

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Oggetto: Attuazione DGR 559/2023 - Assetto Regionale delle nuove forme organizzative delle Cure Primarie Pediatriche

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dalla Dirigente del Settore Territorio e Integrazione Sociosanitaria dell'Agenda 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, del Dirigente del Settore Territorio e Integrazione Sociosanitaria dell'Agenda Regionale Sanitaria e la dichiarazione dello stesso che l'atto non necessita dell'attestazione di copertura finanziaria;

VISTA la proposta del direttore del Direttore dell'Agenda Sanitaria Regionale;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

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

DELIBERA

- di approvare l'Assetto Regionale per le nuove forme organizzative di Cure Primarie Pediatriche, di cui all'Allegato A;
- di incaricare le Aziende Sanitarie Territoriali di recepire, con atti propri, quanto disposto nell'Allegato A entro 30 giorni dalla deliberazione del presente atto;
- di incaricare le Aziende Sanitarie Territoriali di definire il Regolamento per il funzionamento interno, entro 60 giorni dalla firma dell'Accordo Integrativo Regionale;
- di incaricare il Settore Territorio e Integrazione Sociosanitaria dell'Agenda Regionale Sanitaria di monitorare quanto previsto dalla presente deliberazione .

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Francesco Maria Nocelli

Documento informatico firmato digitalmente

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

Francesco Acquaroli

Documento informatico firmato digitalmente



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento

- **Legge n.833 del 23 dicembre 1978** “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale
- **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;
- **Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 72 del 31 marzo 2021;**
- **ACN del 10 febbraio 2022.** Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici Pediatri di Libera Scelta ai sensi dell’art. 8 del D.LGS. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni – TRIENNIO 2016-2018;
- **DECRETO MINISTERO SALUTE del 23 maggio 2022, n.77** Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale;
- **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;
- **ACN del 21 maggio 2024** Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici Pediatri di Libera Scelta ai sensi del del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni. Triennio 2019-2021;
- **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.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Motivazione

A partire dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici Pediatri di Libera Scelta (PLS) del 2022 nell'Art. 8 "Istituzione delle Forme Organizzative (AFT e UCCP)"

La legge Balduzzi 189/2012 nell'Art. 1 definisce il concetto di AFT. Le AFT vengono infatti definite come modalità operative che prevedono forme organizzative mono-professionali che condividono obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi. Viene inoltre sottolineato come siano le regioni a dover definire, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, obiettivi e programmi di attività delle forme aggregative, definendo i conseguenti livelli di spesa programmati, insieme a indicatori e percorsi applicativi. Le AFT possono essere costituite per ciascuna famiglia professionale (MMG, Pediatri di Libera Scelta (PLS) e specialisti ambulatoriali).

Il Patto per la Salute 2014/2016 recupera grande enfasi sulle AFT. Da un lato viene posta l'attenzione sull'interazione che deve esserci tra esse e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP): ogni AFT della medicina generale e della pediatria è funzionalmente collegata ad una UCCP al fine di promuovere un modello multi professionale ed interdisciplinare per l'erogazione delle cure primarie. Dall'altro lato, le AFT diventerebbero le "uniche forme di aggregazione dei MMG e dei PLS, sostituendo le diverse tipologie di forme associative della medicina generale e le altre tipologie di aggregazioni funzionali e/o strutturali realizzate nelle varie regioni" (Patto per la Salute 2014/2016).

L'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) siglato il 10 febbraio 2022 istituisce le nuove forme organizzative della specialistica ambulatoriale: Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP), rimandando al livello regionale la definizione di un documento di programmazione. L'ACN, inoltre, definisce puntualmente le caratteristiche organizzative delle AFT e delle UCCP, rimandando ad un regolamento aziendale il funzionamento delle AFT ed alla programmazione regionale la partecipazione degli specialisti alle UCCP.

Il Decreto del Ministero della Salute del 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", all'Allegato 1, al Cap. 4 distretto: funzioni e standard organizzativi, recita che "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".

Seguendo quindi le indicazioni dei suddetti ACN (2022 e 2024), della legge 189/2012 c.d. "Legge Balduzzi", del PSSR 2023-2025, del DM 77/2022 e della DGR 559/2023 e a completamento della DGR 403/2025, l'ARS ha coordinato le proposte programmatiche delle forme organizzative AFT dei PLS redatte dai Direttori dei 13 Distretti e dai Direttori Socio Sanitari delle Aziende Sanitarie Territoriali.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Nella formulazione di tali proposte, i Direttori di Distretto si sono confrontati con i PLS del proprio territorio di competenza e ne hanno individuato l'assetto organizzativo. Dalla ricognizione effettuata e dalla sua sintesi è derivata una proposta di riassetto delle forme organizzative delle Cure Primarie Pediatriche con la individuazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) come riportato nell'allegato A.

Il modello organizzativo regionale prevede una AFT per ognuno dei 13 distretti, collegata funzionalmente alle UCCP e alle Case di Comunità del distretto, identificate dalla DGR 403/2025.

La Giunta Regionale con DGR n.1121 del 21 luglio 2025 "Richiesta di parere alla Commissione assembleare competente sulla deliberazione concernente: «Attuazione DGR 559/2023 - Assetto Regionale delle nuove forme organizzative delle Cure Primarie Pediatriche» ha richiesto, ai sensi della legge 19, art. 20, comma 2, lettera d), il preventivo parere alla competente Commissione Consigliare sullo schema di Deliberazione.

La IV Commissione Consigliare si è espressa nella seduta numero 178 del 4 agosto 2025, con parere favorevole numero 254/2025.

Per le motivazioni sopra espresse, recepito il parere della IV Commissione, si propone alla Giunta Regionale l'adozione della presente deliberazione.

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 64/2014.

Il responsabile del procedimento

Maurizio Ercolani

Documento informatico firmato digitalmente

PARERE DEL DIRIGENTE DEL SETTORE TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

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 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 64/2014.

Il dirigente del Settore

Sonia Tonucci



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

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 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 64/2014.

Il direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria
Flavia Carle

Documento informatico firmato digitalmente

FIRMATARI

ALLEGATI PARTE INTEGRANTE DELL'ATTO



**Assetto Regionale per le nuove forme organizzative di Cure Primarie
Pediatriche**

Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei Pediatri di Libera Scelta (PLS)

INDICE

1. PREMESSA

2. CONTESTO SOCIODEMOGRAFICO

Stratificazione della popolazione

Contesto assistenziale

3. AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI

4. ARTICOLAZIONE TERRITORIALE E RELAZIONI TRA AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI, UNITÀ COMPLESSE DI CURE PRIMARIE E CASE DI COMUNITÀ

1. PREMESSA

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) rappresentano un modello organizzativo che non eroga direttamente assistenza sanitaria, ma che realizzano le condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei pediatri che ne fanno parte.

