

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Oggetto: Linee di indirizzo per l'evoluzione del modello regionale delle Case della Comunità, con particolare riferimento alle Case della Comunità a vocazione specialistica pediatrica e oncologica, agli ambulatori di 1° livello presso le Case della Comunità HUB e agli ambulatori di 2° livello presso le Case della Comunità distrettuali per i bisogni non differibili, a supporto dei Pronto Soccorso.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Settore Territorio e Integrazione Sociosanitaria dell'Agenzia Regionale Sanitaria dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO il parere favorevole di cui all'articolo 4, comma 5, della legge regionale 30 luglio 2021, n. 18, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica, dei Dirigenti di Settore Territorio e Integrazione Sociosanitaria dell'Agenzia Regionale Sanitaria, di Settore Flussi informativi sanitari e monitoraggio SSR dell'Agenzia Regionale Sanitaria e la dichiarazione degli stessi che l'atto non necessita dell'attestazione di copertura finanziaria;

VISTA la proposta del Direttore ad interim dell'Agenzia Regionale Sanitaria;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata nell'allegato "Verbale di seduta"

DELIBERA

1. di approvare le linee di indirizzo di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, per l'evoluzione del modello regionale delle Case della Comunità, in coerenza con il Decreto del Ministro della Salute n. 77/2022, con le deliberazioni regionali di attuazione del modello territoriale e con gli interventi della Missione 6 del PNRR relativi alle Case della Comunità e alla presa in carico della persona;
2. di dare atto che il modello delineato nell'Allegato A non introduce un assetto alternativo rispetto a quello previsto dal DM 77/2022, ma ne costituisce sviluppo applicativo e specializzazione funzionale, finalizzata a rafforzare l'aderenza dell'offerta territoriale ai bisogni della popolazione dopo la prima fase di programmazione e avvio delle Case della Comunità;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

3. di stabilire che l'attuazione del modello regionale di cui all'Allegato A si articola in due fasi: a) **una prima fase**, immediatamente attuativa, concernente l'organizzazione degli ambulatori di 1° livello presso le Case della Comunità HUB e degli ambulatori di 2° livello presso le Case della Comunità distrettuali per i bisogni non differibili, a supporto del Pronto Soccorso; b) **una seconda fase**, relativa alla piena definizione delle Case della Comunità a vocazione specialistica pediatrica e oncologica, da disciplinare con successivi atti, previa definizione degli accordi, delle intese e dei protocolli operativi necessari;
4. di individuare le Case della Comunità sedi di ambulatori di 2° livello per i bisogni non differibili a supporto del Pronto Soccorso, secondo quanto riportato nell'Allegato A, dando atto che gli ambulatori di 1° livello presso le Case della Comunità HUB sono definiti nell'ambito dell'assetto regionale già delineato dalle DGR n. 403/2025 e n. 1281/2025;
5. di demandare alle AST, entro 30 giorni dalla presente deliberazione, la definizione e l'adozione dei percorsi organizzativi, clinico-assistenziali e amministrativi necessari al funzionamento degli ambulatori per i bisogni non differibili, inclusi i raccordi con i servizi di diagnostica, laboratorio analisi, specialistica ambulatoriale ospedaliera e territoriale e Pronto Soccorso, nel rispetto degli istituti prevista dal sistema delle relazioni sindacali, in coerenza con quanto previsto dall'Allegato A;
6. di dare mandato alle AST di definire i percorsi di collegamento dell'ambulatorio per i bisogni non differibili con gli specialisti ambulatoriali ospedalieri e territoriali, almeno per le seguenti specialità: oculistica, orl, ortopedia, urologia e altri percorsi in base alla casistica più frequente entro 30 giorni dalla presente deliberazione;
7. di rinviare a successivi atti la definizione delle sedi, dell'organizzazione e delle modalità operative delle Case della Comunità a vocazione specialistica pediatrica e oncologica, previa acquisizione dei contributi professionali e istituzionali necessari, anche con riferimento ai Pediatri di Libera Scelta e alla Rete Oncologica Marchigiana, nonché previa formalizzazione degli accordi, delle intese e dei protocolli operativi necessari;
8. di consentire alle AST, nell'ambito dell'applicazione delle linee di indirizzo di cui all'Allegato A e nel rispetto della programmazione regionale, l'eventuale attivazione sperimentale di ulteriori ambulatori di 2° livello per i bisogni non differibili in ulteriori aree distrettuali rispetto a quelle individuate nelle tabelle dell'Allegato A, previa valutazione dei bisogni territoriali e dei raccordi organizzativi necessari;
9. di incaricare il settore competente dell'Agenzia Regionale Sanitaria di effettuare il monitoraggio dell'attuazione del presente atto presso le AST, con particolare riferimento allo stato di funzionamento degli ambulatori per i bisogni non differibili, alla definizione dei percorsi amministrativi e assistenziali e alla successiva implementazione delle vocazioni specialistiche pediatrica e oncologica.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Francesco Maria Nocelli

Documento informatico firmato digitalmente

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

Francesco Acquaroli

Documento informatico firmato digitalmente

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa nazionale di riferimento

- **Legge n.189 c.d. “Legge Balduzzi” dell’8 novembre 2012:** Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute. Testo del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, coordinato con la legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189, recante «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute»;
- **Patto per la Salute 2014/2016 del 10 luglio 2014:** Intesa, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016;
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017:** Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- **Legge n.234 del 20 dicembre 2021:** Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024;
- **Decreto Ministero della Salute n.77 del 23 maggio 2022:** Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale;
- **Legge n. 213 del 30 dicembre 2023:** Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026;
- **Accordo**, ai sensi dell’articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante **“Piano nazionale della cronicità” - proposta di aggiornamento. (Rep. Atti 175/CSR del 23 ottobre 2025);**
- **Accordo**, ai sensi dell’articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sul documento recante **“Linee di indirizzo sull’integrazione ospedale – territorio in oncologia”. (Rep. atti n. 87/CSR dell’11 giugno 2026).**



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Normativa regionale di riferimento

