



Relazione al Bilancio di Previsione anno 2024

Capitolo 1 – Premessa	3
1.1 Criteri di predisposizione della relazione sul bilancio di previsione 2024 e quadro normativo di riferimento	3
1.2 Quadro normativo di riferimento.....	4
1.3 Contesto di riferimento.....	6
1.4 Linee strategiche 2024.....	9
Capitolo 2 Organizzazione dell’Azienda	13
2.1 I Dipartimenti	13
Dipartimento di Prevenzione.....	14
2.1.1 Area Medica- Igiene e Sanità Pubblica	18
2.1.2 Screening oncologici	20
2.1.3 Prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro	21
2.1.4 Area Veterinaria E Sicurezza Alimentare	22
2.2 Offerta Territoriale.....	29
2.2.1 Integrazione Socio-sanitaria.....	33
2.2.3 Farmaceutica Territoriale	37
2.2.4 Le Cure Tutelari (Consultorio, UMEE e UMEA)	39
2.2.5 Dipartimento Dipendenze Patologiche.....	41
2.2.6 Salute Mentale	42
2.3 Offerta Ospedaliera.....	44
2.3.1 La risposta alle aree disagiate	52
2.4 Attività di specialistica ambulatoriale.....	56
2.4.1 Azioni per il Governo delle liste d’attesa.....	57
2.5 PNRR Missione 6 Salute – Ricognizione attività.....	57
Capitolo 3. Sostenibilità economica e efficienza operativa.....	65
3.1 Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR.....	65
3.2 Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi.....	66
3.3 Il Governo delle risorse umane.....	67
4. La programmazione degli Investimenti.....	72

Capitolo 1 – Premessa

La presente relazione, così come previsto dall'art. 25 c. 3 del D. lgs 118/2011, ha lo scopo di esporre le valutazioni e le considerazioni di carattere economico e gestionale con riferimento al Bilancio Preventivo Economico Annuale – Anno 2024 dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino, nell'intento di fornire un utile contributo alla lettura dei numeri contenuti nei prospetti contabili in cui lo stesso bilancio si sostanzia, esplicitando la situazione economica aziendale che si va delineando alla luce delle risorse assicurate dalla Regione Marche con DGR n2073 del 28/12/2023, nonché di specificare i collegamenti con gli altri atti della programmazione aziendale e regionale.

La redazione del bilancio di previsione è stata effettuata osservando le direttive regionali di cui alla DGRM n.2074 del 28/12/2023 tenendo presenti il vincolo di compatibilità con le risorse finanziarie e il perseguimento dell'equilibrio economico e mirando al mantenimento della qualità e quantità dei risultati raggiunti nei livelli di assistenza e nel funzionamento dei servizi.

In conformità a tale impostazione la presente relazione si articola nelle seguenti sezioni principali:

- gli elementi caratterizzanti il contesto in cui opera l'Azienda e l'organizzazione della stessa, che delineano e definiscono gli ambiti entro cui l'Ente pone le basi per strutturare la propria programmazione;
- le linee strategiche e gli obiettivi che saranno perseguiti dalle varie articolazioni aziendali, individuati pur in assenza degli obiettivi regionali annuali, che saranno eventualmente adeguati agli stessi;
- le previsioni economiche con l'indicazione dei riflessi economici determinati dalle dinamiche dei costi e dei ricavi, parametrati rispetto al budget assegnato, corredate da una elencazione degli investimenti programmati.

Ciò al fine di dare una rappresentazione esaustiva della programmazione sanitaria ed economico - finanziaria relativa all'anno 2024, anche tramite il confronto con i dati relativi all'esercizio precedente.

Da ultimo, si specifica che per quanto riguarda l'attività, nonché i relativi costi, le previsioni formulate sono una stima basata sull'andamento rilevato con il report del IV trimestre 2023, valorizzando le azioni di efficientamento e le strategie organizzative che verranno poste in essere nell'arco dell'anno, al fine di conseguire il pareggio di bilancio, nel rispetto alle risorse assegnate.

1.1 Criteri di predisposizione della relazione sul bilancio di previsione 2024 e quadro normativo di riferimento

La presente relazione, che correda il bilancio di previsione 2024 è stata redatta sulla base delle disposizioni di cui al D. Lgs. 118/11, facendo riferimento al Codice Civile e ai Principi Contabili Nazionali (OIC), fatto salvo quanto differentemente previsto dallo stesso D. Lgs. 118/11.

Essa fornisce, inoltre, tutte le informazioni supplementari, anche se non specificamente richieste da disposizioni di legge, ritenute necessarie a dare una rappresentazione esaustiva delle linee strategiche di gestione sanitaria ed economico-finanziaria 2024, evidenziando i collegamenti con gli atti di programmazione regionale ed aziendale.

Per l'anno 2024 il termine di presentazione è stato definito con la DGRM 2074 del 28/12/2023 ed è stabilito entro il 31/01/2024.

1.2 Quadro normativo di riferimento

Sulla programmazione delle attività per l'anno 2023 hanno inciso, prioritariamente, le seguenti norme.

Normativa Nazionale:

- **D.Lgs. n. 502 del 30/12/1992** - Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e s.m.e i.;
- **Decreto Legislativo n. 118 del 23/06/2011** - Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42;
- **Decreto Legge n. 34 del 19/05/2020** - Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 - convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77;
- **Decreto Legge n. 104 del 14/08/2020** - Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia - convertito con modificazioni dalla L. 13 ottobre 2020, n. 126;
- **Legge del 30 dicembre 2021, n. 234** Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024;
- **DL 73 del 25/05/2021** - "Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali";
- **DGR n. 1222 del 03/10/2022** - Attuazione del D.M. del 30.11.21 - Fondo per la promozione del benessere e della persona finalizzato a favorire l'accesso ai servizi psicologici" - Attuazione del Progetto regionale di potenziamento delle attività dei consultori e di sostegno psicologico di bambini affetti da patologie oncologiche - Anni 2022 e 2023 - € 293.426,21;
- **Legge del 29 dicembre 2022, n. 197** Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025;
- **Intesa Governo- Regioni Rep. n. 262/CSR del 09/11/2023** - Intesa ai sensi dell'art.115, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale per l'anno 2023;
- **Intesa Governo- Regioni Rep. n. 263/CSR del 09/11/2023**- Intesa sullo schema di Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia e delle Finanze, in attuazione dell'articolo 42, comma 14ter, del Decreto Legge 12 settembre 2014, n. 133 convertito, con modificazioni, con legge 11 novembre 2014, n. 164, di ripartizione delle forme premiali per l'anno 2023;
- **Intesa Governo- Regioni Rep. n. 264/CSR del 09/11/2023** - Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2023;
- **Intesa Governo- Regioni Rep. n. 266/CSR del 09/11/2023** Intesa, ai sensi dell'accordo in Conferenza Stato-Regioni del 24 maggio 2023 (Rep. atti n. 121/CSR) sulla proposta del Ministro della salute di

deliberazione del CIPESS relativa alla ripartizione del finanziamento destinato all'attuazione del "Piano nazionale malattie rare 2023- 2026", per gli anni 2023 e 2024.;

Normativa Regionale

- **Legge Regionale n. 47 del 19/11/1996** - Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo delle Aziende Sanitarie e s.m.i.;
- **L.R. n. 32 del 30/12/2022**, concernente "Bilancio di Previsione 2023-2025" e s.m.e i.;
- **Legge Regionale n.19 del 8/08/2022** concernente "Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale";
- **Decreto del Dirigente P.F. Controllo Strategico Regione Marche n. 2/CGS del 11/12/2013** "Art.27 del D.Lgs 118 del 23/06/2011 – concernente Adozione del Piano dei Conti Unico Integrato del SSR";
- **DGRM n. 1170 del 19/09/2022** concernente- Direttive per l'attuazione delle disposizioni di cui all'art.42 commi 1 e 2 della L.R. 8 agosto n.19 - Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale;
- **D.G.R. n. 1865 del 30/12/2022** concernente "Attuazione della deliberazione legislativa "Bilancio di previsione 2023-2025" approvata nella seduta del Consiglio – Assemblea legislativa n. 96 del 28 dicembre 2022. - Documento Tecnico di Accompagnamento 2023 - 2025" e s.m.e i.;
- **DGRM n. 1866 del 31/12/2022** concernente "Attuazione della deliberazione legislativa "Bilancio di previsione 2023- 2025" approvata nella seduta del Consiglio – Assemblea legislativa n. 96 del 28 dicembre 2022 - Bilancio Finanziario Gestionale 2023 -2025 e s.m.e i.
- **DGRM n 1851 del 20/12/2022 - L.R. n. 19 del 08/08/2022.** concernente- Autorizzazione agli Enti del SSR alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2023;
- **DGRM n. 630 del 15/05/2023** concernente- Rideterminazione definitiva del tetto di spesa del personale degli enti del SSR, a decorrere dall'esercizio 2022, ex art. 11, comma 1, del decreto-legge n. 35/2019;
- **DGRM n. 1385 del 20/09/2023** concernente Attuazione delle disposizioni di cui all'art. 42, comma 5 della L.R. 8 agosto 2022, n. 19 (Organizzazione del servizio sanitario regionale): indirizzi per la costituzione delle Aziende sanitarie territoriali;
- **DGRM n. 1243 del 10/08/2023** - : Piano Operativo Regionale 2023: recupero e miglioramento liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri e screening;
- **DGRM n. 1323 del 11/09/2023** - **concernente:** Attuazione DA 53/2023 – Criteri di ripartizione e di gestione delle risorse economiche del Piano Regionale integrato per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio da Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) e da nuove tecnologie e social network (DT)" Annualità 2023 - 2025 - € 4.790.379,82;
- **DGRM n. 1634 del 13/11/2023** - **concernente:** D. Lgs. 171/2016 e L. R. 19/2022 - Definizione degli obiettivi degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2023 e approvazione dei criteri relativi alla procedura di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2023;
- **DGRM n 2074 del 29/12/2023:** concernente - L.R. n. 19 del 08/08/2022 - Disposizioni agli Enti del SSR per la redazione del Bilancio Preventivo Economico 2024 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2024-2026.

Nel quadro di riferimento normativo regionale, è d'obbligo tener conto del processo di riorganizzazione del SSR secondo le disposizioni di cui alla LR 19/2022 ed agli atti attuativi conseguenti.

Come previsto dall'Art. 42 della Legge Regionale n. 19/2022 "Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale", a partire dal 1° gennaio 2023, con la costituzione dell'Azienda sanitaria territoriale di Pesaro-Urbino, l'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" è stata incorporata nella medesima Azienda sanitaria territoriale, che è subentrata a tutti gli effetti e senza soluzione di continuità nell'attività e nei rapporti giuridici attivi e passivi dell'Azienda ospedaliera cessata. Il patrimonio dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord", costituito dai beni mobili e immobili ad essa appartenenti, comunque acquisiti nell'esercizio della propria attività o a seguito di atti di liberalità, è stato trasferito all'Azienda sanitaria territoriale di Pesaro-Urbino.

1.3 Contesto di riferimento.

Ambito economico - La programmazione economico-sanitaria dell'anno 2024 risulta condizionata significativamente dalla situazione socio-economica.

Nella definizione della programmazione strategica aziendale per l'anno 2024 si è tenuto quindi in debito conto lo scenario normativo ed economico attuale, caratterizzato dalla necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza, in un contesto di risorse limitate e condizionate dall'aumento generalizzato dei prezzi.

In ambito economico, il contesto internazionale resta caratterizzato dagli alti livelli dei prezzi delle materie prime, che mostrano tuttavia timidi segnali di stabilizzazione, e dal perdurare dell'incertezza legata alle tensioni geopolitiche e all'evoluzione del conflitto in Ucraina e in Medio Oriente.

In tale contesto l'Azienda si impegna da sempre in una tensione costante verso lo sviluppo di servizi di qualità, che rispondano in modo appropriato ai bisogni dei cittadini mantenendo contestualmente un'attenzione prioritaria verso la sostenibilità economica.

Questo comporta la necessità di mantenere una visione strategica rispetto all'appropriatezza degli interventi, ovvero al generare risposte efficaci a bisogni riconosciuti, tenuto conto del vincolo di risorse

- efficienza all'interno dei servizi esistenti;
- al potenziamento delle prestazioni erogate laddove si registrano criticità in termini di tempi di attesa;
- al controllo e contenimento sui costi unitari degli acquisti attraverso un'attività sistematica di controllo economico e conseguente riduzione delle diseconomie interne ai servizi.

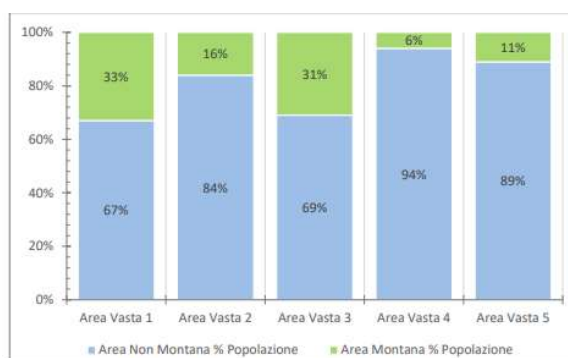
Gli elementi sopra descritti non sono una dichiarazione generica di intenti, ma rappresentano l'attenzione prioritaria assegnata anche alle strutture aziendali quali obiettivi di performance organizzativa.

Ambito orografico-territoriale -L'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino (AST Pesaro Urbino) si estende su un territorio di 2.510,8 Km² (26,8% del territorio regionale) con struttura geomorfologica differenziata. La popolazione assistita al 01/01/2022 è pari a 349.596 distribuita in 50 Comuni e in 3 Distretti.

Nel 2021 la sua densità demografica, pari a 142,95 ab/km², risulta inferiore del 13,22% alla densità demografica regionale.

La densità abitativa è elevata sulla costa e lungo gli assi produttivi che si sviluppano dalla costa lungo le valli principali che si snodano dalla costa verso l'interno. In particolare, nelle zone interne si registra una maggiore presenza di popolazione over 75.

La percentuale di superficie in km² distribuita per "Area Montana" e "Area non Montana" nei territori della Regione Marche, rileva nella Provincia di Pesaro-Urbino una percentuale maggiore di km² Area Montana (76% sul totale). La popolazione residente è situata principalmente nelle Aree non Montane, in cui risiede il 67% della popolazione della provincia di Pesaro-Urbino.



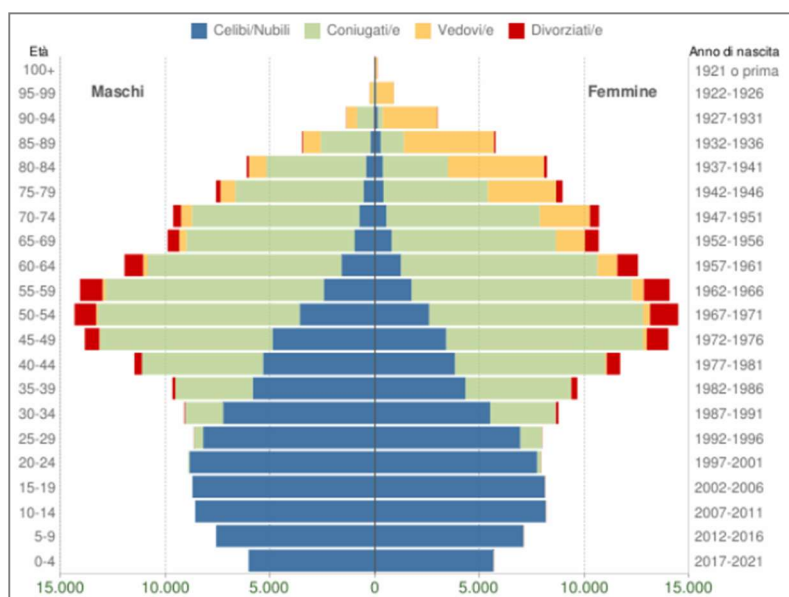
Ambito demografico -La popolazione per Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino e classe di età è riportata nella tabella che segue.

AST - PESARO	TOTALE POPOLAZIONE ALL' 1/01/2022	CLASSI DI ETÀ'							
		NEONATI	1-4 anni	5-14 anni	15-44 anni Maschi	15-44 anni Femmine	45-64 anni	65-74 anni	>=75 anni
DS 01 - Pesaro	137.984	870	3.686	12.446	22.472	21.585	43.757	15.581	17.587
DS 02 - Urbino	77.783	481	2.131	6.854	12.600	12.086	23.405	9.707	10.519
DS 03 - Fano	133.829	845	3.649	12.032	21.652	20.856	41.630	15.529	17.636
TOTALE	349.596	2.196	9.466	31.332	56.724	54.527	108.792	40.817	45.742

Nella provincia di Pesaro Urbino la speranza di vita alla nascita è di 81,8 anni per gli uomini e di 85,7 per le donne, valori sostanzialmente allineati al dato regionale, che è di 81,1 anni per gli uomini e di 85,2 per le donne e più alti rispetto al dato medio nazionale che è di 80,3 per gli uomini e di 84,8 per le donne (dati Istat 2021). La struttura per età della popolazione residente nella provincia di Pesaro-Urbino evidenzia un processo di invecchiamento rilevante.

Struttura Demografica popolazione provincia di Pesaro-Urbino – anno 2021

Allegato 2a)



Le dinamiche demografiche relative alla Provincia di Pesaro-Urbino rilevano: un aumento delle classi di età anziane, nell'anno 2021 la popolazione ≥ 65 anni rappresenta il 25,4% del totale e nella comparazione con l'anno 2011 ha registrato un incremento dell'8,6% complessivo.

La popolazione, quindi risulta nel suo complesso invecchiata, manifestando una tendenza comune al resto del territorio regionale e nazionale, come testimoniato dall'andamento dell'indice di vecchiaia, passato nell'area di studio dal 172,93 nel 2015 a 201,10 nel 2021.

Indice di vecchiaia AST 1, distribuzione per sesso e anno (2015 e 2021)

Anno	Sesso	>65 anni	0-14 anni	Indice di vecchiaia per sesso	Indice di Vecchiaia
Anno 2015	Maschi	36.820	25.144	146,43	172,93
	Femmine	47.819	23.800	200,92	
Anno 2021	Maschi	38.361	22.198	172,81	201,10
	Femmine	48.318	20.903	231,15	

Pertanto, nella Provincia di Pesaro-Urbino il contesto sociosanitario è caratterizzato da una forte transizione demografica ed epidemiologica ed una delle sfide più complesse è quindi rappresentata dalla necessità di risposta alla domanda di salute indotta dalla continua crescita delle patologie cronico -degenerative. Per tale motivo è fondamentale la creazione di nuovi percorsi assistenziali che siano in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari.

Invero, il mutamento demografico caratterizzato dall'invecchiamento della popolazione viene accompagnato dal fenomeno dell'immigrazione straniera.

L'età media della popolazione residente al 1° gennaio 2021 è pari a 46 anni, aumentata di quasi un anno rispetto al dato di cinque anni prima (45,0 anni). In dieci anni la struttura per età della popolazione è ulteriormente invecchiata: la percentuale di giovani sotto i 15 anni passa dal 14,0% al 12,9% tra il 1° gennaio 2011 e il 2021. Nello stesso periodo gli anziani (65+ anni) sono passati dal 20,3% al 23,5%

Il dato viene confermato dagli indici di dipendenza anziani e dipendenza strutturale che registrano nella Regione Marche valori nettamente superiori alla media nazionale, comportando un aumento dell'incidenza e prevalenza delle patologie croniche, che necessitano di ospedalizzazione per riacutizzazione.

	INDICE ANZIANI	DIPENDENZA
MARCHE		41
CENTRO		38
ITALIA		37

Anche nella Provincia di Pesaro-Urbino, in cui insiste l'Azienda Sanitaria Territoriale, il contesto socio-sanitario è caratterizzato da una forte transizione demografica ed epidemiologica.

1.4 Linee strategiche 2024

L'Azienda individua le proprie linee strategiche in coerenza ed aderenza ai **valori e principi** ispiratori e conformativi della stessa **legge di riforma** del SSR che riflettono valori costituzionali fondamentali come la dignità umana, l'eguaglianza, la solidarietà e la tutela della salute, e precisamente:

- la centralità della persona e la sua piena partecipazione - in condizioni di effettiva parità di accesso - ai servizi sanitari e ai relativi percorsi assistenziali;
- l'inveramento dei principi di sussidiarietà istituzionale, mediante il pieno coinvolgimento degli enti locali nelle politiche di promozione della salute rapportate alle esigenze dei territori, e di sussidiarietà orizzontale con valorizzazione ruolo delle formazioni sociali;
- la partecipazione delle parti sociali;
- l'effettiva adeguatezza dell'assetto organizzativo rapportata ai servizi da erogare tenendo conto delle peculiarità territoriali;
- l'efficacia e l'economicità delle prestazioni e dei servizi in condizioni di imparzialità e trasparenza nonché l'appropriatezza della prestazione erogata.

In sede attuativa, il concreto inveramento di tali principi cardine si traduce negli **obiettivi di salute** declinati dal **Piano Socio-Sanitario Regionale 2023-2025** (approvato con deliberazione amministrativa dell'Assemblea legislativa regionale n.57 del 9 agosto 2023). A fronte di una situazione caratterizzata da un costante aumento delle necessità, anche emergenti, del sistema sanitario ed i costi inflattivi incrementali, è forte il richiamo e l'impegno a dare concreta e sostanziale attuazione all'implementazione dei nuovi modelli territoriali richiamati dal DM 77/22, alla riorganizzazione del sistema dell'emergenza territoriale e della

continuità assistenziale ed infine dal PNRR. Risulta evidente che, questi obiettivi particolarmente sfidanti, si potranno realizzare a patto di forti riorganizzazioni guidate, dalla razionalizzazione ed efficientamento del sistema, pena, la non sostenibilità di quanto l'Azienda è chiamata a realizzare.

Seguendo le linee programmatiche del PSSR, la riorganizzazione dell'Azienda, relativamente alle "**reti cliniche**", identifica le linee di attività/produzione più significative, sulla base delle competenze e delle tecnologie presenti sul territorio e dei volumi minimi di attività necessari per garantire efficienza e qualità clinica, in coerenza con le indicazioni della normativa nazionale, al fine di garantire una completa presa in carico del paziente, appropriata e di qualità, con definizione di funzioni e responsabilità.

Nel sistema di governance aziendale rilevanza prioritaria è data alla valutazione della **qualità** e dell'**appropriatezza** dei servizi, con adeguati controlli, nell'interesse di tutti gli attori del sistema, gli operatori, gli stakeholder, ma anche, e soprattutto, i cittadini; un sistema in grado di monitorare e promuovere l'efficacia e l'efficienza delle strutture e, al contempo, di rendere disponibili ai cittadini informazioni utili alle scelte relative alla propria salute.

Per questi motivi, l'Azienda privilegia le azioni volte a garantire la valutazione non solo della qualità e dell'appropriatezza dei servizi, ma anche a rafforzare la capacità delle strutture di prevenire il rischio clinico, a garantire l'aderenza alle linee guida clinico-organizzative, a favorire i processi di valutazione delle tecnologie (HTA).

In altri termini, non solo la qualità delle prestazioni in tema di salute, ma anche le modalità attraverso le quali esse vengono erogate, i risultati di outcome (finali) e con quale soddisfazione degli operatori e dei cittadini.

Il governo clinico è la leva strategica mediante la quale l'Azienda si impegna al perseguimento della sua mission e nel miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati *standard* assistenziali.

Ciò attraverso l'integrazione tra tutti i livelli dell'organizzazione sanitaria: strutture e processi organizzativi, meccanismi di valutazione e finanziamento, performance e qualità assistenziali, formazione continua e valutazione professionale.

In ragione della complessità dell'organizzazione, l'Azienda persegue come duplice obiettivo:

- la promozione integrata della qualità assistenziale;
- l'efficienza, in relazione alla sostenibilità economica.

L'Azienda considera il "governo clinico" ed i relativi strumenti come il principale processo aziendale strategico, al quale devono rapportarsi dinamicamente i processi e i sotto processi di supporto ad esso connessi.

L'Azienda applica i principi e gli strumenti del governo clinico nella realizzazione di relazioni funzionali appropriate tra la componente clinico - assistenziale e quella organizzativo - gestionale, al fine di promuovere il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantenere elevati livelli di servizio anche in relazione agli obiettivi della riorganizzazione delle reti cliniche in ambito regionale e secondo gli standard quali - quantitativi definiti a livello statale, individuando altresì i *setting* di cura necessari ad assicurare le prestazioni sanitarie.

A sostegno e supporto del governo clinico, l'Azienda adotta un sistema di monitoraggio dei processi e degli esiti dell'assistenza erogata, provvedendo quindi all'adozione delle più opportune misure integrative e correttive. A tal fine, provvede a garantire:

- un programma di miglioramento continuo della qualità mediante sistemi di certificazione e di accreditamento;

Allegato 2a)

- lo sviluppo della medicina e dell'assistenza basata sulle evidenze (EBM e EBN) e cioè sulle prove di efficacia mediante l'implementazione di linee guida, protocolli, procedure e percorsi diagnostico-terapeutici;
- l'approccio multidisciplinare alle attività assistenziali privilegiando il lavoro in *team*;
- la responsabilizzazione mediante verifica dell'attività clinica e dell'outcome anche attraverso lo sviluppo sistematico dell'*audit* clinico;
- la sicurezza dei pazienti mediante un sistema aziendale di *risk management*;
- piani di formazione permanente per la qualità;
- la partecipazione dei cittadini alla verifica della qualità.

Viene, dunque, adottata una logica di gestione per processi, che, accanto alla definizione di standard qualitativi ed economici, consente un governo efficiente ed efficace dell'intero processo clinico - assistenziale e favorisce il costante monitoraggio della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni.

Tra gli obiettivi prioritari riconducibili all'ambito più generale del Governo clinico e correlati alla qualità delle cure saranno ricompresi tra le azioni 2024 negoziate con le Unità Operative (mediche e chirurgiche) interessate, i seguenti:

- sviluppo in via ordinaria di audit clinico delle Unità Operative, distinto da quello riferito alla gestione Rischio Clinico;
- definizione di requisiti di accreditamento professionale per gli operatori sanitari, a partire dall'area critica e chirurgica.