Le AFT, di cui all'articolo 1 del D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, nella L. 8 novembre 2012, n. 189, sono forme organizzative monoprofessionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) dei pediatri di libera scelta (PLS) e definito dalla Regione. Esse condividono in forma strutturata obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi. (art 28 c1 ACN 21/5/2024)

Il Patto per la Salute 2014/2016 recupera grande enfasi sulle AFT. Viene posta l'attenzione sull'interazione che deve esserci tra esse e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP): "ogni AFT della medicina generale e della pediatria è funzionalmente collegata ad una UCCP al fine di promuovere un modello multi professionale ed interdisciplinare per l'erogazione delle cure primarie". Inoltre, le AFT diventano le "uniche forme di aggregazione dei medici di medicina generale e dei PLS, sostituendo le diverse tipologie di forme associative della medicina generale e le altre tipologie di aggregazioni funzionali e/o strutturali realizzate nelle varie regioni" (Patto per la Salute 2014/2016).

L'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) 2016-2018, siglato il 10 febbraio 2022, istituisce le nuove forme organizzative dei PLS, Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP), rimandando al livello regionale la definizione di un documento di programmazione. L'ACN del 10 febbraio 2022, inoltre, definisce puntualmente le caratteristiche organizzative delle AFT dei PLS e del loro collegamento alle UCCP, rimandando alle Regioni la definizione degli atti di programmazione volti a istituire le forme organizzative (AFT – Aggregazione Funzionale Territoriale e UCCP – Unità Complessa di Cure Primarie) osservando i seguenti criteri generali:

a) istituzione delle AFT in tutto il territorio regionale;

b) istituzione delle UCCP come forme organizzative multi professionali del Distretto tenendo conto delle caratteristiche territoriali e demografiche, salvaguardando il principio dell'equità di accesso alle cure;

c) realizzazione del collegamento funzionale tra AFT e UCCP, anche tramite idonei sistemi informatici senza oneri a carico dei pediatri di libera scelta. (art 8 c2 ACN 21/5/2024)

Il DM 77/2022, all'Allegato 1, Cap. 4 Distretto: Funzioni e Standard Organizzativi, recita che "tutte le aggregazioni medici di medicina generale e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure essendo a queste collegate funzionalmente".

La Regione Marche con la DGR 559/2023 ha recepito le indicazioni del DM 77/2022. L'ACN 2019-2021, firmato il 21 maggio 2024, ha confermato quanto disposto dall' ACN 2016-2018.

Seguendo quindi le indicazioni dei suddetti ACN (2022 e 2024) e della legge 189/2012, l'ARS ha coordinato le proposte programmatiche delle forme organizzative delle AFT dei PLS redatte dai Direttori dei 13 Distretti e dai Direttori Socio Sanitari delle Aziende Sanitarie Territoriali. .

Nella formulazione di tali proposte, i Direttori di Distretto si sono confrontati con i pediatri di libera scelta del proprio territorio di competenza e ne hanno previsto l'assetto organizzativo. Dalla ricognizione effettuata e dalla sua sintesi è derivata una proposta condivisa con le rappresentanze dei PLS.

2. CONTESTO SOCIO DEMOGRAFICO REGIONE MARCHE

Nelle Marche, al 1° gennaio 2024, si contano 214.127 minorenni (0-17 anni, Fonte ISTAT), pari al 14,4% della popolazione regionale, una quota inferiore di 0,7 punti percentuali alla media nazionale del 15,1%. Tra le province marchigiane, Pesaro-Urbino, Ancona e Macerata registrano la quota più alta di minori, pari al 15% della popolazione provinciale, mentre Ascoli Piceno e Fermo si attestano al 14%.

I residenti minori di origine straniera nel 2024 nelle Marche sono 23.180, pari all'10,8% del totale dei minorenni; la distribuzione degli stranieri evidenzia una variabilità tra le province marchigiane, con Fermo che registra la quota più alta di minori in riferimento alla popolazione provinciale minorenni (13,2%) e Ascoli Piceno quella più bassa (8,4%) (Tabella 1).

Tabella 1. Prevalenza dei minori sulla popolazione generale e prevalenza dei minori stranieri sulla popolazione minorile al 01.01.2024, Marche e province.

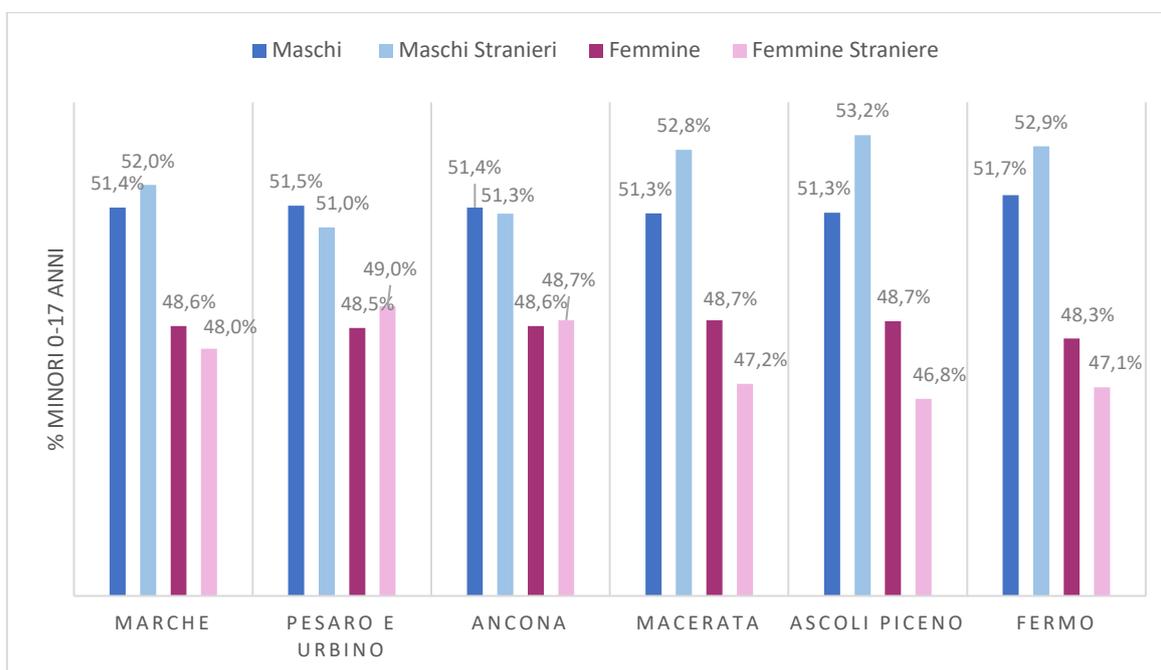
Popolazione	MARCHE	Pesaro-Urbino	Ancona	Macerata	Fermo	Ascoli Piceno
Tutte le età	1.482.746	349.882	461.629	302.993	167.345	200.897
0-17 anni	214.127 (14,4%)	51.457 (14,7%)	67.000 (14,5%)	44.397 (14,7%)	23.522 (14,1%)	27.751 (13,8%)
0-17 anni Stranieri	23.180 (10,8%)	4.794 (9,3%)	7.681 (11,5%)	5.257 (11,8%)	3.108 (13,2%)	2.340 (8,4%)

In termini assoluti, la provincia di Ancona concentra la percentuale più alta di minori stranieri, rappresentando il 33,1% del totale dei minori in regione (n. 7.681), seguita da Macerata (22,7%; n. 5.257), Pesaro-Urbino (20,7%; n. 4.794), Fermo (13,4%; n. 3.108) e, in ultimo, Ascoli Piceno (10,1%; n. 2.340).