- **DGR n.114 del 14 febbraio 2022:** Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione M6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – Definizione del quadro programmatico dei sub-interventi 1.1 “Case della Comunità e presa in carico della persona”, 1.2.2 “COT, interconnessione aziendale, device” e 1.3 “Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)”. Identificazione dei siti idonei”;
- **L.R. n.19 dell’8 agosto 2022:** Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale;
- **DGR n.559 del 29 aprile 2023:** Prime indicazioni per l’attuazione del 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” e linee di indirizzo per l’interconnessione aziendale delle centrali operative territoriali;
- **Deliberazione n.57 Assemblea Legislativa Regionale del 9 Agosto 2023:** PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2023-2025. Salute, sicurezza e innovazione per i cittadini marchigiani;
- **DGR n.858 del 4 giugno 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”;
- **DGR n.403 del 24 marzo 2025:** DM 77/2022 Attuazione DGR 559/2023 - Assetto Regionale delle nuove forme organizzative delle Cure Primarie e Linee di indirizzo per l’attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità;
- **DGR n.1281 del 5 agosto 2025:** Linee di indirizzo per la definizione dei piani di potenziamento dell’assistenza territoriale art 1, comma 274, Legge n. 234 del 30/12/2021 e art. 1, comma 244, Legge 213 del 30/12/2023;
- **DGR n.1378 dell’11 agosto 2025:** Attuazione DGR 559/2023 - Assetto Regionale delle nuove forme organizzative delle Cure Primarie Pediatriche;
- **DGR n.1390 dell’11 agosto 2025:** Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell’art. 8 del D.Lgs. 502 del 1992 e s.m.i., di cui all’intesa Stato-Regioni rep. N.51/CSR del 4/4/2024 – Approvazione schema di accordo Integrativo Regionale con i Medici di medicina Generale;
- **DGR n. 1377 del 11 agosto 2025:** DGR n. 631 del 29/04/2024: Revisione della Rete della Terapia del Dolore, di cui alla DGR n. 1268/2021;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- **DGR n. 607 del 26 maggio 2026:** Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante “Piano nazionale della cronicità” - proposta di aggiornamento (Rep. Atti n.175/CSR del 23 ottobre 2025) – Recepimento;
- **DGR n. 920 del 20 luglio 2026:** Piano di potenziamento regionale delle Reti di Cure palliative, adulti e pediatriche, anno 2026.

Motivazione

Il DM/77 definisce la Casa della Comunità (CdC) quale luogo fisico di prossimità e di facile individuazione a cui l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio sanitaria a valenza sanitaria. Deve essere una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione del territorio di competenza, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito.

È coordinata da un coordinatore delle professioni sanitarie infermieristiche che riferisce al Direttore del Distretto di appartenenza che è a sua volta il Responsabile dell'organizzazione e delle attività della CdC. L'attività dovrà comportare un'azione di équipe multidisciplinare tra medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS) e Specialisti Ambulatoriali convenzionati e dipendenti del SSR, anche nelle loro forme organizzative, infermieri di famiglia o di comunità (IFOC) ed altri professionisti sanitari e socio sanitari.

La CdC rappresenta uno dei nodi della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali e al tempo stesso è parte dei luoghi di vita della Comunità locale del territorio su cui insiste. Al suo interno, o funzionalmente collegate con essa, abbiamo le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), i Punti Salute (PSAL), i poliambulatori ed i consultori, l'Unità di Continuità Assistenziale (UCA), i Punti Unici di Accesso (PUA), gli Infermieri di Famiglia o di Comunità (IFoC).

Le comunicazioni tra tutti i professionisti dei servizi ed organizzazioni presenti sul territorio avvengono attraverso il supporto dei sistemi informatici (Sistema Informatico Regionale per il Territorio SIRTE), e le Centrali Operative Territoriali (COT) nel rispetto del diritto alla privacy della persona assistita.

Per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, si prevede la costituzione di una rete di assistenza territoriale formata secondo il modello HUB e SPOKE.

Nella nostra Regione è prevista una CdC HUB al massimo ogni 50.000 abitanti (come riportato nel DM 77/2022) e un numero di CdC SPOKE definito tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio, al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di medicina di prossimità.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

La CdC HUB è il luogo di contatto e di relazioni con servizi quali: le CdC SPOKE, gli Ospedali per Acuti, gli Ospedali di Comunità, le Centrali Operative Territoriali (COT), il Numero Unico Europeo per le Emergenze 112, il Numero Unico Europeo per le Cure non Urgenti 116117, le farmacie dei servizi, i Servizi Sociali degli Ambiti Sociali Territoriali e dei Comuni, le associazioni del Terzo Settore, scuole, palestre, circoli culturali e sportivi, parchi e spazi pubblici, ovunque si possa generare salute individuale e collettiva, con un approccio sistemico, capillare, collaborativo e partecipativo di promozione comunitaria della salute e di welfare generativo.

La CdC HUB promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e sociosanitari; è parte integrante dell'identità della Comunità, è luogo di partecipazione e di valorizzazione di tutte le risorse presenti, in cui si sviluppa il coinvolgimento dei cittadini fino ad intraprendere percorsi di co-programmazione e co-progettazione.

L'attività deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe che, operando con modalità integrate, provveda a garantire l'assistenza territoriale attraverso un approccio di sanità di iniziativa e contribuisca alla presa in carico della Comunità di riferimento, con servizi h12 e h24.

L'orario di attività articolato nell'arco delle 24 ore giornaliere permette alla CdC HUB di svolgere funzioni di primo livello, disponendo di competenze cliniche e strumentali adeguate a fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità e a garantire una prima risposta sanitaria sul territorio.

Ad ogni CdC HUB afferiscono funzionalmente i Medici di medicina generale nei modi definiti dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) e dall'Accordo Integrativo Regionale. Tali medici, appartenenti alle rispettive AFT, devono essere collegati tra loro e con la CdC HUB, anche attraverso la condivisione di strumenti e sistemi applicativi informatici (Sistema Informatico Regionale per il Territorio SIRTE).

La CdC SPOKE è collegata funzionalmente alla CdC HUB di riferimento, con cui condivide modelli di intervento, stretta collaborazione tra i professionisti coinvolti e risorse; è coordinata dal coordinatore infermieristico della CdC HUB o da altro coordinatore infermieristico. Rappresenta lo strumento per raggiungere capillarmente i territori le cui caratteristiche demografiche e olografiche possono rappresentare una criticità per la salute della popolazione.

La riorganizzazione della rete di assistenza primaria rappresenta una risposta strategica e strutturale alle sfide demografiche, epidemiologiche e di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, nonché uno degli assi portanti degli interventi della Missione 6C1 del PNRR, con particolare riferimento alle Case della Comunità e alla presa in carico della persona.

In tale scenario, la CdC si configura non come semplice aggregato di studi medici o snodo di erogazione di prestazioni ambulatoriali convenzionali, ma come la piattaforma fisica e organizzativa fondamentale per la continuità assistenziale, la prevenzione primaria e



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

secondaria.

Le criticità emerse negli ultimi anni, connesse al sovraffollamento dei Pronto Soccorso, al ritardo nell'intercettazione dei bisogni complessi, all'isolamento sociale dei pazienti fragili e alla frammentazione tra cure primarie, specialistica e servizi socio-assistenziali, rendono necessario rafforzare il ruolo delle Case della Comunità quali presidi territoriali di prossimità, anche attraverso specifiche vocazioni funzionali, al fine di assicurare risposte più aderenti alle esigenze dei cittadini e una presa in carico integrata e tempestiva.

La Casa della Comunità offre infatti servizi essenziali (punti unici di accesso, continuità assistenziale, medicina di gruppo, infermieristica di famiglia e di comunità) ma l'evoluzione della domanda di salute impone l'adozione di un approccio modulare e ad alta specializzazione funzionale.