A partire dal 2024, pertanto, l'Azienda non può prescindere dalla progressiva ripresa di un percorso che porti alla completa realizzazione di risultati prioritari per la programmazione sanitaria, l'impegno gestionale aziendale è pertanto rivolto a:

- perseguire l'implementazione delle linee di indirizzo relative a reti cliniche e all'integrazione ospedale territorio previsti nel nuovo Piano Socio Sanitario Regionale; i professionisti coinvolti (clinici ed esperti di organizzazione dell'area della dirigenza e del comparto) sono, infatti, chiamati a ridefinire reti, modelli assistenziali, percorsi e rapporti tra le diverse figure deputate a garantire un'assistenza efficace, sicura sostenibile;
- dare appropriata risposta ai pazienti in lista d'attesa (ambulatoriale e chirurgica) organizzando una risposta di sistema che veda il coinvolgimento coordinato di tutte le risorse provinciali del sistema pubblico e privato (personale e tecnologie);
- garantire il governo della domanda di specialistica ambulatoriale su base provinciale, attraverso la semplificazione dell'accesso ai servizi, la corretta presa in carico della cronicità ed un'offerta prestazionale in grado di garantire risposte entro i tempi previsti dagli standard regionali;
- procedere alla revisione della rete dell'emergenza-urgenza e della continuità assistenziale assicurando la presa in carico in ambito extraospedaliero di una importante parte della casistica che oggi accede impropriamente ai PS;
- consolidare le cure primarie, riprendendo e rafforzando il percorso di sviluppo delle strutture territoriali e di integrazione ospedale-territorio, dando progressiva attuazione alle previsioni del DM 77/22 in materia di assistenza territoriale,
- promuovere modalità assistenziali e organizzative integrate tra il sistema delle cure primarie e il sistema della salute mentale-dipendenze patologiche, anche all'interno delle Case della Comunità;
- sostenere interventi di prevenzione e promozione della salute, promuovendo l'integrazione tra i servizi territoriali ed i servizi ospedalieri, favorendo l'informazione e gli interventi di prevenzione nei processi

Allegato 2a)

assistenziali e la costruzione di alleanze con enti e associazioni locali, nonché garantendo equità e contrasto alle disuguaglianze;

- rinsaldare azioni di sistema mirate a promuovere l'equità nel rispetto delle differenze, attraverso l'adozione di un piano aziendale, l'utilizzo di strumenti di equity assesment (Health Equity Audit e/o Equality Impact Assessment) sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento. E' necessario perseguire la formazione in tema di medicina di genere ed equità, il monitoraggio degli effetti di salute delle disuguaglianze, utilizzando gli strumenti epidemiologici ad hoc;
- assicurare la completa attuazione di quanto previsto dal DPCM del 12 gennaio 2017 per l'area socio-sanitaria, in particolare per quanto riguarda l'assistenza domiciliare socio-assistenziale post dimissione, i laboratori protetti e Centri occupazionali per disabili e la valorizzazione del ruolo del care-giver;
- integrare la ricerca e la formazione come parte della sua missione istituzionale, progettando percorsi ed esperienze formative innovative per il pieno sviluppo delle competenze professionali, la valutazione dell'efficacia degli apprendimenti e la valutazione di efficacia delle azioni formative;
- assicurare la qualità dei servizi e dell'assistenza con particolare riferimento ad aspetti organizzativi e professionali, allo scopo di migliorare la qualità dei processi assistenziali, anche (ma non esclusivamente) attraverso la definizione di situazioni organizzative ed operative che favoriscano l'allineamento degli operatori ai comportamenti più idonei definiti in strumenti quali procedure, linee guida, protocolli, PDTA ecc. Per i PDTA a valenza interaziendale, si prevede il monitoraggio degli indicatori individuati a presidio del percorso e dell'adesione delle strutture coinvolte;
- mantenere aggiornati i sistemi di Strutture / Unità Operative soggette ad audit (es screening, procurement), verifiche accreditamento secondo le indicazioni regionali, Certificazione secondo il modello ISO;
- promuovere l'attività di audit interno anche mediante autovalutazione condotte con le principali finalità di individuare aree di criticità che dovranno pertanto essere prioritariamente oggetto di azioni o piani di miglioramento, oltre a consentire un'analisi e aggiornamento del sistema documentale richiesto dai requisiti di accreditamento;
- promuovere la qualità, sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico, attraverso il consolidamento del sistema aziendale di gestione degli eventi avversi, promozione di progettualità ed iniziative volte a fornire le migliori e più appropriate cure possibili, assicurando sia adeguati standard qualitativi delle prestazioni e dei servizi sia il soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale. Importante il lavoro sull'armonizzazione delle funzioni di gestione sinistri e rischio clinico, infettivo, occupazionale;
- promuovere la partecipazione e della responsabilizzazione dei cittadini attraverso strumenti e modelli che consentano anche di ridurre distanze e disuguaglianze, più in generale la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.) è un valore da perseguire;
- promuovere l'ottimale utilizzo delle risorse economiche a disposizione, attraverso l'efficientamento dell'attività, garantendo la sostenibilità economica ed ambientale;

Nelle pagine a seguire, si riportano, in modo sistematico, gli elementi utili ad approfondire i macro temi che, tra quelli sopra individuati, sono da ritenersi prioritari.

Per quanto riguarda nello specifico l'ultimo punto, L'Azienda nella programmazione 2024 intende intraprendere una serie di azioni finalizzate al miglioramento dell'efficienza su alcune specifiche aree. La direzione strategica ha concertato tali azioni con i gestori di risorse e strutturato un apposito tavolo interaziendale per il buon governo delle diverse componenti di spesa a carico del bilancio aziendale, intensificando la frequenza di analisi dell'andamento economico, (portandola da trimestrale a mensile).

Capitolo 2 Organizzazione dell'Azienda

Con Legge regionale 8 agosto 2022, n.19 è stata istituita, nell'ambito del Servizio Sanitario della Regione Marche, l'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino (di seguito anche "Azienda Sanitaria Territoriale" o "AST PU" o, anche, "Azienda").

Ai sensi dell'art.42 della richiamata L.R. 19/2022 e relative disposizioni di attuazione ex DGRM n.1503/2022, l'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Pesaro Urbino è stata **costituita** a partire dal 1° gennaio 2023, mediante subentro - senza soluzione di continuità - alla soppressa ASUR Marche-Area Vasta 1 e contestuale incorporazione dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" di Pesaro, con subentro a tutti gli effetti e senza soluzione di continuità nell'attività e nei rapporti giuridici attivi e passivi dell'Azienda ospedaliera cessata.

L'Azienda è tenuta a garantire l'assistenza sanitaria e la prevenzione collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, pianificando - nel rispetto ed in attuazione della programmazione regionale - le attività e i servizi sulla base di percorsi assistenziali che assicurino la continuità delle cure attraverso la piena integrazione tra servizi territoriali e servizi ospedalieri.

Ciò in particolare attraverso l'**articolazione dipartimentale e distrettuale** in cui trovano coordinamento e sintesi le prestazioni e i servizi resi da: Case della comunità, Ospedali della comunità, Centrali Operative Territoriali, Unità di Continuità Assistenziali, Infermieri di Famiglia o di Comunità, Consultori familiari e ogni altra funzione di prevenzione e tutela della salute dei cittadini (nel rispetto degli standard di cui al **D.M. Salute 23 maggio 2022, n. 77**).

2.1 I Dipartimenti

L'Azienda assume l'**organizzazione dipartimentale** come modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività, atta a consentire l'integrazione tra strutture operative omogenee, affini o complementari, tra loro interdipendenti, pur mantenendo ciascuna autonomia tecnico-professionale e gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti.

Il Dipartimento è preposto alla produzione e all'erogazione di prestazioni e servizi, nonché all'organizzazione e alla gestione delle risorse a tal fine assegnate.

In particolare, i **dipartimenti sanitari** - in stretta collaborazione con i Distretti - garantiscono:

- la gestione integrata e complessiva dei percorsi di cura;
- la presa in carico e la continuità assistenziale;
- lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza;
- la misurazione degli esiti;
- la gestione del rischio clinico;
- l'adozione di linee-guida e protocolli diagnostico-terapeutici;
- la formazione continua;
- il coinvolgimento e l'informazione del paziente;
- il coordinamento e l'integrazione delle attività amministrative;

- La gestione delle risorse umane, tecnologiche e logistiche

Il Dipartimento di Prevenzione, il Dipartimento di Salute Mentale e il Dipartimento per le Dipendenze Patologiche sono articolazioni organizzative che, nell'ambito della rete integrata dei servizi sociosanitari, risultano essenziali per il sistema di prevenzione e promozione della salute e di sicurezza sul territorio, oltre che per garantire l'assistenza con servizi di prossimità territoriale e domiciliare e delle cure intermedie.

Per espressa previsione normativa il Dipartimento di Prevenzione e il Dipartimento di Salute Mentale trovano collocazione funzionale nell'area distrettuale (ex art.33, comma 11, della l.r.19/2022 ed art.3-quinquies, comma 3, del D.Lgs. 502/1992).

Dipartimento di Prevenzione

Le attuali priorità per la Sanità Pubblica sono rappresentate dai seguenti temi: le emergenze, la cronicità, le malattie infettive e la sicurezza.

Per quanto riguarda la gestione delle emergenze il DPCM 12 gennaio 2017 (LEA) individua al punto A5 la predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva e al punto B14 la gestione delle emergenze da fenomeni naturali o provocati (climatici e nucleari, biologici, chimici, radiologici).

Sempre nel DPCM LEA sono previste: la predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze epidemiche delle popolazioni animali (D7) e la gestione stati di allerta alimenti destinati al consumo umano e alimenti per animali con relativa gestione delle emergenze (E10).

L'esperienza della pandemia da virus SARS-CoV-2 ha dimostrato in maniera evidente la rilevanza della "preparedness", ovvero la capacità di preparazione e risposta alle emergenze per la salute pubblica e che questa funzione trasversale a tutte le articolazioni del Servizio Sanitario Regionale debba rafforzarsi in particolar modo nei confronti delle emergenze di natura infettiva.

Nell'ambito del Dipartimento di prevenzione particolare attenzione sarà posta alle attività dell'autorità competente, quale elemento di garanzie delle attività economiche legate alla alimentazione in genere; alla prevenzione delle malattie infettive e cronico degenerative, tra queste in particolare l'implementazione degli screening oncologici

Adeguamento dei Dipartimenti di Prevenzione dell'AST di Pesaro e Urbino alla luce della L.R. 19 dell'8 agosto 2022 (Organizzazione del SSR)

L'Azienda ha messo in campo ulteriori linee di sviluppo per attuare un modello organizzativo che migliori efficacia ed efficienza e, in particolare, migliori l'omogeneità organizzativa e funzionale sul territorio nello svolgimento dei compiti assegnati dai LEA alla macro area Prevenzione.

In particolare l'evoluzione dell'attuale modello sarà mirata:

1. all'adeguamento strutturale necessario per giungere ad una rete regionale integrata per la prevenzione collettiva costituita dal Dipartimento di Prevenzione dell'AST e dalle specifiche strutture di coordinamento individuate dalla normativa regionale presso l'ARS, (valutare la possibilità di individuare anche Unità Operative nei singoli DP a valenza regionale, come supporto all'attività di tali strutture organizzative regionali);

Allegato 2a)

2. alla revisione delle dotazioni organiche dell'AST, finalizzate al raggiungimento dell'effettiva assegnazione ed utilizzo della quota di FSR dedicata all'area di appartenenza e tenendo conto in particolare:

- della necessità di una omogenea distribuzione del personale nel territorio e di un adeguato equilibrio tra le figure amministrative, tecniche (sanitarie e della prevenzione) e dirigenziali, in coerenza con il rispetto dei vincoli economici e normativi al tempo esistenti;
- delle funzioni da potenziare in relazione alle indicazioni nazionali derivanti dal DM del Ministero della Salute 23.5.2022 n. 77, quali il supporto alle autorità sanitarie locali e regionali per la preparazione e risposta rapida alle crisi/emergenze di natura infettiva ed ambientale, la comunicazione del rischio, la promozione della salute e l'organizzazione degli screening per il contrasto alle patologie croniche non trasmissibili, la funzione epidemiologica per l'analisi dei bisogni ed il monitoraggio della efficacia degli interventi;
- delle funzioni da potenziare, in coerenza con il Decreto del Ministro della Salute del 9/6/2022, nell'ambito del Sistema Regionale Prevenzione Salute dai Rischi Ambientali e Climatici (SRPS) in fase di costituzione,

3. all'utilizzo della formazione come uno degli strumenti sostanzialmente più importanti per l'adeguamento del Dipartimento di Prevenzione alla sua attuale mission definendo alcuni campi strategici in cui attuare prioritariamente questa formazione.

Obiettivi e funzioni integrate

Il DP garantisce, in base alla definizione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), le funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica di cui all'articolo 7 ter del D.lgs. 502/1992. A tal fine il DP:

- a) assicura in modo unitario la gestione dei sistemi informativi relativi allo stato di salute della popolazione umana e animale, nell'ambito della rete epidemiologica regionale;
- b) assicura, in integrazione con le altre strutture organizzative interessate, l'informazione finalizzata alla prevenzione dei rischi per la salute ai cittadini, ai lavoratori, alle associazioni di rappresentanza, alle strutture del servizio sanitario regionale e agli enti locali;
- c) sviluppa e coordina lo svolgimento, in integrazione con le altre strutture organizzative interessate, di programmi di promozione della salute e della sicurezza della popolazione;
- d) garantisce l'istruttoria tecnico-sanitaria per le funzioni amministrative di competenza della Regione e degli enti locali;
- e) garantisce la programmazione e l'esecuzione delle attività di prevenzione, controllo e vigilanza nei settori di competenza.

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

- A. sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;

Allegato 2a)

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

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

Nell'ambito del contrasto alle malattie croniche non trasmissibili, il DP agisce in stretto raccordo con il Distretto per la programmazione, attuazione, validazione e coordinamento di azioni finalizzate all'individuazione di condizioni di rischio individuali e al conseguente indirizzo a interventi mirati alla promozione della salute e/o alla presa in carico della persona.

Per la piena realizzazione del suo mandato il DP adotta una governance flessibile (multidisciplinare, multi professionale, multisettoriale), capace di aggregare intorno ad obiettivi complessi professionalità diverse, anche esterne al sistema sanitario.

L'Azienda prevede che nel 2024 il Dipartimento di Prevenzione promuova:

- la presa in carico della persona nel suo complesso con un approccio integrato One-health, finalizzato ad assicurare la protezione e la promozione della salute, tenendo conto della stretta relazione tra la salute umana e i fattori ambientali e climatici;
- percorsi di prevenzione, con particolare attenzione al paziente cronico e con fragilità;
- il rafforzamento del concetto di "centralità della paziente" e della personalizzazione delle cure attraverso l'approccio innovativo della medicina di genere;
- l'innovazione tecnologica e organizzativa per il miglioramento e la continuità delle cure, con particolare riferimento ai servizi territoriali, anche con la collaborazione di soggetti pubblici e privati;
- l'aumento della consapevolezza e la responsabilità delle persone e delle comunità in merito ai corretti stili di vita e ai percorsi di prevenzione, cura, assistenza, supporto psicologico e terapia farmacologica, anche attraverso politiche e iniziative che favoriscano l'invecchiamento attivo, valorizzando l'attività sportiva e motoria quale parte integrante dei percorsi di prevenzione, nel rispetto delle competenze degli esercenti le professioni sanitarie;
- il consolidamento dei rapporti con gli ordini professionali sanitari e la collaborazione con il sistema produttivo e le organizzazioni sindacali, con particolare riferimento alla sicurezza e al benessere ambientale nei luoghi di lavoro.

Le summenzionate aree di intervento indicate dai LEA includono programmi/attività volti a perseguire specifici obiettivi di salute. Per ogni programma vengono indicate le "componenti principali" e tali indicazioni, pur non

avendo carattere specificamente vincolante, rappresentano fattori di garanzia per il raggiungimento degli obiettivi sopra elencati.

Integrazione Dei Dipartimenti Di Prevenzione con le Macroaree Territoriale ed Ospedaliera Della Ast

Appare fondamentale assicurare/implementare un elevato livello di collaborazione fra il Dipartimento di Prevenzione e le strutture organizzative dei Distretti, dei Presidi Ospedalieri e degli altri Dipartimenti Territoriali dell'AST rispetto ai seguenti settori di attività:

- attuazione delle linee progettuali del Piano Regionale della Prevenzione;
- organizzazione e gestione degli screening oncologici;
- gestione delle emergenze sistemiche per la popolazione;
- realizzazione di procedure semplificate per il rapporto con l'utenza.

I PNP che si sono succeduti ed i Piani nazionali dei controlli dell'area della sicurezza alimentare e veterinaria, hanno già determinato un consolidamento delle metodologie di lavoro integrate, pur rilevando ancora criticità soprattutto nella pianificazione e gestione coordinata dei rischi ambientali, non solo a livello di sistema regionale ma anche nazionale.

Modalita' Operative Ed Organizzazione Territoriale

La rete dei Dipartimenti di Prevenzione, in forma integrata, si trova a perseguire tre tipologie di obiettivi:

- derivanti dai profili epidemiologici internazionali, nazionali, regionali e locali, non sempre collegati ad una puntuale normativa di supporto;
- derivanti da normativa nazionale e locale, storicamente stratificata negli anni, non sempre rispondente alle reali necessità di tutela della salute dei cittadini;
- derivanti dalle normative comunitarie con la introduzione anche del ruolo di "Autorità competente" sia per aspetti di sanità pubblica che di sicurezza alimentare.

In tutte queste situazioni la rete dei Dipartimenti di Prevenzione è uno dei principali punti di interfaccia del SSR tra le esigenze di tutela della salute delle popolazioni e gli interessi economico commerciali della medesima collettività che esprime fortemente in questo ambito di interesse il bisogno di "regole certe".

Rispetto a quanto sopra, l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione deve essere sviluppata equilibrando le necessità di coordinamento e qualità degli interventi con la necessità di erogazione dei servizi all'utenza in modo sufficientemente diffuso tenendo conto delle caratteristiche del territorio dell'AST di Pesaro Urbino.

Nell'anno 2024 l'attività di prevenzione e promozione della salute dovrà realizzarsi, favorendo una stretta sinergia con le diverse articolazioni aziendali (in particolare i Distretti) e con le agenzie e le istituzioni interessate. I programmi di intervento saranno impostati sulla base dei bisogni di salute della popolazione, dando priorità in particolare ai temi della sana alimentazione, dell'attività motoria, della sicurezza nei diversi ambiti, della prevenzione del disagio giovanile e delle dipendenze, della prevenzione delle patologie croniche.

Nel corso del 2024 sarà implementato il nuovo modello di assistenza territoriale che per quanto riguarda la prevenzione collettiva e sanità pubblica dovrà dare particolare rilievo ad alcuni aspetti:

Allegato 2a)

- la valorizzazione dell'epidemiologia e dell'uso di dati epidemiologici, per la definizione di bisogni e priorità di intervento, la valutazione di impatto dei programmi, la governance dei processi ;
- le azioni di promozione, prevenzione e tutela della salute delle comunità,
- le azioni di preparedness e di risposta rapida alle emergenze sanitarie di tipo emergenziale garantendo uno stretto raccordo ed il supporto alle autorità sanitarie a ciò deputati,
- la comunicazione con l'utenza, compresa quella professionale che rappresenta un interlocutore peculiare dei Servizi del Dipartimento.

2.1.1 Area Medica- Igiene e Sanità Pubblica

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

La UOC ISP-PMI si occupa della Sorveglianza, Prevenzione e Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i Programmi Vaccinali.

È pertanto organizzata nelle seguenti specifiche aree:

- Area Vaccinazioni;
- Area Sorveglianza, Prevenzione e Controllo delle malattie infettive e diffuse.
- Area Medicina dei Viaggi e Profilassi Internazionale.

Area Vaccinazioni

È finalizzata alle seguenti attività:

- Vaccinazioni dei Nuovi nati: cicli di base e successivi richiami (come da calendario nazionale e regionale) di vaccino per la prevenzione di difterite, tetano, pertosse, epatite B, polio, Haemophilus influenzae tipo b, pneumococco, meningococco B, rotavirus, morbillo, parotite, rosolia, varicella, meningococco ACYW135;
- Vaccinazioni degli Adolescenti: ciclo di base (come da calendario) di vaccino anti-meningococcico ACYW135e vaccino anti HPV;
- Vaccinazione anti-influenzale stagionale delle categorie previste dalla Circolare emanata annualmente dal Ministero della salute;
- Vaccinazione anti Covid-19 in accordo alle raccomandazioni ministeriali vigenti;
- Vaccinazione Pneumococcica e anti Herpes Zoster per la coorte dei 65enni;
- Vaccinazione dei Soggetti a rischio di tutte le età: come previsto dal vigente PNPV 2023-2025.
- Trasmissione dati informatizzati a livello nazionale

Allegato 2a)

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

L'attività di Profilassi Vaccinale, in particolare per alcune fasce di età o condizioni di rischio e di fragilità, sarà organizzato nel 2024 attraverso un modello organizzativo territoriale a rete che deve tener conto delle caratteristiche del territorio definendo l'organizzazione interna e promuovendo collaborazioni con Strutture, in particolare le Case della Comunità, e con professionisti opportunamente individuati e formati per l'erogazione delle vaccinazioni ed il raggiungimento degli obiettivi indicati nel Piano, nel rispetto delle indicazioni e della normativa a livello regionale.

Si evidenzia, tuttavia, che i valori relativi a tutti gli indicatori di copertura vaccinale sono influenzati dal rilevante fenomeno dell'esitazione vaccinale, definita dall'OMS come il "ritardo nella accettazione o il rifiuto delle vaccinazioni, nonostante la disponibilità di servizi vaccinali". I dati nazionali e regionali a confronto mostrano in maniera univoca che nelle Marche il fenomeno dell'esitazione vaccinale è più marcato rispetto alla situazione complessiva nazionale.

Il trend Regionale conferma una difficoltà generale a raggiungere l'obiettivo del 75% di copertura vaccinale influenzale negli > 65 anni che si attesta attorno al 55,1% (stagione 2022-2023) registrando una riduzione della copertura.

In tale contesto il dato di copertura negli over 64 raggiunto dalla AST Pesaro – Urbino (61%), superiore del 5% rispetto al dato medio regionale, e maggiore rispetto a quello delle altre AST, rappresenta sicuramente un ottimo risultato.

Pertanto per l'anno 2024 l'obiettivo primario sarà garantire gli elevati livelli di performance raggiunti nell'anno 2023.

Area Sorveglianza, Prevenzione e Controllo delle malattie infettive e diffusive

È finalizzata alle seguenti attività:

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

Allegato 2a)

- Comunicazione e diffusione di informazioni sulle azioni di controllo intraprese.
- Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva.

L'UOC ISP-PMI, inoltre, gestisce e coordina un Servizio preposto a facilitare l'accesso al test HIV per i soggetti con comportamenti a rischio assicurando contemporaneamente un corretto approccio di counselling.

Nei soggetti con infezione da HIV accertata vengono offerte le vaccinazioni raccomandate per condizione patologica di rischio (es. Pneumococco; Influenza, Herpes Zoster, Epatite B, Menigococco ACYW135; Epatite A).

Obiettivo specifico del 2024 sarà garantire gli elevati livelli di performance raggiunti nell'anno 2023.

2.1.2 Screening oncologici

Nella fase pandemica le attività dello screening oncologico hanno subito un periodo di interruzione. Per fronteggiare il ritardo imputabile ai mesi di interruzione dell'erogazione di tutti i test di screening di primo livello legati alla pandemia da SARS-CoV-2, si è provveduto riorganizzare il Servizio di Prevenzione per una radicale modifica dell'organizzazione tendente a:

- garantire un'estensione il più vicina possibile al 100% colmando così il ritardo dovuto ai mesi di interruzione;
 - favorire l'adesione consapevole della popolazione agli esami di screening;
 - fornire informazioni aggiornate e tempestive all'utenza sull'erogazione dei programmi di screening oncologici;
 - ottemperare al debito informativo con Ministero, ISS, Regione Marche, Asur, con dati completi ed esaustivi.
- Sulla base delle più recenti evidenze scientifiche, per le attività di screening oncologico del 2024 si introducono rilevanti cambiamenti metodologici con la rimodulazione delle attività verso la popolazione target:
- passaggio dal Pap test all'HPV test come esame di primo livello per lo screening del tumore della cervice (nella fascia di età 30-64 anni);
 - utilizzo della tecnica della citologia su strato sottile al posto del Pap test tradizionale, usata come esame di primo livello nella fascia di età 25-29 e come esame di triage nella fascia di età 30-64 anni;
 - garantire il reminder per la vaccinazione HPV alle 25enni che ancora non ne abbiano usufruito con **l'occasione dell'invito al primo Pap test;**
 - garantire l'offerta attiva per la vaccinazione HPV alle donne che hanno subito trattamenti per **lesioni HPV correlate;**
 - aumentare l'adesione allo screening con test del sangue occulto nelle feci all'interno dello screening del **tumore del colon-retto;**
 - standardizzare la procedura di preparazione per la colonscopia di screening;
 - organizzare colonscopie in sedazione profonda e colon TC come esami complementari alla colonscopia di II livello;
 - garantire un numero di esami di secondo livello, in particolare colposcopie e colonscopie, adeguato alle crescenti necessità;

Le campagne di screening dovranno operare a pieno regime mantenendo le buone performance anche negli ambiti che in passato si sono caratterizzati per qualche criticità. Tutti e tre gli screening oncologici presentano livelli di estensione del programma (avanzamento delle chiamate) allineati agli attesi.

Sarà obiettivo principale per il 2024 anche la presa in carico multidisciplinare dei casi positivi.

Inoltre nel 2024 proseguirà l'attività formativa rivolta ai medici di medicina generale per favorire l'adesione dei loro assistiti allo screening del tumore del colon-retto, anche con la predisposizione di una procedura unica con le istruzioni rivolte all'utenza per la corretta preparazione all'esame di colonscopia.

Dall'insieme di queste azioni si attende un maggior numero di colposcopie e colonscopie mirate ad intercettare il più precocemente possibile le forme oncologiche.

Per incentivare l'attività di screening mammografico, si è proceduto, nel novembre 2023, alla messa in funzione di un nuovo mammografo digitale, acquisto con i fondi PNRR, presso la sede del Distretto di Pesaro in via Nanterre finalizzato all'incremento dell'attività di screening, cui si aggiungono un mammografo digitale presso lo Stabilimento di Fano ed un altro presso lo stabilimento di Muraglia finalizzate al contenimento delle liste di attesa delle mammografie cliniche.

2.1.3 Prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro

Negli ultimi anni i Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (PSAL) hanno dovuto mettere in campo azioni di prevenzione e controllo adeguati alla evoluzione del mondo del lavoro.

I cambiamenti tecnologici e le innovazioni dei processi produttivi, le nuove tipologie contrattuali e forme di organizzazione hanno comportato nuovi rischi richiedendo un adeguamento anche nelle strategie di prevenzione per la tutela della salute e sicurezza sul lavoro.

Le recenti modifiche al D. Lgs 81/08 introdotte con il Decreto Legge n. 146 del 21 ottobre 2021 - CAPO III Rafforzamento della disciplina in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro – hanno introdotto rilevanti novità nelle attività ordinarie dei Servizi PSAL con estensione del coordinamento con gli Ispettorati Territoriali del Lavoro nella vigilanza in tutti i settori produttivi (non solo edilizia) e con l'istituzione di ulteriori strumenti sanzionatori (provvedimenti di sospensione delle attività imprenditoriali) per specifiche fattispecie di violazioni alla normativa antinfortunistica (Allegato I D. Lgs 81/08 così come modificato dal DL 146/2021).

Relativamente alla tutela della salute e sicurezza sul lavoro l'obiettivo 2024 si concretizza nell'aumento di copertura della vigilanza nei luoghi di lavoro.

Per l'anno 2024 l'attività dell'UOC PSAL, oltre a perseguire gli obiettivi istituzionali ormai consolidati e, in particolare, il raggiungimento del LEA relativo al controllo delle attività lavorative del territorio di competenza (almeno il 5% delle aziende con almeno 1 lavoratore dipendente) è fortemente orientata a mettere in campo le azioni previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025, articolato su vari programmi predefiniti e su alcuni programmi liberi, i quali sono trasversalmente connessi con comune denominatore <<Promozione della Salute nei luoghi di vita e di lavoro>>.

Il Piano Regionale della Prevenzione approvato con DGR 1640/21 è articolato nei 10 Programmi Predefiniti descritti nel Piano Nazionale a cui si aggiungono 4 Programmi Liberi introdotti a livello regionale al fine di rispondere agli obiettivi indicati dal Piano Nazionale della Prevenzione.

I programmi sopracitati presentano degli indicatori di obiettivi regionali che andranno declinati attraverso un organizzazione coordinata tra il livello regionale (14 gruppi regionali di coordinamento) ed il livello locale (14 gruppi locali di AST di coordinamento).

Alcuni di questi programmi coinvolgono direttamente l'UOC PSAL e, previa iniziative di informazione e formazione, si concretizzeranno nei Piani Mirati di Prevenzione.

Saranno avviate attività di controllo su un campione di Aziende, prioritariamente tra quelle che non aderiranno al PMP, come condiviso con le Parti sociali nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08 e nell'ambito dei gruppi di lavoro regionali.

