ambienti di lavoro.

Rientrano nelle competenze del Coordinamento la pianificazione e il monitoraggio dei processi di formazione permanente, di sviluppo delle competenze tecniche, relazionali ed educative per il miglioramento continuo delle performance professionali e relazionali nonché la collaborazione alla realizzazione di programmi e progetti di ricerca per lo sviluppo, revisione e miglioramento della pratica in ambito assistenziale, diagnostico, terapeutico riabilitativo e della prevenzione.

Afferiscono alla struttura organizzativa **i professionisti sanitari** di cui alla L. 251/2000:

- le professioni infermieristiche - Infermieri, infermieri pediatrici;
- le professioni ostetriche - Ostetriche;
- le professioni tecnico sanitarie - Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico, Tecnici Sanitari di Radiologia, Dietisti;
- le professioni della riabilitazione: Terapisti della Riabilitazione, Logopedisti, Educatori Professionali;
- le professioni della prevenzione: Assistenti Sanitari, Tecnici della prevenzione.

Afferiscono, altresì, alla UOC Professioni Sanitarie anche i Massofisioterapisti, gli Infermieri generici, le Puericultrici, gli Operatori Socio-Sanitari, gli Ausiliari Specializzati, e, in una logica di processo assistenziale, gli autisti di ambulanza.

Il Coordinamento delle Professioni Sanitarie di cui sopra ha funzioni di tipo gestionale allocativo e operativo in sinergia con la Direzione Aziendale, i Direttori di Dipartimento e di UOC; inoltre, concorre all'integrazione multi professionale, presidiando e organizzando le attività e le risorse materiali ed umane nel rispetto delle linee di indirizzo e di programmazione della Direzione strategica.

#### **5.4 - Strutture organizzative e incarichi**

Le **Unità operative** sono strutture organizzative che aggregano competenze multi-professionali e risorse tecniche e finanziarie, assicurando la direzione e l'organizzazione delle attività di

competenza, nonché il raggiungimento degli obiettivi secondo i criteri definiti nell'ambito del dipartimento di appartenenza, nel rispetto degli indirizzi aziendali. Le unità operative possono essere complesse, semplici a valenza dipartimentale e semplici quali articolazione interna di unità operativa complessa.

Gli incarichi di direzione di **Struttura complessa** o di **Struttura semplice a valenza dipartimentale o distrettuale** implicano lo svolgimento di funzioni di direzione e organizzazione da attuarsi nel rispetto delle direttive operative e gestionali del Dipartimento/Distretto di appartenenza ovvero della Direzione Generale nel caso siano afferenti allo Staff, nonché l'adozione delle decisioni volte al corretto espletamento del servizio in termini di appropriatezza nella struttura di riferimento. Sono strutture caratterizzate da autonomia di budget e responsabilizzazione sui risultati di gestione conseguiti (soggette a rendicontazione analitica), dotate di autonomia tecnica-professionale, nonché di autonomia gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuite.

L'incarico di direzione **Struttura semplice** quale articolazione di unità operativa complessa, benché non dotata di budget autonomo, include, necessariamente e in via prevalente, la responsabilità di gestione di risorse umane e strumentali; la struttura è dotata di autonomia tecnico-professionale, nonché di autonomia gestionale, nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuite in seno alla struttura complessa di appartenenza.

Gli incarichi **Professionali** (di altissima professionalità, di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo) – come declinati (tipizzati) e connotati dal CCNL delle Aree negoziali di riferimento - sono attribuibili a dirigenti che svolgono funzioni a livello dipartimentale o interne alle Unità Operative ritenute particolarmente rilevanti per l'Azienda. Tale tipologia prevede in modo prevalente responsabilità tecnico professionali e specialistiche.

L'Azienda definisce, con apposita regolamentazione interna, il **sistema degli incarichi dirigenziali** disciplinando la graduazione e le procedure di attribuzione degli incarichi ai dirigenti nel rispetto delle disposizioni contenute nei Contratti Collettivi delle Aree negoziali di riferimento, garantendo, in particolare, oggettività, imparzialità e verifica delle competenze nelle suddette procedure di attribuzione e nella disciplina degli incarichi medesimi.