In questa prospettiva, l'integrazione all'interno della rete delle CdC di specifiche declinazioni operative a valenza specialistica costituisce sviluppo coerente e applicativo del modello territoriale delineato dal DM 77/2022, senza introdurre un assetto alternativo rispetto agli standard nazionali, ma rafforzandone la capacità di risposta rispetto ai bisogni effettivi dei territori, anche alla luce della prima fase di programmazione, avvio e progressiva messa in funzione delle Case della Comunità.

Il presente atto si colloca, pertanto, nella fase successiva alla programmazione regionale delle Case della Comunità e ne disciplina l'evoluzione organizzativa attraverso un modello progressivo, volto a garantire maggiore prossimità, tempestività e appropriatezza della risposta assistenziale, valorizzando le Case della Comunità già in funzione o in progressiva attivazione nell'ambito del percorso attuativo regionale.

In tale quadro, sulla base di quanto già definito con le DGR n. 403/2025 e n. 1281/2025, il presente atto disciplina l'evoluzione del modello regionale delle Case della Comunità, prevedendo:

a livello di ogni distretto:

- una Casa della Comunità a vocazione pediatrica per ciascun distretto, secondo il percorso di successiva definizione previsto dall'Allegato A;
- una Casa della Comunità a vocazione oncologica per ciascun distretto, secondo il percorso di successiva definizione previsto dall'Allegato A;
- Case della Comunità distrettuali con ambulatori di 2° livello per i bisogni non differibili, a supporto dei Pronto Soccorso, secondo quanto indicato nell'Allegato A.

a livello di ogni casa della Comunità HUB:

- un ambulatorio di 1° livello per i bisogni non differibili presso ciascuna Casa della Comunità HUB, secondo l'assetto regionale già programmato.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

L'organizzazione dell'attività nelle CdC a vocazione specialistica oncologica, verrà definita con atto successivo alla presente deliberazione con il contributo dei professionisti della Rete Oncologica Marchigiana, attraverso l'acquisizione di proposte di progetti sperimentali di attivazione di ambulatori specialistici oncologici "oncologia di prossimità", approvati in sede di Coordinamento regionale Rete Oncologica Regionale (ROR).

L'organizzazione dell'attività nelle CdC a vocazione specialistica pediatrica, verrà definita con atto successivo alla presente deliberazione con il contributo dei professionisti dei Pediatri di Libera scelta.

Il modello regionale è articolato in due fasi attuative:

- la **prima fase**, immediatamente operativa, riguarda la definizione e l'attivazione degli ambulatori per i bisogni non differibili: gli ambulatori di 1° livello presso le Case della Comunità HUB, già ricompresi nell'assetto regionale delineato dalle DGR n. 403/2025 e n. 1281/2025, e gli ambulatori di 2° livello presso le Case della Comunità distrettuali a supporto dei Pronto Soccorso, individuati nel presente atto secondo quanto indicato nell'Allegato A.
- la **seconda fase** riguarda la piena definizione delle Case della Comunità a vocazione specialistica pediatrica e oncologica, la cui organizzazione, nonché l'individuazione delle relative sedi e modalità operative, saranno disciplinate con successivi atti, previa definizione degli accordi, delle intese e dei protocolli operativi necessari e previo coinvolgimento dei professionisti e degli organismi competenti, ivi inclusi i Pediatri di Libera Scelta e la Rete Oncologica Marchigiana.

Inoltre, ogni AST, nell'ambito dell'applicazione delle linee di indirizzo definite nell'Allegato A e nel rispetto della programmazione regionale, potrà attivare, in via sperimentale, ulteriori ambulatori di 2° livello per i bisogni non differibili in ulteriori aree distrettuali rispetto a quelle individuate nelle tabelle 2, 3, 4, 5 e 6, previa valutazione dei bisogni territoriali e dei raccordi organizzativi necessari.

I percorsi amministrativi, organizzativi e clinico-assistenziali necessari al funzionamento degli ambulatori per i bisogni non differibili sono descritti nell'Allegato A e dovranno essere declinati dalle AST, entro il termine previsto dal dispositivo, assicurando il raccordo con i servizi di diagnostica, laboratorio analisi, specialistica ambulatoriale ospedaliera e territoriale e Pronto Soccorso, nonché la tracciabilità delle modalità di accesso, presa in carico, prescrizione ed eventuale invio ai percorsi successivi.

Il sottoscritto, in relazione alla presente deliberazione, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 413/2026.

Il responsabile del procedimento
Sonia Tonucci
Documento informatico firmato digitalmente



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PARERE DEL DIRIGENTE DEL SETTORE TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA -ARS

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione.

Dichiara, altresì, che la presente deliberazione non necessita dell'attestazione di copertura finanziaria e, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990, degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR n. 413/2026.

Il dirigente del Settore Territorio e Integrazione Sociosanitaria
Sonia Tonucci

Documento informatico firmato digitalmente

PARERE DEL DIRIGENTE DEL SETTORE FLUSSI INFORMATIVI SANITARI E MONITORAGGIO SSR -ARS

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione.

Dichiara, altresì, che la presente deliberazione non necessita dell'attestazione di copertura finanziaria e, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990, degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR n. 413/2026.

Il dirigente del Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR
Marco Pompili

Documento informatico firmato digitalmente

PROPOSTA DEL DIRETTORE DELL'AGENZIA REGIONALE SANITARIA

Il sottoscritto propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione.

Dichiara, altresì, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990, degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR n. 413/2026.

Il direttore ad interim Agenzia Regionale Sanitaria
Antonio Draisci

Documento informatico firmato digitalmente

FIRMATARI



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ALLEGATI PARTE INTEGRANTE DELL'ATTO



Linee di indirizzo per l'evoluzione del modello regionale delle Case della Comunità, con particolare riferimento alle Case della Comunità a vocazione specialistica pediatrica e oncologica, agli ambulatori di 1° livello presso le Case della Comunità HUB e agli ambulatori di 2° livello presso le Case della Comunità distrettuali per i bisogni non differibili, a supporto dei Pronto Soccorso.

Premessa

La riorganizzazione della rete di assistenza primaria rappresenta oggi la risposta strategica e strutturale alle sfide demografiche, epidemiologiche e di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nonché uno degli assi portanti degli interventi della Missione 6C1 del PNRR, con particolare riferimento alle Case della Comunità e alla presa in carico della persona.

In tale scenario, la CdC si configura non come semplice aggregato di studi medici o snodo di erogazione di prestazioni ambulatoriali convenzionali, ma come la piattaforma fisica e organizzativa fondamentale per la continuità assistenziale, la prevenzione primaria e secondaria.

