



Relazione al Bilancio di Previsione anno 2025

Capitolo 1 – Premessa	3
1.1 Quadro normativo di riferimento.....	3
1.2 Contesto di riferimento.....	5
1.3 Linee strategiche 2025	9
Capitolo 2 Organizzazione dell’Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino	12
2.1 I Dipartimenti	12
Dipartimento di Prevenzione.....	13
2.1.1 Area Medica- Igiene e Sanità Pubblica	15
2.1.2 Screening oncologici	18
2.1.3 Prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro	19
2.1.4 Area Veterinaria E Sicurezza Alimentare	19
2.2 Offerta Territoriale.....	23
2.2.1 Integrazione Socio-sanitaria.....	28
2.2.3 Farmaceutica Territoriale	32
2.2.4 Le Cure Tutelari (Consultorio, UMEE e UMEA)	34
2.2.5 Dipartimento Dipendenze Patologiche.....	35
2.2.6 Salute Mentale	36
2.3 Offerta Ospedaliera.....	37
2.3.1 Emergenza-urgenza ospedaliera	37
2.3.2 Attività ospedaliera	39
2.4 Attività di specialistica ambulatoriale.....	50
2.4.1 Azioni per il Governo delle liste d’attesa.....	51
2.5 PNRR Missione 6 Salute.....	52
Capitolo 3. Sostenibilità economica e efficienza operativa	59
3.1 Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR.....	59
3.2 Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi	60
3.3 Il Governo delle risorse umane.....	60
4. La programmazione degli Investimenti.....	62

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 2025 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 n 2015 del 20/12/2024, nonché di specificare i collegamenti con gli altri atti della programmazione aziendale e regionale.

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 2025.

La redazione del bilancio di previsione è stata effettuata osservando le direttive regionali di cui alla DGRM n.2015 del 20/12/2024 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 2025, anche tramite il confronto con i dati relativi all'esercizio precedente (preconsuntivi).

Da ultimo, si specifica che per quanto riguarda l'attività, nonché i relativi costi, le previsioni formulate sono una stima basata sulle risorse disponibili assegnate dalla Regione Marche, 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, 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.

Per l'anno 2025 il termine di presentazione è stato definito con la DGRM 2015 del 20/12/2024 ed è stabilito entro il 31/01/2025.

1.1 Quadro normativo di riferimento

Sulla programmazione delle attività per l'anno 2025 hanno inciso, prioritariamente, le seguenti norme.

Normativa Nazionale:

Allegato 2a)

- **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 2022-2025;
- **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 2025.;

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.;

- **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;
- **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;
- **Deliberazione dell'Assemblea legislativa regionale n. 57 del 09/08/2023** – Piano socio sanitario regionale 2023-2025. Salute, sicurezza e innovazione per i cittadini marchigiani;
- **DRGM 56 del 29/01/2024** - "Piano di autorizzazione spesa e Piano Operativo, di conversione della Legge n. 213 del 30 Dicembre 2023. Piano Operativo Regionale 2024. Recupero e miglioramento liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri e screening";
- **DGR n. 1888 del 09/12/2024** - Proposta di legge regionale a iniziativa della Giunta regionale concernente: "Bilancio di previsione 2025/2027";
- **DGRM n. 1703 del 11/11/2024** - **concernente:** D. Lgs. 171/2016 e L. R. 19/2022 - Definizione degli obiettivi degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2025 e approvazione dei criteri relativi alla procedura di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2025;
- **DGRM n 2015 del 20/12/2024:** concernente - L.R. n. 19 del 08/08/2022 - Autorizzazione agli Enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2025 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2025-2027.

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.

1.2 Contesto di riferimento.

Ambito economico

Allegato 2a)

Nella definizione della programmazione strategica aziendale per l'anno 2025 è stato preso in considerazione 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 dalla spinta inflattiva, ed in particolare del costo per le fonti energetiche a tutt'oggi in incremento, in uno scenario socio economico ancora influenzato dal perdurare dell'incertezza legata alle tensioni geopolitiche e all'evoluzione del conflitto in Ucraina e in Medio Oriente.

A fronte di tale situazione, 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 e a perseguire gli obiettivi regionali previsti dal Piano Socio Sanitario Regionale nonché dal PNRR.

Risulta evidente che questi obiettivi particolarmente sfidanti si potranno realizzare a patto di forti riorganizzazioni guidate dalla razionalizzazione ed efficientamento del sistema.

Nella gestione dei prossimi anni, è importante, la condivisione, con le istituzioni ed i professionisti, delle scelte organizzative che impatteranno su modelli e modalità erogative da tempo consolidate. È parimenti rilevante la responsabilizzazione dei dipartimenti di produzione rispetto ai processi che portano all'erogazione dei servizi e delle prestazioni. Da ultimo, è prioritario l'introduzione di meccanismi di efficientamento e di governo condiviso delle risorse, monitorando lo stato d'avanzamento dei progetti ma anche performance ed esiti delle attività e dei servizi riorganizzati e garantiti.

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, perseguendo:

- l'efficienza all'interno dei servizi esistenti;
- il potenziamento delle prestazioni erogate laddove si registrano criticità in termini di tempi di attesa;
- il 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 rappresentano obiettivi prioritari assegnati alle strutture aziendali quali obiettivi di performance organizzativa.

Ambito orografico-territoriale

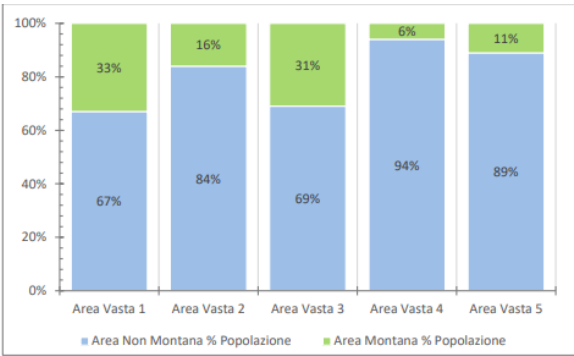
L'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino (AST Pesaro Urbino) si estende su un territorio di 2.510,8 Km² (26,8% del territorio regionale) con struttura geomorfologica differenziata. La popolazione assistita al 01/01/2024 è pari a 349.882 distribuita in 50 Comuni e in 3 Distretti.

La densità demografica della provincia di riferimento, pari a 139 ab/km², risulta inferiore del 14% alla densità demografica regionale (pari a 159 ab/km²).

Allegato 2a)

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 kmq distribuita per "Area Montana" e "Area non Montana" nei territori della Regione Marche, rileva nella Provincia di Pesaro-Urbino una percentuale maggiore di kmq 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 –l’evoluzione temporale nella struttura della popolazione della Provincia di Pesaro Urbino per classe di età è riportata nella tabella che seguente (fonte Istat)

Provincia/Regione								
	2022		2023		2024			
	15-64 anni	65 anni e oltre	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre
Pesaro e Urbino	62,9	24,8	12,1	63,0	25,0	11,8	63,0	25,3

Nella provincia di Pesaro Urbino la speranza di vita alla nascita è di 84,1 anni per gli uomini e di 86.1 per le donne, valori sostanzialmente allineati al dato regionale, che è di 83.9 anni per gli uomini e di 85,9 per le donne e significativamente più alti rispetto al dato medio nazionale che è di 83,0 per gli uomini e di 85,1 per le donne (dati Istat 2023).

Provincia/Regione												
	2022				2023				2024			
	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media
Pesaro e Urbino	59,0	39,4	201,1	46,9	58,8	39,6	206,7	47,1	58,8	40,1	214,7	47,3
Ancona	61,2	41,5	210,8	47,3	60,9	41,7	217,3	47,5	60,7	42,1	225,8	47,7
Macerata	62,0	42,1	212,1	47,3	61,9	42,5	218,3	47,5	62,3	43,1	224,3	47,7
Ascoli Piceno	60,7	42,3	230,1	47,8	61,1	42,9	235,2	48,0	61,6	43,6	243,4	48,2
Fermo	60,9	42,1	223,0	47,6	61,1	42,6	230,8	47,8	61,6	43,4	237,6	48,0
Marche	60,7	41,3	212,6	47,3	60,7	41,6	218,8	47,5	60,8	42,2	226,4	47,7

Le dinamiche demografiche relative alla Provincia di Pesaro-Urbino (fonte iSTAT) evidenziano un processo di invecchiamento in costante incremento nel tempo: l’età media aumenta nel triennio 2022-2024 da 46.9 a 47.3 con un aumento dell’indice di vecchiaia più che proporzionale che passa, nello stesso periodo dal 201.1 al 214.7

Allegato 2a)

ed un corrispondente aumento dell'indice di dipendenza anziani che, da un valore pari a 39.4 del 2022 passa nel 2024 al 40.1.

A ciò si aggiunge un preoccupante valore negativo del tasso di crescita naturale (misurato come scostamento tra quoziente di natalità pari al 5,8 e quoziente di mortalità del 11,4), pari al -5.6 % solo parzialmente mitigato dal fenomeno dell'immigrazione straniera.

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.

A fronte di un tasso di ospedalizzazione grezzo pari ai 127 per mille abitanti, si riportano i tassi di ospedalizzazione e di mortalità, per le principali patologie, elaborati da Agenas nel Piano Nazionale Esiti 2024, relativi all'AST di Pesaro e Urbino, raffrontati con i dati nazionali (fonte Agenas)

Ospedalizzazione per scompenso cardiaco		
Area	N	% Grezza
Italia	130531	2,61
AST di Pesaro e Urbino	753	2,53

Ospedalizzazione per BPCO		
Area	N	% Grezza
Italia	74378	1,49
AST di Pesaro e Urbino	448	1,51

Porzione interventi TM mammella in reparti >135 casi		
Struttura	N	% Grezza
Italia	66532	82,71
Stabilimento Di Fano	491	100
Stabilimento Di Urbino	138	100

Le principali cause di morte nella provincia di Pesaro e Urbino, come in molte altre aree italiane, riflettono generalmente tendenze globali di salute pubblica, con un'alta prevalenza di malattie croniche non trasmissibili. Le seguenti categorie sono tra le principali cause di morte, basate sui dati più recenti disponibili e sugli andamenti epidemiologici tipici della regione Marche:

Malattie cardiovascolari: Le malattie del cuore, in particolare infarti del miocardio e ictus cerebrale, sono tra le principali cause di morte. Le malattie cardiovascolari rappresentano una parte significativa della mortalità, in particolare tra le persone anziane.

Tumori: I tumori sono una causa prevalente di morte, con il cancro ai polmoni, al colon-retto, alla mammella e alla prostata tra i più comuni. La mortalità per cancro continua a essere un problema importante, non solo a livello provinciale, ma anche a livello nazionale.

Allegato 2a)

Malattie respiratorie croniche: Malattie come la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e le malattie polmonari legate al fumo continuano a essere cause rilevanti di morte, particolarmente in persone anziane o con storie di fumo intenso.

Si riportano, di seguito, alcuni indicatori specifici:

Infarto miocardico acuto mortalità a 30 gg		
Struttura	N	% Grezza
Italia	76506	7,13
AST Pesaro e Urbino	552	5,97

Intervento chirurgico per TM polmone. Mortalità a 30 giorni		
Struttura	N	% Grezza
Italia	29959	0,86
AST di Pesaro e Urbino	142	0,7

Intervento chirurgico per TM mammella. Mortalità a 30 giorni		
Struttura	N	% Grezza
Italia	13635	5,37
AST di Pesaro e Urbino	85	4,41

Frattura collo del femore, mortalità a 1 anno		
Area	N	% Grezza
Italia	74466	19,73
AST di Pesaro e Urbino	452	19,25

In riferimento agli indicatori PNE sopra riportati, si osserva che l'Azienda si colloca in posizione migliorativa rispetto ai target medi nazionali.

1.3 Linee strategiche 2025

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;
- l'effettiva adeguatezza dell'assetto organizzativo rapportata ai servizi da erogare tenendo conto delle peculiarità territoriali;
- l'efficacia e l'economicità delle prestazioni e dei servizi in condizioni di imparzialità e trasparenza nonché l'appropriatezza delle prestazioni erogate.