Tale sistema che si basa sui principi di autonomia, di responsabilità e di valorizzazione del merito e della prestazione professionale nel conferimento degli incarichi, è volto a garantire il corretto svolgimento della funzione dirigenziale nel quadro delle disposizioni legislative e contrattuali vigenti ed è funzionale ad un'efficace e proficua organizzazione aziendale, al raggiungimento degli obiettivi di salute previsti dalla programmazione sanitaria e/o sociosanitaria nazionale e regionale nonché a promuovere lo sviluppo professionale dei dirigenti, mediante il riconoscimento delle potenzialità, delle attitudini e delle competenze. In particolare, la graduazione delle funzioni

è effettuata dall'Azienda sulla base dei criteri e parametri definiti dalla specifica disciplina contrattuale e che verranno assunti nel contesto della predetta regolamentazione, previo confronto con le Organizzazioni sindacali.

Nell'ambito delle strutture organizzative, l'Azienda istituisce gli **incarichi di posizione e gli incarichi di funzione organizzativa e professionale**, secondo i principi, le tipologie, la graduazione, i contenuti e le modalità procedurali, espressamente previsti dal CCNL del Comparto Sanità nonché sulla base di apposita disciplina interna.

Fermo restando la sovra-ordinazione nell'ambito dell'organizzazione aziendale e le peculiari competenze e responsabilità del Dirigente, il sistema dei suddetti incarichi si basa sui principi di maggiore responsabilità e di impegno, valorizzazione del merito e della prestazione professionale ed è funzionale ad una efficace organizzazione aziendale e al raggiungimento degli obiettivi di salute previsti dalla programmazione sanitaria e sociosanitaria nazionale e regionale, finalizzati a promuovere lo sviluppo professionale, mediante il riconoscimento dell'autonomia operativa. Tali incarichi richiedono lo svolgimento di funzioni aggiuntive e/o maggiormente complesse nell'ambito e del profilo di appartenenza, con assunzione diretta di responsabilità.

## **5.5 - Assetto organizzativo aziendale**

Come già evidenziato, il presente Atto Aziendale costituisce, ad un tempo, quadro di sintesi dei principi e trasposizione dei punti essenziali della riforma seguendo le linee programmatiche del PSSR (**Fase iniziale o di prima attuazione**) e quadro prospettico che potrà, quindi, essere ridefinito, precisato e/o aggiornato, sviluppato o consolidato, nel corso del processo di attuazione della riforma anche sulla base delle determinazioni e degli indirizzi che verranno assunti a livello regionale (come nel caso delle "reti cliniche") per la sua completa "messa a regime" (**Fase a regime**).

Seguendo le linee programmatiche del PSSR 2023/2025 nonché le Linee di indirizzo della Giunta regionale, la riorganizzazione dell'AST di Pesaro e Urbino ha assunto pertanto come riferimento la DGR 1219 del 27.10.2014 (concernente il riordino delle reti cliniche della Regione Marche e la definizione dei parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti del SSR) che, relativamente alle "**reti cliniche**", identifica le linee di attività/produzione più significative, sulla base delle competenze e delle tecnologie presenti sul territorio e dei volumi minimi di attività necessari per garantire efficienza e qualità clinica, in coerenza con le indicazioni della normativa statale.

Invero, l'approccio organizzativo è quello di garantire una completa presa in carico del paziente, appropriata e di qualità, con definizione di funzioni e responsabilità, addivenendo al costante adeguamento del proprio assetto in ragione della **progressiva rivisitazione del sistema**

**sanitario organizzativo regionale con conseguente riprogrammazione delle attività specialistiche** (reti di specialità, declinate per patologia) per garantire un maggior grado di soddisfazione sul territorio regionale dei bisogni dei cittadini marchigiani e supportare il recupero della mobilità passiva.

La programmazione regionale e gli atti attuativi della riforma di competenza della Giunta rappresentano quindi, nel loro divenire, costante punto di riferimento per l'Azienda ai fini dell'adeguamento del proprio assetto funzionale e organizzativo per una piena attuazione della riforma.

Nell'attuale fase di prima attuazione, la definizione dell'assetto organizzativo, secondo l'articolazione riportata nell'**Allegato A** al presente Atto aziendale, è la risultante di un processo di riorganizzazione dei preesistenti assetti dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" e dell'Area Vasta 1-ASUR, resosi necessario nel quadro della riforma del SSR di cui alla L.R. 19/2022 ed in attuazione delle relative disposizioni regionali.