Le criticità emerse negli ultimi anni, connesse al sovraffollamento dei Pronto Soccorso, al ritardo nell'intercettazione dei bisogni complessi, all'isolamento sociale dei pazienti fragili e alla frammentazione tra cure primarie, specialistica e servizi socio-assistenziali, rendono necessario rafforzare il ruolo delle Case della Comunità quali presidi territoriali di prossimità, anche attraverso specifiche vocazioni funzionali, al fine di assicurare risposte più aderenti alle esigenze dei cittadini e una presa in carico integrata e tempestiva.

La Casa della Comunità offre infatti servizi essenziali (punti unici di accesso, continuità assistenziale, medicina di gruppo, infermieristica di famiglia e di comunità) ma l'evoluzione della domanda di salute impone l'adozione di un approccio modulare e ad alta specializzazione funzionale.

In questa prospettiva, l'integrazione all'interno della rete delle CdC di specifiche declinazioni operative a valenza specialistica costituisce sviluppo coerente e applicativo del modello territoriale delineato dal DM 77/2022, senza introdurre un assetto alternativo rispetto agli standard nazionali, ma rafforzandone la capacità di risposta rispetto ai bisogni effettivi dei territori, anche alla luce della prima fase di programmazione, avvio e progressiva messa in funzione delle Case della Comunità.

Il presente atto si colloca, pertanto, nella fase successiva alla programmazione regionale

delle Case della Comunità e ne disciplina l'evoluzione organizzativa attraverso un modello progressivo, volto a garantire maggiore prossimità, tempestività e appropriatezza della risposta assistenziale, valorizzando le Case della Comunità già in funzione o in progressiva attivazione nell'ambito del percorso attuativo regionale.

In tale quadro, sulla base di quanto già definito con le DGR n. 403/2025 e n. 1281/2025, il presente atto disciplina l'evoluzione del modello regionale delle Case della Comunità, prevedendo:

a livello di ogni distretto:

- una Casa della Comunità a vocazione pediatrica per ciascun distretto;
- una Casa della Comunità a vocazione oncologica per ciascun distretto;
- Case della Comunità distrettuali con ambulatori di 2° livello per i bisogni non differibili, a supporto dei Pronto Soccorso.

a livello di ogni casa della Comunità HUB:

- un ambulatorio di 1° livello per i bisogni non differibili presso ciascuna Casa della Comunità HUB, secondo l'assetto regionale già programmato.

L'organizzazione dell'attività nelle CdC a vocazione specialistica oncologica, verrà definita con atto successivo alla presente deliberazione con il contributo dei professionisti della Rete Oncologica Marchigiana, attraverso l'acquisizione di proposte di progetti sperimentali di attivazione di ambulatori specialistici oncologici "oncologia di prossimità", approvati in sede di Coordinamento regionale Rete Oncologica Regionale (ROR).

L'organizzazione dell'attività nelle CdC a vocazione specialistica pediatrica, verrà definita con atto successivo alla presente deliberazione con il contributo dei Pediatri di Libera Scelta.

Il modello regionale è articolato in due fasi attuative:

- a) la **prima fase**, immediatamente operativa, riguarda la definizione e l'attivazione degli ambulatori per i bisogni non differibili: gli ambulatori di 1° livello presso le Case della Comunità HUB, già ricompresi nell'assetto regionale delineato dalle DGR n. 403/2025 e n. 1281/2025, e gli ambulatori di 2° livello presso le Case della Comunità distrettuali a supporto dei Pronto Soccorso
- b) la **seconda fase** riguarda la piena definizione delle Case della Comunità a vocazione specialistica pediatrica e oncologica, la cui organizzazione, nonché

l'individuazione delle relative sedi e modalità operative, saranno disciplinate con successivi atti, previa definizione degli accordi, delle intese e dei protocolli operativi necessari e previo coinvolgimento dei professionisti e degli organismi competenti, ivi inclusi i Pediatri di Libera Scelta e la Rete Oncologica Marchigiana.

Nel presente atto vengono indicate le CdC sedi di Ambulatori di 2° livello per i bisogni non differibili a supporto dei Pronto Soccorso, mentre le CdC HUB con Ambulatorio di 1° livello per i bisogni non differibili sono definite nelle DGR 403/2025 e 1281/2025.

Inoltre, ogni AST, nell'ambito dell'applicazione delle Linee di indirizzo definite nel presente allegato, e nel rispetto della programmazione regionale, potrà, attivare, in via sperimentale, ulteriori ambulatori di 2° livello per i bisogni non differibili in ulteriori aree distrettuali rispetto a quelle individuate nelle tabelle 2, 3, 4, 5 e 6, previa valutazione dei bisogni territoriali e dei raccordi organizzativi necessari.

1. CDC DISTRETTUALE A VOCAZIONE ONCOLOGICA - "ONCOLOGIA DI PROSSIMITÀ"

In Italia si stimano circa 390.000 nuove diagnosi annue e oltre 3,6 milioni di persone viventi dopo una diagnosi di tumore e questo aumento della prevalenza oncologica sta trasformando in modo sostanziale i bisogni assistenziali dei pazienti. Accanto alle fasi ad alta complessità clinica, concentrate nei centri specialistici, si è sviluppata un'ampia area di attività a minore intensità assistenziale ma ad alta frequenza di accesso: follow-up programmati, monitoraggio dell'aderenza terapeutica, gestione delle tossicità minori, cure di supporto, controllo del dolore e sostegno psico-oncologico. Questa pressione crescente sui centri hub ospedalieri genera criticità di sostenibilità organizzativa e di accessibilità, oltre a un rilevante carico logistico per il paziente: la distanza dal luogo di cura incide negativamente su qualità di vita, aderenza terapeutica e "time toxicity" del percorso oncologico.

I progressi in campo diagnostico e terapeutico hanno contribuito all'aumento della sopravvivenza dei malati oncologici, determinando un cambiamento nei modelli organizzativi che favoriscono la gestione extra-ospedaliera dei percorsi.

L'obiettivo prioritario della CdC a valenza oncologica è quello di creare un modello di oncologia di prossimità e identificare correttamente le attività a basso rischio e a basso impatto tecnologico e di risorse, che le Aziende sanitarie possono delocalizzare nelle Case di Comunità, garantendo condizioni erogative di efficacia e sicurezza.

Questo approccio mira a garantire la continuità di cura tra ospedale e territorio e tra sociale e sanitario per consentire l'equo accesso ai servizi socio sanitari di riferimento ad

una popolazione ad elevata fragilità ed alta vulnerabilità sociosanitaria.

L'istituzione di CdC a vocazione oncologica risponde all'esigenza di dare risposta ad una parte dei bisogni degli utenti ad oggi concentrati esclusivamente nel setting ospedaliero, convogliando in ospedale solo la casistica a più alta complessità.