In sede attuativa, il concreto 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). 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 rafforzare la capacità delle proprie 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 il grado di 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, nel miglioramento continuo della qualità dei servizi e nel 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.

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.

Nel corso dell'anno 2025, inoltre, l'Azienda non può prescindere dalla progressiva realizzazione del 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 laddove necessario 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);

Allegato 2a)

- 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; l'obiettivo è quello di separare i percorsi dell'emergenza (patologie tempo dipendenti) e dell'urgenza (patologie che richiedono la presa in carico immediata ed un trattamento entro le 12/24 ore). Si tratta, infatti, di bisogni distinti, ugualmente appropriati ma che necessitano di risposte diversificate per sede, modalità, percorsi e organizzazioni;
- 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 assistenziali e la costruzione di alleanze con enti e associazioni locali, nonché garantendo equità e contrasto alle disuguaglianze;
- 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, promuovendo iniziative formative in tema di medicina di genere ed equità, il monitoraggio degli effetti di salute delle disuguaglianze, utilizzando gli strumenti epidemiologici ad hoc;
- 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;
- 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 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.

In particolare, per quanto riguarda nello specifico l'ultimo punto, L'Azienda nella programmazione 2025 intende proseguire le azioni finalizzate al miglioramento dell'efficienza su alcune specifiche aree. La direzione strategica ha concertato tali azioni con i gestori di risorse e con i professionisti sanitari, strutturando 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.

Capitolo 2 Organizzazione dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino 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).

L'Azienda è suddivisa in tre Distretti: Fano, Pesaro e Urbino, a cui afferiscono i Comuni di cui all'allegato A della L.R. 19/2022, e precisamente:

-Distretto di FANO

Il Distretto di Fano conta un bacino di utenza di n. 134.370 abitanti, suddivisi in **n. 15 Comuni**: Cartoceto, Colli al Metauro, Fano, Fossombrone, Fratte Rosa, Isola del Piano, Mondavio, Mondolfo, Montefelcino, Monte Porzio, Pergola, San Costanzo, San Lorenzo in Campo, Sant'Ippolito, Terre Roveresche.

Il territorio coincide con quello degli Ambiti Territoriali Sociali n.6 Fano e n. 7 Fossombrone.

-Distretto di PESARO

Il Distretto di Pesaro conta un bacino di utenza di n.138.101 abitanti, suddivisi in **n.7 Comuni**: Gabicce Mare, Gradara, Mombaroccio, Montelabbate, Pesaro, Tavullia, Vallefoglia.

Il territorio coincide con quello dell'Ambito Territoriale Sociale n.1 Pesaro

-Distretto di URBINO

Il Distretto di Urbino conta un bacino di utenza di n.77.864 abitanti, suddivisi in **28 Comuni**:

Acqualagna, Apecchio, Belforte all'Isauro, Borgo Pace, Cagli, Cantiano, Carpegna, Fermignano, Frontino, Frontone, Lunano, Macerata Feltria, Mercatello sul Metauro, Mercatino Conca, Montecalvo in Foglia, Monte Cerignone, Montegrimano Terme, Peglio, Petriano, Piandimeleto, Pietrarubbia, Piobbico, Sant'Angelo in Vado, Sassocorvaro Auditore, Tavoletto, Serra Sant'Abbondio, Urbania e Urbino.

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

Allegato 2a)

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.

Obiettivi e funzioni integrate

Il Dipartimento di Prevenzione 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.

Gli obiettivi “core” attribuiti dal nuovo sistema di garanzia per l’area prevenzione secondo sono i seguenti

AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - INDICATORI NSG "CORE"				
OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE
incrementare l'attività di prevenzione	modello LA	totale costo "prevenzione collettiva e sanità pubblica" 2024>costo 2023		
Copertura vaccinale	Anagrafe vaccinale informatizzata (NSG - Core)	Copertura vaccinale aggiustata nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita – Non rintracciabili (Trasferiti in altra ASL/Estero, non rintracciabili perché nomadi o senza fissa dimora, non rintracciabili nonostante indirizzo conosciuto)
Copertura vaccinale	Anagrafe vaccinale informatizzata (NSG - Core)	Copertura vaccinale aggiustata nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	n. di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con 1 dose di vaccino MPR	n. di soggetti della rispettiva coorte di nascita – Non rintracciabili (Trasferiti in altra ASL/Estero, non rintracciabili perché nomadi o senza fissa dimora, non rintracciabili nonostante indirizzo conosciuto)
Rispetto LEA per Screening Oncologia	Dati ONS (GISMA, GISCI, GISCOR) (NSG, IQE)	% persone che effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della mammella	Persone in età target che eseguono nel 2024 il test di screening per carcinoma mammella	Popolazione target 2024
		% persone effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della cervice uterina	Persone in età target che eseguono nel 2024 il test di screening per cervice uterina	Popolazione target 2024
		% persone che effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro del colon retto	Persone in età target che eseguono nel 2024 il test di screening per tumore colon retto	Popolazione target 2024

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 2025 il Dipartimento di Prevenzione promuova e persegua:

Allegato 2a)

- 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.

Nell'anno 2025 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 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 2025 sarà implementato un modello di assistenza territoriale che per quanto riguarda la prevenzione collettiva e sanità pubblica dovrà dare particolare rilievo ad alcuni aspetti:

- 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 diffusive, ed è organizzata nelle seguenti specifiche aree:

- Area Vaccinazioni;
- Area Sorveglianza, Prevenzione e Controllo delle malattie infettive e diffusive.

-Area Medicina dei Viaggi e Profilassi Internazionale.

Area Vaccinazioni

L'attività di Profilassi Vaccinale, in particolare per alcune fasce di età o condizioni di rischio e di fragilità, sarà organizzata nel 2025 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.

In riferimento all'attività 2024 si registrano:

-Per la vaccinazione pediatrica: si registra una copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi (coorte 2022) per ciclo base (3 dosi) di vaccino contro polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib (esavalente) pari al 91%, e una copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi (coorte 2022) per una dose di vaccino contro morbillo, parotite e rosolia (MPR) È risultata pari al 91%.

-Per la vaccinazione antinfluenzale: risultano complessivamente inserite su SIAMA - Servizio Informativo Vaccinale delle Marche - (escludendo le 1.658 somministrate dai PLS) 59.569 vaccinazioni antinfluenzali di cui 44.780 somministrate a soggetti di età > 65 anni.

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 62% (stagione 2023-2024) registrando una riduzione della copertura.

In tale contesto il dato di copertura negli over 65 raggiunto dalla AST Pesaro – Urbino (62%), maggiore rispetto a quello delle altre AST, rappresenta sicuramente un ottimo risultato.

Pertanto per l'anno 2025 l'obiettivo primario sarà l'aumento della copertura vaccinale con raggiungimento e mantenimento degli obiettivi previsti dal PNPV 2023-2025 attraverso l'attuazione delle seguenti strategie:

- attuazione di attività strutturate di reminder (con finalità di ricordare gli appuntamenti vaccinali) e recall (con la finalità di comprendere le ragioni della mancata presentazione e assegnare un nuovo appuntamento);
- monitoraggio delle coperture e delle motivazioni di mancata vaccinazione;
- revisione periodica dei numerosi dissensi temporanei e analisi dei determinanti dell'esitazione vaccinale;
- attuazione di attività di recupero degli inadempienti;
- eventuali attività straordinarie di immunizzazione (es. organizzazione di open day);

Allegato 2a)

- coinvolgimento attivo del territorio (in particolare PLS/MMG e consultori familiari) e degli specialisti ospedalieri e territoriali;
- continuità del diretto coinvolgimento dei MMG nelle vaccinazioni previste nell'età adulta, con offerta attiva e gratuita agli assistiti 65enni (vaccinazione antipneumococcica e antizoster), come avviene nelle attività vaccinali stagionali per la prevenzione dell'influenza e covid-19;
- ampliamento dell'accesso ai servizi vaccinali;
- rafforzamento della comunicazione agli studenti e ai genitori tramite la scuola;
- garantire la maggiore prossimità e la maggiore accessibilità possibile con il mantenimento degli attuali punti vaccinali periferici della U.O.C. ISP-PMI;
- organizzazione di attività vaccinali in strutture sanitarie, quali Ospedali e RSA, tali da facilitare la presa in carico della persona a rischio per patologia;
- coinvolgimento dei medici competenti per le attività vaccinali previste in determinate condizioni di rischio di natura professionale;
- realizzazione di appositi interventi indirizzati ai soggetti caratterizzati da una maggiore difficoltà nell'essere raggiunti dai servizi sanitari "hard to reach, HTR" (migranti, soggetti senza dimora, detenuti, residenti in comunità, tossicodipendenti, etc.) con il coinvolgimento dei soggetti del Terzo Settore presenti sul territorio;
- contenimento del numero degli accessi degli utenti ai servizi vaccinali la somministrazione di più vaccini nella stessa seduta (co-somministrazioni).

Area Sorveglianza, Prevenzione e Controllo delle malattie infettive e diffusive

Nell'anno 2025 l'attività di questa area sarà rivolta ai seguenti ambiti:

- 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 chemioprolissi dei contatti e dei soggetti a rischio;
- Supporto negli interventi di controllo su fonti e veicoli/vettori di trasmissione, quali alimenti, procedure diagnostiche o terapeutiche;
- Attività di informazione e formazione nell'ambito di programmi di educazione alla salute;
- Comunicazione e diffusione di informazioni sulle azioni di controllo intraprese.
- Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva.

Allegato 2a)

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 2025 sarà garantire gli elevati livelli di performance raggiunti nell'anno 2024.

2.1.2 Screening oncologici

Il Servizio di Prevenzione nel 2025 si propone di:

- garantire un'estensione il più vicina possibile al 100%;
 - 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 2025 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;
- garantire l'estensione dello screening del tumore del colon-retto, tramite invito con cadenza biennale, alle donne e agli uomini di età compresa tra 45 e 49 anni e tra 70 e 74 anni, così come previsto dalla DGRM n. 14 del 13 gennaio 2025, aumentando al contempo l'adesione allo stesso;
- 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 2025 anche la presa in carico multidisciplinare dei casi positivi.

Inoltre nel 2025 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, grazie alla messa in funzione di un nuovo mammografo digitale, acquisto con i fondi PNRR, presso la sede del Distretto di Pesaro in via Nanterre , nel 2025 l'Azienda si pone l'obiettivo di un ulteriore incremento dell'attività di screening, anche attraverso un maggior utilizzo del mammografo digitale presso lo Stabilimento di Fano e del mammografo presso lo stabilimento di Muraglia, finalizzato al contenimento delle liste di attesa delle mammografie cliniche.

2.1.3 Prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro

Anche per il 2025 i Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (PSAL) avranno quale obiettivo sfidante la messa in campo di azioni di prevenzione e controllo, adeguate 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.

Relativamente alla tutela della salute e sicurezza sul lavoro l'obiettivo 2025 si concretizzerà, tra l'altro, nell'aumento di copertura della vigilanza nei luoghi di lavoro.

Per l'anno 2025 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>>.

Alcuni di questi programmi prevedono 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.