La popolazione minorile residente nelle Marche presenta una prevalenza del sesso maschile, pari al 51%, con una distribuzione sostanzialmente omogenea tra le diverse province. Tale tendenza si conferma anche tra i minori di cittadinanza straniera, per i quali la percentuale di maschi raggiunge il 52%. Si rileva, tuttavia, una lieve variabilità territoriale: nelle province settentrionali delle Marche la quota maschile si attesta al 51% contro il 49% delle

femmine, mentre nelle province meridionali la presenza maschile risulta leggermente superiore, con il 53% rispetto al 47% delle femmine (Figura 1).

Figura 1. Prevalenza dei maschi e delle femmine nella fascia di età 0-17 anni al 01.01.2024, Marche e province.



I minori di età compresa tra 0 e 14 anni costituiscono l'80% della popolazione minorile totale, con una distribuzione tra le fasce d'età 0-14 e 15-17 anni che risulta sostanzialmente omogenea nelle diverse province, come riportato nella Tabella 2. Tra i minori stranieri, la percentuale di coloro che rientrano nella fascia 0-14 anni sale all'84%, con una quota leggermente superiore (di un punto percentuale) nelle province di Pesaro-Urbino, Ancona e Macerata (Tabella 3).

Tabella 2. Popolazione residente 0-14 anni e 15-17 anni al 01.01.2024, per le Marche e per province.

Popolazione	MARCHE	Pesaro-Urbino	Ancona	Macerata	Fermo	Ascoli Piceno
Età 0-17 anni	214.127 (100,0%)	51.457 (100,0%)	67.000 (100,0%)	44.397 (100,0%)	23.522 (100,0%)	27.751 (100,0%)
Età 0-14	171.740 (80,2%)	41.180 (80,0%)	53.517 (79,9%)	35.846 (80,7%)	18.904 (80,4%)	22.293 (80,3%)
Età 15-17	42.387 (19,8%)	10.277 (20,0%)	13.483 (20,1%)	8.551 (19,3%)	4.618 (19,6%)	5.458 (19,7%)

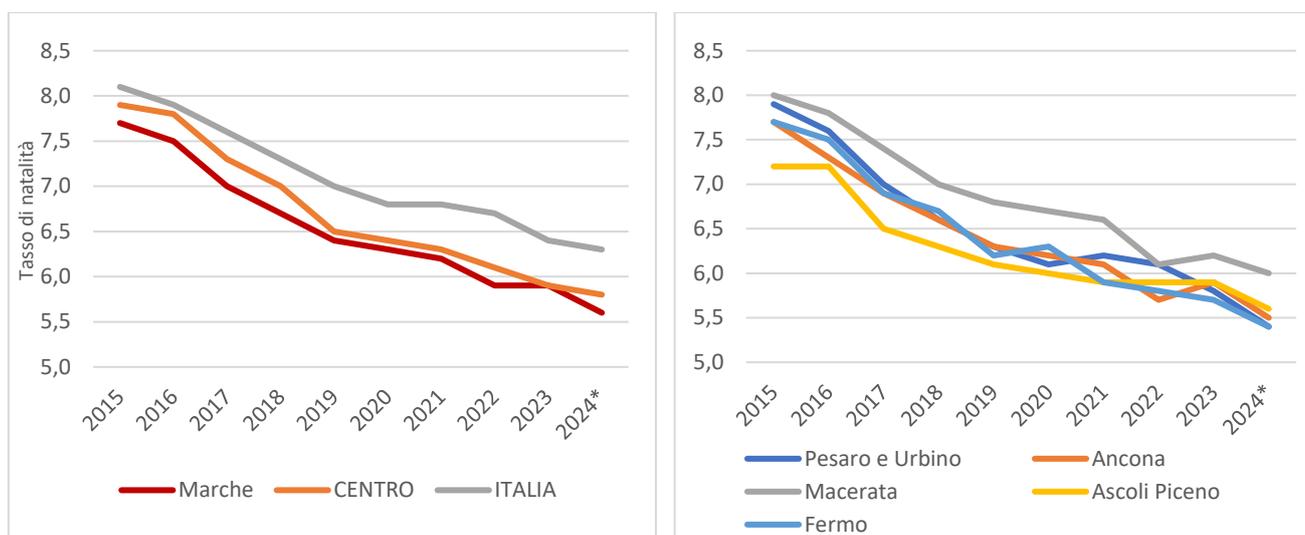
Tabella 3. Popolazione residente straniera 0-14 anni e 15-17 anni al 01.01.2024, per le Marche e per province.

Popolazione	MARCHE	Pesaro-Urbino	Ancona	Macerata	Fermo	Ascoli Piceno
Età 0-17 anni	23.180 (100,0%)	4.794 (100,0%)	7.681 (100,0%)	5.257 (100,0%)	3.108 (100,0%)	2.340 (100,0%)
Età 0-14	19.369 (83,6%)	4.044 (84,4%)	6.410 (83,5%)	4.400 (83,7%)	2.579 (83,0%)	1.936 (82,7%)
Età 15-17	3.811 (16,4%)	750 (15,6%)	1.271 (16,5%)	857 (16,3%)	529 (17,0%)	404 (17,3%)

Nel 2024, il tasso di natalità nella regione si attesta a 5,6 nati vivi ogni 1.000 residenti, valore inferiore rispetto alla media nazionale di 6,3 e a quella dell'Italia centrale pari a 5,8 (Figura 2). A livello provinciale, Macerata registra il tasso di natalità più elevato con 6 nati vivi ogni 1.000 residenti, mentre le altre province si collocano in un intervallo compreso tra 5,4 e 5,6 nati vivi per 1.000 abitanti. Rispetto all'anno precedente, il 2023, tutte le province hanno registrato una riduzione del tasso di natalità. Tale diminuzione conferma il trend temporale demografico regionale, che evidenzia una continua contrazione della natalità, in linea con l'andamento nazionale caratterizzato da un progressivo calo delle nascite (Figura 2) e da livelli di fecondità ai minimi storici. Per il 2024, la fecondità stimata è

di 1,18 figli per donna in Italia, 1,11 nelle Marche e 1,12 nel Centro Italia, valori che contribuiscono direttamente al calo della popolazione minorile.