Presupposti principali per l'oncologia di prossimità:

- Distinzione tra fasi ad alta complessità clinica, che richiedono competenze specialistiche, tecnologia avanzata, multidisciplinarietà ospedaliera e attività di follow-up e monitoraggio terapeutico che, in pazienti clinicamente stabili, possono essere erogate in contesti territoriali strutturati senza riduzione dei dovuti standard qualitativi e di sicurezza.
- Preservazione della governance clinica specialistica: la responsabilità del piano terapeutico, delle decisioni cliniche strategiche e della gestione di riacutizzazioni o sospette recidive resta sempre in capo all'oncologo Hub, anche quando la prestazione è fisicamente erogata nella CdC "Team Spoke".
- Valorizzazione delle CdC come nodi attivi della rete oncologica territoriale, superando una logica di prossimità limitata al trasferimento tra strutture ospedaliere tramite un'integrazione strutturata e formalizzata (protocollo operativo condiviso) tra centro specialistico e territorio.
- Presenza dell'oncologo Hub nella CdC di tipo funzionale e non fisico. L'oncologo coordina il Team Spoke a distanza, resta titolare delle decisioni cliniche strategiche, ma non svolge attività Ambulatoriale in sede; l'accesso alla sua competenza avviene attraverso un canale di teleconsulto strutturato, attivato dal professionista del Team Spoke secondo criteri predefiniti condivisi con la Rete Oncologica.

La CdC a vocazione oncologica persegue i seguenti obiettivi:

- Decentralizzare in sicurezza le attività oncologiche a bassa complessità e basso rischio (follow-up, terapie di supporto, monitoraggio parametri, medicazioni di accessi vascolari, gestione tossicità minori) presso le CdC a vocazione oncologica.
- Garantire la continuità della governance clinica specialistica, mantenendo in capo al centro Hub — tramite l'oncologo di riferimento del paziente — la responsabilità del piano terapeutico e delle decisioni cliniche strategiche, pur in assenza di presenza fisica dello stesso presso la CdC.
- Costituire un team multiprofessionale territoriale stabile (MMG, IFoC, palliativista, terapeuta del dolore, psico-oncologo, nutrizionista ecc.) capace di erogare cure integrate di prossimità.

- Attivare un canale di teleconsulto oncologico strutturato per i casi in cui il professionista del Team Spoke rilevi una modificazione delle condizioni cliniche del paziente.
- Ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso e i ricoveri evitabili, tramite intercettazione precoce dei bisogni clinici e gestione tempestiva delle complicanze minori.
- Definire indicatori di monitoraggio e criteri di qualità e sicurezza sovrapponibili a quelli della gestione ospedaliera.
- Garantire equità di accesso in tutta la Regione, con un nucleo minimo uniforme di prestazioni e criteri di qualità indipendenti dal luogo di residenza.
- Intercettare e prendere in carico in modo multidimensionale dolore, malnutrizione, distress, disabilità, bisogni stomaterapici e necessità di cure palliative precoci.
- Strutturare il follow-up dei pazienti senza malattia in atto secondo piani di survivorship condivisi, evitando controlli ridondanti e assicurando gestione degli effetti tardivi e prevenzione.
- Produrre dati regionali comparabili su sicurezza, esperienza del paziente, esiti, equità e sostenibilità, a supporto della programmazione sanitaria.
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione attraverso le associazioni di cittadini e volontariato.

2. CDC DISTRETTUALE A VOCAZIONE PEDIATRICA

L'organizzazione di una Casa della Comunità (CdC) a vocazione pediatrica integra l'architettura generale del Decreto Ministeriale 77/2022 con specificità strutturali, professionali e gestionali dedicate interamente all'età evolutiva (3/16 anni).

L'obiettivo principale di questo modello è garantire un filtro territoriale efficace per evitare gli accessi impropri al Pronto Soccorso pediatrico, integrando prevenzione, gestione della cronicità/disabilità infantile e continuità delle cure. Le esigenze sanitarie e di prevenzione in età evolutiva richiedono una strategia autonoma, sia per la specificità diagnostico-terapeutica sia per l'impatto sociosanitario sulle famiglie.

Integrare la valenza pediatrica all'interno della Casa della Comunità risponde alla necessità di estendere l'assistenza oltre l'attività ordinaria dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e coinvolgere i pediatri di specialistica Ambulatoriale ed eventualmente garantire l'integrazione con i pediatri ospedalieri.

La CdC a vocazione pediatrica risponde alle esigenze di:

- Presa in carico dei problemi ad insorgenza recente non gravi che richiedono una valutazione medica rapida
- Prevenzione, gestione della cronicità/disabilità infantili
- Capillarizzazione e ampliamento della disponibilità oraria dell'attività sanitaria e sociosanitaria rivolta ai bambini e alle loro famiglie
- Integrazione con i Pediatri Ospedalieri per evitare accessi impropri al Pronto Soccorso Pediatrico
- Integrazione con i servizi consultoriali
- Raccordo con l'Ambulatorio ostetrico di Comunità e di famiglia (dove attivati).

3. CASE DELLA COMUNITÀ:

3.1 HUB CON AMBULATORI DI 1° LIVELLO PER I BISOGNI NON DIFFERIBILI

3.2 DISTRETTUALI CON AMBULATORI DI 2° LIVELLO PER BISOGNI NON DIFFERIBILI, A SUPPORTO DEI PRONTO SOCCORSO

In medicina territoriale, per prestazioni assistenziali non differibili si intendono quelle visite, prescrizioni o interventi clinici che non possono essere rimandati al giorno successivo, ma che non sono così gravi da richiedere l'intervento del Pronto Soccorso. Tali prestazioni rientrano nell'ambito dell'assistenza primaria e della continuità assistenziale. Vengono erogate presso gli Ambulatori dei Bisogni non Differibili da MMG organizzati in Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), e/o dai Medici dipendenti o Specialisti Ambulatoriali Interni. Tale organizzazione rappresenta il modello di applicazione del DM77 e costituisce il valore aggiunto al nuovo assetto territoriale a supporto dei Pronto Soccorso. Si prevedono due diverse tipologie di Ambulatori per i bisogni non differibili:

a livello di ogni casa della Comunità HUB:

- un ambulatorio di 1° livello per i bisogni non differibili presso ciascuna Casa della Comunità HUB, secondo l'assetto regionale già programmato.

a livello di ogni distretto:

- Case della Comunità distrettuali con ambulatori di 2° livello per i bisogni non differibili, a supporto dei Pronto Soccorso, secondo quanto indicato nel presente Allegato.

L'Ambulatorio dei bisogni non differibili, risponde alle seguenti esigenze:

- Evitare accessi impropri al Pronto Soccorso;

- Rafforzare la rete di offerta delle cure primarie;
- Fornire risposte a situazioni di minore criticità e a bassa complessità;
- Garantire una prima risposta sanitaria sul territorio;
- Assicurare la continuità assistenziale.