Nell'area veterinaria e sicurezza alimentare gli obiettivi "core" posti dal nuovo sistema di garanzia sono

Allegato 2a)

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - INDICATORI NSG "CORE"				
OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE
ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	VETINFO (Codice NSG P10Z)	% stabilimenti ovi-caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli stabilimenti)	n. stabilimenti ovi-caprini controllati I&R	n. totale stabilimenti ovi-caprini da controllare
		% stabilimenti suini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% degli stabilimenti)	n. stabilimenti suini controllati I&R	n. totale stabilimenti suini da controllare
		% stabilimenti bovini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli stabilimenti)	n. stabilimenti bovini controllati I&R	n. totale stabilimenti bovini da controllare
		% stabilimenti equini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli stabilimenti)	n. stabilimenti equini controllati I&R	n. totale stabilimenti equini da controllare
		% apiari controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% degli apiari)	n. apiari controllati I&R	n. totale apiari da controllare
FARMACO SORVEGLIANZA- attività di ispezione e verifica art. 88 D.Lgs n.193/2006. Nota DGSF n.1466 del 26/01/2012; DM 14/05/2009 e nota DGSF n.13986 del 15/07/2013	SIVA DATAFARM-VETINFO (Codice NSG P10Z)	Attività svolta sul totale degli operatori controllabili in base all'art.68 comma 3, art.71 comma 3, art.70 comma 1, art. 79-80-81-82- 84-85 del D.Lgs n.193/2006	n. totale degli operatori controllati	n. totale degli operatori controllabili
Piano Nazionale Alimentazione animale	SIVA DATAFARM-VETINFO (Codice NSG P10Z)	% campionamenti eseguiti sul totale degli allesi	n. campionamenti e analisi svolte	n. campionamenti e analisi programmati
FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	SIVA DATAFARM - VETINFO - NSIS (Codice NSG P12Z)	% campioni effettuati sul totale dei previsti nell'ambito del programma di ricerca dei residui di fitosanitari negli alimenti vegetali	n. campioni effettuati	n. totale campioni previsti
PNR- PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci, sostanze illecite e contaminanti e loro residui negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	SIVA-VETINFO (Codice NSG P12Z)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNR	n. Campioni effettuati per il PNR	Totale campioni previsti dal PNR
ADDITIVI ALIMENTARI (Piano nazionale controllo additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari)	SIVA DATAFARM-VETINFO - NSIS (Codice NSG P12Z)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNCAA	n. Campioni effettuati per il PNCAA	Totale campioni previsti dal PNCAA

Nell'ambito della disciplina specialistica, il Servizio di Sanità animale, nel 2025, garantirà le seguenti attività:

- Sorveglianza, controllo e prevenzione delle malattie infettive ed infestive degli animali di interesse zootecnico e delle malattie di importanza zoonosica e a trasmissione vettoriale;
- Sorveglianza, controllo e prevenzione delle concentrazioni e movimentazioni di animali, controlli ufficiali dei sistemi di identificazione e registrazione degli animali;
- Ispezione e controllo dei livelli di biosicurezza degli allevamenti zootecnici, di mercati, fiere, esposizioni di animali, circhi e altri concentramenti di animali, campionamenti, prelievi e certificazioni nell'ambito delle attività di export-import di animali
- Vigilanza e controllo delle popolazioni animali selvatiche e sinantropiche negli aspetti igienico-sanitari;

Nell'ambito delle attività inerenti l'Igiene Urbana Veterinaria il servizio di sanità animale garantirà anche nel 2025 vigilanza e controllo del randagismo, gestione e controllo dei sistemi di identificazione e registrazione degli animali d'affezione, vigilanza e controllo delle condizioni igienico-sanitarie delle strutture di ricovero per cani e gatti, negozi, toelettature e infine vigilanza e controllo di strutture veterinarie di tipo sanitario (ambulatori, cliniche, laboratori e ospedali).

Inoltre Per l'anno 2025 è in corso di preparazione un progetto per l'implementazione e l'aggiornamento della Banca Dati Nazionale dell'anagrafe degli animali del territorio di competenza dell'AST di Pesaro-Urbino.

Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

Al fine di conseguire gli obiettivi individuati per il 2025, le attività che sono da garantire nell'ambito di questa disciplina specialistica sono:

-La registrazione di nuovi operatori e gestione delle anagrafiche degli operatori nei settori della alimentazione animale, controlli ufficiali per la rilevazione di residui di farmaci e contaminanti ambientali negli alimenti di origine animale e sull'applicazione della normativa concernente la protezione degli animali di interesse zootecnico.

-Controlli ufficiali, finalizzati alla erogazione degli aiuti comunitari agli agricoltori, 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 e sopralluoghi volti al rilascio di autorizzazioni per centri di raccolta, produzione e stoccaggio di materiale genetico e nelle strutture connesse con la riproduzione animale;
- Controlli ufficiali su alimenti di origine animale scaturiti da allerte nazionali e comunitarie.
- Attività di controllo ufficiale (ispezioni ed audit) presso le strutture connesse con la produzione, distribuzione e utilizzo di alimenti per animali, campionamenti ed analisi da effettuarsi su alimenti destinati agli animali,
- Ispezioni presso allevamenti avicoli, basata sulla valutazione del rischio, per la verifica del possesso dei requisiti previsti in tema di biosicurezza negli allevamenti avicoli,
- 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 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.
- Attività di controllo ufficiale (ispezioni e campionamenti) lungo la filiera del latte e degli alimenti per animali

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).

Nell'ambito della rete della prevenzione primaria collettiva, questi Servizi/UUOO perseguono gli obiettivi di salute 2025 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 SIAN nel 2025 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.

Allegato 2a)

L'Obiettivo principale del SIAN per il 2025 sarà garantire le seguenti attività:

- Gestione delle notifiche di avvio attività ai fini della registrazione delle attività a competenza SIAN e SIAN+SIAOA;
- Gestione pratiche ai fini del riconoscimento degli stabilimenti del settore alimentare di competenza (alimentazione particolare, integratori, additivi, aromi, semi germogliati) e controlli ufficiali su stabilimenti riconosciuti (compreso AUDIT);
- Controlli ufficiali su ingrosso e dettaglio a competenza SIAN, campionamenti di alimenti (in attuazione al piano di campionamento annuale regionale - PAMA)- comprensivo della verifica di allergeni, OGM, additivi alimentari, micotossine;
- Controlli ufficiali su Materiali destinati ad andare a contatto con Alimenti (MOCA) presso produttori, depositi all'ingrosso e/o importatori e Rilascio certificazioni ai fini esportazione alimenti;
- Controlli ufficiali nella commercializzazione e utilizzo dei prodotti fitosanitari;
- Attività di controllo e consulenza dell'ispettorato micologico e controlli presso le attività a vigilanza congiunta SIAN + SIAOA (es: ristorazione collettiva);
- Gestione allerte alimentari (tramite sistema IRASFF);
- Controllo acque destinate al consumo umano, acque minerali e di sorgente;
- Consulenza dietetico nutrizionale rivolta alle collettività e sistemi sorveglianza nutrizionale (OKKIO alla Salute - HBSCC - GYTS).

Igiene degli alimenti di origine animale

Il Servizio di Igiene degli Alimenti di Origine Animale, e le afferenti Unità Operative Semplici, si caratterizza per le funzioni inerenti alla Sicurezza alimentare e alla Sanità pubblica nel rispetto della cogente legislazione Comunitaria, Nazionale e Regionale.

L' UOC – SIAOA, per il 2025 sarà chiamata a garantire le seguenti attività inerenti agli alimenti di origine animale:

- Registrazione/riconoscimento di stabilimenti del settore alimentare ai sensi della normativa vigente e sorveglianza sulle attività di macellazione e lavorazione della selvaggina
- Sorveglianza sugli stabilimenti registrati, compresa la produzione primaria, e sugli stabilimenti riconosciuti e sorveglianza sulla presenza di residui di sostanze non autorizzate, farmaci, contaminanti negli alimenti, in conformità con il piano nazionale integrato dei controlli
- Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti - Regolamento CE 625/17 e sorveglianza su laboratori che eseguono analisi per le imprese alimentari nell'ambito delle procedure di autocontrollo
- Sorveglianza sanitaria delle zone di produzione e/o allevamento di molluschi bivalvi
- Gestione stati di allerta alimenti destinati al consumo umano e gestione emergenze

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.

2.2 Offerta Territoriale

Organizzazione distrettuale

Per una complessiva visione delle principali Strutture/Servizi nell'ambito dei Distretti dell'AST di Pesaro e Urbino, si riporta la seguente articolazione territoriale delle strutture a gestione diretta, con la precisazione che si tratta di rappresentazione non del tutto esaustiva in quanto i relativi riferimenti sono necessariamente in divenire stante la progressiva attuazione delle previsioni di programmazione regionale attuative della riforma di cui alla LR n. 19/2022.

DISTRETTO DI FANO

Strutture residenziali:

RSA Mondavio (36 posti letto)

RSA Mondolfo (16 posti letto)

RSA Disabili Fano (8 posti letto)

Ospedali di Comunità:

Ospedale di Comunità di Fossombrone

30 posti letto di Cure Intermedie

- 10 posti letto di Cure Intermedie riabilitative (riabilitazione estensiva): posti di degenza post-acuzie territoriali a prevalenza sanitaria, in grado di supportare sia la fase di deospedalizzazione che la gestione di acutizzazioni a domicilio, con l'obiettivo della stabilizzazione clinica e del recupero funzionale riabilitativo;

- 5 posti letto per emodialisi - Centro di Assistenza Limitata (CAL)

Hospice di Fossombrone

- 10 posti letto (attivi) con ambulatorio della terapia del dolore

- 9 posti letto (ulteriori da attivare) per estendere le competenze, oltre alla palliazione oncologica, anche a quella neurologica (SLA e altre malattie degenerative).

Hospice pediatrico a Fano la cui realizzazione costituisce obiettivo progettuale prioritario nell'ambito delle reti delle cure palliative.

Casa della Salute

Casa della Salute Mondavio (tipo B)

Casa della Salute Mondolfo (tipo B)

Centrale Operativa Territoriale (COT)

Centrale Operativa Territoriale (COT) – Fano

Allegato 2a)

Secondo il Piano Operativo Regionale (POR) – Investimenti Missione 6 salute sono previste:

- Casa della Comunità di Fossombrone (HUB) - Fano
- Casa della Comunità di Mondolfo (HUB) – Fano

DISTRETTO DI PESARO

Strutture residenziali e semiresidenziali

- RSA “Bricciotti” - (Mombaroccio) – 10 posti letto attivi su 40 posti letto e di Punto prelievo esterno; è prevista la nuova costruzione di un Ospedale di Comunità con 30 posti letto.
- RSA Disabili gravi “Francesco Tomasello” – (Pesaro) – dotata di 27 posti letto.
- RSA “Galantara” - (Pesaro) – 38 posti letto. Presso la struttura sono presenti due moduli, uno di riabilitazione intensiva ed uno di riabilitazione estensiva; è prevista la ristrutturazione con i fondi del PNRR per la realizzazione di una Casa della Comunità.
- Centro diurno Alzheimer – 14 posti letto
- Centri diurni per disabili Pegaso (16 posti letto), Mosaico (8 posti letto) e Gabbiano (16 posti letto).

Casa della Salute

Casa della Salute Vallefoglia (Vallefoglia), dotata di un poliambulatorio, punto prelievo esterno, consultorio, vaccinazioni, Centro disturbi cognitivi e demenze, Medico di continuità assistenziale, Medico di distretto

Centrale Operativa Territoriale (COT)

Centrale Operativa Territoriale (COT) – Pesaro

Cure domiciliari (PUA/UVI/ADI)

PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA) – Pesaro

DISTRETTO DI URBINO

Strutture residenziali:

- RSA Urbania (20 posti letto)
- RSA Sant’Angelo in Vado (20 posti letto)
- RP Sant’Angelo in Vado (20 posti letto)
- RSA Macerata Feltria (25 posti letto)
- RP Macerata Feltria (15 posti letto)

Ospedali di Comunità:

Allegato 2a)

Ospedale di Comunità di CAGLI

14 posti letto di Cure Intermedie: posti di degenza post-acuzie territoriali a prevalenza sanitaria, in grado di supportare sia la fase di deospedalizzazione e rientro al domicilio che la gestione di acutizzazioni a domicilio, con l'obiettivo della stabilizzazione clinica e del recupero funzionale; Centro di Assistenza Limitata (CAL)

20 posti letto di riabilitazione intensiva ospedaliera (gestione privato accreditato Kos Care)

10 posti letto di lungodegenza (gestione privato accreditato Kos Care)

5 posti letto per emodialisi

Ospedale di Sassocorvaro - Gestito dal privato accreditato (Villa Montefeltro) è Ospedale di Comunità e Ospedale per acuti, per un bacino di utenza delle aree maggiormente disagiate del Montefeltro. E' garantito un Punto di Primo Intervento (PPI).

Centrale Operativa Territoriale (COT) – Urbino

Casa della Salute

Casa della Salute Macerata Feltria (tipo B)

Casa della Salute Sant'Angelo in Vado (tipo B)

Casa della Salute Urbania (tipo B)

Casa della Salute Urbino (tipo A)

Casa della Comunità di Cagli – (Piano Operativo Regionale – POR – Missione 6 salute – PNRR)

Politiche di prossimità, riduzione delle diseguaglianze, 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 2025 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;
- 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).