Figura 2. Tasso di natalità per 1.000 residenti, Marche, Italia, centro Italia e Province.



*Dati provvisori. ISTAT.

Nelle Marche, la speranza di vita alla nascita nel 2024 è stimata in 82,2 anni per gli uomini e 86,2 anni per le donne, valori superiori rispetto alla media nazionale (81,4 anni per gli uomini e 85,5 per le donne) e a quella dell'Italia centrale (81,8 anni per gli uomini e 85,7 per le donne). Differenze territoriali seppur contenute si registrano tra le province marchigiane; in particolare le province di Ancona e Pesaro-Urbino registrano una speranza di vita alla nascita superiore di circa 0,5 anni rispetto a Macerata, Fermo e Ascoli Piceno, sia per gli uomini che per le donne (Tabella 4).

Tabella 4. Speranza di vita alla nascita. Stima 2024.

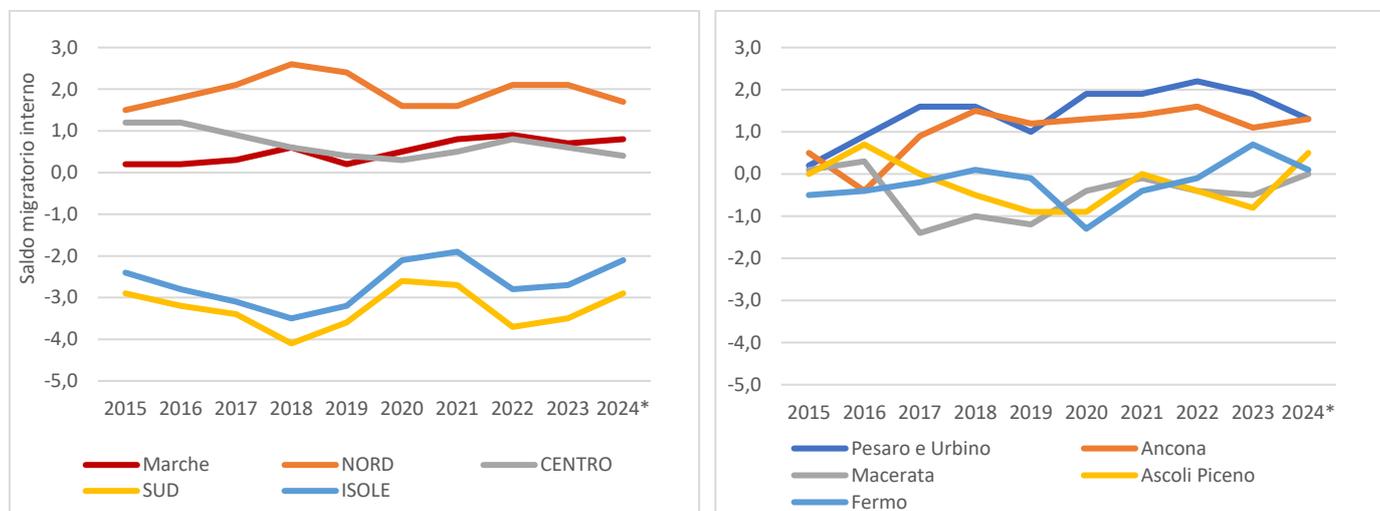
Territorio	Uomini	Donne
Marche	82,2	86,2
CENTRO	81,8	85,7
ITALIA	81,4	85,5
Pesaro e Urbino	82,6	86,3
Ancona	82,6	86,5
Macerata	82,0	86,1
Ascoli Piceno	82,2	86,0
Fermo	82,0	86,1

Nel 2024, l'età media dei marchigiani si attesta a 47,7 anni, superiore alla media nazionale (46,6) e a quella del Centro Italia (47,2). Il processo di invecchiamento della popolazione, unito a una natalità in costante calo, ha determinato un saldo naturale negativo marcato nelle Marche. Nel 2023 (ultimo dato disponibile), infatti, il numero di decessi (17.736) ha superato quello delle nascite (8.798) di circa 8.939 unità, evidenziando un forte decremento naturale della popolazione residente.

Il saldo migratorio, definito come la differenza tra il numero di persone che si trasferiscono in un determinato territorio e il numero di coloro che lo abbandonano, è un ulteriore indicatore che consente di valutare la dinamica demografica regionale. Il saldo migratorio interno (iscritti per trasferimento di residenza da altro comune meno cancellati) delle Marche segue il trend nazionale, che evidenzia un gradiente geografico da nord a sud (Figura 3). Dal 2020, la regione presenta valori leggermente superiori alla media dell'Italia centrale. All'interno delle Marche, si osserva un analogo gradiente tra le province: quelle più settentrionali, come Ancona e Pesaro-Urbino, registrano un saldo migratorio interno tendenzialmente positivo e superiore rispetto a Macerata, Fermo e Ascoli Piceno. Nel dettaglio, nel 2023 (dato consolidato) Pesaro-Urbino ha registrato il saldo migratorio interno più elevato (+1,9 per mille abitanti), seguita da Ancona (+1,1 per mille) e Fermo (+0,7 per mille). Al contrario, Macerata e Ascoli Piceno hanno evidenziato una lieve flessione negativa, rispettivamente di -0,5 e -0,8 per mille abitanti. Parallelamente, il saldo migratorio con l'estero è positivo in tutte le province, con Ancona che registra il valore più alto (+5,9 per mille abitanti) e Ascoli Piceno il più basso (+4,8 per mille). Questi flussi migratori hanno contribuito a mitigare il saldo

naturale negativo della regione; in particolare, la presenza di un saldo migratorio con l'estero positivo, insieme a un saldo migratorio interno moderatamente positivo, contrasta in parte il declino demografico dovuto alla bassa natalità e all'invecchiamento della popolazione.

Figura 3. Saldo migratorio interno: Marche, nord, centro, sud, isole e province marchigiane.



*Dati provvisori. ISTAT.

Ricoveri ospedalieri in età pediatrica

Nel periodo 2016-2024, sono stati dimessi complessivamente 218.004 pazienti residenti nelle Marche di età inferiore ai 18 anni da tutte le strutture di ricovero (Tabella 5). Il tasso di ospedalizzazione, considerando sia la degenza ordinaria sia il day-hospital, si è attestato a 10,6 ogni 100 bambini per anno. Analizzando i dati a livello provinciale, si osserva che il tasso più elevato si registra ad Ascoli Piceno, con 11,8 ricoveri ogni 100 bambini per anno, mentre il valore più basso si rileva nella provincia di Pesaro-Urbino, pari a 9,8 ogni 100 bambini per anno. Le province di Ancona, Macerata e Fermo presentano tassi compresi tra 10,5 e 10,8 ogni 100 bambini per anno.