INDIVIDUAZIONE DEL PAZIENTE

In generale gli utenti gestibili all'interno degli Ambulatori di 1° e 2° livello per i bisogni non differibili, sono persone che non presentano condizioni patologiche tempo dipendenti e che pertanto non richiedono un rapido intervento diagnostico-terapeutico. Per l'individuazione dei bisogni non differibili a basso grado di complessità trattabili negli Ambulatori, si fa riferimento alla tabella 1

CRITERI DI ESCLUSIONE DALL'ACCESSO

- Patologie tempo-dipendenti: per le quali l'out-come è direttamente correlato alla rapidità di diagnosi e trattamento;
- Deambulazione non autonoma;
- Arresto cardiocircolatorio, shock in tutte le sue forme (settico, cardiogeno, emorragico, anafilattico);
- Insufficienza respiratoria acuta grave, ostruzione delle vie aeree;
- Coma, stato di male epilettico;
- STEMI, ictus ischemico entro finestra terapeutica per trombolisi/trombectomia, aneurisma dissecante/rotto;
- Dolore toracico;
- Dispnea acuta;
- Deficit neurologico acuto;
- Cefalea intensa e inusuale;
- Sincope/perdita di coscienza;
- Dolore toracico sospetto per sindrome coronarica acuta senza instabilità;
- Deficit neurologico focale di recente insorgenza (sospetto ictus fuori finestra immediata);
- Dispnea moderata-severa con parametri vitali alterati ma non critici;

- Politrauma o trauma maggiore stabile emodinamicamente;
- Sepsi senza shock conclamato;
- Dolore severo (NRS ≥ 7) indipendentemente dalla causa.

MODALITA' DI ACCESSO

1. **Accesso diretto** – Autopresentazione: il Cittadino consapevole delle problematiche sanitarie trattabili presso l'Ambulatorio per i bisogni non differibili accede direttamente acquisendo un diritto alla valutazione clinica-assistenziale sulla base dell'ordine di accesso, munendosi di un numerino all'ingresso.

2. **Accesso diretto** - Invio da parte di Centrale Operativa NEA 116117: la Centrale Operativa NEA 116117 mette in contatto il cittadino con l'IFoC della CdC. L'IFoC effettua un triage telefonico rispetto ai bisogni espressi dal cittadino e con il medico della CdC, a seguito del triage si possono verificare le seguenti evoluzioni:

A) Risposta al bisogno espresso telefonicamente senza richiederne la presenza presso l'Ambulatorio della CdC.

B) Valutazione del bisogno espresso telefonicamente con il medico della CdC e invito a recarsi presso la CdC per l'eventuale erogazione di prestazioni sanitarie medico/infermieristiche e l'eventuale attivazione di un percorso di diagnostica e di laboratorio analisi o invio agli Ambulatori specialistici ospedalieri o territoriali per visita.

3. **Accesso diretto** da Pronto Soccorso (PS): l'utente viene inviato dall'infermiere di triage del Pronto Soccorso a recarsi presso l'Ambulatorio per i bisogni non differibili di riferimento per la risposta al bisogno espresso di competenza della CdC. (Nota: non possono essere inviati dal PS utenti che necessitano di trasporto in ambulanza).

4. **Accesso diretto** invio da parte di MMG e PLS: il MMG o PLS contattato dal paziente invia il medesimo all'Ambulatorio nella Casa di Comunità di riferimento, trasmettendo contestualmente informazione sintetica in merito al bisogno clinico assistenziale. L'invio è fatto motivando che avviene nella impossibilità di gestire in tempi brevi direttamente la sintomatologia nell'orario programmato dell'attività Ambulatoriale o la necessità di valutazione diagnostica o di prestazione terapeutica non disponibile in Ambulatorio presso il suo studio.

GIORNI E ORARI

Ambulatori di 1° livello: dal lunedì al venerdì, h. 08-20.

Ambulatori di 2° livello: 7 giorni su 7 h. 08-20.

ACCOGLIENZA

IFoC e MMG (o Medici dipendenti o Specialisti Ambulatoriali Interni)

UTENZA

Ogni fascia di età esclusa la fascia 0-3 anni (con indicati i bisogni in tabella 1)

- tutti i cittadini residenti in Regione con un bisogno sanitario a basso grado di complessità, non differibile e non gestibile in tempo utile dal proprio MMG;
- tutti cittadini residenti fuori Regione, anche stranieri, privi di MMG, con un bisogno sanitario a basso grado di complessità;
- soggetti in possesso di codice STP (Stranieri Temporaneamente Presenti) o ENI (Europei Non Iscritti), con un bisogno sanitario a basso grado di complessità, non differibile non gestibile in tempo utile dall'Ambulatorio STP Distrettuale.

MODELLO PROFESSIONALE ED ÉQUIPE MULTIDISCIPLINARE

- Medici di Medicina Generale (MMG) organizzati in Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT);
- Medici dipendenti o Specialisti Ambulatoriali Interni;
- Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC).

BISOGNI NON DIFFERIBILI A BASSO GRADO DI COMPLESSITÀ CHE POSSONO ESSERE TRATTATI

ESEMPI NON ESAUSTIVI DI BISOGNI NON DIFFERIBILI A BASSO GRADO DI COMPLESSITÀ:

TABELLA 1

Condizioni patologiche a cosiddetta bassa intensità assistenziale:

- Condizioni prive di compromissione, anche potenziale, delle funzioni vitali, spesso inappropriate per accedere al PS;
- Sintomatologia lieve e cronica riacutizzata senza segni di allarme (es. lombalgia meccanica non complicata, cefalea tensiva nota);
- Piccole ferite superficiali, escoriazioni, contusioni minori senza segni di frattura o lesione vascolo-nervosa;

- Rinofaringiti, faringotonsilliti non complicate, sindromi simil-influenzali in paziente stabile;
- Richieste di certificazioni, rinnovo terapie, medicazioni semplici programmabili;
- Reazioni allergiche cutanee localizzate senza coinvolgimento respiratorio o sistemico;
- Condizioni cliniche stabili, senza rischio evolutivo a breve termine, ma che richiedono comunque un accertamento diagnostico o una valutazione specialistica mono-disciplinare;
- Dolore addominale lieve-moderato senza segni peritonitici, senza instabilità emodinamica;
- Traumi minori con sospetta frattura periferica non esposta, senza deficit neurovascolare;
- Febbre in paziente immunocompetente senza segni di sepsi (parametri vitali nella norma);
- Cefalea senza segni neurologici focali né di allarme (esordio improvviso "a rombo di tuono", febbre, rigidità nucale);
- Vomito/diarrea senza segni di disidratazione severa;
- Riaccutizzazioni lievi di patologie croniche note e stabili (es. lombosciatalgia, gonalgia meccanica).