Ad oggi sono attivi 10 posti letto dedicati alla gestione di un hospice per adulti a Fossombrone, e saranno ulteriormente incrementati altri 9 posti letto, per ospitare non solo pazienti oncologici ma anche pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative.

L'Azienda nel suo complesso opera mediante 163 strutture territoriali, di cui 78 strutture territoriali a gestione diretta e 85 strutture territoriali convenzionate (Fonte STS 11).

La tabella che segue, coerentemente con i flussi ministeriali STS 11 e 24, riporta il numero di strutture a gestione diretta e il numero delle strutture private convenzionate suddiviso per tipologia di struttura e tipo di assistenza erogata.

Allegato 2a)

Anno 2024 (fonte STS11)						
Tipo rapporto con il S.S.N.	Descrizione tipo assistenza erogata	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	AMBULATORIO E LABORATORIO	Totale complessivo
Pubblica	ASSISTENZA AGLI ANZIANI	11				11
	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	2	1			3
	ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI	1	3			4
	ASSISTENZA ALLE PERSONE NELLA FASE TERMINALE DELLA VITA	1				1
	ASSISTENZA PER DIPENDENZE PATOLOGICHE		1	1		2
	ASSISTENZA PER EMERGENZE SANITARIE	1				1
	ASSISTENZA PSICHIATRICA	9	3	1		13
	ATTIVITÀ DI CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE			3		3
	ATTIVITA' CLINICA			7	6	13
	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE			6		6
	ATTIVITA' DI LABORATORIO			1	1	2
	DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI			10	2	12
	PRESCRIZIONE FARMACI NOTA 99 AIFA				3	3
	VACCINAZIONI PER EMERGENZE PANDEMICHE			4		4
Pubblica Totale		25	8	33	12	78
Privata	ASSISTENZA AGLI ANZIANI	35				35
	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	4	4			8
	ASSISTENZA IDROTERMALE			2		2
	ASSISTENZA PER DIPENDENZE PATOLOGICHE	6				6
	ASSISTENZA PER EMERGENZE SANITARIE	1				1
	ASSISTENZA PERSONE CON INFEZIONE DA HIV	1				1
	ASSISTENZA PSICHIATRICA	7				7
	ATTIVITA' CLINICA				11	11
	ATTIVITA' DI LABORATORIO				8	8
	DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI				6	6
Privata Totale		54	4	2	25	85
Totale complessivo		79	12	35	37	163

In ambito distrettuale e di integrazione ospedale territorio e sociosanitaria, gli indicatori relativi al nuovo sistema di garanzia che vedranno l'AST Pu impegnata per il 2025 sono

Allegato 2a)

ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA - INDICATORI NSG "CORE"				
OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE
Assistenza domiciliare	Flusso SIAD (NSG, IQE)	Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1	n. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1 (0,14 - 0,30)	
	Flusso SIAD (NSG, IQE)	Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2	n. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2 (0,31 - 0,50)	
	Flusso SIAD (NSG, IQE)	Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3	n. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3 (> 0,50)	
Assistenza residenziale	Flusso FAR (NSG, IQE)	N. residenti anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale	n. di anziani (età ≥ 75 anni) non autosufficienti residenti presenti nelle strutture residenziali, per le tipologie di trattamento R1, R2, R2D, R3	
Potenziamento della Rete delle Cure Palliative	Flusso SIAD, Flusso HOSPICE, ISTAT – dati di mortalità e mortalità per causa (NSG, IQE)	% Deceduti per tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul totale dei deceduti per tumore	Σ Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore + Σ Assistiti in cure domiciliari con assistenza conclusa per decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore	Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili
Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologia psichiatrica	Flusso SDO (NSG)	% Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	Totale ricoveri in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni
OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE	File C (NSG)	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraorali; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale.	n. prestazioni garantite entro i tempi previsti per le classi di priorità B	n. totale di prestazioni per classe di priorità B (esclusi i periodi di eventuale sospensione delle attività)

La presa in carico del paziente, la continuità di cura e l'integrazione ospedale territorio, dovranno avvenire anche sviluppando progressivamente nuovi modelli assistenziali di coordinamento tra i vari attori del processo di cura, ci si riferisce in particolare al ruolo delle Centrali Operative Territoriali, allo sviluppo di percorsi proattivi di medicina di iniziativa e alla possibilità di maggior utilizzo della rete delle strutture territoriali (OsCo, Hospice e Case della comunità) o della telemedicina, all'introduzione dell'infermieristica di comunità.

2.2.1 Integrazione Socio-sanitaria

L'assistenza socio-sanitaria 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 2025, occorre fare riferimento agli indirizzi regionali in ambito di integrazione socio-sanitaria 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 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 nel 2025 l'Azienda garantirà a tutti i cittadini che ne necessitano un percorso assistenziale integrato che include, 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)

Allegato 2a)

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 2025 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.

In riferimento alle Residenze protette nel 2025 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 2025 l'obiettivo dell'azienda è di mantenere/implementare il numero di anziani (età ≥ 75 anni) non autosufficienti che saranno accolti dalle strutture residenziali, per le tipologie di trattamento R1, R2, R2D, R3.

Assistenza domiciliare

Anche per il 2025 l'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino garantirà, 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, assicurando, al contempo, la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.

Il bisogno clinico, funzionale e sociale verrà 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

Allegato 2a)

dell'assistito e la definizione di un piano personalizzato, utilizzando, ove possibile, anche strumenti di telemedicina.

Le centrali operative territoriali (COT) sono le strutture per l'assistenza territoriale che si occupano della valutazione e presa in carico multidimensionale delle segnalazioni di assistiti fragili a livello distrettuale. Questo sistema integrato permette l'accesso guidato alla rete dei servizi sanitari territoriali, l'assistenza domiciliare integrata, semiresidenziale e residenziale e i "passaggi" dei pazienti tra luoghi di cura diversi.

Onde favorire la presa in carico del paziente e l'erogazione delle prestazioni di cui necessita, costituiscono obiettivi prioritari dell'Azienda per il 2025 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, saranno articolate 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;
- b) cure domiciliari integrate (ADI) di I^o livello
- c) cure domiciliari integrate (ADI) di II^o livello
- d) cure domiciliari integrate (ADI) di III^o livello.

A seconda del grado di severità delle condizioni cliniche, le cure domiciliari integrate saranno costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, nonché, a favore di persone con patologie che, presentando i vari livelli di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, vengono assicurati accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci e dei dispositivi medici, nonché dei preparati per nutrizione artificiale, 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.

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, la copertura del 10% del fabbisogno di assistenza a domicilio della popolazione italiana over 65, tenuto conto anche delle risorse stanziare con il DL 34/2020 per il raggiungimento dell'obiettivo.

Per l'anno 2025, pertanto, per le cure domiciliari si prevede un aumento della presa in carico dei pazienti complessi, in condizione di fragilità socio assistenziale:

- 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 le strutture ospedaliere (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. Il valore complessivo della spesa farmaceutica è rideterminato 15,30% a decorrere dall'anno 2025.

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

L'AST di Pesaro Urbino, al fine di contenere e qualificare la spesa farmaceutica nei limiti programmati provvederà nel corso del 2025 all'attuazione delle seguenti azioni assicurando un servizio farmaceutico capillare sul territorio:

- 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 2025, 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 il consolidamento 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

Allegato 2a)

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.

Nel corso dell'anno 2025, 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 inappropriata (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);
- 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.

Inoltre, a seguito di un approfondito studio sui dati relativi alle prescrizioni a pazienti politrattati con comorbidità (soprattutto geriatrici) è stato rilevato uno scenario della popolazione sul Territorio (al proprio domicilio e/o ospite presso le Strutture) che merita certamente un attento monitoraggio e ricognizione/riconciliazione delle terapie somministrate nell'interesse della salute pubblica Distrettuale.

Allo scopo nel corso del 2025 sarà istituita una commissione per la ricognizione e riconciliazione in ambito territoriale composta da:

- 1 Dirigente Farmacista Del Servizio Farmaceutico Per L'estrazione E Lettura Dei Dati Da Mettere In Discussione
- 1 Dirigente Medico Del Distretto
- 2 Dirigenti Medici Specialisti: Internista E Geriatra
- 1 Mmg

che riunita mensilmente avrà la funzione di collante tra Ospedale e Territorio per monitorare e rivalutare quelle terapie in numero maggiore di 10 per ciascuno dei pazienti politrattati (RICOGNIZIONE), al fine di "consigliare" la RICONCILIAZIONE ai MMG e PLS per ciascun singolo paziente già in carico al Territorio presso il proprio domicilio o ospite presso una Struttura, con l'obiettivo di "avvicinarlo" alle 8 terapie (Specialità totali somministrabili) evitando al paziente di incorrere nei principali rischi associati alla politerapia nella persona anziana:

- aumento del rischio di interazioni tra farmaci e di reazioni avverse a farmaci (ADR);
- esposizione a farmaci potenzialmente inappropriati;

Allegato 2a)

- mancata prescrizione di farmaci potenzialmente utili;
- scarsa aderenza terapeutica;
- deterioramento funzionale e cognitivo;
- aumento del rischio di sindromi geriatriche (stato confusionale acuto, cadute, incontinenza urinaria, disturbi del comportamento, disturbi alimentari, fragilità);
- aumento del rischio di ospedalizzazione, istituzionalizzazione e mortalità;
- aumento dei costi assistenziali.

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 principale 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.

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

Il sistema di interventi e servizi 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 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.

L'obiettivo per il 2025 sarà quello di garantire percorsi di presa in carico globale dei soggetti che necessitano di interventi di natura tutelare e l'individuazione di interventi mirati nei seguenti ambiti:

-Adozione: Il percorso che verrà attuato anche nel 2025 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.

- Affidamento: L'affidamento familiare è un dispositivo temporaneo finalizzato a supportare genitori in difficoltà nell'accudimento dei figli.

Anche per il 2025 saranno attivati percorsi di supporto di gruppo o individuali alle famiglie affidatarie. A riguardo 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 2025 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 2025 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 2025 saranno garantiti percorsi di accompagnamento in tutte le fasi evolutive del bambino.

-Consulenze/supporto psicologico e sociale individuale, di coppia e familiare Nel 2025 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 2025 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, effettuerà anche nel 2025 incontri di sensibilizzazione nelle scuole, al fine di promuovere il benessere psicologico e sociale.

-Percorso donna vittima di violenza/maltrattamento: Nel 2025 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

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.

Allegato 2a)

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.

Tra le attività di prevenzione che saranno messe in campo nel 2025 si annoverano:

- Interventi concertati con gli Ambiti Territoriali Sociali e, in relazione ai diversi obiettivi, con le Strutture 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 nei precedenti anni:

- 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;
- Informazione, educazione e sensibilizzazione per favorire il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio da Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) e da nuove tecnologie e social network (dipendenze digitali)

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. 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 2025 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.

Tra gli obiettivi specifici prioritari per il 2025 vi è il trattamento 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.

In tale contesto, l'Azienda è impegnata nello specifico sui seguenti specifici obiettivi:

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-educativi;
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 agli obiettivi per i disturbi dello spettro autistico, l'Azienda nel 2025 partirà da un approccio integrato tra componente sanitaria e componente sociale con misure volte a supportare la permanenza nel domicilio, 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.

In particolare, attraverso il Centro Regionale Autismo per l'Età Evolutiva, presso la U.O. Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda riconosciuto – secondo la valutazione dei risultati e dell'efficacia delle azioni di cui alla richiamata DGRM - quale polo di eccellenza per la diagnosi, sarà garantita la presa in carico e la ricerca in ambito di disturbi dello spettro autistico in età evolutiva.

Inoltre, nell'anno 2025 l'AST Pu promuoverà una serie di azioni, in sinergia con gli Ambiti territoriali, volte a favorirne la costituzione di associazioni di familiari sia nell'area Salute mentale che nell'area Disturbi del comportamento alimentare al fine di incentivare la partecipazione attiva di utenti e familiari alla vita dei servizi essendo gli uni e gli altri portatori non solo di bisogni, ma anche di risorse e competenze.