Considerando la diagnosi principale di dimissione codificata secondo la classificazione ICD-IX CM, i codici di tipo V (ricoveri per motivi diversi da una malattia, come accertamenti diagnostici, incidenti, traumi, avvelenamenti, cure palliative, disturbi dell'adattamento) rappresentano il 36,4% del totale delle dimissioni registrate nel periodo 2016-2024 tra i residenti nelle Marche dimessi da tutte le strutture ospedaliere. Seguono le malattie dell'apparato respiratorio, che costituiscono il 7,3% delle dimissioni, alcune condizioni morbose di origine perinatale con il 6,5%, e i sintomi, segni e stati morbosi maldefiniti, insieme alle malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e ai disturbi immunitari, ciascuno con una incidenza del 6,3% (Tabella 6).

Tabella 5. Numero di dimissioni ospedaliere dei minori residenti nelle Marche e tasso di ospedalizzazione x 100 minori, Marche e provincia di residenza, 2016-2024.

Anno Dimissione	MARCHE	Pesaro-Urbino	Ancona	Macerata	Fermo	Ascoli Piceno
2016	29.496	6.742	9.195	6.033	3.276	4.250
2017	28.554	6.624	9.022	5.839	3.088	3.981
2018	27.783	6.222	8.910	5.672	2.935	4.044
2019	26.889	6.055	8.525	5.577	2.941	3.791
2020	20.174	4.458	6.269	4.298	2.276	2.873
2021	21.270	4.773	6.719	4.493	2.280	3.005
2022	21.699	4.869	6.724	4.455	2.396	3.255
2023	22.794	5.119	7.356	4.596	2.394	3.329

2024	19.345	3.776	6.389	4.085	2.210	2.885
Totale Ospedalizzazioni (%)	218.004 (100,0%)	48.638 (22,3%)	69.109 (31,7%)	45.048 (20,7%)	23.796 (10,9%)	31.413 (14,4%)
Tasso di ospedalizzazione x 100 minori	10,6	9,8	10,8	10,6	10,5	11,8

Tabella 6. Numero di dimissioni ospedaliere dei minori residenti nelle Marche per codice di diagnosi principale della SDO in ICD-IX, 2016-2024.

Descrizione ICD-IX Diagnosi Principale di dimissione	MARCHE	Pesaro-Urbino	Ancona	Macerata	Fermo	Ascoli Piceno
Codici V	79.405 (36,4%)	19.220	24.669	16.659	8.757	10.100
Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	16.020 (7,3%)	3.455	5.327	3.158	1.398	2.682
Alcune condizioni morbose di origine perinatale (760-779)	14.069 (6,5%)	2.715	3.603	3.774	1.695	2.282
Sintomi, segni, e stati morbosi maldefiniti (780-799)	13.784 (6,3%)	2.452	3.933	2.890	1.975	2.534
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo, e disturbi immunitari (240-279)	13.675 (6,3%)	2.479	3.876	2.926	1.918	2.476
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)	11.374 (5,2%)	2.398	3.978	2.336	1.130	1.532
Traumatismi e avvelenamenti (800-999)	11.076 (5,1%)	2.580	3.586	2.056	1.190	1.664
Malattie dell'apparato digerente (520-579)	10.861 (5%)	2.784	3.561	2.259	961	1.296
Malformazioni congenite (740-759)	9.850 (4,5%)	2.217	2.904	2.121	1.167	1.441
Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)	7.882 (3,6%)	1.860	2.407	1.543	886	1.186
Malattie infettive e parassitarie (001-139)	5.824 (2,7%)	782	2.920	915	493	714
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)	5.452 (2,5%)	1.510	1.794	1.013	490	645
Disturbi mentali (290-319)	5.199 (2,4%)	1.200	1.994	840	399	766
Tumori (140-239)	4.144 (1,9%)	961	1.372	755	433	623
Malattie del sistema circolatorio (390-459)	3.178 (1,5%)	682	1.016	602	355	523
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (680-709)	2.875 (1,3%)	704	1.024	606	237	304
Malattie del sangue e organi emopoietici (280-289)	2.849 (1,3%)	525	948	511	273	592
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-679)	487 (0,2%)	114	197	84	39	53

3. AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI

Come anche riportato nell'ACN (art 8 e art. 28 ACN 21/5/2024), la AFT dei PLS rappresenta un modello organizzativo che non eroga direttamente assistenza sanitaria, ma realizza le condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei pediatri che ne fanno parte.

La AFT garantisce l'assistenza pediatrica, come previsto al successivo comma 6, su un ambito territoriale, riferito alla popolazione 0-14 anni, estendibile a 16 anni in base alla normativa vigente, definito dall'Azienda per ogni Distretto in ragione del numero di pediatri di libera scelta e delle caratteristiche orografiche e di offerta assistenziale sul territorio.

La AFT è priva di personalità giuridica. I pediatri partecipanti possono essere supportati sia per l'acquisizione che per la gestione dei relativi fattori produttivi da società di servizi, anche cooperative. In ogni caso dette società di servizi non possono fornire prestazioni mediche.

Le funzioni essenziali della AFT definite nell'ACN, sono le seguenti:

- a) assicurare l'erogazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA) a tutti gli assistiti dei pediatri che afferiscono alla AFT;
- b) garantire nel territorio del Distretto l'assistenza pediatrica dal lunedì al venerdì nella fascia oraria 8-20. La Regione determina le modalità per garantire il servizio tramite il coordinamento dell'apertura degli studi, ivi compresa la consulenza telefonica dei pediatri limitatamente ad alcune ore della giornata;
- c) promuovere attività di sostegno alla genitorialità, prevenzione, diagnosi precoce e percorsi di gestione delle patologie croniche, anche coordinandosi con le AFT della medicina generale;
- d) sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso la popolazione assistita;
- e) garantire la continuità dell'assistenza anche mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata ed il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e del fascicolo sanitario elettronico (FSE);
- f) concorrere alla realizzazione degli obiettivi previsti dalla programmazione regionale ed aziendale;
- g) promuovere la condivisione fra i pediatri di libera scelta di percorsi assistenziali, anche in coordinamento con le strutture sanitarie del Servizio Sanitario Regionale, con le UCCP e con le AFT della medicina generale e della specialistica ambulatoriale, per la gestione delle patologie acute e croniche. A tal fine possono essere previste AFT con una sede di riferimento.

I PLS, oltre ad esercitare l'attività convenzionale nei confronti dei propri assistiti, contribuiscono alla promozione della medicina d'iniziativa, ed in particolare operano per:

- a) garantire una effettiva presa in carico degli assistiti a partire, in particolare, da quelli con patologia cronica di cui all'articolo 4, comma 1, lettera a) dell'ACN, e bisogni assistenziali complessi. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di assistiti i PLS attivano l'integrazione con gli altri servizi sanitari di secondo e terzo livello, prevedendo il diritto all'accesso in ospedale dei pediatri di libera scelta;
- b) contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare in raccordo con il Distretto e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza.