2.1.4 Area Veterinaria E Sicurezza Alimentare Sanità Animale

Il servizio di Sanità Animale del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro-Urbino (AST PU) deve assicurare tutte le prestazioni e i servizi stabiliti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nonché quelle previste dalle norme cogenti e vigenti in materia di sanità animale e di sicurezza alimentare, la cui finalità fondamentale è la tutela della salute umana e della sicurezza alimentare attraverso la prevenzione e il controllo delle zoonosi (malattie trasmissibili dagli animali all'uomo) nonché di tutte le attività di sanità pubblica veterinaria. Detta finalità, strettamente correlata con le attività di vigilanza e controllo degli alimenti di origine animale, con le attività di farmacovigilanza e di benessere animale, è correttamente in linea con l'approccio metodologico di tipo olistico denominato "*One health*" (Salute globale) che prevede una stretta interdisciplinarietà tra le diverse figure professionali che operano all'interno del Dipartimento di Prevenzione integrando le attività di sanità pubblica veterinaria ed umana, di tutela ambientale e di sostenibilità delle produzioni animali e vegetali. Tutte le attività di controllo e prevenzione svolte all'interno del servizio di sanità animale influiscono in maniera significativa sulla globalità degli aspetti economici, sociali, culturali ed ambientali sia del singolo cittadino sia della comunità locale e nazionale.

Nell'ambito della disciplina specialistica, il Servizio di Sanità animale, nel 2024, garantirà le seguenti attività:

- 1) Sorveglianza, controllo e prevenzione delle malattie infettive ed infestive degli animali di interesse zootecnico:
 - a. Profilassi di Stato: Piani di Sorveglianza TBC Bovina, BRC bovina e ovi-caprina, LEB
 - b. Piani di sorveglianza per la ParaTBC, IBR
 - c. Piano di sorveglianza della Blue Tongue
 - d. Piani di sorveglianza per le Pesti Suine
 - e. Piano di sorveglianza per la Malattia di Aujeszky
 - f. Piano di sorveglianza per l'Anemia Infettiva Equina
 - g. Piano di sorveglianza per l'A. tumida
- 2) Sorveglianza, controllo e prevenzione delle malattie di importanza zoonosica e a trasmissione vettoriale:
 - a. Piano di sorveglianza per la West Nile Disease e USUTU
 - b. Piano di sorveglianza per l'Influenza Aviaria
 - c. Piano di sorveglianza per le Salmonellosi avicole
 - d. Piano di sorveglianza e controllo delle TSE
 - e. Piano di sorveglianza per la selezione genetica delle encefalopatie spongiformi degli ovini e dei caprini
- 3) Sorveglianza, controllo e prevenzione delle concentrazioni e movimentazioni di animali in ambito nazionale, unionale ed extraunionale;
- 4) Controlli ufficiali dei sistemi di identificazione e registrazione degli animali ai fini della rintracciabilità degli alimenti di origine animale (gestione Anagrafe Zootecnica);

Allegato 2a)

- 5) Ispezione e controllo dei livelli di biosicurezza degli allevamenti zootecnici ai fini del controllo dell'antibioticoresistenza;
- 6) Programmazione, gestione ed attivazione delle emergenze epidemiche delle malattie animali;
- 7) Programmazione, gestione ed attivazione delle emergenze non epidemiche degli allevamenti;
- 8) Vigilanza e controllo di mercati, fiere, esposizioni di animali, circhi e altri concentramenti di animali anche di tipo temporaneo;
- 9) Vigilanza e controllo delle popolazioni animali selvatiche e sinantropiche negli aspetti igienico-sanitari;
- 10) Certificazioni e attestazioni relative alla salute animale, alle loro movimentazioni e alla loro detenzione e proprietà;
- 11) Campionamenti, prelievi e certificazioni nell'ambito delle attività di export-import di animali e di prodotti di origine animale;

Nell'ambito delle attività inerenti l'Igiene Urbana Veterinaria il servizio di sanità animale garantirà anche nel 2024 quanto previsto nei LEA per l'assistenza di intervento clinico-sanitario, di primo livello, per gli animali incidentati e nell'ambito delle attività specialistica, quanto previsto dalle norme unionali, nazionali e regionali cogenti:

- 1) Sorveglianza, controllo e prevenzione delle malattie infettive ed infestive degli animali d'affezione:
 - a. Visite sanitarie degli animali morsi ai fini della profilassi antirabbica con la contestuale "classificazione del rischio" per i cani con aggressività non controllata.
 - b. Profilassi dell'echinococcosi canina e leptospirosi canina.
- 2) Vigilanza e controllo del randagismo canino e felino e attività di sterilizzazione chirurgica;
- 3) Vigilanza e controllo delle colonie feline presenti sul territorio di competenza;
- 4) Vigilanza e controllo delle movimentazioni comunitarie ed extracomunitarie di animali d'affezione (rilascio passaporto europeo, certificazioni TRACES e/o altre attestazioni)
- 5) Ispezione e controllo degli avvelenamenti animali;
- 6) Segnalazioni di maltrattamento animale: gestione e controllo;
- 7) Gestione e controllo dei sistemi di identificazione e registrazione degli animali d'affezione (Gestione dell'Anagrafe degli Animali d'Affezione e accreditamento dei Veterinari LLPP per l'identificazione e registrazione degli animali d'affezione);
- 8) Vigilanza e controllo delle condizioni igienico-sanitarie delle strutture di ricovero per cani e gatti (canili e gattili);
- 9) Vigilanza e controllo delle attività connesse al commercio/custodia di animali d'affezione (negozi, toelettature, pensioni per animali) nonché di fiere e mercati;
- 10) Vigilanza e controllo di strutture veterinarie di tipo sanitario (ambulatori, cliniche, laboratori e ospedali);
- 11) Attività assistite con gli animali (Pet-therapy);
- 12) Attività di formazione ed informazione agli operatori del settore e di educazione alla salute;

Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

Al fine di conseguire gli obiettivi individuati per il 2024, le attività che sono da garantire nell'ambito di questa disciplina specialistica sono:

Allegato 2a)

- Registrazione di nuovi operatori e gestione delle anagrafiche degli operatori nei settori della alimentazione animale, miele, trasporto di animali vivi e sottoprodotti di origine animale, nei sistemi informativi del portale VETINFO e sistema operativo SINTESI.
- Controlli ufficiali inerenti i Piani Nazionale e Regionale Residui (PNR e PRR) per la rilevazione di residui di farmaci e contaminanti ambientali negli alimenti di origine animale e in matrici biologiche, al fine di svelare trattamenti illeciti, in ottemperanza al D. Lgs. 158/2006 e s.m.i.
- Controlli ufficiali sull'applicazione della normativa concernente la protezione degli animali di interesse zootecnico, come pianificati dal Piano Nazionale per il Benessere Animale (PNBA) e dal Piano Regionale Benessere Animale (PRBA) e da rendicontare annualmente al Ministero della Salute con dati aggregati gestiti dai sistemi informativi di Classyfarm e VETINFO; questi controlli riguardano il rispetto delle norme di protezione animale durante l'allevamento e il trasporto.
- Controlli ufficiali, in ottemperanza alla convenzione in essere tra Ministero della Salute e Ministero dell'Agricoltura, finalizzati alla erogazione degli aiuti comunitari agli agricoltori, da parte dell'ente erogatore AGEA, nei settori: Residui, Benessere Animale, Sicurezza Alimentare, prevenzione, controllo ed eradicazione di alcune TSE.
- Rilascio di autorizzazioni agli operatori del settore del trasporto degli animali vivi, Autorizzazioni di Tipo 1 e di Tipo 2; rilascio del certificato di omologazione dei automezzi destinati ai lunghi viaggi, ai sensi del Reg. (CE) n. 1/2005.
- Attività ispettiva richiesta da parte delle forze dell'ordine o su segnalazioni di sospette irregolarità che possono pregiudicare il benessere durante il trasporto di animali vivi (Reg. (CE) n. 1/2005).
- Sopralluoghi volti al rilascio di autorizzazioni per centri di raccolta, produzione e stoccaggio di materiale genetico in ottemperanza alla vigente normativa in tema di riproduzione animale.
- Attività ispettive nelle strutture connesse con la riproduzione animale: stazioni di monta pubblica e privata, centri di raccolta, produzione e stoccaggio di materiale genetico, al fine di verificarne il mantenimento dei requisiti funzionali ed igienico-sanitari.
- Controlli ufficiali su alimenti di origine animale scaturiti da allerte nazionali e comunitarie.
- Attività di controllo ufficiale in ottemperanza ai Piani Nazionale e Regionale di Farmacosorveglianza che, in attuazione del Reg (UE) 2019/6, prevede ispezioni presso tutte le strutture connesse con il commercio e l'utilizzo del farmaco veterinario, avvalendosi della categorizzazione del rischio armonizzata a livello nazionale con i sistemi informativi Classyfarm e REV-Farmacosorveglianza; i controlli sono mirati a svelare le situazioni che possono costituire un serio rischio per la salute umana e animale e per la tutela dell'ambiente derivante dal fenomeno dell'antimicrobico-resistenza; tra le situazioni che possono essere evidenziate, grazie anche al supporto dei nuovi sistemi informativi, c'è l'elevato consumo di antibiotici in generale, e/o di antibiotici critici per l'uomo (Critically Important Antibiotics-CIA) in particolare.
- Gestione dei difetti di qualità dei farmaci veterinari su segnalazioni della DGSAF del Ministero della Salute, mediante un intervento di rintraccio delle confezioni di farmaci interessati, ancora presenti presso le strutture ricadenti nel territorio di competenza.
- Rilascio di autorizzazioni alla detenzione di scorte di medicinali veterinari presso impianti di allevamento e custodia, impianti di cura (ambulatori e cliniche) e veterinari che svolgono attività zoiatrica, ai sensi del D.Lgs. 193/2006.
- Attività di sopralluogo legate al riconoscimento degli operatori del settore dei mangimi ai sensi del Reg. (CE) n. 183/05 e del settore dei mangimi medicati ai sensi del D.Lgs 90/93.

Allegato 2a)

- Attività di controllo ufficiale (ispezioni ed audit) presso le strutture connesse con la produzione, distribuzione e utilizzo di alimenti per animali, volte alla verifica del mantenimento dei requisiti previsti dal D.Lgs n. 183/2003 e controlli sull'etichettatura dei mangimi ai sensi del Reg.(CE) 767/2009.
- Campionamenti ed analisi da effettuarsi su alimenti destinati agli animali, ai sensi della programmazione dei Piani Nazionale e Regionale Alimentazione animale (PNAA e PRAA) 2024-2026 ; per la tutela della salute pubblica, il PNAA è finalizzato alla verifica del rispetto dei limiti di legge previsti per le farine animali, per le diossine e i policlorobifenili, per le micotossine, per i metalli pesanti, per le Salmonelle e per altri contaminanti, nonché per l'uso degli OGM, per le cross contaminazioni (carry-over) e per il corretto uso dei principi farmacologicamente attivi soprattutto nei mangimi destinati agli animali produttori di alimenti per l'uomo ma anche in alcune tipologie di alimenti per PET.
- Attività legate al rilascio di certificazioni sanitarie per l'esportazione di mangimi verso Paesi Terzi.
- Controlli su sospetto o correlati ad indagini epidemiologiche legate a emergenze, allerte iRASFF o su segnalazione di non conformità nel settore degli alimenti per animali.
- Rilascio di pareri su pratiche edilizie relative a nuovi insediamenti o ristrutturazione di strutture destinate ad ospitare animali di interesse zootecnico.
- Rilascio pareri e vigilanza sullo svolgimento di manifestazioni pubbliche in cui vengono coinvolti animali di interesse zootecnico.
- Sopralluoghi, anche congiunti con altri servizi del Dipartimento di Prevenzione e/o altri enti, a seguito di segnalazioni inerenti la protezione degli animali negli allevamenti di interesse zootecnico e igienicità delle strutture.
- Rilascio di pareri igienico-sanitari per l'autorizzazione di stabilimenti di allevamento di animali utilizzati a fini scientifici, ai sensi del D.Lgs. n. 26/2014.
- Attività di vigilanza negli stabilimenti utilizzatori e ispettiva negli stabilimenti di allevamento e fornitori di animali utilizzati a fini scientifici, al fine di verificarne il mantenimento dei requisiti previsti dal D.Lgs. n. 26/2014 (protezione degli animali utilizzati a fini scientifici).
- Ispezioni presso allevamenti avicoli, basata sulla valutazione del rischio, per la verifica del possesso dei requisiti previsti in tema di biosicurezza negli allevamenti avicoli, ai sensi del D.M. 30 Maggio 2023.
- Sopralluoghi ai fini del rilascio del parere, circa il possesso dei requisiti funzionali ed igienico-sanitari previsti dal Reg. 1069/2009, al fine del riconoscimento degli stabilimenti del settore dei sottoprodotti di origine animale.
- Attività ispettiva, basata sulla valutazione del rischio secondo nota regionale n.7451 del 27/07/2015 PFVSA presso gli stabilimenti riconosciuti e registrati nel settore dei sottoprodotti di origine animale ai sensi del Reg. (CE) n. 1069/2009.
- Rilascio di pareri su istanze di richiesta di smaltimento mediante interrimento, in deroga al Reg. 1069/2009, di carcasse di animali di interesse zootecnico.
- Rilascio di autorizzazioni temporanee per il trasporto e l'utilizzo in deroga di sottoprodotti di origine animale, a fini didattico-scientifici e di ricerca.
- Rilascio dei nulla-osta finalizzati alla emanazione delle autorizzazioni ministeriali per l'importazione, da paesi terzi, di sottoprodotti di origine animale destinati alla ricerca scientifica.
- Attività di controllo ufficiale (ispezione e campionamenti) presso i produttori primari di latte bovino, ovino e caprino, in base alla valutazione del rischio, in ottemperanza alla nota regionale n. 5580 del 19/06/2018 PFVSA.
- Rilascio delle attestazioni sanitarie riguardo all'impiego di determinati mangimi, sostanze ormonali e farmaci, richieste dagli OSA per l'esportazione in paesi terzi di latte e prodotti a base di latte.

Allegato 2a)

- Attività di controllo ufficiale (ispezioni e campionamenti) lungo la filiera del latte e degli alimenti per animali per la verifica della presenza di Aflatossine in ottemperanza al piano regionale di cui alla nota n. 6164 del 10/07/2017 PFVSA.
- Attività formativa rivolta agli operatori incaricati dello svolgimento delle attività di controllo ufficiale ai sensi del Reg. (CE) 625/2017.
- Attività di divulgazione e di formazione, su tematiche di interesse del servizio, agli operatori del settore alimentare (OSA) e del settore mangimistico (OSM).

Igiene degli alimenti e della nutrizione –

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

I controlli ufficiali sono intesi come controlli eseguiti dall'Autorità competente delegata per le funzioni di cui alle norme specifiche europee e nazionali. In merito all'esecuzione dei controlli, il Reg. UE 625/17 dispone che vengano effettuati con frequenza opportuna in base alla valutazione del rischio e senza preavviso a meno che non sia necessario ai fini dell'esecuzione del controllo stesso.

I Servizi Veterinari e i Servizi IAN, parte integrante del Sistema sanitario nazionale, svolgono attività essenziali di sorveglianza sanitaria, di controllo e di vigilanza per garantire che sia assicurato il rispetto rigoroso dei requisiti di sicurezza alimentare e salute e benessere degli animali a tutela della salute pubblica.

Nell'ambito della rete della prevenzione primaria collettiva, questi Servizi/UUOO perseguono gli obiettivi di salute 2024 con un approccio sistemico e multidisciplinare basato sulle evidenze scientifiche (EBP) le cui azioni sanitarie sono coordinate attraverso il Piano Regionale Integrato dei Controlli.

Il controllo ufficiale degli alimenti e delle bevande ha la finalità di verificare la conformità dei prodotti alle disposizioni dirette a prevenire i rischi per la salute pubblica, a proteggere gli interessi dei consumatori ed assicurare la lealtà delle transizioni.

Il SIAN nel 2024 svolgerà, dunque, numerosi e complessi compiti in tema di sicurezza alimentare e di nutrizione collettiva; assicurando tutte le prestazioni e i servizi stabiliti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), nonché quelle previste dalle norme cogenti e vigenti in materia di sicurezza alimentare, garantendo la tutela della salute collettiva.

L'Obiettivo principale del SIAN per il 2024 sarà garantire le seguenti attività:

- a. Gestione delle notifiche di avvio attività ai fini della registrazione delle attività a competenza SIAN e SIAN+SIAOA
- b. Gestione pratiche ai fini del riconoscimento degli stabilimenti del settore alimentare di competenza (alimentazione particolare, integratori, additivi, aromi, semi germogliati)
- c. Controlli ufficiali su stabilimenti riconosciuti (compreso AUDIT)
- d. Controlli ufficiali su ingrosso e dettaglio a competenza SIAN
- e. Campionamenti di alimenti (in attuazione al piano di campionamento annuale regionale - PAMA)- Comprensivo della verifica di allergeni, OGM, additivi alimentari, micotossine

Allegato 2a)

- f. Controlli ufficiali su Materiali destinati ad andare a contatto con Alimenti (MOCA) presso produttori, depositi all'ingrosso e/o importatori
- g. Controlli ufficiali nella commercializzazione e utilizzo dei prodotti fitosanitari
- h. Attività di controllo e consulenza dell'ispettorato micologico
- i. Controlli presso le attività a vigilanza congiunta SIAN + SIAOA (es: ristorazione collettiva)
- j. Gestione allerte alimentari (tramite sistema IRASFF)
- k. Gestione MTA in collaborazione con altri Servizi del Dipartimento
- l. Rilascio certificazioni ai fini esportazione alimenti
- m. Controllo acque destinate al consumo umano
- n. Controllo acque minerali e di sorgente
- o. Consulenza dietetico nutrizionale rivolta alle collettività
- p. Sistemi sorveglianza nutrizionale (OKKIO alla Salute - HBSCC - GYTS)
- q. Attuazione PRP 2020-25 (approvato con DGR n. 1640 del 28.12.2021)
- r. Sportello di Consulenza Nutrizionale
- s. Stesura di un articolo, ai fini della pubblicazione sul portale web VESA, per comunicazione rischio (in attuazione alla Det. DG ASUR 734/2016)

Igiene degli alimenti di origine animale

Il Servizio di Igiene degli Alimenti di Origine Animale, e le afferenti Unità Operative Semplici, inserito come U.O.C. nell'articolazione del Dipartimento di Prevenzione, interagisce con le altre UU.OO.CC./Servizi dipartimentali e collabora con Enti Locali e altre Autorità di controllo.

Si caratterizza per le funzioni inerenti alla Sicurezza alimentare e alla Sanità pubblica nel rispetto della cogente legislazione Comunitaria, Nazionale e Regionale, garantendo la tutela della salute collettiva e svolgendo attività di sorveglianza, vigilanza e controllo lungo tutte le filiere produttive degli alimenti di origine animale, nei seguenti macro -settori:

- a) **Produzione primaria** (Allevamento e Pesca), in particolare di Molluschi bivalvi con conseguente classificazione e monitoraggio delle zone di produzione e controllo dei prodotti della pesca (imbarcazioni/MP);
- b) **Produzione post-primaria** (stabilimenti di trasformazione) di interesse specifico per i prodotti di origine animale;
- c) **Commercializzazione e somministrazione (pubblica e collettiva);**
- d) **Produzione post primaria di interesse generale per i prodotti di origine animale e vegetale** (misti) in collaborazione con l'U.O.C. Igiene degli Alimenti e Nutrizione.
- e) **Utilizzo e consumo delle carni di selvaggina selvatica abbattuta durante l'esercizio venatorio** e/o piani di controllo faunistico

L' UOC – SIAOA, nel rispetto dei L.E.A., così come definiti ed aggiornati dal D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 – Allegato I, lettera E) - Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori, per il 2024 sarà chiamata a garantire le seguenti attività inerenti agli alimenti di origine animale:

E 1) Registrazione/riconoscimento di stabilimenti del settore alimentare ai sensi della normativa vigente

E 2) Sorveglianza sulle attività di macellazione e lavorazione della selvaggina

Allegato 2a)

E 3) Sorveglianza sugli stabilimenti registrati, compresa la produzione primaria, e sugli stabilimenti riconosciuti

E 4) Sorveglianza sulla presenza di residui di sostanze non autorizzate, farmaci, contaminanti negli alimenti, in conformità con il piano nazionale integrato dei controlli

E 6) Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti - Regolamento CE 625/17

E 7) Sorveglianza su laboratori che eseguono analisi per le imprese alimentari nell'ambito delle procedure di autocontrollo

E 8) Sorveglianza sanitaria delle zone di produzione e/o allevamento di molluschi bivalvi

E10) Gestione stati di allerta alimenti destinati al consumo umano e gestione emergenze

Nell'ambito di tali attività dovrà garantire in particolare la programmazione e l'effettuazione delle seguenti prestazioni:

- controlli ufficiali, così come indicati dal Regolamento CE 625/2017
- predisposizione di procedure documentate al fine di garantire la corretta esecuzione dei controlli ufficiali
- formazione adeguata del personale che esegue i controlli ufficiali "che gli consenta di espletare i propri compiti con competenza e svolgere i controlli ufficiali in modo coerente"
- sorveglianza sanitaria sulle zone di produzione e stabulazione dei molluschi bivalvi vivi
- vigilanza e campionamenti, in base alla valutazione del rischio, presso gli stabilimenti riconosciuti
- vigilanza e campionamento presso gli esercizi di somministrazione: pubblica e collettiva
- valutazione, anche mediante sopralluoghi, delle istanze di riconoscimento degli stabilimenti del settore alimentare
- valutazione delle NIA (notifica inizio attività) del settore alimentare e loro registrazione in banca dati
- gestione delle allerte per alimenti destinati al consumo umano (sistema RASFF)
- categorizzazione delle imprese alimentari, previa valutazione del rischio
- controllo sanitario di tutti gli animali macellati negli stabilimenti di macellazione
- controllo sanitario dei suini (o di eventuali altre specie animali) macellati a domicilio/azienda per uso familiare
- controllo sanitario dei cinghiali abbattuti durante l'esercizio venatorio e/o in piani di controllo faunistico
- controlli delegati dall'UVAC (Ufficio Veterinario Adempimenti CE) o PIF (Uffici periferici ministero della Salute)
- collaborazione alla valutazione delle NIA relative a manifestazioni temporanee
- gestione delle tossinfezioni alimentari
- effettuazione di accertamenti sanitari e rilascio certificazioni (es. TRACES) su richiesta e nell'interesse degli Operatori del Settore Alimentare (OSA) o su richiesta da parte di Pubbliche Amministrazioni
- formazione, informazione e comunicazione agli stakeholder in materia di Sicurezza Alimentare
- gestione dell'anagrafe informatizzata delle Ditte inserite nel Sistema Informativo Veterinario "DATAFARM" e in Banca Dati Nazionale (BDN)
- formazione del personale al fine di implementare la conoscenza e l'utilizzo degli applicativi informatici regionali di programmazione e rendicontazione delle attività
- effettuazione di prelievi e campionamenti degli alimenti di origine animale previsti dalla vigente normativa
- gestione delle non conformità rilevate a seguito dell'esecuzione dei controlli ufficiali così come previsti dal Reg. CE 625/17

- Rendicontazione delle prestazioni erogate ed alimentazione dei flussi informativi.

Infine, deve essere considerata la programmazione, pianificazione, l'esecuzione e non da ultimo la rendicontazione di tutte le attività legate al Piano Regionale di Classificazione e Monitoraggio delle zone di produzione e stabulazione dei molluschi bivalvi vivi che per quanto riguarda l'AST PU sono n. 36 aree.

Nel settore degli impianti di macellazione, sezionamento e lavorazione dei prodotti a base di carne , si assiste, in generale , ad un graduale e costante incremento delle attività da svolgere.

Pertanto, nell'ambito territoriale dell'AST PU, dovrà essere assicurata nel 2024 la messa a disposizione di n. 8 centri di controllo sanitario sia per animali macellati a domicilio/azienda (suini, ovi-caprini) che per cinghiali abbattuti durante l'esercizio venatorio e/o piani di controllo faunistico.

2.2 Offerta Territoriale

Politiche di prossimità, riduzione delle disuguaglianze, partecipazione ed empowerment dei cittadini

La promozione di politiche per la prossimità, per la riduzione delle disuguaglianze di salute e per la partecipazione/empowerment dei cittadini sono i temi principali sui quali sarà orientata l'attività dei prossimi anni, intendendo mettere in atto a partire dal 2024 e nel triennio le azioni necessarie a garantire le stesse opportunità di accesso, di fruizione, di qualità e di appropriatezza dei servizi a tutti i cittadini. Il tema dell'umanizzazione in termini di promozione di ambienti e comportamenti finalizzati al benessere delle persone, oltre che all'eliminazione delle discriminazioni e delle barriere (fisiche, sociali e culturali) nell'accesso e fruizione ai servizi sanitari viene considerato come una parte del più generale tema dell'equità dell'assistenza sanitaria ed è al centro dell'attenzione delle future traiettorie strategiche aziendali. In base a tale approccio, le attività da compiere non saranno meramente rivolte alla gestione dell'accessibilità ai luoghi di cura, bensì allo sviluppo di politiche di inclusione.

Le azioni da mettere in campo saranno in capo ai distretti, articolazioni territoriali dell'Azienda, quali macrostrutture di decentramento del governo aziendale, che assicurano i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi gli stabilimenti del Presidio ospedaliero, tramite il loro inserimento nel Programma delle attività territoriali di cui all'articolo 17 della l.r. 19/2022.

Essi costituiscono il livello territoriale di base in cui si realizza la gestione integrata tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali e garantiscono lo svolgimento delle seguenti attività:

- a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali;
- b) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;

Allegato 2a)

c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.

Il distretto garantisce:

- a) assistenza specialistica ambulatoriale;
- b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- d) attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;
- e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
- f) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

In tale contesto, assume rilevanza la **realizzazione dell'Hospice pediatrico a Fano** quale obiettivo progettuale a carattere prioritario per l'Azienda nell'ambito delle reti delle cure palliative. E ciò in aderenza ai contenuti del PSSR che, nel richiamare la Legge 38 del 2010 con la quale è stato sancito il *“diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore”* (art.1), fa espresso riferimento all'avvenuta individuazione – in applicazione della predetta Legge - delle *tre reti di assistenza dedicate alle Cure palliative, alla Terapia del Dolore, rivolte al paziente adulto, ed un'unica rete di Cure palliative e Terapia del Dolore, dedicata ai piccoli pazienti con particolare riguardo alla realizzazione dell'hospice pediatrico nel territorio dell'Ast di Pesaro-Urbino* (cfr. DGRM 1238/2021).

Sono stati incrementati, inoltre, 17 posti letto da dedicare alla realizzazione di un hospice per adulti a Fossombrone, per ospitare non solo pazienti oncologici ma anche pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative.

L'organizzazione sul territorio dell'azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino è articolata su 3 Distretti Sanitari.

Il Distretto di Pesaro conta un bacino di utenza di n.137.998 abitanti suddivisi in n. 7 Comuni; il territorio coincide con quelle dell'Ambito Territoriale Sociale n.1. Il Distretto di Fano conta un bacino di utenza di n. 131763 abitanti suddivisi in n.14 comuni; il territorio coincide con quello degli Ambiti Territoriali Sociali n. 7 di Fossombrone e 6 di Fano. Il Distretto di Urbino conta un bacino di utenza di n 80.088 abitanti suddivisi in n.30 comuni; il territorio coincide con 3 Ambiti Territoriali Sociali.

Sono presenti 241 Medici di Medicina Generale (MMG), 36 Pediatri di Libera scelta (PLS) organizzati in 13 équipe territoriali. 18 sono le postazioni di Continuità assistenziale (di cui 2 postazioni del distretto di Pesaro nel 2022 non attive per carenza di medici) che hanno effettuato in totale nel 2022 n. 70.072 contatti (accessi + contatti telefonici).

L'assistenza agli Stranieri temporaneamente presenti (STP) è garantita da 4 ambulatori garantendo nel garantendo l'assistenza di circa 600 persone adulte.

L'Azienda opera mediante 126 strutture territoriali a gestione diretta e 76 strutture territoriali convenzionate (Fonte STS 11).