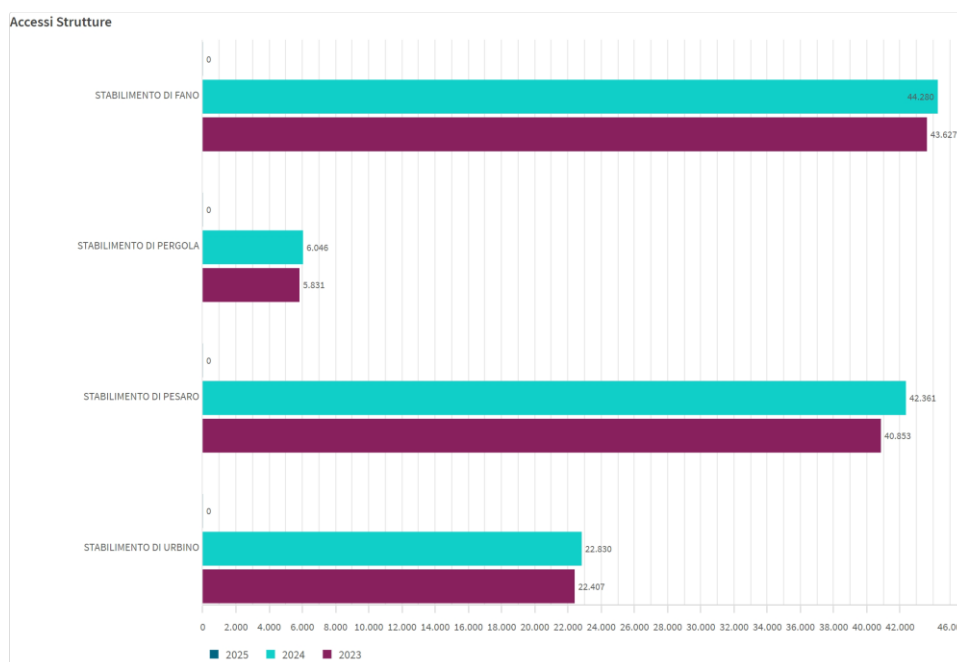
2.3 Offerta Ospedaliera

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.

Il grafico che segue mette in evidenza il numero di accessi in pronto soccorso distribuito tra le diverse strutture aziendali (la Struttura di Pergola assicura un punto di primo intervento)

Allegato 2a)



Il costante incremento degli accessi impone una 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;
- inappropriatezza di accesso 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, nelle strutture aziendali di Pronto Soccorso, nel corso del 2025 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 tempo-dipendenti 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.

2.3.2 Attività ospedaliera

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, che opereranno in sinergia tra loro integrandosi attraverso i percorsi diagnostico terapeutici essenziali per il corretto funzionamento delle reti, anche regionali, al fine di garantire il miglioramento della sicurezza e qualità delle cure, oltre al maggior soddisfacimento dei bisogni di tutta la popolazione residente nel territorio di riferimento.

In particolare relativamente alle Reti tempo dipendenti:

- *Ictus e stroke unit* con percorso interno farmacologico e interventistico – Rete Ictus
- IMA (Infarto Miocardico Acuto) – Rete Cardiologica
- Trauma minore nell'ambito del percorso trauma maggiore con l'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche (AOU) – Rete Traumatologica
- Neonatologia e dei punti nascita – Rete Percorso Nascita

il modello individuato è di tipo "*hub and spoke*" dove gli *hub* sono responsabili della gestione dei casi più complessi, con personale altamente specializzato, tecnologie avanzate e risorse per gestire l'alta intensità di cure; gli *spoke* erogano invece servizi di minore complessità e garantiscono la continuità della cura collaborando con l'HUB di riferimento.

Tale modello ha l'obiettivo di favorire l'equità di accesso all'offerta da parte dei cittadini, anche per le collettività più distanti dai centri di alta specializzazione e garantire la sicurezza e la qualità delle prestazioni, attraverso la concentrazione della casistica per risposte a maggiore complessità organizzativa e tecnologica, favorendo la specializzazione delle *équipe* mediche e la sostenibilità degli investimenti.

In riferimento alle seguenti Reti di alta specialità e di patologia:

- Rete neurologica e neurochirurgica
- Rete cardiologica, emodinamica, chirurgia vascolare e elettrofisiologia
- Malattie degli organi emopoietici e sistema immunitario

Allegato 2a)

- Rete chirurgica generale e specialistica open, mininvasiva e robotica
- Rete ortopedica e traumatologica
- Rete materno infantile
- Rete area medica, specialistica e post acuzie ospedaliera
- Rete oncologica
- Rete dei laboratori e dei servizi
- Rete della riabilitazione e recupero funzionale
- Rete della salute mentale e delle dipendenze

la complessità delle reti e i nodi delle stesse sono determinati dal fabbisogno della popolazione calcolato in base ai dati epidemiologici, alla produzione propria del privato accreditato e alla mobilità da recuperare.

I singoli Stabilimenti ospedalieri sono connotati da una propria prerogativa e specificità che verrà sviluppata nell'ambito delle reti cliniche "tempo dipendenti", di "alta specialità".

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 2024).

AST PU Posti Letto 2024 (fonte HSP 12)				
Stabilimento	Degenze ordinarie	Day surgery	Day hospital	Totale
Pesaro	42 (covid)	0	0	42
	273	16	32	321
Fano	245	10	34	289
Pergola	59	8	1	68
Urbino	183	8	15	206
Totale complessivo	802	42	82	926

Focalizzando l'analisi sulla programmazione dell'attività aziendale nell'anno 2025, 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 in ambito di performance, i principali obiettivi "core" previsti da nuovo sistema di garanzia che l'Azienda sarà sicuramente chiamata a raggiungere per l'anno 2025, per l'area ospedaliera, saranno i seguenti

Allegato 2a)

AREA OSPEDALIERA - INDICATORI NSG "CORE"				
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 48 ore in regime ordinario	Pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore operati entro 48 ore	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
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG)	% nuovo intervento di resezione entro 120 gg da intervento chirurgico conservativo per tumore maligno alla mammella	N° ricoveri con un nuovo intervento di resezione avvenuti entro 120 giorni da intervento chirurgico per un tumore maligno della mammella	N° ricoveri con intervento di resezione per tumore maligno della mammella
Appropriatezza ed efficacia	Flusso SDO (NSG) Anagrafe tributaria	Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	N° ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico in cui il pz risultati deceduto entro 30 giorni dalla data di ricovero	N° ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico
Rete trapianti (Legge 91/1999)	Sistema Informativo Trapianti (SIT)	Capacità organizzativa percorso donazione	N° donatori utilizzati	

Il target verrà definito in sede di attribuzione degli obiettivi regionali per l'anno 2025.

Considerando i dati preconsuntivi nell'anno 2024, l'attività ospedaliera complessivamente intesa si è concretizzata in circa 35.900 dimessi totali, per un valore complessivo pari a circa 127.817.000 euro (valore preconsuntivo calcolato in base alla tariffa al lordo degli abbattimenti regionali), mostrando quindi un incremento rispetto al 2023, legato soprattutto ad un incremento del peso medio DRG, ovvero ad una maggiore complessità della casistica trattata, come meglio evidenziato nelle tabelle che seguono

Numero dimessi stimati 2024 rispetto al 2023

Allegato 2a)

AST PU Dimessi SDO anno 2023 vs Preconsuntivo 2024													
Istituti Pubblici e Privati convenzionati													
ISTITUTO_PUB_P RIV	DESCR ISTITUTO	Nro dimessi			Degenza Media		Peso medio		Drg medio		Valore Totale DRG		
		preconsuntivo 2023	preconsuntivo 2024	diff	preconsuntivo 2023	preconsuntivo 2024	preconsuntivo 2023	preconsuntivo 2024	preconsuntivo 2023	preconsuntivo 2024	preconsuntivo 2023*	preconsuntivo 2024	diff
PUBBLICO	STABILIMENTO DI PESARO	13.802	14.000	198	6,0	5,9	1,448	1,463	4,395	4,430	60.664.070	62.020.000	1.355.930
PUBBLICO	STABILIMENTO DI FANO	13.064	13.000	-64	5,2	5,2	1,031	1,048	2,723	2,730	35.569.218	35.490.000	-79.218
PUBBLICO	STABILIMENTO DI URBINO	6.338	6.340	2	6,2	6,1	1,102	1,125	3,234	3,280	20.496.658	20.795.200	298.542
PUBBLICO	STABILIMENTO DI PERGOLA	1.288	1.400	112	9,8	9,3	0,903	0,955	3,037	3,100	3.912.044	4.340.000	427.957
PUBBLICO Totale		34.492	34.700	208	5,9	5,8	1,206	1,228	3,498	3,604	120.641.990	122.645.200	2.003.210
PRIVATO	CASA DI CURA VILLA MONTEFELTRO	1.019	900	-119	2,7	2,9	1,139	1,177	2,729	3,000	2.780.969	2.700.000	-80.969
PRIVATO	CENTRO SANTO STEFANO - CAGLI	308	300	-8	31,4	33,7	0,792	0,729	7,773	8,157	2.394.068	2.447.008	52.940
PRIVATO Totale		1.327	1.200	-127	9,4	11,4	1,059	1,054	3,900	4,470	5.175.038	5.147.008	-28.030
Totale complessivo		35.819	35.900	81	6,0	6,0	1,201	1,223	3,513	3,631	125.817.028	127.792.208	1.975.180

Osservando i dati in riferimento all’attività nei diversi stabilimenti, si osserva una importante incremento di casi trattati nell’ospedale di Pergola che, in termini percentuali, aumenta la propria attività del 11% circa.

Si riporta, di seguito, un focus sui dimessi con DRG medico in regime ordinario

Numero dimessi in regime di ricovero ordinario per DRG medico e stabilimento di dimissione vs 2023

AST PU Dimessi con DRG Medico in Regime ordinario Anno 2023 previsione 2024													
	Nro dimessi			Degenza Media		Peso medio		Drg medio		Valore Totale DRG			
	2023	Previsione 2024	diff	2023	Previsione 2024	2023	Previsione 2024	2023	Previsione 2024	2023	Previsione 2024	diff	% scostam
DESCR _ISTITUTO													
STABILIMENTO DI PESARO	4.502	4.820	318	8,2	8,4	1,080	1,039	3.353	3.233	15.096.791	15.583.364	486.573	3,2%
STABILIMENTO DI FANO	6.726	6.578	-148	7,2	7,4	1,017	1,012	3.155	3.144	21.219.080	20.680.437	-538.643	-2,5%
STABILIMENTO DI URBINO	3.283	3.241	-42	7,7	7,7	0,937	0,949	2.698	2.745	8.856.838	8.896.754	39.916	0,5%
STABILIMENTO DI PERGOLA	859	967	108	14,2	13,1	0,979	1,029	3.976	3.996	3.415.388	3.862.410	447.023	13,1%
CASA DI CURA VILLA MONTEFELTRO	70	63	-7	23,2	21,2	0,894	0,930	3.550	3.217	248.521	203.550	-44.970	-18,1%
CENTRO SANTO STEFANO - CAGLI	308	296	-12	31,4	33,7	0,792	0,729	7.773	8.157	2.394.068	2.411.415	389.897	16,3%
Totale complessivo	15.748	15.964	216	8,5	8,6	1,011	1,003	3.253	3.235	51.230.686	51.637.930	293.222	0,6%

Passando poi all’analisi dei dati relativi ai ricoveri programmati, si osserva un andamento crescente nel tempo sia dei ricoveri programmati complessivamente intesi, sia dei dimessi programmati con DRG di tipo chirurgico

Dimessi Ordinari Programmati		
	Totale Ordinari Program mati	di cui chirurgici
2020	7.442	5.611
2021	8.373	6.527
2022	9.324	7.367
2023	9.958	8.104
Previsione 2024	9.991	8.151

Invero, come si evince dalla tabella di cui sopra, l’incremento dei ricoveri programmati ha interessato prevalentemente i ricoveri di tipo chirurgico.