3.1. ASSETTO ORGANIZZATIVO DELLE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT)

Con l'istituzione della AFT è garantita la diffusione capillare degli studi dei pediatri di libera scelta nell'ambito dei modelli organizzativi regionali.

La AFT realizza le proprie funzioni secondo il modello organizzativo regionale, che prevede una AFT per ognuno dei 13 distretti, collegata funzionalmente alle UCCP e alle Case di Comunità del distretto, identificate dalla DGR 403/2025.

I PLS di ciascuna AFT sono tenuti a collaborare tra loro e con le altre AFT per la gestione sanitaria e socio-sanitaria dell'intero bacino di utenza e per il raggiungimento degli obiettivi dei singoli PLS e di quelli dell'intera AFT.

I PLS si raccordano tramite il coordinamento della AFT alle attività delle UCCP del distretto di competenza della AFT nel rispetto della programmazione regionale in tema di percorsi di assistenza specifica per l'età pediatrica,

integrandosi con il team multiprofessionale delle UCCP per la gestione dei casi complessi e per specifici programmi di attività.

Le sedi di riferimento delle AFT devono possedere al momento della loro individuazione i requisiti richiesti dal DM 77/2022 per le Case di Comunità SPOKE, così come definiti dalla DGR 403/2025; le sedi vengono identificate dall'AST in seno al Comitato Aziendale entro 30 giorni dalla firma dell'Accordo Integrativo Regionale, di norma presso le Case di comunità del distretto di competenza dell'AFT.

Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento, di cui all'articolo 28, comma 11 ACN 2024, definito dal Comitato aziendale dell'AST nel cui territorio opera l'AFT, entro 60 giorni dalla firma dell'Accordo Integrativo Regionale.

Le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance delle AFT sono parte integrante del programma delle attività territoriali di cui all'articolo 3-quater, comma 3 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502.

3.2 IL REFERENTE DELL'AFT: MODALITÀ DI NOMINA E COMPITI (ART 29 ACN 21/5/2024)

I PLS di ciascuna AFT individuano al loro interno un referente ed il suo sostituto. Il referente della AFT del Distretto è componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD).

I referenti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per la durata prevista e mantenendo invariato l'incarico convenzionale in essere. L'Accordo Integrativo Regionale disciplina la durata del mandato e le modalità di svolgimento. Tale funzione non incide sull'incarico convenzionale in essere.

Il Direttore Generale dell'Azienda ratifica la designazione e valuta annualmente il referente di AFT in relazione ai compiti di cui al presente articolo.

Il referente promuove il coordinamento delle attività dei pediatri al fine di garantire, nell'ambito delle attività distrettuali, la continuità dell'assistenza, che si realizza per tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso l'integrazione con i medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria.

Il referente favorisce, per la parte che riguarda la AFT, l'integrazione dei percorsi assistenziali volti a garantire continuità dell'assistenza con gli altri servizi aziendali, incluso il raccordo funzionale con la UCCP. Il referente collabora con l'Azienda, in particolare con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), per risolvere disservizi a seguito di segnalazioni.

Il referente predispone annualmente la relazione dell'attività svolta dalla AFT per il raggiungimento degli obiettivi di cui all'articolo 28, comma 10 dell'ACN 21/5/2024.

Al referente è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. L'Accordo Integrativo Regionale definisce l'entità della remunerazione destinata alla funzione di "referente", il cui onere è finanziato con le modalità previste dall'art 44 dell'ACN 21/5/2024.

4. ARTICOLAZIONE TERRITORIALE E RELAZIONI TRA AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI, UNITÀ COMPLESSE DI CURE PRIMARIE E CASE DI COMUNITÀ

La distribuzione delle forme di assistenza sul territorio, le relazioni tra le diverse strutture/forme, unitamente alle sedi fisiche e all’assetto organizzativo, sono stati definiti alla luce del DM 77/2022, dell’accordo ACN 21/5/2024 e di concerto tra i Direttori dei Distretti , Socio-sanitari e le rappresentanze dei PLS.

Nelle tabelle seguenti sono riportati per ogni AST il numero di AFT, di UCCP, dei PLS, degli Assistiti e delle Case di Comunità HUB e SPOKE previste, distinguendo tra quelle finanziate da Fondi diversi da quelli del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (CdC no PNRR) e quelle finanziate dal PNRR (CdC PNRR), in coerenza con la DGR 403/2025.

Tabella 7. Distribuzione delle AFT, delle UCCP, dei PLS, degli assistiti e delle Case di Comunità per Azienda Sanitaria Territoriale. Dati aggiornati a dicembre 2024. **Distretto Pesaro, AST PESARO URBINO**

Comuni	AFT	UCCP	Casa della Comunità NO PNRR	Case della Comunità previste dal PNRR
PESARO	AFT PESARO n. 12 PLS n.12.456 assistiti	UCCP PESARO 1 via XI febbraio, 36 sarà trasferita presso ex ospedale San Salvatore	HUB MONTECCHIO (COMUNE DI VALLEFOGLIA)	HUB PESARO - Galantara strada per Novilara, 8
MOMBAROCCIO				
GABICCE MARE				
GRADARA				
VALLEFOGLIA				
TAVULLIA				
MONTELABBATE				
		UCCP PESARO 2 via Rampi - Vallefoglia	HUB PESARO via XI febbraio a tendere trasferimento presso ex ospedale San Salvatore	

Tabella 8. Distribuzione delle AFT, delle UCCP, dei PLS, degli assistiti e delle Case di Comunità per Azienda Sanitaria Territoriale. Dati aggiornati a dicembre 2024. **Distretto Urbino, AST PESARO URBINO**

Comuni	AFT	UCCP	Casa della Comunità NO PNRR	Case della Comunità previste dal PNRR
URBINO	AFT URBINO n.7 PLS n.5.880 assistiti	UCCP URBINO 1 via Gramsci, 29	HUB URBINO via Gramsci, 29	HUB CAGLI via Meucci
PETRIANO				
MONTECALVO IN FOGLIA				
FERMIGNANO				
CAGLI		UCCP URBINO 2 Cagli via Atanagi in prospettiva via Meucci		
CANTIANO				
ACQUALAGNA				
PIOBBICO				
APECCHIO				
FRONTONE				
SERRA SANT'ABBONDIO				
MACERATA FELTRIA		UCCP URBINO 3 Macerata Feltria via Pensierini, 9		
SASSOCORVARO AUDITORE				
CARPEGNA				
MONTECERIGNONE				
MONTEGRIMANO				
MERCATINO CONCA				
TAVOLETO				
LUNANO				
BELFORTE ALL'ISAURO				
PIANDIMELETO				
FRONTINO				
PIETRARUBBIA		UCCP URBINO 4 Urbania via Roma, 54		
URBANIA				
PEGLIO				
SANT'ANGELO IN VADO				
MERCATELLO SUL METAURO				
BORGO PACE				