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

Allegato 2a)

Numero di strutture a gestione diretta	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	AMBULATORIO E LABORATORIO	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	Totale complessivo
ASSISTENZA AGLI ANZIANI			12		12
ASSISTENZA AI DISABILI FISICI			2	1	3
ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI			2	3	5
ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI			1		1
ASSISTENZA PAZIENTI COVID-19			1		1
ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI	6			1	7
ASSISTENZA PSICHIATRICA	8		9	3	20
ATTIVITA' CLINICA	22	10			32
ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE	12				12
ATTIVITA' DI LABORATORIO	6	5			11
DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	9	5			14
PRESCRIZIONE FARMACI NOTA 99 AIFA		3			3
VACCINAZIONI ANTI COVID-19	5				5
Totale complessivo	68	23	27	8	126

	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	AMBULATORIO E LABORATORIO	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA RESIDENZIALE	Totale complessivo
Strutture Convenzionate	2	28	1	45	76
ASSISTENZA AGLI ANZIANI			1		1
ASSISTENZA AGLI ANZIANI				33	33
ASSISTENZA AIDS				1	1
ASSISTENZA IDROTERMALE	2				2
ASSISTENZA PAZIENTI COVID-19				1	1
ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI				6	6
ASSISTENZA PSICHIATRICA				4	4
ATTIVITA' CLINICA		14			14
ATTIVITA' DI LABORATORIO		8			8

Allegato 2a)

DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI		6			6
Totale complessivo	2	28	1	45	76

Relativamente alle strutture private che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale è utile segnalare la limitata presenza di tale tipologia di strutture. Pertanto, vengono erogate dal privato convenzionato prestazioni afferenti ad un numero limitato di discipline (es non sono attive strutture che erogano prestazioni di endoscopia digestiva, di pneumologia, ecc).

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

POSTI LETTO PER STRUTTURA	Tipo di assistenza erogata	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	TOTALE
Strutture a gestione diretta	Assistenza agli anziani	303	-	303
	Assistenza ai disabili fisici	12	8	20
	Assistenza ai disabili psichici	42	46	88
	Assistenza ai malati terminali	10	-	10
	Assistenza per tossicodipendenti	-	-	-
	Assistenza psichiatrica	103	50	153
	Attività clinica	-	-	-
	Attività di consultorio familiare	-	-	-
	Attività di laboratorio	-	-	-
	Covid-19	-	-	-
	Diagnostica strumentale e per immagini	-	-	-
Totale		470	104	574
Strutture convenzionate	Assistenza agli anziani	1.222	-	1.222
	Assistenza ai disabili fisici	-	24	24
	Assistenza AIDS	-	-	-
	Assistenza idrotermale	-	-	-
	Assistenza per tossicodipendenti	-	-	-
	Assistenza psichiatrica	118	-	118
	Attività clinica	-	-	-
	Attività di laboratorio	-	-	-
	Covid-19	-	-	-
	Diagnostica strumentale e per immagini	-	-	-

<i>Totale</i>	<i>1.340</i>	<i>24</i>	<i>1.364</i>
<i>Totale complessivo</i>	<i>1.810</i>	<i>128</i>	<i>1.938</i>

2.2.1 Integrazione Socio-sanitaria

L'assistenza sociosanitaria comprende le prestazioni necessarie a soddisfare il bisogno di salute del cittadino, anche nel lungo periodo, a stabilizzare il quadro clinico, a garantire la continuità tra attività di cura e di riabilitazione, a limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita della persona, associando alle prestazioni sanitarie anche azioni di supporto e di protezione sociale.

L'integrazione socio-sanitaria risponde al dovere dello stato di dare risposte ai bisogni complessi del cittadino, riconosciuto nella sua globalità come persona a cui va garantito uno stato di benessere bio-psico-sociale.

L'integrazione tra servizi sanitari e servizi socio assistenziali è uno dei temi essenziali di ogni politica sociale e operare in modo integrato è ormai da ritenersi un imperativo per chiunque lavori nell'ambito dei servizi alla persona.

I motivi sono diversi:

- la crescente complessità dei bisogni;
- l'aumento della consapevolezza in ordine alla globalità della persona e alle interdipendenze tra persona, contesti di vita, ambiente;
- la limitatezza/parzialità delle singole competenze professionali che richiede sempre di più approccio multidisciplinare e pluriprofessionale ai problemi.

Si tratta, quindi, di motivi tecnici, di cause sociali, ma anche di esigenze etiche, conseguenti alla maggiore consapevolezza che, lavorando nell'ambito dei Servizi socio-sanitari, si ha la responsabilità, oltre che di erogare prestazioni, di promuovere lo star bene nelle persone, nelle famiglie, nelle comunità. E questo star bene, che non è solo superamento del bisogno materiale o sconfitta della malattia, presuppone un'azione sinergica, un apporto multiplo, un leggere, un pensare, un lavorare, un verificare, un esercitare la responsabilità. L'integrazione è quindi un valore che si realizza sulla base di un sistema di norme (leggi, regolamenti, accordi), attraverso percorsi tecnici metodologicamente fondati per ogni professione ma soprattutto attraverso una mentalità, una comune cultura.

Con riferimento allo sviluppo degli obiettivi di attività, occorre premettere che esistono degli elementi di complessità derivanti dalla peculiarità del modello marchigiano di integrazione socio-sanitaria al quale occorre riferirsi costantemente quando, a livello aziendale, vengono sviluppate le attività di programmazione, organizzazione e gestione dei servizi che fanno capo ad una pluralità di soggetti con funzioni e profili istituzionali diversi.

Per il raggiungimento di questi obiettivi, sono definiti specifici percorsi assistenziali che prevedono prestazioni di natura sanitaria, erogate da operatori sanitari e sociosanitari per la cura e la riabilitazione di condizioni patologiche, e prestazioni di natura socio assistenziale per aiutare nella vita quotidiana la persona con problemi di disabilità, di disagio economico o di emarginazione che condizionano lo stato di salute. Tra queste ultime, l'aiuto nella igiene personale e dell'ambiente, nella gestione della casa, nella preparazione dei pasti, ecc.

Nei nuovi DPCM LEA vengono indicate non solo le categorie di cittadini a cui è garantita l'assistenza sociosanitaria ma vengono descritti anche gli ambiti di attività e i regimi assistenziali (domicilio, residenza, centro diurno) nei

Allegato 2a)

quali sono erogate le prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche, psicologiche, riabilitative, etc.), integrate con le prestazioni sociali.

A seconda delle specifiche condizioni della persona, della gravità e della modificabilità delle sue condizioni, della severità dei sintomi, le prestazioni potranno essere erogate in forma intensiva o estensiva, oppure mirare al semplice mantenimento dello stato di salute della persona e delle sue capacità funzionali.

È importante sottolineare che a tutti i cittadini viene garantito un percorso assistenziale integrato che include, se necessario, sia le prestazioni sanitarie sia le prestazioni sociali.

L'Azienda è chiamata a garantire la continuità della presa in carico del paziente tra le fasi dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza territoriale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi sul territorio, così articolati:

- assistenza sanitaria di base;
- emergenza sanitaria territoriale;
- assistenza farmaceutica;
- assistenza integrativa;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- assistenza protesica;
- assistenza termale;
- assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
- assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale;

Per i servizi di assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale dedicati alle diverse tipologie di utenti, sono elencate le diverse aree di attività (accoglienza, diagnosi, prestazioni sanitarie specialistiche, supporto psicologico, interventi riabilitativi, rapporti con altri servizi, ecc.).

L'assistenza residenziale è differenziata in tre livelli di intensità:

- intensiva (per accogliere le persone dimesse dall'ospedale)
- estensiva (per persone che richiedono una continuità assistenziale)
- di lungo-assistenza e mantenimento (per le situazioni stabilizzate che non possono essere trattate a domicilio per difficoltà familiari/sociali)

Vengono descritte le cure palliative (domiciliari e in hospice) e l'assistenza a minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo.

È stata ampliata la platea delle dipendenze patologiche, includendo il gioco d'azzardo.

Nello specifico relativamente ai processi socio-sanitari viene indicata la necessità della rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari, attraverso la chiarificazione e la specificazione tra sociale, sanitario e area comune socio-sanitaria di:

- interventi di sostegno e accompagnamento
- interventi e servizi territoriali
- interventi e servizi domiciliari
- interventi e servizi semiresidenziali
- interventi e servizi residenziali.

Strutture residenziali

Nell'anno 2024 l'Area Integrazione Socio-Sanitaria intende continuare a svolgere una funzione di riferimento per i Distretti e le Direzioni Amministrative del territorio per l'applicazione delle Delibere di Giunta Regionale n. 1195/2013 e n. 1331/2014 che hanno ridefinito il sistema tariffario, gli standard assistenziali e la compartecipazione nelle strutture residenziali e semi residenziali socio-sanitarie.

Allegato 2a)

In riferimento alle Residenze protette nel 2024 si prevede l'incremento dei posti letto in attuazione dei seguenti atti della Giunta Regionale:

DGR 1539/2019 Residenzialità e Semiresidenzialità territoriale - Sviluppo operativo regionale di integrazione dell'attuale offerta" Piano di convenzionamento approvato che prevede 184 PL aggiuntivi e la trasformazione di ulteriori 170 PL;

DGRM n. 1672 del 30/12/2019 linee di indirizzo per lo sviluppo dell'offerta di posti letto convenzionati di Residenza Protetta per Anziani (R3). E' previsto un incremento progressivo dei posti letto convenzionati. Nello stesso atto viene disposto che il calcolo dei posti letto incrementali su base percentuale abbia come riferimento il numero dei posti letto autorizzati.

DGRM 1269/2020 - "Incremento dell'offerta convenzionabile nell'ambito della residenzialità sanitaria extra ospedaliera per il setting assistenziale estensivo dedicato a persone non autosufficienti (R2.2 e R2D). L'atto prevede 160 PL nelle RSA.

Nel 2024 l'obiettivo dell'azienda è di mantenere/implementare l'indicatore: Numero di anziani (età ≥ 75 anni) non autosufficienti residenti presenti nelle strutture residenziali, per le tipologie di trattamento R1, R2, R2D, R3 >41 per 1.000 abitanti. Da tenere sempre presente che l'istituzionalizzazione dei cittadini è sempre secondario al setting domiciliare.

Assistenza domiciliare

Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. L'Azienda assicura pertanto la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio. Le cure domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001 recante «Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria». Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona.

All'interno della propria attività istituzionale, l'Azienda pone l'assistenza domiciliare tra i propri obiettivi strategici sviluppando un modello assistenziale che prevede la presa in carico del paziente cronico e fragile all'atto della dimissione ospedaliera mediante l'implementazione delle COT, attraverso l'analisi multidisciplinare del bisogno dell'assistito e la definizione di un piano personalizzato, utilizzando, ove possibile, anche strumenti di telemedicina.

Onde favorire la presa in carico del paziente e l'erogazione delle prestazioni di cui necessita, costituiscono obiettivi prioritari dell'Azienda lo sviluppo della telemedicina per permettere la lettura a distanza, l'introduzione della figura del case manager e/o infermiere di comunità che si fa interprete del bisogno per il coinvolgimento del medico di assistenza primaria fino allo specialista ambulatoriale o ospedaliero.

In attesa di riprogettare i percorsi all'interno del nuovo processo organizzativo, L'Azienda mantiene attivi i servizi che negli anni scorsi hanno consentito di mantenere efficiente il sistema di de-ospedalizzazione, valorizzando l'esperienza consolidata.

Pertanto, in relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli:

a) cure domiciliari di livello base: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello

Allegato 2a)

base, attivate con le modalità previste dalle regioni e dalle province autonome, sono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale» CIA (1) inferiore a 0,14;

b) cure domiciliari integrate (ADI) di I[^] livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di primo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI) che definisce i bisogni riabilitativi della persona, e sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;

c) cure domiciliari integrate (ADI) di II[^] livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI), e sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;

d) cure domiciliari integrate (ADI) di III[^] livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver. Le cure domiciliari ad elevata intensità sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI). Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona ed inoltre da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.

L'assistenza domiciliare costituisce uno dei pilastri della riforma territoriale, rappresentando il domicilio il cd "Primo luogo di cura". Il PNRR prevede come obiettivo da raggiungere entro il 2026, che l'assistenza a domicilio copra il 10% della popolazione italiana over 65, tenuto conto anche delle risorse stanziare con il DL 34/2020 per il raggiungimento dell'obiettivo.

Per l'anno 2024, pertanto, per le cure domiciliari si prevede un aumento della presa in carico dei pazienti complessi, in condizione di fragilità socio assistenziale:

Allegato 2a)

- Aumento dei pazienti in nutrizione artificiale o portatori di device visto l'aumento anche nei soggetti giovani delle patologie tumorali).
- Aumento di pazienti che necessitano di educazione terapeutica per la gestione delle tracheostomie e stomie intestinali e urinarie, dei drenaggi biliari a seguito di diagnosi con tumore del pancreas.
- Cure domiciliari nel fine vita, come luogo preferenziale per una morte serena insieme ai propri cari.
- Cure domiciliari per la presa in carico di pazienti con malattie cronico degenerative in raccordo con H (scompenso/BPCO/IRC/SLA) favorendo continuità di cura e la presa in carico condivisa.

2.2.3 Farmaceutica Territoriale

L'Assistenza Farmaceutica rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) definiti con il DPCM 12.01.2017, in base al quale viene delegato alle Regioni il compito di garantire il rispetto dei criteri di appropriatezza, sicurezza ed economicità, favorendo l'uniformità delle scelte attinenti all'uso dei farmaci, a tutela dell'equità del servizio reso ai cittadini. In tale contesto è obbligo per le Regioni assicurare il rispetto di tetti di spesa sulla assistenza farmaceutica, come precedentemente stabiliti dalla L. 232/2016 e s.m.i. di cui alla L. 145/2018, per la Farmaceutica Convenzionata (7,96%) e per gli Acquisti Diretti di medicinali (6,89% di cui 0,20% gas medicinali), in rapporto alla spesa sanitaria complessiva (tetto del 14,85%). Tali parametri, per l'anno 2021, sono stati successivamente aggiornati con la L. 178/2020 (Legge di Stabilità 2021), in particolare, fermo restando il valore complessivo del 14,85 per cento, il limite della spesa farmaceutica convenzionata è rideterminato nella misura del 7% mentre il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti è rideterminato nella misura dell'8,30% a decorrere dall'anno 2024. Conseguentemente il valore complessivo della spesa farmaceutica è rideterminato 15,30% a decorrere dall'anno 2024.

Le variabili che influenzano la spesa farmaceutica sono il consumo e il prezzo nonché i seguenti elementi:

Aumento della popolazione

Variazione della composizione della popolazione (età)

Variazione dello stato di salute della popolazione

Cambiamenti nell'assetto del sistema sanitario

Disponibilità e accesso a forme assicurative private

Cambiamenti nella politica farmaceutica

Introduzione di nuove tecnologie e scoperte scientifiche

Promozione di nuovi farmaci presso i MMG o i consumatori

Tra le misure previste a livello nazionale per garantire il rispetto del tetto della spesa farmaceutica convenzionata rientrano:

il prezzo dei farmaci viene negoziato dall'AIFA con l'azienda farmaceutica al fine della rimborsabilità conseguente alla commercializzazione;

i farmaci non più coperti da brevetto, a carico del SSN, forniti con la convenzionata sono inseriti nella lista di trasparenza curata dall' AIFA. L'eventuale differenza rispetto al prezzo del farmaco dispensato a carico del SSN è posta a carico del cittadino;

le farmacie sono tenute ad applicare, per legge, un complesso sistema di sconti al SSN.

L'AST di Pesaro Urbino, al fine di contenere e qualificare la spesa farmaceutica nei limiti programmati provvederà nel corso del 2024 all'attuazione delle seguenti azioni assicurando un servizio farmaceutico capillare sul territorio:

Allegato 2a)

la fornitura dei farmaci del PHT (prontuario ospedale-territorio) in distribuzione per conto (DPC) tramite le farmacie convenzionate;

la fornitura diretta dei farmaci alla dimissione ospedaliera, necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale;

l'erogazione diretta, al fine di garantire la continuità assistenziale, dei farmaci agli assistiti nella fase di dimissione dal ricovero ospedaliero o in seguito a visita specialistica ambulatoriale;

l'erogazione diretta di alcune classi di farmaci per terapie croniche ad alto costo ed alta complessità.

Inoltre l'Azienda ha recepito la DGR n.1764 del 27/12/2018 "Disposizioni relative alla promozione dell'appropriatezza e della razionalizzazione d'uso dei farmaci e del relativo monitoraggio" ed ha individuato le azioni da porre in essere nel 2024, principalmente nei seguenti ambiti:

- Ricorso ai farmaci a brevetto scaduto e farmaci biosimilari che determinerebbero un consistente risparmio senza ridurre l'assistenza, in quanto è stato dimostrato che non ci sono evidenze di un'incidenza maggiore di segnalazioni di sospette reazioni avverse rispetto agli originatori o una ridotta efficacia terapeutica.
- Riduzione dei consumi antibiotici.

In merito all'utilizzo degli antibiotici, si sottolinea l'impegno attuato dall'Azienda nel favorire l'implementazione di programmi di stewardship su tutti gli stabilimenti per il corretto utilizzo degli antibiotici in ambito ospedaliero. Il governo dell'appropriatezza prescrittiva in materia di farmaceutica convenzionata, prevede la trasmissione della reportistica relativa ai consumi farmaceutici per singolo medico prescrittore. Il documento "Valutazione comparativa - Scheda di sintesi del medico di medicina generale e relativi assistibili" pubblicato mensilmente sul portale SIRTE consente a ciascun professionista di poter conoscere il proprio profilo prescrittivo e confrontarlo con la media regionale, rilevando le eventuali deviazioni sia in termini di spesa che di ipo- o iper-prescrizione di singole classi farmacologiche. I Direttori dei Distretti sanitari sono poi stati chiamati mensilmente a dare riscontro alla Direzione Generale delle azioni correttive messe in campo al fine di armonizzare e migliorare le scelte prescrittive di tali MMG.

Ciò in quanto l'appropriatezza d'uso è uno strumento essenziale per allocare le risorse disponibili in maniera efficiente; in quest'ottica la Regione Marche al fine di contenere e qualificare la spesa farmaceutica nei limiti programmati a livello centrale, ha individuato, nel corso degli anni, una serie di provvedimenti amministrativi in ottemperanza a norme e/o accordi nazionali, regionali e/o locali vigenti, al fine di assicurare controlli ed interventi standardizzando le modalità inerenti i provvedimenti amministrativi di competenza e la corretta applicazione della convenzione:

- sull'appropriatezza prescrittiva farmaceutica;
- sulla conformità della dispensazione farmaceutica resa in regime di SSN;
- sulla correttezza degli adempimenti contabili e amministrativi;
- sulla corretta allocazione delle risorse disponibili.

Per il 2024 inoltre si metteranno in campo ulteriori azioni di efficientamento ed appropriatezza:

- l'organizzazione di eventi formativi/informativi con i MMG relativi all'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ad alto livello di inappropriatezza (PPI, Vitamina D, mesalazina e rifaximina);
- la diffusione su tutte le strutture del territorio dei protocolli di appropriatezza nell'uso degli antibiotici;
- Il contenimento e monitoraggio continuo dell'incremento dei determinati di spesa (gruppi terapeutici a maggior impatto di spesa)

- l'adozione, da parte dell'Azienda, di un prontuario unico aziendale per l'individuazione dei farmaci da utilizzare da parte dei professionisti sanitari, la fine di incentivare l'utilizzo di farmaci generici e migliorare l'appropriatezza.
- La riorganizzazione delle sedi di distribuzione di farmaci e dispositivi, legata all'attuazione della rideterminazione della Rete ospedaliera e territoriale aziendale, che comporterà un significativo risparmio di costi in termini di riduzione del personale addetto e dei servizi connessi, in particolare dei servizi di trasporto non sanitario, legato anche alla riorganizzazione dei percorsi di distribuzione e ritiro merci.

2.2.4 Le Cure Tutelari (Consultorio, UMEE e UMEA)

Consultorio Familiare

I Consultori Familiari (CF) sono servizi di base a tutela della salute della donna, degli adolescenti e della coppia/famiglia che svolgono attività di prevenzione, cura e promozione della salute rivolta ai singoli e alla comunità.

La rete dei Consultori Familiari (regolamentata ai sensi della legge n. 405/75 "Istituzione dei consultori familiari") è un servizio ad alta integrazione socio-sanitaria con competenze multidisciplinari.

La funzione è la promozione e la prevenzione nell'ambito della salute della donna e dell'età evolutiva per una politica sociale per la famiglia, per la coppia e per la donna.

L'obiettivo della normativa nazionale è di garantire servizi di prevenzione, informazione ed educazione sanitaria attraverso interventi sanitari e socio-sanitari.

Le prestazioni erogate costituiscono i livelli essenziali di assistenza (LEA).

Il Consultorio Familiare risponde alle richieste dirette della popolazione riguardanti le seguenti aree: maternità, infertilità, affido, adozione, contraccezione, menopausa, sessualità, relazioni di coppia, genitorialità, infanzia e adolescenza.

Il sistema di interventi e servizi che si va descrivendo viene realizzato all'interno dei tre diversi Distretti Pesaro, Fano, Urbino, ciascuno dei quali con proprie sedi.

In tutti i Distretti, per quanto riguarda l'area psicosociale, è presente come richiesto dalla normativa vigente una équipe multidisciplinare che si realizza attraverso le figure dell'assistente sociale e dello psicologo.

Il Consultorio lavora in integrazione con il territorio: Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali, Enti Istituzionali, Servizi Sociali dei Comuni, Istituzioni Scolastiche, Agenzie educative e Associazioni sportive.

I servizi e le prestazioni erogate trovano il loro ancoraggio nella normativa nazionale che istituisce i Consultori familiari, nei LEA previsti dal DPCM 2020 e nelle diverse leggi di settore.

L'obiettivo per il 2024 sarà quello di garantire percorsi di presa in carico globale dei soggetti che necessitano di di natura tutelare e l'individuazione di interventi mirati nei seguenti ambiti:

-Adozione: Il percorso che verrà attuato anche nel 2024 prevede accompagnamento e formazione sulle procedure di adozione nazionale e internazionale alle coppie aspiranti all'adozione; espletamento istruttoria, valutazione e relazione psico-sociale delle coppie aspiranti all'adozione, incontri di gruppo e/o individuali come sostegno psico-sociale e accompagnamento alle coppie adottive nelle fasi di attesa e post-adozione.

Affido: L'affido familiare è un dispositivo temporaneo finalizzato a supportare genitori in difficoltà nell'accudimento dei figli.

Anche per il 2024 saranno attivati percorsi di supporto di gruppo o individuali alle famiglie affidatarie. A riguardo

Allegato 2a)

verrà rinnovato il protocollo operativo con l'ATS1 (Centro per le Famiglie) e l'AST PU relativamente al percorso nascita e percorso adottivo, mettendo in sinergia risorse professionali al fine di mettere a sistema un palinsesto di interventi e servizi a supporto delle persone che intraprendono il percorso adottivo.

-Consulenza sociale IVG

La donna e/o la coppia viene accompagnata nella scelta di interruzione volontaria di gravidanza e a sviluppare azioni di prevenzione dell'IVG stessa.

Nel 2024 verranno assicurate le attività necessarie, tra cui l'attività di consulenza durante la quale la donna riceve tutte le informazioni necessarie in merito a quanto previsto dalla L.194/78 esaminando tutte le possibili alternative all'IVG.

-Percorso di sostegno alla Genitorialità

Il Consultorio familiare ha offerto ed offrirà nel 2024 interventi di aiuto al genitore singolo o alla coppia, sostenendo e integrando con dispositivi e proposte adeguate, i compiti connessi alla responsabilità genitoriali. Come negli anni precedenti, nel 2024 saranno garantiti percorsi di accompagnamento in tutte le fasi evolutive del bambino.

-Consulenze/supporto psicologico e sociale individuale, di coppia e familiare Nel 2024 sarà garantita la consulenza familiare o mediazione familiare per la riorganizzazione delle relazioni familiari in seguito alla nascita di un figlio, alla separazione/divorzio, in raccordo con i servizi sanitari territoriali, con i servizi sociali dei Comuni, con le agenzie educative, del volontariato, ecc. nonché intrattenendo rapporti con la magistratura Ordinaria e Minorile per il supporto alla genitorialità vulnerabile.

Area Giovani

Il Consultorio Familiare, nel 2024 offrirà percorsi e interventi a preadolescenti, adolescenti e alle loro famiglie, finalizzati al supporto psicologico e sociale, nell'ambito del percorso di crescita e nel processo di costruzione dell'identità. Il percorso potrà anche prevedere il raccordo con gli altri servizi sanitari (territoriali e ospedalieri), con i Servizi Sociali dell'Ente Locale, con gli Istituti Scolastici, i MMG e i PDLS. In riferimento all'area della affettività e sessualità, il Consultorio, in sinergia con le associazioni e gli Enti Locali, effettua incontri di sensibilizzazione nelle scuole, al fine di promuovere il benessere psicologico e sociale.

-Percorso donna vittima di violenza/maltrattamento

Nel 2024 continuerà l'attività relativa a colloqui di sostegno alle vittime di abuso e maltrattamento su accesso diretto/spontaneo o su segnalazione delle Forze dell'Ordine, su decreto dell'Autorità Giudiziaria ordinaria o della Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni; sostegno psicologico per il trattamento delle conseguenze psicologiche che la violenza di genere può produrre sulla salute e sugli eventuali figli minori; interventi volti a favorire la fuoriuscita dall'esperienza di violenza subita e agita in collaborazione con i servizi sociali territorialmente competenti, con l'equipe dei centri antiviolenza.

2.2.5 Dipartimento Dipendenze Patologiche

Così come avviene in tutti i Settori di attività, anche per le Dipendenze Patologiche si assiste e si prevede un aumento costante dei bisogni sia in termini quantitativi che qualitativi ai quali occorrerà dare risposta.

L'AST Pesaro Urbino, tramite il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche (DDP), attua interventi di consulenza, primo sostegno e orientamento, di informazione, prevenzione, riduzione del danno, assistenza e cura delle dipendenze delle persone (sia pazienti che loro congiunti) che hanno problemi conseguenti all'uso di sostanze psicoattive (droghe, alcol, nicotina, farmaci) o anche conseguenti alla dipendenza psicologica da attività, oggetti, ecc. (gioco d'azzardo, tecnologie e simili) e prestazioni diagnostiche e terapeutiche relative alle malattie infettive (Aids, epatiti, ecc).

Nello specifico, accerta lo stato di salute psicofisica del soggetto, definendo programmi terapeutici individuali da realizzare direttamente o in convenzione con strutture di recupero sociale, e valuta periodicamente l'andamento e i risultati del trattamento e dei programmi di intervento sui singoli soggetti dipendenti in riferimento agli aspetti di carattere clinico, psicologico e sociale.

I servizi forniti non sono a pagamento e chi vi si rivolge non è obbligato a fornire i propri dati anagrafici, poiché è garantito il diritto all'anonimato e alla privacy. Possono accedere ai servizi del Dipartimento i cittadini che ne fanno richiesta.

In particolare il DDP anche per il 2024 prevede l'erogazione di un sistema complesso di prestazioni ambulatoriali e residenziali, tra cui:

- Servizi semiresidenziali (Centri Diurni a gestione del pubblico e/o privato sociale);
- Servizi residenziali (Comunità Terapeutiche), anche per specifiche tipologie di utenza, madri tossicodipendenti con figli minorenni, doppia diagnosi (a gestione principalmente del privato sociale);
- Interventi di strada sanitari finalizzati alla riduzione del danno;

Tra le attività di prevenzione che saranno messe in campo nel 2024 si annoverano:

- Interventi concertati con gli Ambiti Territoriali Sociali e, in relazione ai diversi obiettivi, con le Autonomie Scolastiche, gli Istituti penitenziari, gli Uffici Esecuzione Penale Esterna, il terzo settore ed altri eventuali soggetti individuati localmente;
- Interventi che prevedono l'impiego, da parte degli ATS, di operatori di strada o unità mobili di natura socio-sanitaria con funzioni di promozione della salute, informazione, prevenzione, riduzione della domanda ed intercettazione del disagio, rivolti alla popolazione giovanile.
- Pianificazione e Realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 Programma Predefinito (PP04) Dipendenze e partecipazione alla realizzazione delle azioni trasversali degli altri Programmi, in particolare Programmi: PP 01- Scuole che promuovono salute, PP03- Luoghi di lavoro che promuovono salute e PL14- Primi 1000 giorni di vita.