La tabella che segue riassume i principali DRG chirurgici per i quali si è osservato un significativo incremento:

AST PU Principali interventi Anno 2023 previsione 2024				
Inteprinc	Intervento Principale	2023	Previsione e 2024	DIFF
5421	Laparoscopia	201	260	59
5979	Altra riparazione per incontinenza urinaria da stress	16	58	42
640	Circoncisione	255	295	40
3324	Biopsia bronchiale [endoscopica]	21	60	39
863	Altra asportazione o demolizione locale di lesione	290	328	38
8152	Sostituzione parziale dell'anca	124	160	36
5733	Cistoscopia [transuretrale] con biopsia	45	80	35
605	Prostatectomia radicale	104	137	33
8145	Altra riparazione dei legamenti crociati	43	72	29
6029	Altra prostatectomia transuretrale	99	128	29
8154	Sostituzione totale del ginocchio	156	184	28

In merito all’attività chirurgica sopra menzionata, il grafico che segue illustra il trend che ha interessato il 2024 in termini di dimessi ordinari programmati, e che mostra per i DRG chirurgici 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

Allegato 2a)



AST PU dimessi con procedure chirurgiche robotiche			
		Preconsuntiv o 2024	diff
2023			
Dimessi SDO con procedura di robotica	247	261	14

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, riveste particolare importanza la ricerca di appropriatezza e la creazione di Value.

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.

In considerazione di ciò, gli ambiti di intervento nel 2025 saranno incentrati sui pazienti definiti "outpatient", pertanto l'Azienda continuerà a profondere 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 riduzione della degenza media favorendo anche il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa, contribuendo 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.

Passando all'analisi dei cittadini che trovano risposta nell'offerta ospedaliera dell'AST di Pesaro e Urbino, l'attività, così come rappresentato dalla tabella che segue, è diretta prevalentemente - 87,9% - ai residenti della provincia di in cui insiste l'Azienda

Allegato 2a)

AST PU Dimessi per residenza paziente Anno 2023 vs Preconsuntivo 2024				
		Preconsuntivo		Preconsuntivo
Residenza dimessi	2023	2024	2023%	2024
Ast 1 Pesaro	31.409	31.555	87,7%	87,9%
Ast 2 Ancona	1.745	1.619	4,9%	4,5%
Ast 3 Macerata	341	321	1,0%	0,9%
Ast 4 Fermo	286	304	0,8%	0,8%
Ast 5 Ascoli	97	103	0,3%	0,3%
Fuori Regione	1.736	1.777	4,8%	4,9%
Stranieri	205	221	0,6%	0,6%
Totale complessivo	35.819	35.900	100,0%	100,0%

A complemento di tutto ciò, anche per l'anno 2025 il posizionamento dell'Azienda rispetto ai LEA, valutata attraverso gli indicatori "Core" del "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", si prevede costante e puntuale in tutti gli stabilimenti aziendali.

Dall'analisi temporale dei dati di attività, e dagli indicatori che seguono, si evince che l'AST di Pesaro e Urbino, 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 2023 e 2024

Alcuni indicatori DGR 159 /2016 AST PU				
	Soglia minima DGR 159/2016	2022	2023	Previsione 2024
Interventi chirurgici Ca Mammella	150	559	622	570
Colecistectomia Laparoscopica (interv. Princ. 5123)	100	330	384	350
Colecistectomia Laparoscopica proporzione ricoveri con degenza post operatoria <3 giorni	70% minimo	77,2%	87,0%	89,8%
Frattura del collo del femore: volume interventi chirurgici (dimessi SDO)	75	630	603	640
Frattura del collo del femore: % interventi entro 2 giorni per pazienti con età >65 anni	60% minimo	81,1%	85,4%	87,5%
IMA (diagnosi principale): volume di ricoveri	100	671	708	610
Parti	1.000	1.544	1.614	1.540

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

Nel corso del 2025, sono previste varie azioni volte a migliorare questi ambiti, quali:

Allegato 2a)

- Incremento audit con UUOO al fine di migliorare la durata della degenza media, e favorire il turnover dei posti letto;
- Ulteriori interventi di formazione sui setting assistenziali disponibili a livello territoriale in alternativa al ricovero in regime ospedaliero e sulla corretta codifica delle SDO;
- Gestione sul territorio della cronicità, delle riacutizzazioni, e questo, attraverso la presa in carico dei pazienti, la maggior collaborazione dei professionisti il ricorso a nuovi strumenti (es. telemedicina) e l'introduzione di nuovi modelli (COT);
- Utilizzo dei letti di lungodegenza per "accompagnare" la dimissione al domicilio o in struttura e per detendere la pressione sui reparti per acuti e consentire un maggiore turnover con le maggiori disponibilità di letti che dovranno essere messe a disposizione dell'attività chirurgica (programmata e urgente) e delle emergenze-urgenze di area internistica;
- Consolidamento del progetto di Bed Management aziendale e della figura del Bed manager. La figura del bed 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 2025 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 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.

Allegato 2a)

Per l'anno 2025 si intende applicare tale approccio al fine di assoggettare a controllo una percentuale di DRG a rischio di inappropriatazza ben superiore al target regionale atteso.

I controlli esterni sui Produttori privati accreditati, relativi ai DRG ad elevato rischio di inappropriatazza, 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 2025 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 di Pesaro e Urbino 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.

Nel corso dell'anno 2025, facendo seguito agli spostamenti dell'oncologia, malattie infettive, Formazione e Psichiatria completati nel corso del 2024, si provvederà a rendere operativi gli spostamenti della UOC Farmacia, Ematologia, Fisica Medica, Umaca/Camera Bianca, Diabetologia e Centro Prelievi consentendo pertanto l'inizio delle operazioni di abbattimento dei volumi insistenti sulla futura area di cantiere.

Preliminarmente ai suddetti abbattimenti saranno iniziate e completate, da parte della Regione Marche, le preliminari indagini geognostiche.

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.

L'AST di Pesaro e Urbino, attraverso piani di committenza, ricorre al sistema privato accreditato qualora le attività aziendali non siano in grado di fare fronte alla riduzione delle 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.

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 fornire 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.

Lo Stabilimento ospedaliero di Pergola, designato come "Ospedale di area disagiata" dal Piano Socio Sanitario della Regione Marche 2023-2025, svolge un ruolo centrale nel garantire una sanità di prossimità per i cittadini residenti in aree caratterizzate da condizioni geografiche difficili e da limitate connessioni con la rete viaria principale.

Le attività "core" che lo stabilimento di Pergola è chiamato ad assicurare nel 2025 saranno:

- in area medica, attività clinico assistenziale di media e bassa complessità e post acuzie, riabilitazione ospedaliera;
- in area chirurgica, chirurgia generale per patologie di media e bassa complessità, chirurgia specialistica di bassa complessità in integrazione con la rete ospedaliera della AST;
- Punto di Primo Intervento (PPI) con previsione di trasformazione in Pronto soccorso, integrato nella rete della emergenza territoriale e, in particolare, con i DEA di livello superiore di cura;
- attività di diagnostica strumentale e specialistica, in particolare diagnostica per immagini e diagnostica di laboratorio.

L'Ospedale di Pergola si integra con le attività della rete ospedaliera e, in particolare, con l'Ospedale Santa Croce di Fano tenuto conto delle distanze ed affinità per attività chirurgica e diagnostica di più elevata complessità.

Relativamente all'adeguamento strutturale dell'Ospedale di Pergola, si prevede:

- l'adeguamento sale operatorie, aree di degenza, attività gastroenterologia e diagnostica per immagini;

- l'adeguamento strutturale dell'area del PPI per la realizzazione del Pronto soccorso come da PSSR.

Più in generale, il progetto prevede di riqualificare e adeguare il complesso ospedaliero esistente a cogenti esigenze di razionalizzazione funzionale e di adeguamento ai requisiti previsti dai nuovi manuali di accreditamento regionali delle diverse aree funzionali, anche nell'ottica del contenimento della spesa sanitaria.

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. 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.

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 cronico-degenerative. 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 comorbilità), esse raccolgono i bisogni sanitari di ampie aree geografiche contraddistinte da una situazione climatica caratterizzata da importanti eventi climatici avversi.

Le future strutture, che saranno realizzate con le risorse del PNRR, avranno il ruolo di collante tra il domicilio del paziente, l'assistenza primaria e l'ospedalità, per i territori interessati, tra questi 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 le strutture di Fossombrone, Cagli e Sassocorvaro l'indirizzo è quello di potenziare i servizi di diagnostica, anche attraverso l'acquisizione di nuove tecnologie – nuovo mammografo per la struttura di Fossombrone- di laboratorio e le specialistiche ambulatoriali nonché i Punti di emergenza urgenza e le degenze.

Secondo il Piano Operativo Regionale - POR (ex DGR n.2027 del 30 dicembre 2024), l'Ospedale di Comunità di Fossombrone nonché l'attuale Ospedale di Comunità di Cagli sono interessati da interventi di adeguamento e, quindi, potenziati quali Case della Comunità.

Sempre secondo il medesimo POR è prevista la realizzazione dell'Ospedale di Comunità di Mombaroccio nel Distretto di Pesaro.

L'attività attualmente garantita da tali strutture è la seguente:

- Ospedale di Comunità di Cagli (Distretto di Urbino) - Sono presenti 14 posti letto di cure intermedie, 20 posti letto di riabilitazione intensiva ospedaliera e 10 posti letto di lungo degenza (ad oggi, è gestito dal privato accreditato Kos-Care), viene effettuata la dialisi ai pazienti con insufficienza renale cronica (5 letti tecnici); sono, altresì, presenti l'ambulatorio infermieristico e l'ACAP (Ambulatorio di Continuità Assistenziale Primaria), la postazione Potes 118, attività radiologica, ambulatori specialistici e Punto prelievo.

- Ospedale di Sassocorvaro (Distretto di Urbino) - Gestito dal privato accreditato (Villa Montefeltro), svolge attività di Ospedale di Comunità e Ospedale per acuti per un bacino di utenza delle aree maggiormente disagiate del Montefeltro. È necessario, per il futuro - in coerenza con il PSSR - rendere più agevole ed efficiente il Punto di assistenza territoriale dotandolo di procedure diagnostiche che rendano possibile la diagnosi senza dover ricorrere al trasferimento dei pazienti in altri ospedali quando si tratta di patologie di basso codice di gravità e trattabili sul posto. Anche la specialistica ambulatoriale sarà implementata; le 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.

Quindi, quale principale indirizzo nel 2025, vi è un ulteriore 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 2025, adotterà 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, nell'anno 2024, si è assistito ad un incremento significativo delle prestazioni specialistiche, con un aumento del correlato valore economico di circa 1.920.000 euro (+2,6%)

La tabella che segue riepiloga le prestazioni per le quali si è rilevato un aumento significativo nell'anno 2024

AST PU Erogato ambulatoriale SSN da strutture pubbliche e private (eccetto PS) Anno 2023 vs Previsione 2024			
Riepilogo per aggregato	Numero Prest		
Aggregazione	2023	Previsione 2024	diff
L20-Chimica clinica	3.540.832	3.637.653	96.821
D11-Radiologia tradizionale RX	109.152	127.627	18.475
L50-Microbiologia/virologia	165.659	175.100	9.441
V20-Visita di controllo	150.431	156.572	6.141
D25-RM	18.916	21.488	2.572
R90-Altra riabilitazione	25.939	28.504	2.565
D24-Endoscopia	13.870	15.042	1.172
T50-Chirurgia ambulatoriale	24.635	25.405	770
T10-Radioterapia	22.003	22.671	668
(vuoto)	1.506	2.099	593
R10-Riab.diagnostica	8.754	9.047	293
D23-Elettromiografia	5.789	6.073	284
T30-Odontoiatria	7.284	7.542	258
V10-Prima visita	179.057	179.239	182
D14-Medicina nucleare	3.820	3.947	127
D29-Altra diagnostica strumentale	48.643	48.756	113
T40-Trasfusioni	2.488	2.558	70

Per quanto riguarda i tempi di attesa, per il 2025 si può ipotizzare un notevole miglioramento della relativa Performance grazie ad un percorso virtuoso già intrapreso nel secondo semestre del 2024, che ha portato ad un miglioramento della percentuale di soddisfazione dei tempi previsti per le prestazioni di categoria B – breve- e categoria D – differita- con un miglioramento dell'indicatore rispetto al primo semestre 2024 complessivamente del + 21%, portando così l'indicatore di soddisfacimento della domanda al 94% per le prestazioni di classe B, ed al 89% per le prestazioni di classe D.