TECNOLOGIE

- Apparecchiature di diagnostica radiologica e di laboratorio analisi individuate ai sensi dell'articolo 1 comma 449 della legge 27 dicembre 2019 n. 160 (Legge di Bilancio 2020) integrati con la Piattaforma nazionale di telemedicina e con i servizi di telemedicina previsti dalla Componente 1 della Missione 6 del PNRR nonché con il Fascicolo sanitario elettronico (FSE);
- Sistemi POCT (Point Of Care)

PERCORSI ORGANIZZATIVI, CLINICO-ASSISTENZIALI E AMMINISTRATIVI

I percorsi amministrativi, organizzativi e clinico-assistenziali necessari al funzionamento degli ambulatori per i bisogni non differibili devono essere declinati dalle AST allo scopo di definire i percorsi di collegamento con gli specialisti Ambulatoriali ospedalieri e territoriali, garantire la tracciabilità delle modalità di accesso, della presa in carico, delle prescrizioni e dell'eventuale invio ai percorsi successivi, assicurando il raccordo con:

- servizi di diagnostica e laboratorio analisi;
- specialistica ambulatoriale ospedaliera e territoriale anche tramite teleconsulto;
- Pronto Soccorso.

MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI E PERCORSI

PREMESSA

- 1) La prima visita medica effettuata all'utente all'interno dell'Ambulatorio per i bisogni non differibili, viene eseguita con modalità di prestazione per interni ed è esente da compartecipazione;
- 2) Le prestazioni successive alla prima visita (punto 1), devono essere prescritte dal medico dell'Ambulatorio dei bisogni non differibili secondo il nomenclatore in vigore. Sono soggette alla vigente normativa relativa alla compartecipazione alla spesa (ticket) e seguono il percorso di gestione della ricetta dematerializzata.

Il medico che effettua la prestazione di cui al punto 1):

- può avvalersi della telemedicina per teleconsulto, con gli specialisti della branca interessata secondo modalità e fasce orarie definite da ogni singola AST;
- può inviare l'utenza:
 - alla diagnostica radiologica (con prescrizione di specialistica ambulatoriale e inserendo il codice esenzione specifico individuato per l'ipotesi di frattura in CdC) in base ai percorsi definiti in ogni singola AST (**nota:** in caso di traumatologia minore, con sospetta frattura, se l'esito dell'RX risulta positivo, è previsto l'accesso diretto in sala gessi tramite Fast-Track e senza passaggio dal Pronto Soccorso. La prestazione verrà chiusa tramite raccordo tra PS e CdC. Se negativo, l'utente verrà reindirizzato alla CdC per la chiusura della prestazione);
 - alla diagnostica ecografica (con prescrizione di specialistica ambulatoriale e inserendo il codice esenzione specifico individuato per approfondimento diagnostico correlato ai bisogni inseriti in Tabella 1).
- può emettere una impegnativa per prestazioni afferenti al laboratorio analisi;
- può inviare l'utente presso gli Ambulatori di specialistica ospedalieri e territoriali della branca interessata (con prescrizione di specialistica ambulatoriale) anche utilizzando

percorsi di Fast-Track in base a procedure definite in ogni singola AST, per l'utente esente non è prevista la compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) per l'utente non esente è prevista la compartecipazione (ticket).

- Può inviare l'utente al Pronto Soccorso.

4. AFFERENZE DELLE AFT ALLE CDC ALLA DATA DEL PRESENTE ATTO:

AST Pesaro Urbino

- VALLEFOGLIA CdC HUB: AFT Vallefoglia (15 MMG) – AFT Pesaro 1 (22 MMG) - AFT Pesaro 2 (31 MMG) - AFT Pesaro 3 (22 MMG)
- CAGLI CdC HUB: AFT Cagli (13 MMG) – AFT Urbino (17 MMG)– AFT Macerata Feltria (8MM) - AFT Urbania (7 MMG)
- FOSSOMBRONE CdC HUB: AFT Fossombrone (21 MMG) – AFT Fano 1 (19 MMG)
- MONDOLFO CdC HUB: AFT Fano 2 (18 MMG) – AFT Mondavio (21 MMG)

AST Ancona

- OSTRAL CdC SPOKE: AFT Senigallia (32 MMG) - AFT Corinaldo (22 MMG)
- ARCEVIA CdC SPOKE: AFT Corinaldo (22 MMG) – AFT Senigallia (32 MMG)
- JESI CdC HUB: AFT Jesi (36 MMG) - AFT Aree Interne (11 MMG)
- CINGOLI CdC HUB: AFT Aree Interne (11 MMG) – AFT Jesi (36 MMG)
- CUPRAMONTANA CdC SPOKE: AFT Media Vallesina (18 MMG)
- FABRIANO CdC SPOKE: AFT Fabriano (21 MMG) – Sassoferrato (7 MMG)
- SASSOFERRATO CdC HUB: AFT Sassoferrato (7 MMG) – AFT Fabriano (21 MMG)
- ANCONA CdC HUB I.go Cappelli: AFT Ancona 1 (23 MMG) – AFT Ancona 2 (22 MMG) – AFT ANCONA 3 (23 MMG)
- CHIARAVALLE CdC HUB: AFT Chiaravalle (22 MMG) – AFT Falconara (20 MMG)
- LORETO CdC HUB: AFT Loreto (18 MMG) – AFT Osimo (31 MMG)

AST Macerata

- CIVITANOVA MARCHE CdC HUB: AFT Civitanova Marche (25 MMG)
- RECANATI CdC HUB: AFT Recanati (16 MMG) – AFT Porto Recanati (18 MMG)
- CORRIDONIA CdC HUB: AFT Corridonia (12 MMG) – AFT Monte San Giusto (13 MMG)
- MACERATA CdC HUB: AFT Macerata (27 MMG)
- TREIA CdC HUB: AFT Treia (13 MMG)
- CAMERINO CdC SPOKE: AFT Camerino (21 MMG) – AFT Sarnano (8 MMG) – AFT Tolentino (13 MMG)
- SAN SEVERINO CdC HUB: AFT San Severino (20 MMG)

AST Fermo

- PORTO SAN GIORGIO CdC HUB: AFT Porto San Giorgio (19 MMG)
- SANT'ELPIDIO A MARE CdC HUB: AFT S. Elpidio a Mare (16 MMG) – AFT Porto Sant'Elpidio (16 MMG)
- PETRITOLI CdC SPOKE: AFT Amandola-Valdaso (13 MMG) – AFT Fermo (21 MMG)
- MONTEGRANARO CdC HUB: AFT Montegiorgio/Montegranaro (19 MMG)

AST Ascoli Piceno

- SAN BENEDETTO DEL TRONTO CdC HUB: AFT San Benedetto del Tronto (25 MMG) – AFT Montepreandone (23 MMG)
- OFFIDA CdC HUB: AFT Vallata (19 MMG) – AFT Ripatransone (23 MMG)
- ASCOLI PICENO CdC HUB: AFT Ascoli 1 (22 MMG) – AFT Ascoli 2 (18 MMG) – AFT Comunanza (11 MMG)
- COMUNANZA CdC SPOKE: AFT Ascoli 1 (22 MMG) – AFT Ascoli 2 (18 MMG) – AFT Comunanza (11 MMG)
- ACQUASANTA CdC SPOKE: AFT Ascoli 1 (22 MMG) – AFT Ascoli 2 (18 MMG) – AFT Comunanza (11 MMG)

5. TABELLE AST: DEFINIZIONE DELLE CDC A SUPPORTO DEI PRONTO

SOCCORSO CON AMBULATORI PER I BISOGNI NON DIFFERIBILI

Nelle seguenti tabelle sono definite:

- 1- le CdC dove è previsto l'Ambulatorio per i bisogni non differibili a supporto dei Pronto Soccorso;
- 2- le CdC dove non è previsto l'Ambulatorio per i bisogni non differibili ma che garantiscono, tramite le AFT, il supporto alle CdC di cui al punto 1.