L'intera programmazione delle attività dell'Area Dipendenze Patologiche prende le mosse dai diversi impegni già assunti nel 2023:

- Prestazioni residenziali e semiresidenziali;
- Screening dell'infezione attiva dell'HCV presso il DDP;
- Progettualità innovative e consolidamento progetti di prevenzione, cura e riabilitazione dipartimentali già avviati in ambito di contrasto alle dipendenze patologiche.

I progetti relativi al Dipartimento per le Dipendenze Patologiche dell'AST di Pesaro-Urbino che verranno perseguiti nel 2024 sono i seguenti:

- contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio da Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) e da nuove tecnologie e social network (dipendenze digitali)

Con determina DAV n. 609 del 23.05.2022 sono stati affidati al privato sociale le attività connesse al Piano regionale integrato per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio da gioco d'azzardo patologico, per le esigenze dell'ASTPU. In particolare l'affidamento prevede le seguenti tre aree di intervento: a) Informazione, educazione e sensibilizzazione; b) Prevenzione ambientale ed universale; c) Prevenzione selettiva ed indicata.

- Realizzazione del Programma territoriale per la prevenzione, cura e riabilitazione in materia di dipendenze patologiche. Il Programma territoriale prevede numerosi interventi, alcuni gestiti direttamente, altri realizzati in collaborazione con gli AA.TT.SS. della Provincia di Pesaro e Urbino e con il privato sociale. Le attività programmate sono:
 - Attività trattamentali in regime semiresidenziale per Centro Diurno Fenice
 - Attività di prevenzione a titolarità degli ambiti territoriali sociali:
interventi sociosanitari con gli operatori di strada e servizi di ascolto, informazione e consulenza per gli studenti delle scuole secondarie superiori
 - Attività finalizzate all'innovazione: interventi di prossimità per giovani e giovanissimi, interventi territoriali e domiciliari per cronici, supporto alla genitorialità, implementazione gruppo guida pubblico privato.
 - Interventi ergoterapici e di inclusione socio-lavorativa
 - Programma dipartimentale: rafforzamento equipe del DDP, formazione integrata, Consulenza Sociale ai detenuti, Tutoraggio territoriale, Oltre l'indifferenza: parlare ancora di HIV AIDS, Gruppi di auto mutuo aiuto per familiari e Unità di Strada sanitaria.

2.2.6 Salute Mentale

Il DSM è un dipartimento strutturale transmurale (territoriale ed ospedaliero), a direzione unica e dotato di autonomia tecnico-organizzativa, che rappresenta il riferimento ed il garante clinico per la tutela della salute mentale. Opera, pertanto, per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di ogni forma di disagio psichico e del disturbo mentale, favorendo una cultura di lotta allo stigma e al pregiudizio. Secondo i bisogni e le condizioni della persona, vengono definiti percorsi di cura personalizzati e finalizzati alla ripresa e al recupero del paziente, alla valorizzazione delle sue risorse personali e alla continuità della presa in carico.

L'aumento costante del bisogno legato all'andamento epidemiologico degli ultimi anni risulta accentuato in misura rilevante da fattori di crisi e incertezza legati alla (post) pandemia, alla situazione internazionale e alle ricadute socio economiche. La pressione sui Servizi del DSM è incrementata da un lato a causa del crescente numero di persone affette da disturbi mentali che manifesta un disagio più grave rispetto al resto della popolazione e sviluppa una sintomatologia severa (incidenza), dall'altro, sono aumentate in modo significativo le nuove prese in carico, sia in termini quantitativi che qualitativi (prevalenza).

Anche nel 2024 l'attività del Dipartimento è e sarà caratterizzata da una stretta collaborazione ed integrazione con il con il privato sociale ed il volontariato.

Le diverse Unità Operative si interfacciano con i Distretti e con gli Enti locali collaborando alla programmazione locale in ambito socio-sanitario. In un'ottica di salute mentale, e quindi di promozione del benessere psicofisico dei cittadini, anziché solamente di cura e riabilitazione di patologie mentali, il lavoro del Dipartimento di Salute Mentale si sviluppa inoltre in stretta integrazione con altri servizi aziendali.

L'Area territoriale della Salute Mentale è costituita da Centri di salute mentale, Centri diurni e Strutture residenziali gestiti a livello organizzativo e gestionale dai Dipartimenti di Salute Mentale.

- **Riabilitazione:** per quanto concerne gli inserimenti in strutture residenziali il DSM individua una micro-equipe referente del caso (Psichiatra ed Assistente Sociale) che ha il compito di stilare il Piano Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP) per il soggetto e di verificare periodicamente l'andamento dello stesso durante il percorso in struttura.
- **Servizi sollievo:** I "Servizi di Sollievo" mettono in atto la programmazione sanitaria regionale che, fra i vari obiettivi, mira a spostare l'asse dell'intervento dalla componente sanitaria a quella di un intervento capace di mobilitare risorse pubbliche, private, del terzo settore, del volontariato, verso una reale integrazione delle politiche sanitarie con quelle sociali. In particolare, all'interno di questo processo risulta essere centrale il ruolo del Dipartimento di Salute mentale che adempirà nel 2024 alle seguenti funzioni:
 - predisposizione dei piani terapeutico-riabilitativi individuali (ivi compresa l'individuazione del case manager) da realizzare anche in modalità gruppal e/o assembleare, secondo quanto disposto dalla D.A. n.132/2004 ;
 - promozione sul territorio di tale progettualità unitamente agli ATS e agli altri partner del progetto;
 - verifica dell'andamento della progettualità come ricaduta sul benessere psico-fisico dell'utente.
- **Progetti di potenziamento Area Salute Mentale e Disturbi dell'alimentazione, disturbi dello spettro autistico:**

Tra gli obiettivi specifici prioritari vi è il miglioramento dei **disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA)**, tramite la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici multidisciplinari integrati incardinati nel nuovo contesto organizzativo volto a garantire una rete integrata fra i servizi territoriali (DSM, MMG, PLS, ambulatori specialistici, semi-residenzialità-residenzialità) e quelli ospedalieri; rete caratterizzata dalla presenza e dalla collaborazione di tutte le professionalità coinvolte nel percorso di diagnosi e cura e dalla condivisione fra professionisti dei programmi e degli interventi da attuare, secondo – come detto - con un approccio multidimensionale, interdisciplinare, pluri-professionale integrato tenendo conto della molteplicità dei contesti di cura. E ciò in continuità con quanto determinato con **DGR n. 247 del 30.03.2015** recante "*Linee di indirizzo per la realizzazione di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) nella Regione Marche*" (come integrata da successiva **DGR n.1540/2016**) in attuazione della quale è stata realizzata una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare. Nell'ambito di tale rete è stato consolidato, tra gli altri, l'ambulatorio specialistico presso la ex AV1. Successivamente, la l.r. 3 agosto 2020 n. 40, "*Disposizioni relative alla presa in carico delle persone con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione o del comportamento alimentare*", ha disposto il mantenimento del centro DCA di Pesaro.

In tale contesto, l'Azienda è impegnata nello specifico progetto "Consolidamento dei servizi della rete regionale per i disturbi del comportamento alimentare DCA" con fondi assegnati dalla stessa Regione per il raggiungimento dei seguenti specifici obiettivi:

Allegato 2a)

1. implementazione dei percorsi psicoterapici nella presa in carico territoriale;
2. implementazione delle valutazioni mediche (dietologico/nutrizionali) nella presa in carico territoriale;
3. implementazione dei percorsi riabilitativo-educazionali.
4. integrazione con la rete regionale della residenzialità per il pieno reintegro dei pazienti
5. Completamento del percorso ospedale territorio per la gestione dei casi particolarmente complessi che richiede il ricovero in aree mediche o di alta intensità di cura.

Relativamente ai disturbi dello **spettro autistico**, l'Azienda muove da un approccio integrato tra componente sanitaria e componente sociale con misure volte a supportare la permanenza nel domicilio, tenendo conto dello stato di attuazione della legge regionale 9 ottobre 2014, n. 25 e delle misure ivi previste, nonché dell'obiettivo prioritario delineato dal PSSR di sostenere le persone con disturbo dello spettro autistico e le loro famiglie attraverso il modello organizzativo del case management/IFoC, della legge nazionale sull'autismo del 2015, dell'art.60 del DPCM del 12/01/2017 sui LEA. Al riguardo, risulta altresì indicativo quanto riportato nella DGR 31 gennaio 2023, n.60 recante "Trasmissione all'Assemblea Legislativa - IV Commissione consiliare permanente - della relazione sullo stato di attuazione e sugli effetti della L.R. 25/2014 "Disposizioni in materia di disturbi dello spettro autistico" da cui sono stati ricavati elementi di contesto e di prospettiva sia per la definizione dell'assetto organizzativo aziendale, sia per la concreta attuazione di misure già avviate (ma non completate). In particolare, con DGRM n.993 del 4.09.2017 è stato formalmente costituito, per quanto attiene l'ambito territoriale di questa Azienda, il **Centro Regionale Autismo per l'Età Evolutiva**, attivato già a partire dal 2003 con il Progetto "L'Autismo nelle Marche: verso un progetto di vita", presso la U.O. Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord", riconosciuto - secondo la valutazione dei risultati e dell'efficacia delle azioni di cui alla richiamata DGRM - quale polo di eccellenza per la diagnosi, presa in carico e ricerca rispetto ai disturbi dello spettro autistico in età evolutiva.

Posto che la Regione Marche, a termini di legge, *promuove e sostiene sul territorio regionale, oltre alle strutture già esistenti, la realizzazione di centri dedicati a persone con disturbi dello spettro autistico che fungano da centro diurno, centro residenziale e di sollievo, secondo i bisogni espressi dai territori e tenendo conto dei livelli di intensità ed alta complessità di assistenza che questi bisogni comportano*, l'Azienda - anche in continuità con i precedenti atti amministrativi - ha individuato l'area e l'immobile di proprietà finalizzato alla realizzazione di una struttura dedicata alla presa in carico di persone con disturbi dello spettro autistico (Centro Autismo), con garanzia dei diversi setting assistenziali.

A tale fine, nell'anno 2024, lo specifico gruppo di lavoro, in sinergia con le associazioni di tutela, definirà le modalità operative per dare seguito quindi alla realizzazione del progetto.

Associazionismo: nel rispetto della centralità del cittadino, la partecipazione attiva di utenti e familiari alla vita dei servizi assume un significato del tutto particolare, essendo gli uni e gli altri portatori non solo di bisogni, ma anche di risorse e competenze. Non sono tuttavia presenti nel nostro territorio associazioni di familiari sia nell'area Salute mentale che nell'area Disturbi del comportamento alimentare. Si programma, pertanto, di promuovere nell'anno 2024 una serie di azioni, in sinergia con gli Ambiti territoriali, volte a favorirne la costituzione.

2.3 Offerta Ospedaliera

2.3.1 Emergenza-urgenza ospedaliera

Il Servizio per l'emergenza territoriale 118 rappresenta l'elemento cruciale per la definizione di un sistema integrato di diagnosi precoce e cura territoriale, basato sulla collaborazione di ospedali e servizi interdipendenti, operanti in rete per garantire i migliori risultati con un impiego ottimale di risorse. Le centrali Operative svolgono le funzioni di processazione delle chiamate di soccorso, identificazione del codice d'intervento sulla base della gravità/urgenza del caso, invio del mezzo più idoneo e guida fino al luogo dell'evento, facendo intervenire il più rapidamente possibile il mezzo idoneo nella sede dell'evento per il trasporto del paziente nel più breve tempo possibile all'ospedale più adeguato, garantendogli un trattamento pre-ospedaliero nel rispetto delle linee guida internazionali e con la definizione di appositi PDTA.

Principi della riorganizzazione della rete emergenza-urgenza

La riorganizzazione della rete Emergenza Urgenza della AST di Pesaro Urbino è partita dal presupposto che per aumentare la capacità e la resilienza del sistema è necessario lavorare in maniera integrata e strutturata rispetto ai seguenti punti:

- sovraffollamento del PS;
- inappropriata accessibilità al PS;
- gestione della cronicità;
- degenza media e ricoveri inappropriati;
- analisi della rete della bassa complessità territoriale e della continuità assistenziale.

Il Pronto soccorso rappresenta il nodo strategico della rete, sia in caso di paziente che si presenta direttamente con mezzi propri sia in caso di trasporto da parte del 118. Poiché l'accesso diretto al PS può comportare un rischio potenziale di ritardo diagnostico, e quindi di trattamento, risulta importante incrementare la percentuale di pazienti che richiedono l'intervento del 118 mediante campagne informative rivolte al cittadino. Come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 2019, in PS nel 2024 saranno attuati protocolli operativi di valutazione rapida per ridurre i tempi di attesa, facilitare la diagnosi e il conseguente avvio al percorso terapeutico più appropriato.

Sarà anche attivato un efficiente percorso di selezione dei casi potenzialmente gravi che comporti l'esecuzione di valutazione medica ed ECG nel minor tempo possibile dall'arrivo.

Inoltre L'Azienda intende essere parte attiva nell'aggiornamento ed implementazione delle reti cliniche tempodipendenti già approvate a livello regionale (ictus, trauma grave, infarto miocardico acuto,) al fine di garantirne l'aggiornamento in funzione delle innovazioni tecnologiche e delle modifiche in ambito organizzativo ed assistenziale; in particolare dovranno essere previsti specifici percorsi per la presa in carico degli ictus emorragici e di quelli pediatrici.

2.3.2 Attività ospedaliera

Per quanto riguarda la dotazione di posti letto della provincia di Pesaro-Urbino, come riportato nella DGRM 2/2018 è previsto un tasso di pl/1.000 ab pari a 2,75, a fronte di una media regionale pari a 3,61.

PROVINCIA	TASSO PL/1.000 AB
-----------	-------------------

PU	2,75
AN	4,38
MC	3,76
FM	2,78
AP	3,76
REGIONE MARCHE	3,61

Il **Presidio ospedaliero** della AST Pesaro Urbino comprende gli **stabilimenti di Pesaro, Fano, Urbino e Pergola**, quest'ultimo riconosciuto come ospedale in Area disagiata, le cui rispettive denominazione e ubicazioni vengono di seguito riportate:

- "Ospedale Santa Croce" di Fano – via Vittorio Veneto, 2 – Fano (PU);
- "Ospedale Santi Carlo e Donnino" di Pergola – via Giuseppe Di Vittorio, 2 - Pergola (PU);
- "Ospedale San Salvatore" di Pesaro – p.le Cinelli, 4 e via Lombroso,1 – Pesaro (PU);
- "Ospedale Santa Maria della Misericordia" di Urbino - viale Federico Comandino, 70 – Urbino (PU).

Il Presidio Ospedaliero, quale articolazione organizzativa ospedaliera aziendale dotata di autonomia gestionale ed economico-finanziaria, aggrega dunque funzionalmente tutti gli stabilimenti aventi sede nel medesimo territorio.

Le funzioni del Presidio sono esercitate tramite i dipartimenti che, a loro volta, aggregano le unità operative presenti e assicurano l'integrazione della gestione tra gli stabilimenti ospedalieri.

Sono inoltre presenti, per quanto attiene all'ospedalità privata accreditata, posti letto all'interno dell'Ospedale di Comunità di Cagli (gestione Kos Care) e all'interno della struttura di Sassocorvaro (gestione "Villa Rete Montefeltro").

La dotazione di posti letto ordinari e DH a gestione diretta (al netto delle variazioni temporanee legate all'emergenza Covid-19), risulta la seguente (Fonte Modello hsp12 2022).

	DH/ DS	Ordinari	Totale
URBINO	24	207	231
PERGOLA	9	59	68
FANO	40	241	281
PESARO	50	302	352

Focalizzando l'analisi sulla programmazione dell'attività aziendale nell'anno 2024, la stessa, è stata costruita sulla base delle indicazioni e delle linee di intervento individuate dal nuovo Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025.

Pur in assenza di specifiche disposizioni regionali, i principali obiettivi "core" che l'Azienda sarà sicuramente chiamata a raggiungere per l'anno 2024, in ambito ospedaliero, saranno i seguenti

Allegato 2a)

OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG; Patto per la Salute 2010-2012; DM 12/01/17; IQE)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG/IQE)	% pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate	Totale pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore
"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	% pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Pazienti con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria <3 giorni	Totale pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica
"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000
"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000
"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	Proporzione di interventi per tumore della mammella eseguiti in U.O. con volumi di attività > 135 interventi annui	Numero di ricoveri per intervento tumore mammella in reparti con volume di attività > 135 casi annui	Numero totale ricoveri per interventi per tumore mammella

Il target verrà definito in sede di attribuzione degli obiettivi regionali per l'anno 2024.

Considerando i dati preconsuntivi nell'anno 2023, l'attività ospedaliera complessivamente intesa si è concretizzata in circa 32.900 dimessi totali, per un valore complessivo pari a circa 120.000.000 euro (valore a tariffa al lordo degli abbattimenti regionali), mostrando quindi un lieve decremento rispetto al 2022, come meglio evidenziato nelle tabelle che seguono

Numero dimessi stimati 2023 rispetto al 2022

TOTALE DIMESSI	Nro dimessi			giornate degenza ed accessi DH			Peso medio		Valore Medio DRG		Totale valore DRG		
	2022	prev 2023	DIFF	2022	prev 2023	DIFF	2022	prev 2023	2022	10 2023	2022	10 2023	Diff
ISTITUTO DIMISSIONE	12.654	12.433	-221	82.402	80.812	-1.590	1,577	1,500	4.958	4.930	62.736.307	61.292.463	-1.443.844
STABILIMENTO DI PESARO	12.654	12.433	-221	82.402	80.812	-1.590	1,577	1,500	4.958	4.930	62.736.307	61.292.463	-1.443.844
STABILIMENTO DI FANO	13.501	13.151	-350	69.795	68.385	-1.410	0,985	1,033	2.656	2.700	35.862.522	35.507.823	-354.700
STABILIMENTO DI URBINO	6.992	6.066	-926	44.057	39.022	-5.035	1,050	1,113	3.066	3.250	21.438.920	19.714.500	-1.724.420
STABILIMENTO DI PERGOLA	1.172	1.248	76	12.116	11.366	-750	0,927	0,927	3.247	3.000	3.805.022	3.744.000	-61.022
Totale complessivo	34.319	32.898	-1.421	208.370	199.585	-8.785	1,215	1,216	3.609	3.550	123.842.771	120.258.786	-3.583.986

Numero dimessi in regime di ricovero ordinario per tipo DRG e stabilimento di dimissione vs 2022

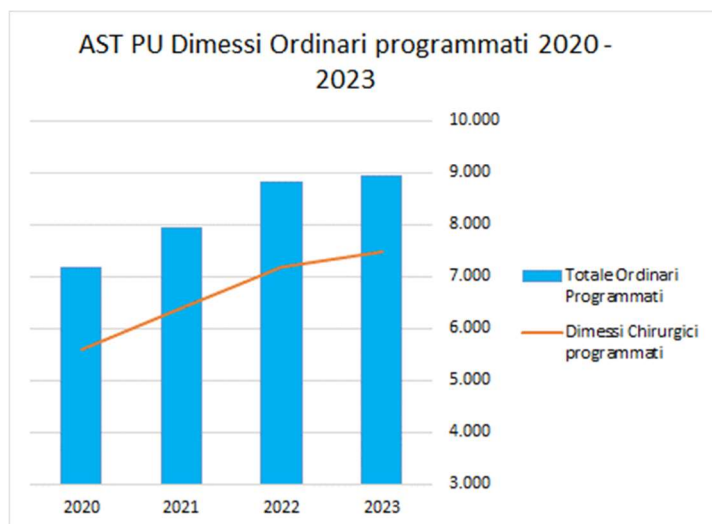
Allegato 2a)

REGIME RICOVERO ORDINARIO		Nro dimessi			Degenza media		Peso medio		Valore Medio DRG		Totale valore DRG		
TIPO DRG	DESCR_ISTITUTO	2022	Proiezione 2023	DIFF	2022	10 mesi 2023	2022	10 mesi 2023	2022	10 mesi 2023	2022	Proiezione 2023	DIFF
Chirurgico	STABILIMENTO DI FANO	2.581	2.710	129	3,3	3,4	1,203	1,253	3.143	3.322	8.112.823	9.000.668	887.845
	STABILIMENTO DI PERGOLA	118	139	21	1,2	1,0	0,798	0,688	1.296	1.112	152.874	154.776	1.902
	STABILIMENTO DI PESARO	6.208	6.547	339	5,4	5,0	1,974	1,870	6.428	6.021	39.905.769	40.422.877	517.108
	STABILIMENTO DI URBINO	2.190	1.891	-299	4,7	4,8	1,431	1,524	4.326	4.706	9.474.882	9.248.173	-226.709
Chirurgico Totale		11.097	11.287	190	4,7	4,6	1,675	1,649	5.195	5.092	57.646.348	58.826.494	1.180.146
Medico	STABILIMENTO DI FANO	7.256	6.704	-552	7,1	7,2	0,972	1,015	3.019	3.149	21.903.288	21.112.556	-790.732
	STABILIMENTO DI PERGOLA	882	702	-180	13,4	14,8	0,970	0,959	3.896	3.974	3.435.983	2.789.900	-646.082
	STABILIMENTO DI PESARO	3.947	4.456	509	9,5	8,3	1,318	1,066	4.132	3.315	16.307.635	14.769.941	-1.537.694
	STABILIMENTO DI URBINO	3.923	3.086	-837	7,4	7,5	0,886	0,924	2.495	2.658	9.788.063	8.202.247	-1.585.816
Medico Totale		16.008	14.948	-1.060	8,1	8,0	1,036	1,009	3.213	3.136	51.434.968	46.874.644	-4.560.324
Totale complessivo		27.105	26.235	-870	6,7	6,5	1,298	1,290	4.024	3.994	109.081.317	105.701.138	-3.380.178

I dati rappresentati in tabella mostrano un trend in incremento dell'attività chirurgica, per un valore complessivo di circa 1.200.000 euro, ed un contestuale decremento dell'attività di tipo medico, di circa 3.300.000 euro, dovuto principalmente alla drastica diminuzione dei ricoveri legati al Covid ed alle patologie potenzialmente correlate, come meglio evidenziato nella tabella che segue

Dettaglio DRG medici correlati al Covid, preconsuntivo 2023 vs 2022

DRG MEDICI	2022	Prec 2023	diff
Drg medici con Diagnosi principale covid	884	200	-684
M 430 - Psicosi	356	148	-208
M 425 - Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	75	17	-58
M 428 - Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	77	-31	-108
M 256 - Altriediagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	195	109	-86
TOTALE	1.587	443	-1.144



Come si evince dal grafico di cui sopra, l'incremento dei ricoveri programmati ha interessato per la maggior parte i ricoveri di tipo chirurgico.

Al fine di garantire equità nell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato, migliorare il livello di accessibilità ai ricoveri, garantire che l'accesso dei pazienti alle prestazioni di ricovero sia gestito ad un livello ottimale e favorire l'ottimizzazione nell'impiego delle risorse aziendali continuerà ad essere attiva anche nel 2024 una specifica procedura aziendale che prevede un monitoraggio proattivo delle liste di attesa, tramite una

Allegato 2a)

verifica ad intervalli di tempo regolari, al fine di valutare lo stato di permanenza in lista dei pazienti, e procedere alle eventuali correzioni necessarie. I controlli periodici, compresi i contatti con i pazienti da parte dei coordinatori di unità operativa, sono mirati alla verifica delle rinunce, degli stati di sospensione, e delle uscite dalla lista di attesa, funzionali a garantire un'ottimale programmazione delle sedute operatorie.

Ciò la fine di rispettare i target regionali e il livello di performance quali-quantitativo previsto per l'AST di Pesaro e Urbino.

Inoltre, sempre riguardo all'attività di tipo chirurgico, stante che il percorso del paziente sottoposto ad intervento chirurgico riveste particolare attenzione in quanto driver principale della produzione ospedaliera, dopo la pandemia lo sforzo per recuperare le liste di attesa per intervento chirurgico ne hanno esacerbato la necessità di ricerca di appropriatezza e creazione di Value.

In considerazione di ciò, gli ambiti di intervento nel 2024 saranno incentrati sui pazienti definiti "outpatient": le tecniche chirurgiche, la tecnologia a sostegno di queste e la revisione dei percorsi di preparazione all'intervento, stanno progressivamente aumentando la quota di pazienti che non necessitano di ricovero ospedaliero a sostegno delle procedure chirurgiche.

Nel 2024 l'Azienda continuerà a approfondire il massimo sforzo per:

- Incrementare la chirurgia ambulatoriale: obiettivo perseguito ormai da diversi anni, che ha portato nel tempo ad uno spostamento del trattamento della casistica non complessa dal regime di ricovero a quello ambulatoriale.

Questo orientamento dovrebbe portare ad una ulteriore riduzione della degenza media favorendo anche altri obiettivi quali la riduzione dei tempi di attesa che, insieme al contenimento dei tempi di erogazione delle prestazioni non d'urgenza per i pazienti ricoverati, dovrebbe portare complessivamente ad un utilizzo più efficiente dei posti letto.

- incrementare ulteriormente l'attività robotica con una corrispondente maggior programmazione della stessa: si prevede di definire già dal mese di gennaio la programmazione delle sedute di chirurgia robotica per tutte le discipline che utilizzano tale metodica – nello specifico chirurgia generale, urologia e ginecologia, al fine di ottimizzare l'utilizzo della tecnologia a disposizione dell'Azienda.

In merito all'attività chirurgica sopra menzionata, la tabella che segue mostra il trend che ha interessato il 2023 in termini di DRG che mostrano un incremento che coinvolge le diverse discipline chirurgiche, con evidenza dell'incremento nell'utilizzo della chirurgia robotica e, una contestuale diminuzione dei parti cesarei così come previsto dalle linee guida regionali e ministeriali

	2022	2023	diff
INTERVENTI ROBOTICA	213	250	37

L'attività, così come rappresentato dalla tabella che segue, è diretta prevalentemente ai residenti della provincia di riferimento

Attività Ospedaliera AST PU per residenza paziente		
Residenza Paziente	2022	Previsione 2023
Ast 1 Pesaro	88,4%	88,1%
Ast 2 Ancona	4,9%	4,8%
Ast 3 Macerata	1,6%	0,9%
Ast 4 Fermo	0,0%	0,8%
Ast 5 Ascoli	0,2%	0,3%
Fuori Regione	4,5%	4,5%
Stranieri	0,4%	0,6%
Totale complessivo	100,0%	100,0%

A complemento di tutto ciò, anche per l'anno 2024 la verifica dei LEA attraverso gli indicatori "Core" del "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", si attende costante e puntuale in tutti gli stabilimenti aziendali.

Dall'analisi temporale dei dati di attività, e dagli indicatori che seguono, si evince che l'Azienda, seppur in un periodo di transizione organizzativa, ha espresso al meglio il proprio potenziale, dimostrando un sostanziale orientamento al raggiungimento degli obiettivi posti a livello regionale in termini di appropriatezza e sviluppo della vocazione indirizzata a soddisfare bisogni del territorio di riferimento, come dimostrato dalla tabella che segue

Principali indicatori di attività 2022 2023

Alcuni Indicatori DGR 159 /2016 AST PU

	Soglia minima DGR 159/2016	2022	2023
Interventi chirurgici Ca Mammella	150	559	612
Colecistectomia Laparoscopica (interv. Princ. 5123)	100	330	360
Colecistectomia Laparoscopica proporzione ricoveri con degenza post operatoria <3 giorni *	70% minimo	77,2%	87,0%
Frattura del collo del femore: volume interventi chirurgici (dimessi SDO)	75	630	630
Frattura del collo del femore: % interventi entro 2 giorni per pazienti con età >65 anni*	60% minimo	85,0%	85,6%
IMA (diagnosi principale): volume di ricoveri*	100	671	680
Parti	1000	1544	1470

* Fonte sw Regionale 3M Encompass

Appropriatezza, utilizzo efficiente della risorsa posto letto, controlli sanitari, ricoveri interni ed esterni, codifica delle schede di dimissione ospedaliera

Allegato 2a)

Nel corso del 2024, sono previste varie azioni volte a migliorare il parametro, quali:

- Avvio e consolidamento del progetto di Bed Management aziendale
- Audit con UUOO (Medicine, Chirurgia)
- Interventi di formazione sui setting assistenziali disponibili a livello territoriale in alternativa al ricovero in regime ospedaliero e sulla corretta codifica delle SDO.
- Istituzione delle Centrali Operative Territoriali – COT (DM 77/2022). Ciascuna COT sarà operativa e dotata di adeguate infrastrutture tecnologiche ed informatiche. Verranno definite le core competence del personale COT e formalizzato il Progetto formativo.
- Consolidamento della figura del Case manager del dipartimento medico. La figura del Case Manager consente di individuare e superare le eventuali criticità legate a dimissioni difficili (problemi sociali, condizioni di non autosufficienza).