Invero, come già effettuato nel 2024 con DRGM 56 del 29 gennaio 2024 "Piano di autorizzazione spesa e Piano Operativo, di conversione della Legge n. 213 del 30 Dicembre 2023. Piano Operativo Regionale 2024. Recupero e miglioramento liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri e screening", anche nel 2025, 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 2024 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, sia tramite efficientamento delle sedute in istituzionale sia tramite l'utilizzo delle prestazioni orarie aggiuntive della dirigenza medica e del comparto.

2.4.1 Azioni per il Governo delle liste d'attesa

Il governo dei tempi di attesa rappresenta una delle sfide più complesse e strategiche per garantire un accesso equo e tempestivo ai servizi sanitari. In un contesto caratterizzato da una crescente domanda di prestazioni sanitarie, è fondamentale adottare azioni mirate per migliorare l'efficienza dei processi e ridurre i tempi di attesa, sia per le prestazioni ambulatoriali che per gli interventi chirurgici. L'obiettivo è quello di garantire un percorso assistenziale che rispetti i criteri di appropriatezza clinica e soddisfi i bisogni dei pazienti, attraverso una gestione ottimizzata delle risorse e l'utilizzo di strumenti innovativi di monitoraggio e controllo.

Si riportano di seguito le principali azioni implementate per il miglioramento della gestione dei tempi di attesa:

-Monitoraggio dei tempi di attesa di specialistica ambulatoriale: Rilevazione e monitoraggio dei tempi di attesa, con aggiornamenti per tutte le prestazioni ambulatoriali.

-Gestione delle agende a CUP: Ottimizzazione della programmazione delle risorse ambulatoriali, favorendo una redistribuzione efficiente degli slot a CUP.

Allegato 2a)

-Collaborazione tra medici di medicina generale e specialisti: Miglioramento del coordinamento tra medicina territoriale e specialisti ospedalieri, finalizzato a ridurre l'inappropriatezza delle richieste di prestazioni e a ottimizzare il percorso di cura.

-Potenziamento dell'attività di telemedicina, tramite aumento dell'utilizzo della tele-visita.

-Committenza al privato accreditato mirata, incentrata sulle prestazioni che presentano maggiore criticità in termini di accessibilità dei pazienti residenti in provincia.

-Revisione periodica dei processi: Audit periodici sui processi di gestione delle liste di attesa per individuare aree di inefficienza e implementare azioni correttive, con l'obiettivo di ottimizzare i tempi di accesso alle prestazioni.

-Monitoraggio dei tempi di attesa chirurgica: Rilevazione e monitoraggio dei tempi di attesa, con aggiornamenti per tutte le prestazioni di chirurgia in elezione.

-Gestione delle sedute operatorie: Ottimizzazione della programmazione delle sedute operatorie, garantendo un utilizzo efficiente del blocco operatorio

-Indicatori di performance: Definizione di specifici KPI (Key Performance Indicators) per la valutazione continua delle performance nella gestione delle attese, con report periodici e confronti con gli standard regionali e nazionali.

2.5 PNRR Missione 6 Salute –

La Missione 6 Salute mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica, ed è articolata in due Componenti:

- Componente 1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale;
- Componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

La Componente 1 ha l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all'attivazione e al potenziamento di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.

La Componente 2 comprende, invece, misure volte al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al potenziamento e alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da realizzare anche attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari. Inoltre, rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a rafforzare le competenze e il capitale umano del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Per i progetti a regia, per i quali le Regioni e le Province Autonome si configurano come soggetti attuatori, è stato ritenuto necessario intraprendere tutte le attività atte a garantire l'operatività programmatica, tenuto conto del quadro normativo di riferimento, attraverso il Decreto di ripartizione programmatica delle risorse firmato dal Ministro della Salute in data 20 gennaio 2022.

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

Allegato 2a)

- COT – interconnessione aziendale – device
- Ospedali di Comunità
- ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (digitalizzazione e grandi apparecchiature)
- FSE
- reti di prossimità, strutture e telemedicina
- Casa come primo luogo di cura
- modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare, Sistemi Informativi Clinico- Assistenziali per l'ottimizzazione delle linee strategiche evolutive necessarie alla definizione di un nuovo modello di governance dell'innovazione tecnologica per le attività connesse all'erogazione e alla gestione dei servizi amministrativi e sanitari con orientamento specifico alla Sanità Digitale.

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

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

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.

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

Con DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1376 del 16/09/2024 Oggetto: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute – Componenti 1 e 2: Aggiornamento Piano Operativo Regionale (POR), approvato con D.G.R. n. 656 del 30/05/2022 e modificato con D.G.R. n. 1188 del 07/08/2023, i target / milestone da raggiungere per AST PU sono i seguenti:

Per Quanto riguarda la missione *PNRR M6C1.2.2 Centrali Operative Territoriali*, sono state messe in funzione nell'anno 2024, nel rispetto dei TARGET Nazionali ed Europei.

M6C1 – 1.2.2 - COT di Urbino Via Comandino –

M6C1 – 1.2.2 - COT di Fano via IX Novembre –

M6C1 – 1.2.2 - COT di Pesaro Via Alfano –

CASE DELLA COMUNITA' M6C1-1.1

Per quanto riguarda le case di Comunità AST PU, ha i seguenti Target Europei, fine dei lavori entro il 31/03/2026. I precedenti Target/Milestone sono stati raggiunti

CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

Allegato 2a)

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità	T2 2022	
Target	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità	T1 2023	
Target	Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP (ossia si è avviata almeno una gara per l'opera ma non necessariamente tutte)	T1 2023	
Target	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Case di Comunità	T3 2023	
Target	Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche	T1 2026	

GANTT

Linee di attività		2022				2023				2024				2025				2026			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
1	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità																				
2	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità																				
3	Definire, con apposito atto normativo, la programmazione della rete assistenziale territoriale in coerenza con standard e modelli organizzativi definiti nella Riforma dell'Assistenza Territoriale																				
4	Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP (ossia si è avviata almeno una gara per l'opera ma non necessariamente tutte)																				
5	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Case di Comunità																				
6	Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche																				



Stato dell'arte degli interventi previsti in AST PU:

M6C1-1.1. -CdC di Fossombrone – I lavori sono in corso di ultimazione. Si prevede la fine lavori entro il 31/03/2025, ampiamente entro i termini previsti dal TARGET Europeo del 31/03/2026.

M6C1-1.1. - CdC di Mondolfo - I lavori sono in corso. Si prevede la fine lavori entro il 30/06/2025, ampiamente entro i termini previsti dal TARGET Europeo del 31/03/2026.

Allegato 2a)

M6C1-1.1. -CdC di Galantara – E' in corso Il Collegio Tecnico al fine di dirimere problematiche di natura tecnico-progettuale con la Ditta esecutrice individuata tramite Adesione Accordo Quadro INVITALIA:

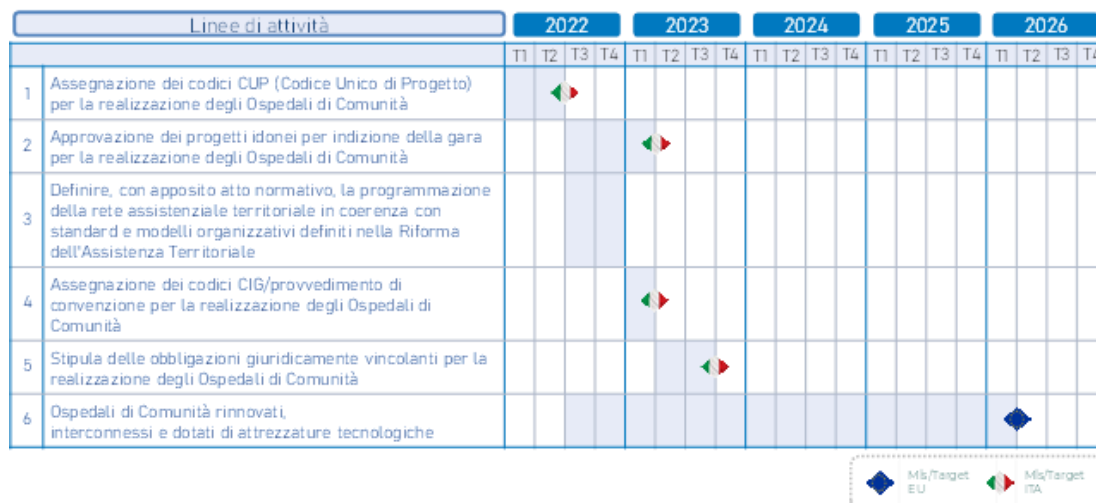
OSPEDALI DI COMUNITA' M6C1-1.3

Per quanto riguarda la realizzazione dell'Ospedale di Comunità AST PU, ha i seguenti Target Europei, fine dei lavori entro il 31/03/2026.

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T2 2022	
Target	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T1 2023	
Target	Assegnazione dei codici CIG/provvimento di convenzione per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T1 2023	
Target	Stipula delle obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T3 2023	
Target	Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche	T1 2026	

GANTT



Stato dell'arte degli interventi previsti in AST PU :

M6C1-1.3- Realizzazione dell'Ospedale di Comunità di Mombaroccio.

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.

Ad Agosto 2024 è stata fatta la consegna dei lavori alla Ditta Esecutrice.

I Lavori sono in Corso.

• Missione M6C2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale" –

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino (AST PU) ha delineato una serie di interventi strategici per il 2025, focalizzati sulla digitalizzazione, l'innovazione tecnologica, l'ammodernamento delle grandi apparecchiature, il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e la migrazione al cloud. Questi progetti sono finanziati in gran parte dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e da altre fonti regionali e nazionali.

Ammodernamento del Parco Tecnologico Ospedaliero (Digitalizzazione)

PNRR - Missione 6, Componente 2, Investimento 1.1.1

Obiettivo: ai fini dell'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero la Regione Marche ha previsto il rifacimento in ottica unitaria di molteplici moduli applicativi e sistemi informativi sanitari.

Si riportano di seguito i vari ambiti di progetto:

Blocchi Funzionali oggetto d'acquisto
Nuovo Sistema Informativo Ospedaliero Unico Regionale (Pronto Soccorso, ADT, Order Manager, Modulo Prescrizione, Cartelle Cliniche Elettroniche Ambulatoriale e di Reparto)
Castella Clinica Specialistica di Oncoematologia Regionale, Castella Clinica Specialistica di Nefrologia e Dialisi Regionale e Sistema Gestionale del Trasfusionale Regionale
Sistema Gestionale del Blocco Operatorio Regionale
Cartella Clinica Specialistica di Terapia Intensiva e Rianimazione e CIS regionali
Piattaforma di Interoperabilità (Digital Integration Hub, Modulo Consensi, Gestione Accessi e Identità, Archivio Dati Clinici, Gestione Cataloghi)

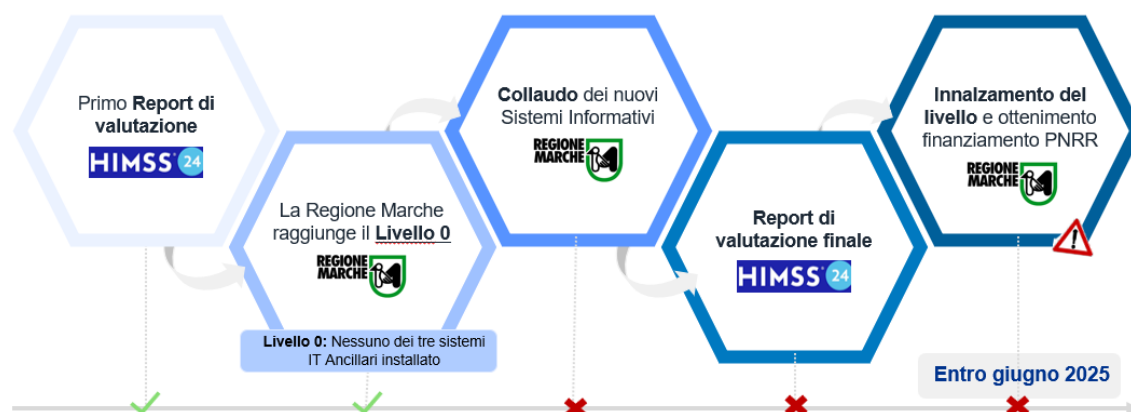
Finanziamento assegnato:

Totale Regione Marche: €33.612.075,57

Quota AST PU: €6.712.331,49

Scadenza: Avvio dei sistemi entro T2 2025 (30 giugno 2025)

Il raggiungimento degli obiettivi sarà certificato tramite il modello HIMSS EMRAM. Il modello di valutazione prevede in prima istanza una valutazione del livello di maturità digitale per ciascun presidio sede si DEA, effettuata tramite la somministrazione di questionari elaborati secondo il modello EMRAM, proposto da HIMSS. Il livello raggiunto uniformemente dalla Regione Marche è il Livello 0. Successivamente, al termine dell'implementazione e del collaudo dei blocchi funzionali acquistati, verrà somministrato un questionario finale, che valuterà nuovamente il livello di maturità raggiunto.