In particolare, il nuovo modello organizzativo dell'AST di Pesaro e Urbino ha assunto a riferimento i vincoli e criteri previsti dalla L.R.19/2022, e dalle disposizioni di attuazione (DGRM n.1291/2024) nonché gli obiettivi programmatici del PSSR.

Ciò premesso, si dà evidenza che:

- a) è previsto il **Presidio Ospedaliero** che aggrega gli **Stabilimenti di Pesaro, Urbino, Fano e Pergola**;
- b) relativamente ai **Distretti**, fino a nuova individuazione a termini di legge, **è mantenuta l'articolazione della ex Area Vasta 1- ASUR** (esistente al 12 agosto 2022, data di entrata in vigore della LR 19/2022) e quindi risultano in numero pari a tre: **Distretto di Pesaro, Distretto di Fano e Distretto di Urbino**;
- c) relativamente ai **Dipartimenti**, ne sono **previsti 18** (e quindi in numero **inferiore ai 21 esistenti** al 12 agosto 2022, di cui 9 in ex AV1 e 12 in ex Marche Nord);
- d) il numero delle **Strutture Complesse** **è pari a 92 comprensive di n.3 ad esaurimento**; pertanto, il numero delle Strutture Complesse **a regime sarà pari a 89**, mentre quello delle **Strutture Semplici Dipartimentali** e delle **Strutture Semplici** **è pari a 133** e, quindi, senza incremento rispetto all'assetto previgente, in coerenza con gli standard che prevedevano:
  - per Marche Nord n. 45 Unità operative complesse e n. 61 Unità operative semplici (ex DGRM 1219/2014);
  - per l'ex AV1 n. 49 Unità operative complesse alle quali si aggiunge n.1 Unità operativa complessa (*Affari Legali* ex ASUR) e n. 73 Unità operative semplici (ex DGR 1283/2022,

recepita con determina DG ASUR 764/2022, e DGRM n.1718/2022, Allegato A, Par.2, punto 2.8).

Si sottolinea in particolare che **relativamente alle strutture amministrative, tecniche e professionali non sanitarie preposte all'esercizio delle funzioni aziendali**, in conformità alle previsioni della legge regionale n. 19/22 e segnatamente dell'art. 47 comma 9, sono state **eliminate le duplicazioni** organizzative e funzionali, passando da **n. 20 Strutture complesse a n.13 a cui si aggiungono n.2 ad esaurimento**, con riduzione di una UOSD, generando conseguenti economie di scala.

Per dette Strutture è previsto un **unico Dipartimento amministrativo e tecnico**.

Nella redazione dell'Atto aziendale sono stati, pertanto, rispettati i vincoli organizzativi e funzionali regionali, in osservanza ai parametri ministeriali e nazionali, concernenti il numero dei dipartimenti, delle strutture complesse, delle strutture semplici dipartimentali e semplici attualmente presenti nell'AST.

Successivamente all'adozione del presente Atto aziendale, la Direzione generale provvede con atto formale alla definizione del **Regolamento di organizzazione** contenente la declaratoria delle competenze relative all'articolazione complessiva delle strutture organizzative (Unità operative complesse, Unità operative semplici dipartimentali e semplici) afferenti ai Dipartimenti/Aree come individuati nell'Allegato A, le relazioni funzionali e le modalità di raccordo tra le macro-articolazioni organizzative e la Direzione aziendale.

Si dà evidenza, infine, che l'**assetto organizzativo** riportato nell'**Allegato A** contiene l'aggregazione delle **Unità operative complesse** e delle **Unità operative semplici dipartimentali** quali strutture soggette a rendicontazione analitica (dotate di budget autonomo); a seguito dell'adozione dell'Atto aziendale e, quindi, del Regolamento di organizzazione, l'Azienda avvierà il percorso di definizione delle **Unità operative semplici quali articolazioni di Unità Operative Complesse**, nel rispetto della legislazione vigente (e relative disposizioni di attuazione) e dei CC.NN.LL Area *Dirigenza Sanitaria* e Area *Funzioni Locali* (per la Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa), previo confronto con le Organizzazioni Sindacali (in particolare, si richiamano sul punto il rispetto dello *standard* di cui al precedente punto d) e i limiti delle risorse disponibili nel "Fondo per la retribuzione degli incarichi").