AST Pesaro Urbino

tabella 2

CdC con Ambulatorio per i Bisogni non Differibili a supporto dei Pronto Soccorso	AFT	Numero MMG presenti agosto 2026	Ospedale
Vallefoglia (in attesa di attivazione della CdC Galantara)	Vallefoglia	15	Pesaro
	Pesaro 1	22	
	Pesaro 2	31	
	Pesaro 3	22	
Cagli	Cagli	13	Urbino
	Macerata	8	
	Feltria		
	Urbino	17	
Fossombrone	Urbano	7	Fano
	Fossombrone	21	
	Fano 1	19	

CdC che garantiscono supporto alle CdC con Ambulatorio per i Bisogni non Differibili	AFT a supporto della CdC di Fossombrone	Numero MMG presenti agosto 2026	Ospedale
Mondolfo	Mondavio	21	Fano
	Fano 2	18	
Assetto da rivedere dopo attivazione CdC Galantara e attivazione Pronto Soccorso di Area Disagiata			

AST Ancona

tabella 3

CdC con Ambulatorio per i Bisogni non Differibili a supporto dei Pronto Soccorso	AFT	Numero MMG presenti agosto 2026	Ospedale
Senigallia	Corinaldo	22	Senigallia
	Senigallia	32	
Jesi	Jesi	36	Jesi
Fabriano	Fabriano	21	Fabriano
	Sassoferrato	7	
Ancona (l.go Cappelli)	Ancona 1	23	AOUM
	Ancona 2	22	
	Ancona 3	23	
CdC che garantiscono supporto alle CdC con Ambulatorio per i Bisogni non Differibili	AFT a supporto della CdC di Senigallia	Numero MMG presenti agosto 2026	Ospedale
Chiaravalle	Chiaravalle	22	Senigallia
CdC che garantiscono supporto alle CdC con Ambulatorio per i Bisogni non Differibili	AFT a supporto della CdC di Jesi	Numero MMG presenti agosto 2026	Ospedale
Chiaravalle	Falconara	20	Jesi

Cupramontana	Media Vallesina	18	
CdC che garantiscono supporto alle CdC con Ambulatorio per i Bisogni non Differibili	AFT a supporto della CdC di Fabriano	Numero MMG presenti agosto 2026	Ospedale
Jesi	Aree Interne	11	Fabriano
CdC che garantiscono supporto alle CdC con Ambulatorio per i Bisogni non Differibili	AFT a supporto della CdC di Ancona (l.go Cappelli)	Numero MMG presenti agosto 2026	Ospedale
Loreto	Loreto	18	AOUM
	Osimo	31	

AST Macerata

tabella 4

CdC con Ambulatorio per i Bisogni non Differibili a supporto dei Pronto Soccorso	AFT	Numero MMG presenti agosto 2026	Ospedale
Civitanova Marche	Civitanova Marche	25	Civitanova Marche
	Monte San Giusto	13	
Macerata	Macerata	27	Macerata
Camerino	Camerino	21	Camerino
	Sarnano (AFT del distretto di Macerata a supporto della CdC di Camerino)	8	
	Tolentino (AFT del distretto di Macerata a supporto della CdC di Camerino)	13	
CdC che garantiscono supporto alle CdC con Ambulatorio per	AFT a supporto della CdC di Civitanova Marche	Numero MMG presenti agosto 2026	Ospedale

i Bisogni non Differibili			
Recanati	Porto Recanati	18	Civitanova Marche
CdC che garantiscono supporto alle CdC con Ambulatorio per i Bisogni non Differibili	AFT a supporto della CdC di Macerata	Numero MMG presenti agosto 2026	Ospedale
Recanati	Recanati	16	Macerata
Treia	Treia	13	
Corridonia	Corridonia	12	
CdC che garantiscono supporto alle CdC con Ambulatorio per i Bisogni non Differibili	AFT a supporto della CdC di Camerino	Numero MMG presenti agosto 2026	Ospedale
San Severino Marche	San Severino	20	Camerino

AST Fermo

tabella 5

CdC con Ambulatorio per i Bisogni non Differibili a supporto dei Pronto Soccorso	AFT	Numero MMG presenti agosto 2026	Ospedale
Sant'Elpidio a Mare	Sant'Elpidio a Mare	16	Fermo
	Porto Sant'Elpidio	16	
CdC che garantiscono supporto alle CdC con Ambulatorio per i Bisogni non Differibili	AFT a supporto della CdC di Sant'Elpidio a Mare	Numero MMG presenti agosto 2026	Ospedale
Montegranaro	Montegiorgio/Monte granaro	19	Fermo
Porto San Giorgio	Porto San Giorgio	19	
Petritoli	Amandola-Val D'Aso	13	
	Fermo	21	
Assetto da rivedere dopo l'attivazione della Cdc di Fermo e l'attivazione del Pronto			

Soccorso di Area Disagiata

AST Ascoli Piceno

tabella 6

CdC con Ambulatorio per i Bisogni non Differibili a supporto dei Pronto Soccorso	AFT	Numero MMG presenti agosto 2026	Ospedale
San Benedetto del Tronto	San Benedetto del Tronto	25	San Benedetto del Tronto
	Monteprandone	23	
Ascoli Piceno	Ascoli 1	22	Ascoli Piceno
	Ascoli 2	18	
	Comunanza	11	
CdC che garantiscono supporto alle CdC con Ambulatorio per i Bisogni non Differibili	AFT a supporto della CdC di San Benedetto del Tronto	Numero MMG presenti agosto 2026	Ospedale
Offida	Ripatransone	23	San Benedetto del Tronto
CdC che garantiscono supporto alle CdC con Ambulatorio per i Bisogni non Differibili	AFT a supporto della CdC di Ascoli Piceno	Numero MMG presenti agosto 2026	Ospedale
Offida	Vallata	19	Ascoli Piceno

6. CDC PROGRAMMATE A LIVELLO REGIONALE (DGR 403/2025 e DGR 1281/2025)

Nella figura seguente, sono riportate le CdC programmate a livello regionale (DGR 403/2025 e DGR 1281/2025)

(le CdC non ancora attivate verranno realizzate progressivamente)