Tabella 9. Distribuzione delle AFT, delle UCCP, dei PLS, degli assistiti e delle Case di Comunità per Azienda Sanitaria Territoriale. Dati aggiornati a dicembre 2024. **Distretto Fano, AST PESARO URBINO**

Comuni	AFT	UCCP	Casa della Comunità NO PNRR	Case della Comunità previste dal PNRR
FANO	AFT FANO n.12 PLS n.15.202 assistiti	UCCP Mondolfo piazza Bartolini, 6	HUB MONDAVIO corso Roma	HUB MONDOLFO piazza Bartolini, 6 HUB FOSSOMBRONE via Fratelli Kennedy, 27
MONDOLFO				
FOSSOMBRONE				
MONTEFELCINO				
ISOLA DEL PIANO				
SANT'IPPOLITO				
CARTOCETO				
COLLI AL METAURO				
MONDAVIO				
FRATTE ROSA				
TERRE ROVERESCHE				
PERGOLA				
SAN LORENZO IN CAMPO				
MONTEPORZIO				
SAN COSTANZO				
		UCCP Fossombrone via Kennedy ,27		
		UCCP Mondavio Corso Roma		

Tabella 10. Distribuzione delle AFT, delle UCCP, dei PLS, degli assistiti e delle Case di Comunità per Azienda Sanitaria Territoriale. Dati aggiornati a dicembre 2024. **Distretto Senigallia , AST ANCONA**

Comuni	AFT	UCCP	Casa della Comunità NO PNRR	Case della Comunità previste dal PNRR
SENIGALLIA	AFT SENIGALLIA n.7 PLS n. 5822 assistiti	UCCP Senigallia via Campo Boario	HUB SENIGALLIA via Campo Boario, 4	HUB CORINALDO viale degli Eroi
CORINALDO				
CASTELLEONE DI SUASA				
BARBARA				
OSTRA VETERE				
TRECASTELLI				
OSTRA				
ARCEVIA				
SERRA DE'CONTI				

Tabella 11. Distribuzione delle AFT, delle UCCP, dei PLS, degli assistiti e delle Case di Comunità per Azienda Sanitaria Territoriale. Dati aggiornati a dicembre 2024. **Distretto Jesi, AST ANCONA**

Comuni	AFT	UCCP	Casa della Comunità NO PNRR	Case della Comunità previste dal PNRR
JESI	AFT JESI n.13 PLS n.10.777 assistiti	UCCP Jesi via Aldo Moro		HUB JESI via Aldo Moro, snc HUB CINGOLI viale della Carità, 11 SPOKE FILOTTRANO via Don Minzoni, 16
MONSANO				
MORRO D'ALBA				
SAN MARCELLO				
BELVEDERE OSTRENSE				
CUPRAMONTANA				
CASTELBELLINO		UCCP Cupramontana via M. Ferranti, 51		
CASTELPLANIO				
MAIOLATI SPONTINI				
MERGO				
MONTECAROTTO				
MONTEROBERTO				
POGGIO S.MARCELLO		UCCP Cingoli viale della Carità, 11		
ROSORA				
SAN PAOLO				
STAFFOLO				
CINGOLI				
APIRO				
FILOTTRANO				
POGGIO S.VICINO				
SANTA MARIA NUOVA				

Tabella 12. Distribuzione delle AFT, delle UCCP, dei PLS, degli assistiti e delle Case di Comunità per Azienda Sanitaria Territoriale. Dati aggiornati a dicembre 2024. **Distretto Fabriano, AST ANCONA**

Comuni	AFT	UCCP	Casa della Comunità NO PNRR	Case della Comunità previste dal PNRR
FABRIANO	AFT FABRIANO n.4 PLS n.3.631 assistiti	UCCP Fabriano piazzale G.B. Miliani, 2 a tendere via Marconi, 9	HUB SASSOFERRATO via Marconi, 1	SPOKE FABRIANO via Marconi, 9
SASSOFERRATO		UCCP Sassoferrato via Marconi, 1		
CERRETO D'ESI				
GENGA				
SERRA SAN QUIRICO				

Tabella 13. Distribuzione delle AFT, delle UCCP, dei PLS, degli assistiti e delle Case di Comunità per Azienda Sanitaria Territoriale. Dati aggiornati a dicembre 2024. **Distretto Ancona, AST ANCONA**

Comuni	AFT	UCCP	Casa della Comunità NO PNRR	Case della Comunità previste dal PNRR
CHIARAVALLE	AFT ANCONA n.24 PLS n.23.267 assistiti	UCCP Chiaravalle via Rosselli, 175	HUB OSIMO via D'Ancona, 43	HUB CHIARAVALLE via Rosselli, 176 HUB ANCONA largo Cappelli, 1 HUB ANCONA via Colombo, 106 HUB LORETO Via S. Francesco D'Assisi, 2
MONTEMARCIANO				
MONTE SAN VITO				
FALCONARA		UCCP Falconara via Rosselli, 11		
CAMERATA PICENA				
AGUGLIANO				
POLVERIGI				
ANCONA		UCCP Ancona Umberto I largo Cappelli, 1		
ANCONA		UCCP Ancona CRASS via Colombo, 106		
OSIMO		UCCP Osimo via D'Ancona, 43		
OFFAGNA				
CASTELFIDARDO		UCCP Loreto via S.Francesco D'Assisi, 2		
LORETO				
CAMERANO				
NUMANA				
SIROLO				

Tabella 14. Distribuzione delle AFT, delle UCCP, dei PLS, degli assistiti e delle Case di Comunità per Azienda Sanitaria Territoriale. Dati aggiornati a dicembre 2024. **Distretto Civitanova Marche, AST MACERATA**

Comuni	AFT	UCCP	Casa della Comunità NO PNRR	Case della Comunità previste dal PNRR
CIVITANOVA MARCHE	AFT CIVITANOVA MARCHE n.13 PLS n.11.966 assistiti	UCCP Civitanova Marche via Abruzzo		HUB CIVITANOVA MARCHE via Abruzzo HUB RECANATI piazzale A. da Recanati, 1
PORTO RECANATI		UCCP Potenza Picena via delle Fonti		
POTENZA PICENA		UCCP Morrovalle via Tiziano, 1 - Trodica		
MONTE SAN GIUSTO				
MONTECOSARO		UCCP Recanati piazzale A. da Recanati		
MORROVALLE				
RECANATI				
MONTEFANO				
MONTELUPONE				

Tabella 15. Distribuzione delle AFT, delle UCCP, dei PLS, degli assistiti e delle Case di Comunità per Azienda Sanitaria Territoriale. Dati aggiornati a dicembre 2024. **Distretto Macerata, AST MACERATA**