Inoltre, al fine di garantire equità nell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato, migliorare il livello di accessibilità ai ricoveri, garantire che l'accesso dei pazienti alle prestazioni di ricovero sia gestito ad un livello ottimale favorendo, al contempo, l'ottimizzazione nell'impiego delle risorse aziendali, continuerà ad essere attiva anche nel 2024 una specifica procedura aziendale che prevede un monitoraggio proattivo delle liste di attesa, tramite una verifica ad intervalli di tempo regolari, al fine di valutare lo stato di permanenza in lista dei pazienti, e procedere alle eventuali correzioni necessarie. I controlli periodici, compresi i contatti con i pazienti da parte dei coordinatori di unità operativa, sono mirati alla verifica delle rinunce, degli stati di sospensione, e delle uscite dalla lista di attesa, funzionali a garantire un'ottimale programmazione delle sedute operatorie.

Ciò la fine di rispettare i target regionali e il livello di performance quali-quantitativo previsto per l'AST di Pesaro e Urbino.

Appropriatezza

Nel rispetto delle disposizioni di cui alla DGRM 448/2023, l'Azienda assicura poi il controllo delle prestazioni sanitarie nel territorio di riferimento presso tutti gli erogatori regionali pubblici e privati convenzionati. A tale fine, con atto formale del Direttore Generale, è nominato il Comitato di Verifica delle Prestazioni Sanitarie (CVPS) locale al quale sono affidate le attività di controllo interno ed esterno.

Il CVPS così istituito, avvalendosi degli strumenti e dell'applicativo informatico regionale, esegue i controlli in coerenza con quanto indicato nel Piano dei Controlli vigente, valuta gli effetti e l'efficacia delle azioni correttive intraprese, strutturando appositi audit, organizza incontri di informazione e formazione sulla base degli indirizzi regionali e delle specifiche problematiche locali, potenzia i controlli interni al fine di migliorare l'appropriatezza di erogazione delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali e la correttezza di codifica.

Per quanto concerne i controlli interni sull'attività degli stabilimenti e i controlli esterni sulle Case di Cura Private Accreditate, il CVPS ha ritenuto di ampliare la selezione prevista con l'inclusione di tutte le cartelle campionabili afferenti ai DRG ad elevato rischio di inappropriatezza.

Per l'anno 2024 si intende applicare tale approccio al fine di ottenere una percentuale di DRG a rischio di inappropriatezza controllata ben superiore al target regionale atteso.

I controlli esterni sui Produttori privati accreditati, relativi ai DRG ad elevato rischio di inappropriatezza, prevederanno che l'Azienda possa assumere come propri i controlli effettuati dalla Struttura controllata, grazie

alla condivisione dei criteri utilizzati e all'avvenuta valutazione incrociata. Anche in questo caso i DRG potenzialmente inappropriati che si intendono controllare saranno per il 2024 complessivamente superiori al target regionale previsto.

Realizzazione nuovo Ospedale

Un impatto significativo sul fronte dell'attività ospedaliera offerta sarà costituito dalla costruzione del nuovo ospedale a Muraglia, uno degli impegni di maggiore rilevanza per la Direzione della AST nei prossimi anni; il trasferimento delle attività presenti nelle attuali strutture di Muraglia, oggetto di future demolizioni, i lavori di adeguamento e la progettualità delle attività sanitarie, dovranno tener conto della necessità di garantire le prestazioni necessarie alla popolazione e mettere in sicurezza le stesse strutture e il personale che vi opera.

Molte delle strutture e servizi che saranno delocalizzati per l'esecuzione dei lavori ritorneranno nella nuova struttura ospedaliera (tutti reparti per acuti), mentre i servizi territoriali, previo adeguamento degli edifici alle norme specifiche di accreditamento, potranno essere ricollocati all'interno dell'ex Ospedale San Salvatore, insieme a servizi tecnici e amministrativi attualmente situati in stabili non di proprietà.

Privato Accreditato

L'Azienda AST PU si avvale nell'erogazione delle prestazioni sanitarie del sistema privato accreditato, attraverso un processo di pianificazione che risponda a principi di equità e responsabilità condivisa tra tutti gli attori. Per il sistema sanitario i produttori accreditati rappresentano una risorsa integrativa e complementare, orientata verso settori di attività di interesse aziendale, secondo una programmazione ed un sistema di verifica e riallineamento verso obiettivi determinati. Essi partecipano alle reti cliniche integrate, condividendo percorsi diagnostico-terapeutici e standard di appropriatezza del sistema.

Lo strumento di pianificazione e controllo di tali attività è il "contratto di fornitura" a valenza annuale o pluriennale, soggetto a rimodulazione annuale che all'interno di un quadro di regole fissate a livello regionale delinea obiettivi e risultati attesi.

- Azioni di committenza: Qualora le azioni aziendali non siano in grado di fare fronte alla riduzione liste d'attesa, miglioramento dei tempi d'attesa e al recupero della mobilità passiva l'Azienda adotterà piani di committenza con il privato accreditato per specifiche prestazioni.

2.3.1 La risposta alle aree disagiate

La Provincia di Pesaro e Urbino presenta un territorio caratterizzato da territori interni, in zona montana e premontana, con particolare complessità geo-morfologica e infrastrutturale, cui si aggiungono anche specifici aspetti di vulnerabilità sismica. In tali contesti si rilevano elementi critici prevalentemente caratterizzati da frammentazione erogativa, pertanto in coerenza con il programma della Regione Marche, nel PSSR 2023-2025 e in risposta alle numerose sollecitazioni da parte dei Comuni dei territori interni, l'AST PU intende mettere in atto azioni concrete per il riequilibrio del territorio di afferenza, che presenta particolare complessità geo-morfologica e infrastrutturale, tali da formare risposte assistenziali, in ottica di prossimità, anche ad accesso diretto da parte del cittadino.

L'obiettivo è quello di garantire prestazioni di media e bassa intensità assistenziale rivolte alla popolazione residente nella provincia di Pesaro e Urbino, contribuendo ad attenuare l'attuale sovraccarico di lavoro del pronto soccorso degli ospedali per acuti di riferimento.

Il DM 70/2015 individua strutture di base per aree disagiate, tipicamente in ambiente montano o premontano, meteorologicamente ostile e collegamenti di rete viaria complessi, dove viene garantita l'attività di pronto soccorso e servizi di supporto, oltre alle discipline di medicina interna, chirurgia generale, anestesia, ed ortopedia, in integrazione funzionale con la restante rete ospedaliera.

Nel corso del 2024 pertanto si continuerà a rafforzare, in particolare, presso la struttura di Pergola, sia le attività di pronto soccorso, con personale medico dedicato all'Emergenza-Urgenza (D.M. 30.01.98) e integrato con i DEA di livello superiore di cura per il servizio e l'aggiornamento relativo, sia globalmente i servizi sanitari, soprattutto per attività diagnostica radiologica che verrà completata anche con apparecchiature TAC/RMN aggiornate e possibilità di trasmissione di immagini in rete alle altre strutture.

Il rafforzamento della struttura di Pergola sarà effettuato sulla base delle seguenti linee di sviluppo:

Emergenza-Urgenza: attivazione di una funzione di Pronto Soccorso integrata con il DEA di I livello di riferimento con attivazione di 4 posti letto di Osservazione Breve Intensiva con conseguente migliore stabilizzazione dei pazienti, riduzione dei trasferimenti presso i Pronto Soccorsi dei DEA di I livello e riduzione dei ricoveri inappropriati.

Mantenimento della **postazione POTES** la cui integrazione nella turnistica del Pronto Soccorso di Base comporterebbe un mantenimento delle skill professionali ed una riduzione degli accessi inappropriati allo stesso Pronto Soccorso.

Medicina Interna: mantenimento delle attività di ricovero ordinario o day-hospital con implementazione delle attività di Lungodegenza. Tale implementazione dell'offerta permetterà di ottimizzare il turn over dei posti letto per acuti accogliendo i pazienti stabilizzati i cui postumi della patologia di base non consentono l'immediato rientro in ambito domiciliare o l'avvio al setting territoriale. Nella futura progettualità sono previsti due moduli di degenza di 20 + 15 posti letto. L'utilizzo flessibile degli stessi permetterà di modulare la risposta di accoglienza dei pazienti in base alle necessità della rete dei posti letto per acuti.

Attività Chirurgica: messa a regime dell'attività di Week Surgery nei vari regimi di ricovero già in essere, quali ordinario e day-surgery, contribuendo alla complessiva riorganizzazione delle attività di degenza per livelli assistenziali dell'area chirurgia. Tale modalità organizzativa ha lo scopo di promuovere una maggiore efficienza di utilizzo dei posti letto chirurgici, migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e riduzione delle liste d'attesa per gli interventi chirurgici selezionati grazie ad un percorso assistenziale dedicato.

Emodialisi: messa a regime di 4 postazioni di emodialisi con miglioramento della diffusione dell'attività nell'ambito di un percorso di umanizzazione e prossimità dello stesso permettendo all'occorrenza anche l'aumento stagionale del servizio.

Diagnostica Strumentale: Implementazione della attività diagnostica mediante l'ampliamento dell'offerta con l'acquisizione di una RM ad alto campo (1,5 Tesla) con tecnologie di acquisizione dell'immagine completamente digitalizzate e software di ottimizzazione delle immagini, che ne accrescono l'accuratezza.

Allegato 2a)

Dal punto di vista dell'organizzazione degli interventi, l'implementazione e l'ampliamento dell'attività di degenza di week surgery multidisciplinare favorirà un più corretto utilizzo degli spazi e delle sedute operatorie ed una migliore programmazione e condivisione dell'utilizzo degli strumenti tecnologici.

L'analisi dei DRG ha mostrato che le discipline per le quali viene erogata assistenza con terapia chirurgica in 3-5 giorni sono: chirurgia generale, ortopedia, urologia e otorinolaringoiatria.

Oltre a tali attività è previsto l'ampliamento delle attività chirurgiche e terapeutiche oculistiche quali interventi di cataratta e intravitreali. L'incremento dei ricoveri programmati ha interessato per la maggior parte i ricoveri di tipo chirurgico.

Tale modello Organizzativo cosiddetto *dell'Ospedale di Base* dovrà prima di tutto tener conto della centralità della persona garantendo umanizzazione accoglienza, empatia, accessibilità alle informazioni e comfort. Al fine di perseguire questo risultato è necessaria la condivisione di un diverso approccio culturale non più centrato sulla organizzazione o sulla patologia ma "patient-oriented", che richiede oltre alla formazione del personale, l'adeguamento degli aspetti strutturali in armonia con quanto previsto dai requisiti di autorizzazione-accreditamento. Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera il modello organizzativo dell'Ospedale di Base è volto a superare le criticità attuali migliorando la presa in carico per complessità assistenziale, ricorrendo sia alle reti clinico-assistenziali, sia al modello dell'ospedale organizzato per intensità di cura. La graduazione dell'intensità delle cure permette di rispondere ai bisogni in modo appropriato con tecnologie, competenze, quantità e qualità del personale assegnato ai diversi gradi di instabilità clinica e impegno assistenziale, garantendo la specificità dei percorsi ma al contempo favorendo il massimo di condivisione tra i professionisti e la collaborazione multidisciplinare. Sono richiesti ruoli professionali e strumenti adeguati in ogni ambito, ampliamento delle attività professionalizzanti per le professioni sanitarie e una maggiore attenzione della presa in carico del paziente, perché sia il più possibile personalizzata e condivisa a tutti i livelli di cura.

L'organizzazione dell'ospedale di base deve riflettere il modificarsi dei modelli di presa in carico atti a garantire:

- l'assistenza prevalente delle forme acute (con dimensionamento dei posti letto);
- l'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) con funzione di "filtro" al ricovero;
- le diagnosi e le terapie ad alta tecnologia;
- i servizi diurni di Day Hospital, di Day Surgery per percorsi diagnostici-terapeutici integrati;
- L'utilizzo in modalità sicura di strumenti informatizzati che possano facilitare la presa in carico e la gestione dei pazienti, refertazione ed archiviazione dati, cambio setting assistenziale, confronto tra professionisti, televisita ed interoperabilità con fascicolo sanitario elettronico e gli altri strumenti informativi regionali.

Per la corretta implementazione del modello a Rete è fondamentale una profonda integrazione fra l'assistenza ospedaliera e quella territoriale, inclusa l'area degli interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, soprattutto in considerazione del continuo aumento di incidenza e prevalenza delle patologie cronicodegenerative. Al fine di rendere il più rapido e efficiente possibile questo processo di allineamento delle attività fra ospedale e territorio, è necessario il supporto di adeguati strumenti di Information & Communication Technology (ICT), con sistemi di telemedicina e teleconsulto che verranno garantiti con gli investimenti del PNRR.

Per quanto riguarda le strutture territoriali di Fossombrone, Cagli e Sassocorvaro, che sono poste in aree svantaggiate della provincia di Pesaro-Urbino, per le condizioni del territorio, climatiche e di estensione

territoriale, oltre alla ridotta potenzialità della medicina primaria, per lo scarso numero dei medici di famiglia, ed alle caratteristiche demografiche della popolazione residente (in prevalenza anziani in condizioni di fragilità e co-morbilità) , esse raccolgono i bisogni sanitari di ampie aree geografiche contraddistinte da una situazione climatica caratterizzata da abbondanti nevicate (ricordiamo quelle del gennaio 2005 e febbraio 2012 con livelli di innevamento che in qualche caso hanno raggiunto altezze davvero impressionanti, misurabili in metri) e da venti la cui intensità, specie quelli di caduta dall'Appennino, possono raggiungere e superare i 100 km/h.

In particolare, le future strutture che saranno realizzate con le risorse del PNRR diventano collante tra il domicilio del paziente, l'assistenza primaria e l'ospedalità, per i territori interessati; si annovera – tra gli altri – l'**Ospedale di Comunità di Fossombrone** che diventa l'anello di unione tra Ospedale per acuti (Urbino) e la domiciliarità attraverso *setting* di intensità diversa, dal Medico di Medicina Generale-MMG/Continuità assistenziale, all'Ambulatorio di continuità assistenziale primaria (A.c.a.p.), alle cure intermedie, di riabilitazione, di specialistica ambulatoriale fino alla specialistica ospedaliera. L'anello di unione tra queste realtà è il MMG e l'Infermiere di Comunità.

Per tali strutture di Fossombrone, Cagli e Sassocorvaro l'indirizzo è quello di potenziare i servizi di diagnostica, di laboratorio e le specialistiche ambulatoriali nonché i Punti di emergenza urgenza e le degenze.

Tali strutture organizzative territoriali avranno il compito di soddisfare i bisogni sanitari in termini di:

- stabilizzazione e trasporto al Pronto Soccorso/DEA di riferimento attraverso la rete del 118;
- diagnosi e trattamento di patologie emergenti a media e bassa intensità assistenziale che non richiedono la presa in carico presso il PS/DEA di riferimento;
- osservazione breve non intensiva;
- erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale, diagnostica radiologica e laboratoristica;
- teleconsulto e telemonitoraggio;
- potenziamento dei livelli assistenziali, in integrazione con le Cure Intermedie;
- riduzione di ospedalizzazioni improprie ed istituzionalizzazioni precoci;
- identificazione di un percorso di cura del paziente con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica, presso strutture di prossimità;
- attivazione di tutti gli strumenti necessari per una efficace dimissione protetta.

Al fine di garantire prestazioni di media e bassa intensità assistenziale rivolte alla popolazione residente nei suddetti territori, contribuendo così ad attenuare l'attuale sovraccarico di lavoro del pronto soccorso degli ospedali per acuti di riferimento, si propone inoltre la presenza di:

- Punto Intervento Territoriale, in stretta integrazione funzionale con l'Assistenza Primaria e la Continuità Assistenziale, con personale medico dedicato all'Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica prevista dal DM 30.1.98 e funzionalmente integrata alla struttura complessa del DEA di riferimento;
- Posti letto residenziali per pazienti dimessi dalla post-acuzie ospedaliera;
- Centro Assistenza territoriale per pazienti in trattamento dialitico;

- Possibilità di esecuzione di indagini radiologiche, con trasmissione di immagine collegata in rete al centro hub/spoke più vicino, ed indagini laboratoristiche. Devono essere previsti protocolli specifici per il trasporto secondario verso il centro spoke/hub più vicino;

- prestazioni specialistiche ambulatoriali multispecialistiche

Quale principale indirizzo regionale cui l'Azienda intende dare attuazione nel 2024, vi è il potenziamento dell'offerta specialistica ambulatoriale che verrà diffusa capillarmente sul territorio, soprattutto nell'ambito dei poli di aggregazione residenziale (Ospedali di Comunità, Case della salute, etc.), al fine di intercettare la domanda in prossimità del domicilio del Cittadino e creare pertanto percorsi "facilitati" (accesso diretto) per l'erogazione delle prestazioni in ambito ospedaliero, favorendo il recupero della mobilità passiva.

2.4 Attività di specialistica ambulatoriale

Anche sul versante dell'attività specialistica ambulatoriale, l'Azienda, nel 2024, ha adottato una rimodulazione dell'offerta per far fronte alla variegata e più consistente richiesta di prestazioni nonché alla necessità di ridurre i tempi d'attesa.

Nello specifico già dal 2023 si è assistito ad un incremento significativo delle prestazioni specialistiche, con un aumento di 403.696 prestazioni rispetto all'anno precedente, ed un correlato aumento del valore economico di circa 1.800.000 euro.

Per quanto riguarda le prestazioni di risonanza magnetica, per le quali nel 2023 si era assistito ad una diminuzione ascrivibile alla momentanea dismissione per sostituzione dell'attrezzatura dello stabilimento di Fano in quanto, legata ai lavori necessari per la predisposizione dei locali atti ad accogliere il nuovo macchinario acquistato con i fondi PNRR, nel 2024 si intende recuperare i livelli prestazionali a regime.

Come già effettuato nel 2023, sulla base della DGR n. 1046 del 10 luglio 2023 "Piano di autorizzazione spesa ex art. 4 comma 9-octies della Legge n. 14 del 24 febbraio 2023, di conversione del DL 29 dicembre 2022, n. 198", anche nel 2024, pur nelle more della adozione di disposizioni regionali, l'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino sta predisponendo apposito piano di potenziamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Per la predisposizione del piano in oggetto, relativamente al potenziamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, sono stati applicati i seguenti criteri:

- Primi accessi: sono state individuate le prestazioni, monitorate ai sensi del PNGLA 2019-2021, che hanno presentato maggiori criticità per quanto riguarda i tempi di attesa ex-post (priorità B e D) nell'anno 2023 e/o che hanno registrato una maggiore deflessione nell'erogato degli anni precedenti;
- Accessi successivi: è stata data priorità alle prestazioni rientranti nei percorsi di presa in carico di pazienti con patologie croniche, per cui si sta osservando un incremento della domanda da parte degli utenti. Le discipline interessate sono prevalentemente le seguenti: oncologia, cardiologia, pneumologia, gastroenterologia, neurologia, diagnostica per immagini.

Sulla base delle necessità emergenti, verrà strutturato un potenziamento dell'offerta a CUP delle strutture tramite l'utilizzo delle prestazioni orarie aggiuntive della dirigenza medica e del comparto.

2.4.1 Azioni per il Governo delle liste d'attesa

Le azioni specifiche che verranno pertanto messe in campo nel 2024 riguardano gli ambiti di seguiti elencati:

- Potenziamento della capacità produttiva

Valutazione della capacità di smaltimento della lista d'attesa in relazione alla capacità produttiva delle sale chirurgiche, determinando le sedute necessarie per il recupero della casistica e l'elaborazione di un Piano di produzione chirurgica per il contenimento e rispetto dei tempi d'attesa.

- Gestione dinamica liste d'attesa attraverso il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di produzione:
 - condivisione e implementazione protocolli appropriatezza aziendali e condivisione con i MMG e con gli specialisti convenzionati
 - implementazione televisite e teleconsulto MMG – Specialista
 - Potenziamento dell'offerta di prestazioni di telemedicina
 - valutazioni di appropriatezza e gestione delle liste d'attesa:
 - monitoraggio della presa in carico specialistica in base al tipo di prescrittore
 - analisi reportistica per una migliore gestione delle prestazioni fuori tempo d'attesa (oltre alla classe di priorità)
 - misurare le disponibilità residue per tipologia di prestazione;
 - rilevare le tipologie e la quantità di prestazioni prenotate per agenda (utile per rilevare anomalie di gestione);
 - Azioni di committenza qualora le azioni aziendali non siano in grado di fare fronte alla riduzione liste d'attesa, miglioramento dei tempi d'attesa e al recupero della mobilità passiva, l'Azienda adotterà piani di committenza con il privato accreditato per specifiche prestazioni.

Onde favorire la presa in carico del paziente e l'erogazione delle prestazioni di cui necessita, costituiscono obiettivi prioritari dell'Azienda lo sviluppo della telemedicina per permettere la lettura a distanza, l'introduzione della figura del case manager e/o infermiere di comunità che si fa interprete del bisogno per il coinvolgimento del medico di assistenza primaria fino allo specialista ambulatoriale o ospedaliero.

2.5 PNRR Missione 6 Salute – Ricognizione attività

Come richiamato sub 5.1), la Missione 6 Salute del PNRR si articola in due componenti:

- Componente 1 *"Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale"*;
- Componente 2 *"Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale"*.

La riforma prevede lo sviluppo di strutture di prossimità, quali le **Case di Comunità**, le **Centrali operative territoriali** e il potenziamento di strutture di assistenza intermedia, poste tra ospedale e territorio, quali gli **Ospedali di comunità**, nonché il potenziamento dell'assistenza domiciliare.

La Regione Marche, a far tempo dal 2022, ha dato corso alle Misure del PNRR con distinte Deliberazioni di Giunta e con approvazione dei piani operativi al fine accedere alle risorse stanziare a livello statale e quindi procedere alla programmazione, progettazione ed attuazione dei singoli interventi riguardanti, tra l'altro:

- Punti salute
- Case della Comunità
- COT – interconnessione aziendale – device
- Ospedali di Comunità
- ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (digitalizzazione e grandi apparecchiature)

Allegato 2a)

- FSE
- reti di prossimità, strutture e telemedicina
- Casa come primo luogo di cura
- modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare, Sistemi Informativi Clinico- Assistenziali per l'ottimizzazione delle linee strategiche evolutive necessarie alla definizione di un nuovo modello di governance dell'innovazione tecnologica per le attività connesse all'erogazione e alla gestione dei servizi amministrativi e sanitari con orientamento specifico alla Sanità Digitale.

Conformemente alla disciplina nazionale sulla "governance" del PNRR, la Regione Marche figura quale Soggetto attuatore degli interventi ammessi a finanziamento.

La stessa Regione, essendo legittimata ad avvalersi degli Enti del Servizio Sanitario Regionale (Soggetti attuatori esterni) per dare esecuzione agli interventi in base alla competenza territoriale dei medesimi, ha provveduto in tal senso, conferendo specifiche deleghe come da D.G.R. n. 970 del 27/07/2022 "Piano Nazionale di Ripresa e Missione 6 Salute - Componenti 1 e 2: Approvazione delega delle attività e ripartizione risorse agli Enti del Sistema Sanitario Regionale" e relativi Allegati.

In particolare, con Delibera della Giunta Regionale Marche n. 162 del 21/02/2022, sulla scorta di ricognizione intervenuta a cura della Regione Marche con il Ministero della Salute e dei fabbisogni rilevati in ordine alle missioni sotto riportate, sono stati definiti gli interventi, distinti per ciascuna azienda sanitaria della Regione Marche, di cui si illustra, qui di seguito, lo stato dell'arte.

• **Missione M6C2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale" – Investimento 1.3.1. (b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni"**

Richiamando la DGR n. 892 del 26/06/2023 avente ad oggetto: *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione M6C2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale" - Investimento 1.3.1(b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni": delega delle attività e ripartizione delle risorse agli Enti del SSR:*

L'ammontare complessivo assegnato a questa AST per l'intervento in oggetto di cui all'Allegato A della medesima DGR ammonta a € 594.791,90 - CUP F47G23000040001. In relazione alle fasi del processo si richiama quanto dettagliato nel documento "FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO 2.0 - Linee Guida per l'avvio delle attività amministrative" che riassume il processo delle attività in quattro principali punti come analiticamente di seguito indicato:

Processo di assegnazione delle risorse	01	<ul style="list-style-type: none">• Creazione dei Capitoli di Entrata e di Spesa• Assegnazione delle risorse e dei relativi target e milestone stabiliti dal DM riparto
Ricezione delle risorse da parte degli Enti del SSR	02	<ul style="list-style-type: none">• Presa d'atto da parte degli Enti del SSR• Apertura dei CUP da parte degli Enti del SSR
Contrattualizzazione degli operatori economici	03	<ul style="list-style-type: none">• Selezione degli operatori economici contraenti• Contrattualizzazione• Emissione degli Ordini• Gestione dei provvedimenti di liquidazione
Monitoraggio e rendicontazione su Regis	04	<ul style="list-style-type: none">• Monitoraggio –Compilazione Anagrafica Progetto• Rendicontazione

Alla luce della recente DGR n. 1841 del 5/12/2023 avente oggetto *"Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione M6C2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale" – Investimento*

Allegato 2a)

1.3.1. (b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni": approvazione provvedimento di delega ed assegnazione delle risorse agli Enti del SSR, essendo stato portato a compimento il punto 2 del processo, è necessario provvedere ad avviare gli interventi di adeguamento sugli applicativi sanitari in utilizzo di cui all'Allegato 1 del DECRETO DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO SALUTE n. 46 del 5/6/2023 avente ad oggetto: *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione M6C2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale": Approvazione degli interventi afferenti l'investimento 1.3.1 "Fascicolo Sanitario Elettronico"*.

Per tutto quanto sopra premesso, è stato avviato il punto 3 del processo, procedendo all'affidamento delle attività di adeguamento di alcuni sistemi informativi sanitari presenti in questa AST all'Allegato 1 del DECRETO DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO SALUTE n. 46 del 5/6/2023, nelle more di successivi interventi su altri sistemi.

L'implementazione e il potenziamento degli applicativi soggetti all'intervento prevedono il processo di alimentazione verso l'FSE 2.0 articolato in quattro distinte fasi:

- **Fase 1:** Pubblicazione dei documenti prodotti secondo gli standard FSE 2.0 utilizzando il flusso attualmente in uso;
- **Fase 2:** Erogatore firma digitale regionale in fase di implementazione;
- **Fase 3:** Adeguamento con il nuovo flusso attraverso il Gateway;
- **Fase 4:** Implementazione del tutto attraverso middleware.

Le attività, realizzate in conformità ai target previsti nel PNRR, necessarie alla corretta implementazione degli applicativi per garantirne l'interoperabilità sono di seguito elencate:

- Firma digitale secondo il formato PAdES;
- Formato del documento CDA2 iniettato nel PDF;
- Adeguamento alle fasi sopracitate.