Come pure si provvederà alla definizione degli **Incarichi Professionali**, sempre secondo quanto previsto dalle disposizioni del CCNL Comparto Sanità e previo confronto con le Organizzazioni sindacali di riferimento.

## **CAPITOLO 6 – DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI**

### **6.1 – Disposizioni transitorie**

Fino alla data di entrata in vigore dei regolamenti interni previsti dal presente Atto nonché da specifiche disposizioni di legge statali e/o regionali, il funzionamento aziendale è disciplinato da appositi provvedimenti del Direttore Generale atti a garantire lo svolgimento delle attività istituzionali senza soluzione di continuità.

Nella fase di prima operatività dell'Atto aziendale, mantengono validità ed efficacia gli atti di normazione interna vigenti. Ciò per il tempo strettamente necessario al loro doveroso adeguamento regolatorio alle caratteristiche organizzative e funzionali di cui al presente Atto; l'assunzione di un quadro disciplinare unitario, certo e trasparente, rappresenta obiettivo primario e obbligo dell'Azienda nei confronti dei terzi e del proprio personale.

L'esercizio del potere regolamentare attiene, *in primis*, alla definizione puntuale degli ambiti funzionali dei Dipartimenti e delle afferenti Strutture nonché delle relazioni interdipartimentali anche alla luce dei processi di integrazione Ospedale – Territorio.

Gli incarichi dei Direttori di Dipartimento in essere alla data di esecutività del presente Atto aziendale sono prorogati fino alla nomina dei Direttori dei nuovi Dipartimenti, nei termini di seguito specificati.

Entro 90 giorni dalla data di esecutività dell'Atto aziendale, con provvedimento formale si dà atto della intervenuta decadenza dei precedenti Dipartimenti e dell'operatività dei nuovi, secondo il modello organizzativo di cui all'Allegato A dell'Atto medesimo, con contestuale cessazione dei corrispondenti incarichi.

Conseguentemente, il Direttore Generale provvederà – in via transitoria e temporanea, nelle more dell'espletamento delle procedure per l'insediamento dei Comitati di dipartimento - alla nomina dei Direttori dei nuovi Dipartimenti.

I Direttori di Dipartimento nominati per il suddetto periodo transitorio dovranno garantire, pur in assenza dei Comitati di dipartimento, la piena condivisione delle decisioni di competenza con i Direttori/Responsabili di Struttura afferenti ai Dipartimenti stessi.

Detti incarichi temporanei scadranno contestualmente alla nomina dei Direttori dei Dipartimenti, formalizzata dal Direttore Generale a seguito dell'insediamento dei Comitati di Dipartimento.

La copertura delle posizioni contrattuali istituite con il presente Atto è comunque subordinata alla disponibilità di risorse a valere sul fondo della retribuzione di posizione nonché alle compatibilità complessive di Bilancio e verrà attivata progressivamente entro i suddetti limiti.

## **6.2 – Disposizioni finali e di rinvio**

A seguito della piena operatività dell'assetto organizzativo previsto dal presente Atto aziendale, cessa di avere efficacia ogni disposizione, regolamentare ed organizzativa, in contrasto.

Relativamente alla disciplina del rapporto di lavoro alle dipendenze dell'Azienda trovano applicazione le disposizioni definite in sede di contrattazione collettiva.

Compete al Direttore Generale provvedere, con propria motivata determina, agli adeguamenti di specifiche disposizioni dell'Atto aziendale necessari per conformarsi a sopravvenute disposizioni normative e/o amministrative, statali e/o regionali, ovvero a dettagliate previsioni di strumenti pianificatori/programmatori regionali; con ciò intendendosi anche l'adeguamento alle prescrizioni riguardanti la riduzione di Unità operative complesse ove si verifichino i relativi presupposti.

Parimenti compete al Direttore Generale provvedere, con propria motivata determina, all'adozione di ogni misura organizzativa che dovesse rendersi necessaria e/o opportuna per il conseguimento delle finalità e degli obiettivi definiti dall'Atto aziendale, sempre che non comporti, anche indirettamente, modifiche sostanziali all'assetto organizzativo aziendale. In tale ultimo caso, l'atto del Direttore Generale è sottoposto all'approvazione della Giunta regionale con le stesse modalità e termini previsti per l'adozione dell'Atto aziendale.