Comuni	AFT	UCCP	Casa della Comunità NO PNRR	Case della Comunità previste dal PNRR
CORRIDONIA	AFT MACERATA n.11 PLS n.11.116 assistiti	UCCP Corridonia viale Italia, 14		HUB CORRIDONIA viale Italia, 14 HUB MACERATA largo belvedere Sanzio HUB TREIA via Leopardi, 2
URBISAGLIA				
PETRIOLO				
MOGLIANO		UCCP Macerata largo belvedere Sanzio		
MACERATA				
TREIA		UCCP Treia via Leopardi, 2		
APPIGNANO				
MONTECASSIANO				
POLLENZA		UCCP Sarnano viale della Rimembranza		
SARNANO				
SANT'ANGELO IN PONTANO				
PENNA SAN GIOVANNI				
SAN GINESIO				
RIPE SAN GINESIO				
GUALDO				
MONTE SAN MARTINO				
TOLENTINO				
LORO PICENO				
BELFORTE DEL CHIANTI				
CALDAROLA				
CESSAPALOMBO				
SERRAPETRONA				
COLMURANO				
CAMPOROTONDO DI FIASTRONE				

Tabella 16. Distribuzione delle AFT, delle UCCP, dei PLS, degli assistiti e delle Case di Comunità per Azienda Sanitaria Territoriale. Dati aggiornati a dicembre 2024. **Distretto Camerino, AST MACERATA**

Comuni	AFT	UCCP	Casa della Comunità NO PNRR	Case della Comunità previste dal PNRR
CAMERINO	AFT SAN SEVERINO MARCHE n.3 PLS n.3.613 assistiti	UCCP Camerino località Caselle		SPOKE CAMERINO località Caselle HUB SAN SEVERINO MARCHE via del Glorioso, 8
MUCCIA				
SERRAVALLE				
PIEVETORINA				
VALFORNACE				
MONTECAVALLO				
FIASTRA				
VISSO				
USSITA				
BOLOGNOLA				
CASTELSANTANGELO				
SAN SEVERINO MARCHE		UCCP San Severino Marche via del Glorioso, 8		
FIUMINATA				
PIORACO				
SEFRO				
MATELICA				
ESANATOGLIA				
CASTELRAIMONDO				
GAGLIOLE				

Tabella 17 Distribuzione delle AFT, delle UCCP, dei PLS, degli assistiti e delle Case di Comunità per Azienda Sanitaria Territoriale. Dati aggiornati a dicembre 2024. **Distretto Fermo, AST FERMO**

Comuni	AFT	UCCP	Casa della Comunità NO PNRR	Case della Comunità previste dal PNRR			
PORTO S. GIORGIO	AFT FERMO n.15 PLS n.18.904 assistiti	UCCP Porto San Giorgio via Da Vinci, 7					
LAPEDONA							
ALTIDONA							
PEDASO							
CAMPOFILONE							
FERMO		UCCP Fermo Porto San Giorgio via Da Vinci, 7 in attesa di trasferimento a Fermo via Murri, 21					
SANT'ELPIDIO A MARE		UCCP Sant'Elpidio a Mare via Porta Romana					
MONTE URANO							
TORRE SAN PATRIZIO							
PORTO SANT'ELPIDIO							
MONTEGRANARO							
MONTE SAN PIETRANGELI		UCCP Montegranaro c.da Santa Maria			HUB MONTEGIORGIO via dell'Ospedale, 1	HUB PORTO SAN GIORGIO via Da Vinci, 7	
FRANCAVILLA D'ETE					HUB NUOVO OSPEDALE AMANDOLA via da Vinci,7 (struttura ospedaliera e territoriale)	HUB SANT'ELPIDIO A MARE via Porta Romana	
RAPAGNANO						HUB MONTEGRANARO c.da Santa Maria	
MONTEGIORGIO							SPOKE FERMO futura attivazione nella attuale sede ospedaliera via Murri, 21
MASSA FERMANA							
MONTAPPONE							
MONTE VIDON CORRADO							
FALERONE							
MAGLIANO DI TENNA							
AMANDOLA							
MONTERUBBIANO							
PONZANO DI FERMO		UCCP Amandola - Val D'Aso via da Vinci, 7					
GROTTAZZOLINA							
MONTE GIBERTO							
PETRITOLI							
MONSAMPIETRO MORICO							
MONTE VIDON COMBATTE							
BELMONTE PICENO							
MONTOTTONE							
MONTE RINALDO							
MONTEPARO							
ORTEZZANO							
MONTELEONE DI FERMO							
SERVIGLIANO							
SANTA VITTORIA IN MATENANO							
SMERILLO							
MONTEFALCONE APPENNINO							
MORESCO							
MONTEFORTINO							

Tabella 18 Distribuzione delle AFT, delle UCCP, dei PLS, degli assistiti e delle Case di Comunità per Azienda Sanitaria Territoriale. Dati aggiornati a dicembre 2024. **Distretto San Benedetto del Tronto, AST ASCOLI**

PICENO

Comuni	AFT	UCCP	Casa della Comunità NO PNRR	Case della Comunità previste dal PNRR
SAN BENEDETTO DEL TRONTO	AFT SAN BENEDETTO DEL TRONTO n.10 PLS n.9.232 assistiti	UCCP San Benedetto del Tronto via Sgattoni	HUB RIPATRANSONE piazza Madre Teresa di Calcutta, 1	HUB SAN BENEDETTO DEL TRONTO via Sgattoni
MONTEPRANDONE				
SAN BENEDETTO DEL TRONTO				
MONSAMPOLO DEL TRONTO				
ACQUAVIVA PICENA				
RIPATRANSONE				
CUPRAMARITTIMA				
CARASSAI				
COSSIGNANO				
GEROTTAMMARE				
MONTEFIORE DELL'ASO				
MASSIGNANO				
MONTALTO DELLE MARCHE				

Tabella 19. Distribuzione delle AFT, delle UCCP, dei PLS, degli assistiti e delle Case di Comunità per Azienda Sanitaria Territoriale. Dati aggiornati a dicembre 2024. **Distretto Ascoli Piceno , AST ASCOLI PICENO**

Comuni	AFT	UCCP	Casa della Comunità NO PNRR	Case della Comunità previste dal PNRR
OFFIDA	AFT ASCOLI PICENO n.9 PLS n.7.977 assistiti	UCCP Offida via Garibaldi, 5		HUB OFFIDA via Garibaldi, 5
CASTEL DI LAMA				
CASTIGNANO				
CASTORANO				
COLLI DEL TRONTO				
MONTEDINOVE				
APPIGNANO DEL TRONTO		UCCP Ascoli Piceno 2 Ascoli Piceno via degli Iris		SPOKE ACQUASANTA TERME f.ne Paggese
ROTELLA				
SPINETOLI - PAGLIARE				
ASCOLI PICENO		UCCP Comnanza via Cavour		SPOKE COMUNANZA via Cavour
FOLIGNANO				
MALTIGNANO				
COMUNANZA				
FORCE				
MONTEMONACO				
PALMIANO				
ROCCAFLUVIONE				
VENAROTTA				
ARQUATA DEL TRONTO				
ACQUASANTA TERME				
MONTEGALLO				