• Misura 1.4.3 "Adozione piattaforma PagoPA"

CUP	Scadenza	fornitore	Stato	Attività
F71F23000040006	15/01/2024	GPI	Contratto unico con il fornitore del CUP (GPI di Trento) con procedure e costi suddivisi tra AASSTT	ASTPU: trattativa diretta in corso (dovrebbe chiudersi in settimana) da caricare su PADigitale 2026
		ENG	Contratto unico con ENGINEERING procedure e costi suddivisi tra AASSTT Massimo Giammattei DEC M.Teresa Guiducci verificatore di conformità	Contratto con ENG sottoscritto in data 27/11/2023 caricato in piattaforma PaDigitale2026
		Regione	Convenzione ASTPU con Regione Marche per MPAY	Adottata determina DG n. 1532 del 28/11/2023 Convenzione firmata da entrambe le parti, documenti caricati su PADigitale 2026

• Misura 1.4.3 "Adozione AppIO"

CUP	Scadenza	fornitore	Stato	Attività
F71F23000030006	01/05/2024	GPI	Contratto unico con il fornitore del CUP (GPI di Trento) con procedure e costi suddivisi tra AASSTT	ASTPU: trattativa diretta in corso (dovrebbe chiudersi in settimana) da caricare su PADigitale 2026
		Dedalus	Contratto unico con Dedalus per invio messaggi FSE - AppIO con procedure e costi suddivisi tra AASSTT	Chiesto agli acquisti e Logistica di fare la procedura di affidamento programmato per gennaio 2024

l'ammontare complessivo assegnato a questa AST per l'intervento in oggetto di cui all'Allegato A della medesima DGR ammonta a € 35.424,00 (decreto DTD n.130-1/2022 PRNN 2023).

Allegato 2a)

Finanziamento di tipo "lump sum" perfezionabile al completo raggiungimento dell'obiettivo ovvero entro 240 giorni dalla contrattualizzazione con il fornitore - NO Regis

• **Misura 1.4.4 "Estensione dell'utilizzo delle piattaforme nazionali di identità digitale - SPID CIE"**

CUP	Scadenza	fornitore	Stato	Attività
F71F23000120006	13/11/2024	SCS / MAPS	Preventivo Maps - Nicola Montone	Stipulare e inserire in piattaforma i contratti DECIDERE SE e COME PROCEDERE Affidamento diretto App Maps di cui abbiamo già il preventivo

l'ammontare complessivo assegnato a questa AST per l'intervento in oggetto di cui all'Allegato A della medesima DGR ammonta a €14.000,00 (decreto DTD n.126-1/2022 PRNN 2023)

Finanziamento di tipo "lump sum" perfezionabile al completo raggiungimento dell'obiettivo ovvero entro 240 giorni dalla contrattualizzazione con il fornitore - NO Regis

• **Misura 1.1 e 1.2 "Infrastrutture digitali e abilitazione al cloud" - ASL/AO**

CUP	Scadenza	fornitore	Stato	Attività
F71C23000580006	20/12/2023	Polo Strategico Nazionale (TIM, Leonardo, ...)	In accordo con le altre AST in quanto coinvolge i software unici (118 / SIRTE / DSEO / SIMA, SCOPRE / sitoweb/ Paleo / Openact /AREAS) MARCHE NORD (solo Ausylla)	PSN per servizi critici: inviato il Piano dei fabbisogni il 29/11/2023 - PSN 60 giorni per rispondere - ASTPU 10 giorni per contrattualizzare PREDISPORRE GLI ATTI E I DOCUMENTI contratto da inserire in piattaforma PADigitale2026 software critici:ex ASUR (SIRTE, DSEO, ..., 118, SIAMA, SCOPRE,) ex Marche Nord (Ausylla di SCS)
		??		SITOWEB: Contratto unico per tutte le AASSTT - RUP Simoncini Stefano Inserire il contratto in piattaforma PADigitale2026
		Regione Marche		Caricare Determina e Convenzione Paleo ed Openact PS: se non inseriso in piattaforma prima i dati del fornitore del sito web non mi possono caricare i contratti
		Regione Marche		AREAS: Adozione Determina e Sottoscrizione Convenzione con Regione che effettua la migrazione

Il dipartimento per la Trasformazione Digitale che ha emesso il bando per il finanziamento di questo progetto richiedeva, propedeuticamente, la produzione della classificazione dei dati e dei servizi trattati all'interno delle aziende.

L'Azienda AST PU ha provveduto all'invio al Dipartimento per la Trasformazione Digitale della Classificazione dei dati e dei servizi e con nota prot. n.11668 del 16/02/2023 e ne ha ricevuto riscontro, con il quale veniva comunicato che l'Azienda ha completato la classificazione dei dati e dei servizi numero 01091752, accettando l'elenco predefinito e la relativa classificazione.

La classificazione dei servizi parte da una netta distinzione:

- **critico:** servizi la cui compromissione può determinare un pregiudizio al mantenimento di funzioni rilevanti per la società, la salute, la sicurezza e il benessere economico e sociale del Paese;
- **ordinario:** servizi la cui compromissione non provochi un pregiudizio per il benessere economico e sociale del Paese.

Allegato 2a)

Categoria	Nome Servizio	classificazione
ASSISTENZA DISTRETTUALE	CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	critico
ASSISTENZA DISTRETTUALE	EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	critico
ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA INTEGRATIVA	critico
ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA PROTESICA	critico
ASSISTENZA DISTRETTUALE	PERCORSI ASSISTENZIALI INTEGRATI	critico
ASSISTENZA DISTRETTUALE	CURE DOMICILIARI (ANCHE PALLIATIVE)	critico
ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA SOCIO SANITARIA AI MINORI , ALLE DONNE, ALLE COPPIE, ALLE FAMIGLIE	critico
ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMI-RESIDENZIALE	critico
ASSISTENZA OSPEDALIERA	PRONTO SOCCORSO	critico
ASSISTENZA OSPEDALIERA	ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	critico
ASSISTENZA OSPEDALIERA	RICOVERO ORDINARIO PER ACUTI	critico
ASSISTENZA OSPEDALIERA	DAY SURGERY	critico
ASSISTENZA OSPEDALIERA	DAY HOSPITAL	critico
ASSISTENZA OSPEDALIERA	RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA POST ACUZE	critico
ANAGRAFE NAZIONALE ASSISTIBILI	ANAGRAFE NAZIONALE ASSISTIBILI	critico
ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	critico
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA	SORVEGLIANZA, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE, INCLUSI I PROGRAMMI VACCINALI	critico
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA	SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE, INCLUSI LA PROMOZIONE DI STILI DI VITA SANI ED I PROGRAMMI ORGANIZZATI DI SCREENING; SORVEGLIANZA E PREVENZIONE NUTRIZIONALE	critico
NUMERI UNICI	NUMERI UNICI (NUE)	critico
SERVIZI INFORMATIVI	COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE WEB E OPEN DATA	ordinario
Servizi di funzionamento	Protocollo	ordinario
Servizi di funzionamento	Gestione documentale	ordinario
Servizi di funzionamento	Personale	ordinario
Servizi di funzionamento	Contabilità, Bilancio e Controllo	ordinario
Servizi di funzionamento	Acquisti	ordinario

Con nota prot. 0043105|23/05/2023|AST-PU|PROAV1|A è stata inviata la candidatura di ASTPU per l'avviso PNRR multimisura 1.1. e 1.2 Infrastrutture Digitali e abilitazione al cloud – ASL/AO M1C1 PNRR finanziato dall'unione Europea NextGenerationEU. La sintesi del contenuto del Piano di migrazione contiene anche l'indicazione della collocazione dei servizi:

Categoria	Nome Servizio	classificazione	destinazione
ASSISTENZA DISTRETTUALE	CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	critico	PSN
ASSISTENZA DISTRETTUALE	EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	critico	PSN
ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA INTEGRATIVA	critico	PSN
ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA PROTESICA	critico	PSN
ASSISTENZA DISTRETTUALE	PERCORSI ASSISTENZIALI INTEGRATI	critico	PSN
ASSISTENZA DISTRETTUALE	CURE DOMICILIARI (ANCHE PALLIATIVE)	critico	PSN
ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA SOCIO SANITARIA AI MINORI , ALLE DONNE, ALLE COPPIE, ALLE FAMIGLIE	critico	PSN
ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMI-RESIDENZIALE	critico	PSN
ASSISTENZA OSPEDALIERA	PRONTO SOCCORSO	critico	PSN
ASSISTENZA OSPEDALIERA	ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	critico	PSN
ASSISTENZA OSPEDALIERA	RICOVERO ORDINARIO PER ACUTI	critico	PSN
ASSISTENZA OSPEDALIERA	DAY SURGERY	critico	PSN
ASSISTENZA OSPEDALIERA	DAY HOSPITAL	critico	PSN
ASSISTENZA OSPEDALIERA	RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA POST ACUZE	critico	PSN
ANAGRAFE NAZIONALE ASSISTIBILI	ANAGRAFE NAZIONALE ASSISTIBILI	critico	PSN
ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	critico	PSN
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA	SORVEGLIANZA, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE, INCLUSI I PROGRAMMI VACCINALI	critico	PSN
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA	SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE, INCLUSI LA PROMOZIONE DI STILI DI VITA SANI ED I PROGRAMMI ORGANIZZATI DI SCREENING; SORVEGLIANZA E PREVENZIONE NUTRIZIONALE	critico	PSN
NUMERI UNICI	NUMERI UNICI (NUE)	critico	PSN
SERVIZI INFORMATIVI	COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE WEB E OPEN DATA	ordinario	CSP qualificato
Servizi di funzionamento	Protocollo	ordinario	PA adeguata
Servizi di funzionamento	Gestione documentale	ordinario	PA adeguata
Servizi di funzionamento	Personale	ordinario	PA adeguata
Servizi di funzionamento	Contabilità, Bilancio e Controllo	ordinario	PA adeguata
Servizi di funzionamento	Acquisti	ordinario	PA adeguata

Al fine di procedere con le attività si sono dovuti elencare i software afferenti ai servizi indicati

Allegato 2a)

Categoria	Nome Servizio	classificazione	destinazione	Applicativi interessati
ASSISTENZA DISTRETTUALE	CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	critico	PSN	SIRTE GM
ASSISTENZA DISTRETTUALE	EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	critico	PSN	software 118
ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA INTEGRATIVA	critico	PSN	Sirte, GOpenCare
ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA PROTESICA	critico	PSN	Sirte, GOpenCare
ASSISTENZA DISTRETTUALE	PERCORSI ASSISTENZIALI INTEGRATI	critico	PSN	SIRTE (Segreteria, PIC)
ASSISTENZA DISTRETTUALE	CURE DOMICILIARI (ANCHE PALLIATIVE)	critico	PSN	SIRTE ASI
ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA SOCIO SANITARIA AI MINORI , ALLE DONNE, ALLE COPPIE, ALLE FAMIGLIE	critico	PSN	SIRTE consultori
ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMI-RESIDENZIALE	critico	PSN	SIRTE RSE
ASSISTENZA OSPEDALIERA	PRONTO SOCCORSO	critico	PSN	DSEO , Ausylia
ASSISTENZA OSPEDALIERA	ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	critico	PSN	DSEO , Ausylia
ASSISTENZA OSPEDALIERA	RICOVERO ORDINARIO PER ACUTI	critico	PSN	DSEO , Ausylia
ASSISTENZA OSPEDALIERA	DAY SURGERY	critico	PSN	DSEO , Ausylia
ASSISTENZA OSPEDALIERA	DAY HOSPITAL	critico	PSN	DSEO , Ausylia
ASSISTENZA OSPEDALIERA	RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA POST ACUZE	critico	PSN	DSEO , Ausylia
ANAGRAFE NAZIONALE ASSISTIBILI	ANAGRAFE NAZIONALE ASSISTIBILI	critico	PSN	ARCA
ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	critico	PSN	SIRTE
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA	SORVEGLIANZA, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE, INCLUSI I PROGRAMMI VACCINALI	critico	PSN	SIAMA di Onit
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA	SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE, INCLUSI LA PROMOZIONE DI STILI DI VITA SANI ED I PROGRAMMI ORGANIZZATI DI SCREENING; SORVEGLIANZA E PREVENZIONE NUTRIZIONALE	critico	PSN	SCOPRE di Aynapsys
NUMERI UNICI	NUMERI UNICI (NUE)	critico	PSN	118 parte registratori e centralini
SERVIZI INFORMATIVI	COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE WEB E OPEN DATA	ordinario	CSP qualificato	Nuovo Sito web
Servizi di funzionamento	Protocollo	ordinario	PA adeguata	Paleo2020
Servizi di funzionamento	Gestione documentale	ordinario	PA adeguata	OpenAct
Servizi di funzionamento	Personale	ordinario	PA adeguata	AREAS HR
Servizi di funzionamento	Contabilità, Bilancio e Controllo	ordinario	PA adeguata	AREA AMC
Servizi di funzionamento	Acquisti	ordinario	PA adeguata	AREA AMC

In base alla destinazione (PSN, Regione o CSP) si sono avviate le attività di analisi che sono raggruppabili in 3 macro categorie:

- Sottoscrizione di una apposita convenzione per la migrazione di AREAS e adozione determina.
- Contratto per la collocazione del nuovo SITO WEB aziendale su CSP (Cloud Service Provider certificato)
PSN: redazione Piano dei fabbisogni, in condivisione con le altre AASSTT
I costi non sono ancora noti, ma comprendono le seguenti macro categorie:
 - un costo per le attività di configurazione e spostamento sul PSN (una tantum)
 - un canone per i server, CPU, RAM, ... (canone annuale)
 - un canone per i servizi di sicurezza, pacchetto minimo obbligatorio (Leonardo – canone annuale)

PNRR M6C1| 1.1 Case della comunità| 1.2.2 Centrali Operative Territoriali| 1.3 Ospedali di comunità.

Le Case della Comunità (CdC) all'interno del PNRR venivano ideate quale "luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria" (Cfr. All. I D.M. 23.05.2022 n. 77). Nello specifico le CdC venivano pensate, come mezzo per garantire parità di accesso, prossimità territoriale e qualità dell'assistenza alle persone indipendentemente dall'età e dal loro quadro clinico (Cfr. Piano Operativo regionale – allegato al CIS – Regione Marche). In ottemperanza a ciò, la Giunta regionale delle Marche con la deliberazione n. 114 del 14 febbraio 2022 approvava l'individuazione dei siti idonei in cui attivare – per quel che in questa sede interessa – le 29 Case della Comunità (C.d.C.) previste quali target regionali del PNRR. Inoltre, la Regione Marche - con D.G.R. n. 970/2022 e D.G.R. n. 1330/2022 – disponeva la delega agli Enti del SSR - quali soggetti attuatori esterni - per la realizzazione degli interventi della Missione 6 Componente 1, dando indicazioni per la ripartizione dei relativi fondi. Successivamente l'ASUR Marche - con determine del DG n. 532/2022, n. 537/2022 e n. 548/2022 - disponeva la delega alle Aree Vaste – ora traslati in capo all'AST PU - per il tramite dei competenti Uffici, delle funzioni operative inerenti l'attuazione degli interventi ricompresi nella Missione 6-Salute. Disponeva, inoltre, con determina n. 258/2022, per

l'individuazione dei siti idonei e dei relativi responsabili di procedimento (RUP). Tra gli interventi destinati all'attuazione della Missione 6, Componente 1 (M6C1), investimento 1.1. del PNRR, relativo alle "Case della Comunità e presa in carico della persona", veniva individuato anche quello per la realizzazione Casa della Comunità di Pesaro-Galantara.

Stato dell'arte Prima MILESTONE 31/03/2023: il PFTE veniva consegnato in data 23/02/2023 da parte del progettista incaricato. Il finanziamento iniziale prevedeva un importo per lavori di euro 1,4 mln ed euro 1,1mln di somme a disposizione, per un totale da quadro economico di euro 2,5 mln. Il PFTE invece, prevedeva un importo di lavori pari a euro 1.575.596,91 ed euro 924.403,09 di somme a disposizione rispettando comunque un importo totale da quadro economico di euro 2,5 mln. Il QE veniva rimodulato sulla base dei ribassi di aggiudicazione dei relativi Accordi Quadro di Invitalia e sul fondo FOI concesso, determinando una economia rispetto al finanziamento iniziale.

M6C1-1.1. -CdC di Fossombrone -

Il progetto definitivo ed esecutivo è stato consegnato in data 01/03/2023 integrato successivamente il 07/06/2023 per un importo da QTE di euro di 755.000,00. La verifica del progetto è stata conclusa il 29/05/2023 con esito positivo da parte di un professionista incaricato, il progetto è stato pertanto validato dal R.U.P. in data 08/06/2023. Il CIG per la gara è stato acquisito ed è in via di perfezionamento per avviare la procedura di gara. Il progetto esecutivo ha evidenziato un incremento dei costi dovuti all'aggiornamento dei prezziari regionali di 57.309,65 euro per la quale sarà presentata la richiesta di accesso al FOI II semestre per adeguamento prezzi, siamo in attesa di sapere se la stessa verrà accolta e in che misura. Al momento l'incremento del QTE di euro 55.000,00 rispetto al finanziamento sarà coperto da fondi correnti secondo il verbale ricevuto dal Dipartimento Salute con nota (prot. 0055154|28/06/2023|ASTPU|PROAV1|A) che invitava il RUP a portare avanti le procedure grazie alla copertura finanziaria garantita direttamente dell'AST PU. Con determina n 720 del 29/06/2023 è stato approvato il progetto esecutivo della CdC di Fossombrone. Con determina n 1079 del 26/06/2023 sono stati affidati i lavori per la realizzazione della CdC di Fossombrone e in data 29/09/2023 è stato firmato il contratto con l'impresa esecutrice.

M6C1-1.1. - CdC di Mondolfo

Prima MILESTONE 31/03/2023: il progetto definitivo ed esecutivo è stato consegnato, la verifica del progetto è stata conclusa il 31.03.2023 con esito positivo da parte di un professionista incaricato, il progetto è stato pertanto validato dal R.U.P. in data 03.04.2023. Il CIG per la gara è stato acquisito ed è in via di perfezionamento per avviare la procedura di gara. Il progetto esecutivo ha evidenziato un incremento dei costi dovuti all'aggiornamento dei prezziari regionali di 13.308,26 euro per la quale sarà presentata la richiesta di accesso al FOI II semestre per adeguamento prezzi, siamo in attesa di sapere se la stessa verrà accolta e in che misura. Con determina n 496 del 9/5/2023 è stato approvato il progetto esecutivo della CdC di Mondolfo.

Con determina n 1076 del 26/06/2023 sono stati affidati i lavori per la realizzazione della CdC di Mondolfo e in data 29/09/2023 è stato firmato il contratto con l'impresa esecutrice iv.

M6C1 – 1.2.2 - COT di Urbino Via Comandino –

Le Centrali Operative Territoriali (COT), venivano concepite all'interno del PNRR, quali strumenti organizzativi innovativi, con funzioni di coordinamento della presa in carico del cittadino/paziente e di raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale nei diversi setting assistenziali, attività territoriali sanitarie e

sociosanitarie, ospedaliere e della rete di emergenza urgenza. Per le DGR e gli atti regionali di attuazione si veda il punto sub. i). Stato dell'arte Prima MILESTONE 31/12/2022: il progetto esecutivo è stato validato e approvato con Determina n. 1523 DAV1 del 30-12-2022, la gara per l'affidamento dei lavori è stata conclusa nella piattaforma MEPA, e aggiudicata con determina n.722 del 29/06/2023 e firma del contratto in data 30/6/2023, come previsto dal MILESTONE. Il progetto esecutivo ha evidenziato un incremento dei costi dovuti all'aggiornamento dei prezziari regionali di 8.975,36 euro: la domanda è stata accolta per l'intero importo richiesto nel FOI I semestre. In data 27/11/2023 è stata effettuata la consegna dei lavori con la ditta esecutrice.

M6C1 – 1.2.2 - COT di Fano via IX Novembre –

Il progetto esecutivo è stato validato e approvato con Determina n. 1524 DAV1 del 30-12-2022, la gara per l'affidamento dei lavori è stata conclusa nella piattaforma MEPA, e aggiudicata con determina n.721 del 29/06/2023 e firma del contratto in data 30/6/2023, come previsto dal MILESTONE. Il progetto esecutivo ha evidenziato un incremento dei costi dovuti all'aggiornamento dei prezziari regionali di 2.220,88 euro: la domanda è stata accolta per l'intero importo richiesto nel FOI I semestre.

M6C1 – 1.2.2 - COT di Pesaro Via Alfano –

Il progetto esecutivo è stato validato e approvato con Determina n. 1522 DAV1 del 30-12-2022, la gara per l'affidamento dei lavori è stata conclusa nella piattaforma MEPA, e aggiudicata con determina n.719 del 29/06/2023 e firma del contratto in data 30/6/2023, come previsto dal MILESTONE. Il progetto esecutivo ha evidenziato un incremento dei costi dovuti all'aggiornamento dei prezziari regionali di 5.132,72 euro: la domanda è stata accolta per l'intero importo richiesto nel FOI I semestre. In data 11/12/2023 è stata effettuata la consegna dei lavori con la ditta esecutrice.

M6C1-1.3. -OdC di Mombaroccio –

Gli Ospedali di Comunità venivano pensati all'interno del PNRR come mezzo per potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio, migliorandone al contempo la qualità. In ottemperanza a ciò, la Giunta regionale delle Marche con la deliberazione n. 114 del 14 febbraio 2022 approvava l'individuazione dei siti idonei in cui attivare – per quel che in questa sede interessa – i 9 Ospedali di Comunità (O.d.C.) previsti quali target regionali del PNRR. Inoltre, la Regione Marche – con D.G.R. n. 970/2022 e D.G.R. n. 1330/2022 – disponeva la delega agli Enti del SSR – quali soggetti attuatori esterni – per la realizzazione degli interventi della Missione 6 Componente 1, dando indicazioni per la ripartizione dei relativi fondi. Successivamente l'ASUR Marche – con determine del DG n. 532/2022, n. 537/2022 e n. 548/2022 – disponeva la delega alle Aree Vaste, per il tramite dei competenti Uffici, delle funzioni operative inerenti l'attuazione degli interventi ricompresi nella Missione 6-Salute. Disponeva, inoltre, con determina n. 258/2022, per l'individuazione dei siti idonei e dei relativi responsabili di procedimento. Tra gli interventi destinati all'attuazione degli investimenti previsti dalla suddetta Componente 1 della Missione 6 (M6C1), relativa alle "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", veniva individuato anche quello per la realizzazione dell'Ospedale di Comunità di Mombaroccio (PU). I progettisti incaricati consegnavano il primo progetto PFTE che prevedeva 30 pl, in data 25/01/2023. Il PFTE evidenziava un notevole incremento dei costi per un quadro economico di 8.45 mln di euro a fronte dei 3.6 mln previsti dal finanziamento. Il PFTE veniva dunque trasmesso al Dipartimento Salute per mail nei primi giorni del mese di febbraio, che ne verificava sommariamente la consistenza, dando indicazione per le vie brevi al RUP di riproporre ai progettisti una revisione per stralci funzionali, al fine di contenere i costi e superfici. A seguito della rimodulazione, consistente nella eventuale riduzione a 15 posti letto (dotazione

minima da standard per OdC) e alla ottimizzazione degli impianti, gli importi totali da quadro economico scaturiti erano: di 5,5 mln di euro¹. Veniva presentata richiesta di accesso al FOI per adeguamento prezzi. Veniva inoltre rimodulato il QE sulla base dei ribassi di aggiudicazione dei relativi Accordi Quadro di Invitalia e sul fondo FOI concesso, determinando una riduzione del QE derivante dal PFTE. Allo stato attuale, il QE dell'intervento ammonta a euro 4.800.000, coperto in parte da fondi PNRR (3.600.000,00) in parte tramite accesso al FOI per € 360.000,00 (decreto n. 211 MEF-RGS del 17 novembre 2023) e i restanti oneri tramite fondi regionali (nota regionale prot. n. 1415619|20/11/2023|R_MARCHE|GRM|SALU|P|500.50.20/2022/SSIS/1103). In data 6.7.2023 veniva indetta Conferenza dei servizi, che si concludeva con esito favorevole in data 14.9.2023. Con determina n. 855 del 4.8.2023 si aderiva all'Accordo Quadro Invitalia per i servizi di verifica alla progettazione. La verifica de qua si concludeva con esito favorevole in data 21.11.2023. In data 27.11.2023 veniva validato dal RUP il PFTE.

Con determina 1437 del 7.12.2023 si prendeva atto della conclusione delle precedenti fasi, si approvava il QE e si aderiva all'accordo quadro INVITALIA per lavori in appalto integrato. Con Ordine di Attivazione n. 2 del 9.12.2023 si attivava la ditta aggiudicataria dell'accordo quadro per i lavori in appalto integrato. In data 21.12.2023 si firmava il relativo contratto specifico. I target/milestone PNRR per il 2023 risultano raggiunti.

Rispetto dei principi PNRR

Per completezza, si ritiene doveroso evidenziare che nell'espletamento delle procedure di gara volte all'acquisizione delle tecnologie e/o servizi oggetto degli interventi di cui sopra, la scrivente Stazione Appaltante ha adottato tutte le misure volte a garantire il rispetto dei requisiti e delle specifiche condizionalità PNRR (principio del DNSH nonché dei principi trasversali del PNRR).

Capitolo 3. Sostenibilità economica e efficienza operativa

Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA

Prerequisito fondamentale nella predisposizione del bilancio di previsione è il rispetto del vincolo di bilancio assegnato.

Pertanto l'Azienda si impegna a concorrere al raggiungimento dell'obiettivo del pareggio di bilancio del Servizio Sanitario Regionale, attraverso Il costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziari.

3.1 Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

Nel corso del 2024 proseguirà l'impegno per consolidare il rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR in conformità alle disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i, (pagamenti entro i 60gg) attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale e un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria).

La Direzione aziendale si impegna a garantire un utilizzo efficiente della liquidità disponibile ed il mantenimento dei tempi di pagamento previsti dalla normativa vigente anche ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato, in conformità a quanto prescrio dall'art. 1, comma 865 della L. 145/2018 (Legge di bilancio 2019).

La corretta acquisizione delle fatture elettroniche sulla Piattaforma per la Certificazione dei Crediti (PCC) e conseguenti tempi amministrativi certi per la liquidazione delle fatture dei fornitori sono i presupposti per una

corretta relazione col mercato e per pagamenti tempestivi. La trasparenza dei risultati deve essere garantita attraverso la pubblicazione trimestrale dell'indice di tempestività dei pagamenti ai sensi del D.Lgs n. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016.

3.2 Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi

L'entrata in vigore del nuovo Codice dei Contratti Pubblici impatterà in modo significativo sul processo di acquisto di beni e di servizi, in particolar modo per l'impulso che viene dato dal legislatore all'utilizzo degli strumenti telematici di negoziazione; a tal proposito si evidenzia tuttavia che questa stazione appaltante utilizza uniformemente le piattaforme telematiche sia nazionali che aziendale (Consip e Maggioli) per la stipulazione dei contratti d'importo sopra soglia comunitaria in conformità all'attuale dettato normativo ed è pronta quindi ad affrontare la sfida che il nuovo Codice richiede sul solco, tra l'altro, delle disposizioni già introdotte dal precedente Codice ora abrogato.

Parimenti si evidenzia come questa stazione appaltante abbia già ottenuto la "qualificazione" che il nuovo testo normativo impone, previa domanda avanzata entro il 30 giugno 2023, esitata favorevolmente da Anac che ha concesso la certificazione per l'acquisto di beni e di servizi al livello massimo di contrattazione.

L'Azienda ha provveduto ad avviare una prima fase di riorganizzazione logistica, provvedendo a inserire i diversi settori di magazzino per i vari magazzini economici (Fano e Gadana di Urbino) e farmaceutici (Urbino e Fossombrone), con differenziazione delle frequenze tra farmaci e dispositivi medici al fine di una più efficiente distribuzione dei materiali ed impiego di tempo nella gestione richieste ed evasione, sia per i servizi richiedenti che per i magazzini destinatari.

Ciò ha portato, mediante opportune parametrizzazioni informatiche, ad una più puntuale definizione dei giorni di consegna per ciascun centro di costo richiedente, ed a una puntuale assegnazione dei magazzini di competenza per ciascun centro di costo, evitando la destinazione di richieste a magazzini errati.

Successivamente si è provveduto alla chiusura del magazzino economico di Fano, sito in via Tazzoli, 15, già segnalato come non adeguato dai precedenti dirigenti dell'ufficio Approvvigionamenti, sia per motivi di spazio che di sicurezza delle attività logistiche, nonché al fine di procedere ad una razionalizzazione delle scorte e della distribuzione dei suddetti materiali, suddividendo le zone di competenza dell'intero territorio provinciale afferente all'Ast, in due aree di competenza: quella litoranea, rifornita dal magazzino economico di Pesaro e quella dell'entroterra rifornita dal magazzino Economico di Gadana.

Allo stesso tempo si è agito anche nella gestione della farmaceutica territoriale, con attivazione della generazione di proposte di reintegro informatizzato dei livelli di scorta, per una più efficiente e puntuale gestione delle risorse umane dedicate ed una ottimizzazione dei livelli di scorta commisurate ai fabbisogni / consumi rilevati.

Allo stato attuale la situazione logistica dei magazzini aziendali è la seguente:

Z2M1 - magazzino farmaceutico territoriale di Pesaro:

punto ordinante e di **distribuzione farmaci e dispositivi** per assistenza domiciliare;

MFFT – magazzino farmaceutico territoriale di Fano:

punto ordinante e di distribuzione farmaci e dispositivi per assistenza domiciliare;

MFFO – magazzino farmaceutico di Fossombrone:

punto ordinante e di distribuzione di farmaci per distribuzione diretta

punto ordinante e di distribuzione farmaci e dispositivi per presidio di Pergola, distretti e sedi della vallata del Metauro e zona litoranea Pesaro / Fano / Marotta

Z2M2 – magazzino farmaceutico di Urbino:

punto ordinante e di distribuzione farmaci per distribuzione diretta

Allegato 2a)

punto ordinante e distribuzione farmaci e dispositivi medici per presidio di Urbino e la zona del Montefeltro

M26 – magazzino farmaceutico centralizzato di Pesaro (Villa Fastiggi)

Punto ordinante e distribuzione di farmaci e dispositivi medici Ex marche Nord

M1 – magazzino economale centralizzato di Pesaro (Villa Fastiggi)

Punto ordinante e distribuzione di materiale economale per Ex marche Nord e distretti/RSA zona litoranea

Z2M1 – magazzino economale Gadana di Urbino

Punto ordinante e distribuzione di materiale economale per presidi di Urbino Fossombrone Pergola e tutti i distretti della zona entroterra

M5 magazzino farmaceutico ospedaliero Muraglia

Punto ordinante e distribuzione diretta farmaci presidi ospedalieri ex Aormn Pesaro e Muraglia

Punto ordinante e distribuzione farmaci antibiotici presidi ospedalieri ex Aormn

MF magazzino farmaceutico ospedaliero Fano

Punto ordinante e distribuzione diretta farmaci presidio ospedaliero ex Aormn Fano

M39 magazzino farmaceutico UFA Muraglia

Punto ordinante e distribuzione farmaci chemioterapici per l'intero ambito territoriale provinciale di competenza dell'AST

3.3 Il Governo delle risorse umane

La programmazione triennale del fabbisogno del personale rappresenta uno degli adempimenti principe per le amministrazioni pubbliche, finalizzato alla ottimizzazione dell'impiego delle risorse pubbliche disponibili per il perseguimento degli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini.

L'art. 6 del D.Lgs. 165/2001 prevede l'assolvimento di tale adempimento in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività sulla scorta delle linee di indirizzo emanate dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione (*"Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche"*, - 8 maggio 2018 pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 173 del 27 luglio 2018), che in particolare sottolinea come *"La programmazione dell'attività dell'azienda, la definizione degli obiettivi e la verifica della disponibilità finanziaria, anche derivanti da vincoli nazionali e regionali costituiscono atti prodromici e alla base del piano triennale dei fabbisogni delle Aziende ed enti del SSN"*

Infatti, la pianificazione dei fabbisogni di risorse umane, quale strumento di programmazione pluriennale, deve conciliare le finalità istituzionali dell'Azienda con il rispetto della sostenibilità economica delle scelte organizzative adottate, nonché dei vincoli posti dalla legge in materia di assunzioni, ispirandosi ai principi di efficienza, economicità, trasparenza ed imparzialità, indispensabili per una corretta pianificazione delle politiche del personale e di reclutamento di nuove risorse.

A tal proposito, per quanto attiene al contenimento della spesa del personale del SSR, la Regione Marche, tenuto conto di quanto previsto anche all'art. 3, comma 2 lett. c) punto 3 della legge regionale n.13/2003, ovvero che la Giunta regionale impartisca direttive vincolanti ai direttori generali, con particolare riguardo al controllo della spesa, da ultimo con propria deliberazione n.630 del del 15 maggio 2023 ha provveduto alla rideterminazione definitiva del tetto di spesa del personale degli enti del SSR, a decorrere dall'esercizio 2022, operando un incremento stabile del tetto di spesa del personale regionale - pari ad € 932.841.000 - in applicazione dell'art.11 del D.L.35 del 30 aprile 2019, convertito in legge n.60 del 25 giugno 2019 e ss.mm., che, pur confermando l'intento del contenimento della spesa del personale (rif. D.L.98/2011, convertito in L.111/2011, come

modificato dalla L.190/2014 e dall'art.1, comma 454 della Legge 27 dicembre 2017 n.205), ne aggiorna i termini e i criteri di determinazione.

Con Legge Regionale n. 19 dell'08/08/2022 – *“Organizzazione del servizio sanitario regionale”* – la Regione Marche ha inteso attuare una profonda riforma del Sistema Sanitario Regionale. Invero, dal punto di vista organizzativo – dal 1 gennaio 2023 - viene superata l'Azienda Sanitaria Unica Regionale e la relativa declinazione in Aree Vaste per istituire cinque nuove Aziende Sanitarie Territoriali a valenza provinciale e l'Azienda Ospedaliera “Ospedali Riuniti Marche Nord” viene incorporata nell'AST di Pesaro e Urbino.

Ciò detto, nelle more dell'adozione dell'Atto aziendale di cui all'art. 3, comma 1bis, del DLGS 502/1992 ss.mm., nel quale saranno disciplinati il funzionamento e l'organizzazione aziendale, si rende necessario procedere alla definizione della programmazione triennale del fabbisogno aziendale di personale nei relativi Piani Occupazionali, che saranno aggiornati annualmente alla luce delle linee di programmazione sanitaria regionale ed in particolare della rideterminazione del tetto di spesa delle Aziende ed Enti regionali.

Quindi, in attesa della definizione del nuovo tetto di spesa per il personale, l'Azienda, intendendo agire nel rispetto degli obiettivi di finanza pubblica nonché dei vincoli assegnati, procede alla definizione della programmazione in parola in coerenza con la sommatoria dei tetti di spesa assegnati alle Aziende confluite in AST, indicando che per quanto riguarda la ex Area Vasta 1, il riferimento economico è il limite assegnato con determina del Commissario Straordinario ASUR n. 988 del 30/12/2022, mentre per la ex AORMN è il tetto definito nella DGRM 630/2023 .

In merito alla definizione del Piano triennale del fabbisogno di personale di AST si ritiene di non poter avviare il percorso istruttorio senza tener conto dei previgenti atti di programmazione (anni 2022-2024), redatti dalle Aziende che sono confluite in AST, ed analizzare l'attuale contesto di riferimento aziendale, che si trova ad affrontare l'avvio di un percorso di profonda riorganizzazione. Per tale ragione la Direzione Generale ha indicato le linee di definizione del fabbisogno del personale dell'anno in corso, da dettagliare nel Piano Occupazionale 2024, ed in via programmatica dei Piani Occupazionali 2025-2026.

Sostanzialmente nella redazione del Piano Triennale dei fabbisogni di Personale 2024-2026, si tengono in considerazione i seguenti ambiti di azione:

1. Andamento del turn over: monitoraggio delle cessazioni del personale di cui tener conto in maniera preventiva, qualora la data di cessazione sia già prevista o prevedibile perché collegata ad eventi o procedure in corso o puntuale, qualora la data di cessazione sia già certa;
2. Esigenze delle diverse articolazioni organizzative: il fabbisogno complessivo annuo di personale deve essere coerente con le esigenze manifestate dalle diverse articolazioni organizzative aziendali in relazione alla programmazione delle attività e degli obiettivi di *Performance*;
3. Modalità con le quali l'Azienda intende soddisfare il fabbisogno di personale: tali modalità sono riferite alla natura dei rapporti di lavoro dipendente ovvero prioritariamente a tempo indeterminato o, in casi limitati e specifici, a tempo determinato, nonché alle assunzioni obbligatorie di lavoratori disabili od appartenenti alle categorie protette (ai sensi della Legge n. 68/1999);
4. Processi di superamento del precariato secondo le linee di indirizzo regionali.

Tutto ciò nel rispetto della capacità assunzionale aziendale derivante dalla capienza della dotazione organica e dalla disponibilità presente nei bilanci di competenza, nel rispetto dei vincoli normativi.

Piano Triennale dei fabbisogni di personale 2024-2025-2026

Nell'approcciarsi alla definizione della programmazione del fabbisogno di personale, giova ricordare che la legge regionale n.19/2022 all'art. 20, comma 4 lett. c) ha previsto il superamento della forma del concorso unificato regionale, avviati dalla legge regionale n.7/2017, introducendo dal 1 gennaio 2023 la gestione diretta delle procedure concorsuali di nuova indizione da parte delle Aziende Sanitarie Territoriali e l'intervento della Giunta regionale nell'individuazione delle procedure "aggregate". Al riguardo la Giunta regionale con DGRM n. 450 del 04/04/2023 ha approvato, in applicazione dell'art. 20 comma 4 lett. c) della L.R. 19/2022, le modalità di espletamento delle procedure concorsuali aggregate per l'assunzione a tempo indeterminato di personale del comparto e della dirigenza professionale tecnica amministrativa del SSR e le indicazioni per il reclutamento della dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie del SSR.

Di qui l'avvio da parte di AST - PU delle nuove procedure di reclutamento finalizzate all'attuazione della programmazione 2022-2024. In particolare già dal secondo semestre dell'anno 2023 sono stati attivati quindici concorsi pubblici per l'acquisizione di personale medico nelle varie discipline, il cui espletamento si sta realizzando gradatamente nel rispetto delle tempistiche tecnico-giuridiche previste dalla normativa in materia concorsuale (DPR 483/1997). La difficoltà nel reperire personale medico non solo per la rete emergenziale, ma in molte altre discipline specialistiche ha avuto un impatto significativo nelle politiche di reclutamento del personale, mettendo l'Azienda nella condizione di dover ricorrere all'utilizzo di personale con contratti di lavoro flessibile ai sensi del DL 18/2020, le cui disposizioni derogatorie si sono protratte anche nell'anno 2023 e 2024. Infatti il decreto legge n. 215 del 30/12/2023 (Milleproroghe 2024), ha confermato anche per l'anno 2024 la possibilità per le Aziende ed Enti del SSN di ricorrere al conferimento incarichi individuali a tempo determinato anche ai medici in formazione specialistica, nonché l'opportunità di mantenere attivi fino al 31/12/2024 anche i contratti di collaborazione professionale con personale medico e sanitario in quiescenza e/o laureato e abilitato nell'ottica di ampliare quanto maggiormente possibile i canali di reclutamento e ciò in deroga ai vincoli ed ai canali imposti dalla legislazione ordinaria (id est: D.Lgs. 165/2001, artt. 7, 35 e 36).

Un focus particolare è riservato alle discipline dell'area dell'emergenza-urgenza, rispetto alle quali l'Azienda non ha mai smesso di emettere bandi, non solo di concorso ma per qualsivoglia selezione, volta all'acquisizione di personale medico dedicato al fine di contenere il ricorso alle cooperative/operatori economici esterni. Anche per l'anno 2024 l'Azienda intende impegnarsi nel reclutamento di personale medico dipendente, e qualora non si realizzasse la copertura del fabbisogno, anche attraverso l'applicazione di misure derogatorie previste per la rete di emergenza dal decreto legge 34/2023 che all'art. 12, commi 1 e 2, recita:

1. "Fino al 31 dicembre 2025, allo scopo di garantire la continuità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e valorizzare l'esperienza professionale acquisita, il personale medico, che alla data di pubblicazione del presente decreto, nel periodo intercorrente tra il 1° gennaio 2013 ed il 30 giugno 2023, abbia maturato, presso i servizi di emergenza-urgenza del Servizio sanitario nazionale, almeno tre anni di servizio, anche non continuativo, con contratti a tempo determinato, con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, con contratti di convenzione o altre forme di lavoro flessibile, ovvero abbia svolto un documentato numero di ore di attività, equivalente ad almeno tre anni di servizio del personale medico del Servizio sanitario nazionale a tempo pieno, anche non continuative, presso i predetti servizi, è ammesso a partecipare ai concorsi per l'accesso alla dirigenza medica del Servizio sanitario nazionale nella disciplina di Medicina d'emergenza-urgenza, ancorché non in possesso di alcun diploma di specializzazione. Il servizio prestato ai sensi del presente comma è certificato, su istanza dell'interessato, dalla struttura presso la quale è stato svolto, entro 30 giorni dal ricevimento della domanda. 2. Fino al 31 dicembre 2025, in via sperimentale, in deroga alle incompatibilità previste dall'articolo 40 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 ed in deroga alle disposizioni di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, fermo restando quanto previsto dall'articolo 11, comma 1, del decreto-

legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, i medici in formazione specialistica regolarmente iscritti al relativo corso di studi possono assumere, su base volontaria e al di fuori dall'orario dedicato alla formazione, incarichi libero-professionali, anche di collaborazione coordinata e continuativa, presso i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri del Servizio sanitario nazionale, per un massimo di 8 ore settimanali.

La programmazione prevista pone massima attenzione anche alla copertura delle esigenze assunzionali emerse per i servizi ospedalieri e territoriali delle aree geografiche disagiate, a favore delle quali sono stati previsti posti a concorso specifici nelle discipline di interesse.

Ciò al fine di contrastare la grave difficoltà di reclutamento del personale medico, non superata neppure dall'apertura all'ammissione ai concorsi di medici in formazione specialistica.

Per quanto concerne la programmazione assunzionale del personale dell'area del comparto, l'Azienda ha avuto il mandato dalla Regione di espletare il primo concorso aggregato regionale per il reclutamento di personale infermieristico. La conclusione della complessa procedura espletata nel rispetto del DPR 220/2001 e delle indicazioni regionali di cui alla DGRM 450/2023 è prevista entro il trimestre del 2024. Dall'esito della procedura, scaturiranno sette specifiche graduatorie, una per ogni Azienda/Ente regionale, dalle quali l'AST potrà attingere personale infermieristico a tempo indeterminato per la copertura del fabbisogno.

Nonostante l'impegno dedicato a tale procedura, la programmazione non trascurava l'acquisizione di altre figure professionali come tecnici di laboratorio e di radiologia medica, o personale della riabilitazione come fisioterapisti, audiometristi ecc.....;

Infine per quanto riguarda l'area amministrativa e tecnica del personale, si rappresenta che attualmente non sono vigenti in ambito regionale graduatorie esitate da concorsi pubblici e l'uscita dal sistema di tale personale per pensionamento e/o mobilità viene al momento sopperito con azioni organizzative, volte alla semplificazione amministrativa. Si sottolinea al riguardo come lo sforzo anche a livello nazionale di rendere più snello e adeguato l'apparato burocratico richieda sempre più insistentemente conoscenze informative-informatiche, evidenziando in tal senso un crescente fabbisogno di tali figure.

Quindi, tenuto conto delle esigenze delle singole unità operative di erogazione dei servizi, sia in ragione del personale cessante che del fabbisogno eventuale dalle modalità - in termini di volumi e complessità assistenziale - di attività svolta e da svolgere, è stato avviato il percorso di definizione del Piano triennale dei fabbisogni relativi agli anni 2024, 2025 e 2026. L'attenzione maggiore è stata posta nella definizione del Piano Occupazionale 2024 nelle more dell'adozione Atto aziendale e dell'assegnazione da parte della Regione del tetto di spesa del personale.

Nello specifico l'Azienda ha cercato di dare risposte alle esigenze emerse, garantendo, ove possibile, la copertura del turn-over con personale a tempo indeterminato, oltre all'acquisizione di personale, la cui assunzione era già stata prevista nell'anno 2023 e le cui procedure di reclutamento sono in corso di espletamento.

Il Piano Occupazionale anno 2024 riporta nel dettaglio l'andamento delle assunzioni e cessazioni con indicazione del relativo costo. Al riguardo si rappresenta che l'Azienda intende privilegiare il reclutamento di personale a tempo indeterminato.

Piano triennale e Superamento precariato

Nell'ambito della programmazione del fabbisogno di personale, di cui al precedente paragrafo, è stata valutata anche la dimensione del superamento del precariato. Nel corso degli ultimi anni è stato attuato quanto previsto dall'art. 20 del D.Lgs 75/2017. I "Piani di stabilizzazione" previsti nelle precedenti programmazioni sono stati

completati, sia quello riferito all'art. 20 del D.Lgs 75/2017, comma 1, sia quello al comma 2, portando a termine le apposite procedure selettive secondo le Linee di indirizzo regionali (vedasi le DGRM n. 626 del 25 maggio 2020, DGRM 581 del 10.05.2021).

L'Azienda ha, altresì, intrapreso già dal 2023 il nuovo percorso di stabilizzazione che il Legislatore ha introdotto all'art. 1- comma 268 L. 234 del 30/12/2021 (Legge Finanziaria 2022).

Si tratta di una disciplina speciale di "stabilizzazione" del personale precario *"al fine di rafforzare strutturalmente i servizi sanitari regionali anche per il recupero delle liste di attesa, e di consentire la valorizzazione della professionalità acquisita dal personale che ha prestato servizio durante l'emergenza da Covid-19"*, prevedendo a tal fine, alla lett. b): *"ferma restando l'applicazione dell'articolo 20 del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, dal 1° luglio 2022 e fino al 31 dicembre 2023 possono assumere a tempo indeterminato, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di personale, il personale del ruolo sanitario e gli operatori socio-sanitari, anche qualora non più in servizio, che siano stati reclutati a tempo determinato con procedure concorsuali, ivi incluse le selezioni di cui all'articolo 2-ter del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, e che abbiano maturato al 30 giugno 2022 alle dipendenze di un ente del Servizio sanitario nazionale almeno diciotto mesi di servizio, anche non continuativi, di cui almeno sei mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 30 giugno 2022, secondo criteri di prioritari definiti da ciascuna regione. Alle iniziative di stabilizzazione del personale assunto mediante procedure diverse da quelle sopra indicate si provvede previo espletamento di prove selettive"*.

Successivi provvedimenti normativi, in considerazione della proroga dell'efficacia dei canali di reclutamento emergenziali di cui al DL 18/2020, hanno esteso la portata applicativa della norma succitata, intervenendo sia sul termine per la maturazione dei requisiti che su quello per l'espletamento delle procedure di stabilizzazione nonché ampliando l'ambito soggettivo degli aventi diritto.

Alla luce delle modifiche ed integrazioni progressivamente intervenute nel dettato normativo, con documenti n. 22/14/CR7a/C7 e successivamente n. 23/77/CR/06/C/ la Conferenza delle Regioni e Province Autonome ha emanato gli indirizzi applicativi in ossequio ai quali la Regione Marche ha approvato lo schema di protocollo di intesa con le Aziende del SSR e le OO.SS. della Dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa e del Comparto Sanità (rif. DGRM 946 del 26/06/2023), sottoscritto dalle parti, con il quale sono state aggiornate le linee di indirizzo precedentemente fissate.

Quindi in coerenza con i PTFP 2022-2024, riproposti anche nell'ambito del PIAO 2023-2025, di cui alla determina n.345 del 31.03.2023, approvato dalla Regione Marche con atto n.778 del 05.06.2023 è stato definito il programma di stabilizzazione (determina n.1214 del 30/10/2023, integrato con determina n.1308 del 21/11/2023), che viene riproposto ed integrato nell'ambito della presente programmazione ed è stato avviato il processo.

Alla data del 31/12/2023 il percorso di "stabilizzazione" ha visto il passaggio al rapporto di lavoro a tempo indeterminato di 136 unità di personale precario.

Il Piano di stabilizzazione viene rappresentato nel dettaglio **nell'allegato B) Piano di stabilizzazione**. Trattasi complessivamente di 160 unità tra personale già con contratto a tempo determinato e contratto flessibile.

Dotazione organica

Per quanto attiene strettamente alla dotazione organica, occorre premettere che le DGRM 1385/2022 e 1718/2022 individuano la dotazione organica dell'AST di Pesaro e Urbino nella sommatoria delle due dotazioni

organiche riferite ad AORMN e ad Area Vasta 1 – 5.2“nelle more dell’adozione dell’atto aziendale e dei regolamenti di organizzazione della AST di Pesaro-Urbino, la dotazione organica di quest’ultima è determinata dalla sommatoria delle dotazioni organiche relative alla ex ASUR/AV1 ed alla incorporanda Azienda ospedaliera “Ospedali riuniti Marche Nord;” “5.3 nelle more dell’approvazione dell’atto aziendale di cui all’art. 24, la dotazione organica provvisoria dell’AST è costituita: 1. dalla dotazione corrispondente al numero ed ai profili professionali del personale in servizio a tempo indeterminato e determinato su posti di dotazione organica; 2. dai posti vacanti previsti dal piano di fabbisogno triennale 2022-2024 approvato con deliberazione della Giunta Regionale.”

Quindi, preso atto della definizione delle dotazioni organiche delle ex AORMN e Area Vasta 1, contemplate nei rispettivi atti di Programmazione, ovvero determina del Commissario Straordinario AORMN n. 658 del 16/12/2022 “Programmazione triennale dei Piani di fabbisogno del personale (2022-2024). Aggiornamento dotazione organica” e determina del Commissario Straordinario ASUR n. 988 del 30/12/2022, “Piano triennale dei fabbisogni del personale (2022-2024): ritiro e riproposizione alla luce delle disposizioni regionali in applicazione della LR 19/2022”, nonché quanto indicato nella DGRM 1718/2022, ai paragrafi 2.8 e 3.1, si rappresenta nell’apposito allegato PIAO il dettaglio della dotazione organica dell’Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino. Resta comunque inteso che tale dotazione organica sarà ridefinita in coerenza con la organizzazione indicata dall’adottando Atto Aziendale, ex art. 3, comma 1-bis, del D.lgs.502/1992, in seguito alla sua adozione.

In chiusura si rappresenta che, per facilità di lettura, il Piano dei fabbisogni viene illustrato negli allegati al PIAO, dai quali si evince il percorso intrapreso per la determinazione della spesa per il personale nel triennio 2024/2026. In particolare la spesa prevista dal fabbisogno del personale del triennio è stata calcolata, partendo dalla rideterminazione del costo effettivamente sostenuto nell’anno 2023 e del suo impatto nell’anno 2024 (trascinamento). A ciò è stato aggiunto il saldo della spesa che si prevede si realizzi tra assunzioni e cessazioni degli anni 2024, 2025 e 2026, compreso il percorso di superamento del precariato ex art. 1- comma 268 L. 234 del 30/12/2021 (Legge Finanziaria 2022), nonché il valore dei relativi costi di trascinamento.

La dinamica e l’impatto della spesa del personale nel triennio 2024 e 2025-2026, derivante dalla Programmazione triennale dei Piani di fabbisogno, viene così esposta nell’allegato **C) AST_PU_Impatto Piano Occupazionale 2024.**

Si precisa infine che, in riferimento alla compatibilità economica, per quanto riguarda l’anno 2024 è coerente con il Bilancio di previsione di cui alla DGRM 2074 del 29/12/2023. Il Piano, così definito, rientra altresì nel tetto di spesa preso a riferimento e indicato nella sommatoria dei tetti di spesi assegnati alle previgenti AORMN e ASUR-Area Vasta 1 (determina/CS/ASUR/988/2022) nell’ambito della DGRMN 630/2023.

4. La programmazione degli Investimenti

Anche per l’anno 2024 questa Azienda, in continuità con quanto realizzato negli anni precedenti, prevede di effettuare investimenti per il miglioramento del confort alberghiero e delle tecnologie biomediche, volte ad una progressiva riduzione del livello di obsolescenza del parco tecnologico esistente ed all’innovazione, per migliorare la qualità e quantità delle prestazioni erogate. Si prevede, inoltre, di implementare ulteriormente l’informatizzazione dei processi aziendali.

Inoltre, in previsione della realizzazione del nuovo complesso ospedaliero dell'area di Muraglia a Pesaro, in ottemperanza all'accordo di programma approvato con DGRM n. 687 del 06/06/2022, si prevede di realizzare i lavori di straordinaria manutenzione per i vari spostamenti dei reparti di Oncologia, Malattie Infettive, Ematologia, Diabetologia, Laboratorio Analisi, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, ecc., la ristrutturazione dei locali per la collocazione dell'UMACA e Camera Bianca, l'acquisto di un prefabbricato per collocare la Fisica Medica e la ristrutturazione dell'immobile di via Alfano a Pesaro per la collocazione dell'ADI.

Relativamente agli investimenti legati al COVID-19, nel corso dell'ultimo quadriennio 2020-2023 è stata attuata da parte dell'ex AORMN e di questa Azienda Sanitaria Territoriale una riorganizzazione delle strutture sanitarie con misure straordinarie tendenti ad un rapido significativo incremento dei posti letto di Terapia Intensiva e Medicina Sub-intensiva ed ad un conseguente piano di intervento sulle dotazioni di dispositivi di protezione individuali per tutto il personale dell'Azienda, sul potenziamento di tecnologie sanitarie e sugli adeguamenti impiantistici. Tali interventi si protrarranno anche nel corso dell'anno 2024 con la realizzazione di un montalettighe antincendio esterno a completamento degli interventi previsti nell'ambito del DL 34/2020 presso il pad F del Presidio San Salvatore di Pesaro.

In considerazione di quanto suesposto, gli investimenti che si prevede di realizzare nel corso dell'anno 2024 sono i seguenti:

Investimenti anno 2024	
TIPOLOGIA DI INVESTIMENTI	Valori
INTERVENTI DI ADEGUAMENTO STRUTTURALE ED IMPIANTISTICO	12.869.323
ATTREZZATURE SANITARIE	4.627.005
IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI	695.414
MOBILI E ARREDI	0
ATTREZZATURE INFORMATICHE E ALTRI BENI	250.871
TOTALE COMPLESSIVO	18.442.613

Nell'ambito di tali interventi vanno ricompresi:

- Interventi conseguenti alla diffusione dell'epidemia da Covid 19, previsti dalla Regione Marche, con DGR n. 751 del 16 giugno u.s., in attuazione del D.L. n. 34/2020 (c.d. "decreto Rilancio"), avviati nel corso del triennio 2020-2022 dall'ex AORMN relativamente ai quali questa Azienda prevede di realizzare nell'anno 2024 i seguenti investimenti per complessivi € 1.212.622:
 - € 112.622,00 per attrezzature sanitarie
 - € 1.100.000 per realizzazione di un montalettighe antincendio esterno.
- Interventi di cui alla DGR 827 del 29/6/2020 avente ad oggetto "Epidemia COVID-19: piano di potenziamento delle attività ambulatoriali per la fase 2 dell'emergenza pandemica finalizzato alla riduzione dei tempi d'attesa" per i quali la Regione Marche ha stanziato un finanziamento pari a complessivi € 1.245.850,00, nell'ambito dei quali questa Azienda prevede di realizzare nell'anno 2024 i seguenti investimenti per complessivi € 357.232:
 - completamento del sistema integrato per la gestione del percorso paziente per € 130.838

Allegato 2a)

- affidamento di servizi applicativi e di servizi di supporto in ambito «SANITÀ DIGITALE - Sistemi Informativi Clinico-Assistenziali» per le Pubbliche Amministrazioni del S.S.N. – Accordo Quadro CONSIP ID 2202 - LOTTO 2 per € 226.394.

Il Direttore Generale

(Dr.ssa Nadia Storti)