Al fine del riconoscimento del finanziamento PNRR, Regione Marche (ogni sede DEA) dovrà raggiungere un livello di maturità digitale superiore a 0.

Ammodernamento del Parco Tecnologico Ospedaliero (Grandi Apparecchiature)

PNRR - Missione 6, Componente 2, Investimento 1.1.2

Obiettivo: Rinnovare le grandi apparecchiature sanitarie per migliorare la qualità diagnostica e terapeutica.

Attrezzature previste per AST PU: Per AST PU sono state previste all'interno del POR n.12 Grandi Apparecchiature delle quali ne risultano già avviate n.11, come da Det. ASTPU n. 1475 del 18 dicembre 2024 di cui si riporta di seguito quadro riassuntivo

CUP	Apparecchiatura	Unità Operativa	Presidio di destinazione	Nuovo importo PNRR (€)	Importo altre fonti di finanziamento (€)	TARGET
G74E22000750003	Sistemi polifunzionali per radiologia digitale diretta	Diagnostica per Immagini	Pesaro	267.789,66 €	- €	T4 2024 (31/12/2024)
G74E22000760003	Sistemi polifunzionali per radiologia digitale diretta	Diagnostica per Immagini	Pesaro	267.789,66 €	- €	T4 2024 (31/12/2024)
G34E22000390003	Sistemi polifunzionali per radiologia digitale diretta	Diagnostica per Immagini	Fano	267.789,66 €	- €	T4 2024 (31/12/2024)
F39122000080007	Sistemi polifunzionali per radiologia digitale diretta	Diagnostica per Immagini	Urbino	206.209,50 €	- €	T4 2024 (31/12/2024)
G74E22000770003	Acceleratore Lineare	Radioterapia	Pesaro/Muraglia	2.591.968,58 €	128.651,30 €	T4 2024 (31/12/2024)
G34E22000370003	Risonanza Magnetica 1,5T	Diagnostica per Immagini	Fano	893.503,75 €	- €	T4 2024 (31/12/2024)
G74E22000780003	Ecotomografo	Diagnostica per Immagini	Pesaro	45.875,35 €	- €	T4 2024 (31/12/2024)
G74E22000790003	Ecotomografo	Diagnostica per Immagini	Pesaro	79.915,34 €	- €	T4 2024 (31/12/2024)
F69122000250007	Ecotomografo	Diagnostica per Immagini	Pergola	29.011,50 €	- €	T4 2024 (31/12/2024)
F79122000070007	Mammografo Digitale con tomosintesi	Diagnostica per Immagini	Pesaro	192.495,00 €	- €	T4 2024 (31/12/2024)
G74E22000720003	TC 128 Strati	Diagnostica per Immagini	Pesaro	455.074,00 €	17.986,00 €	T4 2024 (31/12/2024)
G74E22000740003	Risonanza Magnetica 1,5T	Diagnostica per Immagini	Pesaro	911.880,00 €	- €	T3 2025 (30/09/2025)

Scadenze: Entro il **T3 2025 (30/09/2025)** è prevista la messa in funzione della Risonanza Magnetica 1,5 T destinata allo Stabilimento di Pesaro.

Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 2.0

PNRR - Missione 6, Componente 2, Investimento 1.3.1

Obiettivo: Potenziare il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) per garantire la gestione digitale dei dati clinici dei pazienti.

Interventi previsti:

- Integrazione dei sistemi informativi ospedalieri con il FSE.
- Creazione di un repository regionale per la gestione centralizzata dei dati sanitari.
- Formazione e Comunicazione

Scadenza: T4 2025 (31/12/2025) con implementazione progressiva.

TELEMEDICINA

PNRR - Missione 6, Componente 2, Investimento 1.2.3

Obiettivo: Entro il 2025, la Regione Marche, nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ha fissato specifici obiettivi per l'implementazione della telemedicina e l'assistenza domiciliare. A livello nazionale, il target è di assistere almeno 300.000 persone attraverso servizi di telemedicina entro la fine del 2025.

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare integrata (ADI), la Regione Marche mira ad aumentare la percentuale di assistiti over 65 dal 3,83% registrato nel 2019 (pari a 14.579 persone) al 9,48% entro il 2025, raggiungendo così 37.347 unità trattate in assistenza domiciliare.

Inoltre, la Regione ha approvato il Piano Operativo per i servizi di telemedicina, delineando le strategie per sviluppare soluzioni integrate nell'ambito dei servizi sanitari regionali.

Questi interventi sono supportati da un finanziamento di oltre 68 milioni di euro destinati alla sanità territoriale, con l'obiettivo di potenziare e creare strutture e presidi che rappresentino il riferimento per la presa in carico del bisogno di salute dei cittadini.

Scadenza: entro il 2025, la Regione Marche punta a:

- Assistere un numero significativo di persone attraverso servizi di telemedicina, contribuendo al target nazionale di 300.000 assistiti.
- Incrementare la percentuale di over 65 assistiti a domicilio al 9,48%, raggiungendo 37.347 persone.
- Sviluppare e integrare soluzioni di telemedicina nei servizi sanitari regionali, in linea con il Piano Operativo approvato.

Questi obiettivi mirano a migliorare l'accessibilità e la qualità dei servizi sanitari per i cittadini marchigiani, sfruttando le opportunità offerte dalla telemedicina e dall'assistenza domiciliare.

AST PU parteciperà al raggiungimento degli obiettivi.

4. Migrazione al Cloud

PNRR - Missione 6, Componente 2, Investimento 1.3.2

Obiettivo: Trasferire i dati sanitari su un'infrastruttura cloud sicura per garantire maggiore efficienza e sicurezza informatica.

Interventi previsti:

- Creazione di Data Center Regionali per l'archiviazione e il backup sicuro dei dati.
- Implementazione di sistemi di cybersecurity avanzata.

Finanziamento assegnato: Investimento complessivo: €1.379.989.999,93 per le Regioni, con **quota parte destinata ad AST PU**

Scadenza: T2 2025 con completamento della migrazione

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 Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino si impegna a rendere le previsioni economiche per l'anno 2025 coerenti con il raggiungimento dell'obiettivo del pareggio di bilancio, in riferimento alle risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Regionale.

L'Azienda si impegna, inoltre, ad operare un costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario.

Specifica illustrazione delle previsioni economiche è fornita nella relazione illustrativa, che forma parte integrante e sostanziale della determina di adozione del presente Bilancio di previsione 2025.

3.1 Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

Nel corso del 2025 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.

L'Azienda si impegna a garantire un utilizzo efficiente della liquidità disponibile ed il mantenimento dei tempi di pagamento previsti dalla normativa vigente.

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 ha impattato in modo significativo sul processo di acquisto di beni e di servizi, in particolar modo grazie all'impulso che viene dato dal legislatore all'utilizzo degli strumenti telematici di negoziazione; a tal proposito si evidenzia 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.

Per un più efficace governo e gestione dei beni di consumo l'Azienda ha portato a termine la riorganizzazione logistica, provvedendo a riorganizzare e accentrare, laddove possibile, i vari magazzini economici (Fano e Gadana di Urbino) e farmaceutici (Urbino e Fossombrone), con differenziazione delle frequenze di consegna 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.

Nel contempo si è provveduto alla chiusura del magazzino economico di Fano, sito in via Tazzoli,15, già in quanto non più conforme alle attività logistiche, sia per motivi di spazio che di sicurezza, nonché 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.

3.3 Il Governo delle risorse umane

Per quanto attiene la spesa del personale del SSR, la Regione Marche - tenuto conto di quanto previsto dall'art.20 della L.R. 19/2022, ovvero che la Giunta regionale impartisca direttive vincolanti con particolare riguardo al controllo della spesa - con propria deliberazione n. 92 del 30 gennaio 2024 provvedeva alla rideterminazione del tetto di spesa del personale degli enti del SSR, a decorrere dall'annualità 2023, operando un incremento stabile del tetto di spesa del personale regionale - pari ad € 942.106.000 - 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 ha aggiornato i termini e i criteri di determinazione.

Con tale atto viene definito per l'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino il tetto di spesa per il personale, fissandolo a decorrere dal 2024 ad € 192.552.000. Di recentissima adozione da parte della Giunta Regione Marche è il nuovo atto di rideterminazione del tetto di spesa regionale, ripartendolo tra le Aziende ed Enti del SSR, ovvero la DGRM n. 54 del 27 gennaio 2025, che fissa il nuovo tetto di spesa ad € 194.930.000 con un incremento per l'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino di € 2.378.000.00, tracciando anche delle linee di indirizzo per l'impiego delle maggiori risorse.

Al riguardo occorre sottolineare che a seguito della riforma del SSR, introdotta dalla Legge Regionale n. 19 dell'08/08/2022 - *"Organizzazione del servizio sanitario regionale"*, l'Azienda, in coordinamento con le alte Aziende ed Enti del SSR, dopo aver avviato il percorso di redazione e adozione dell'Atto aziendale di cui all'art. 3, comma 1bis, del DLGS 502/1992 ss.mm., nel quale sono disciplinati il funzionamento e l'organizzazione aziendale, sta proseguendo l'attività di definizione dei contenuti della nuova organizzazione aziendale anche attraverso il confronto con le Istituzioni Locali e le Organizzazioni Sindacali. Quindi, una volta definita la nuova organizzazione, l'Azienda potrà procedere ad una approfondita analisi sui fabbisogni delle articolazioni aziendali anche con un respiro più ampio e di lungo termine. Proprio in un'ottica di avvio di un nuovo percorso la Direzione Generale ha indicato le linee di definizione del fabbisogno del personale dell'anno 2025, da dettagliare nel Piano Occupazionale 2025, ed in via programmatica dei Piani Occupazionali 2026-2027, da aggiornarsi annualmente in coerenza con il contesto evolutivo del percorso di attuazione della programmazione sanitaria regionale.

L'iter di definizione del Piano triennale del fabbisogno di personale di AST 2025-2027 ripercorre la metodologia già utilizzata negli anni precedenti. Il percorso istruttorio prende avvio dall'analisi del livello di realizzazione della precedente programmazione relativa al triennio 2024-2026, ripianificandone l'attuazione nell'ambito della nuova programmazione triennale, tenuto conto dell'evolversi del contesto organizzativo e prosegue nelle fasi operative di:

1. rilevazione dell'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. attenzione alle 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* oltre alle linee di indirizzo indicate dalla Regione nell'ambito del Piano Socio Sanitario;
3. valutazione delle 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. attuazione dei processi di superamento del precariato secondo le linee di indirizzo regionali;
5. attenzione ai sistemi di valorizzazione delle competenze professionali del personale e dello sviluppo di carriera;

Tutto ciò nel rispetto della capacità assunzionale aziendale in coerenza con i vincoli normativi.

L'Azienda provvederà alla formulazione del Piano Triennale dei fabbisogni di personale per gli anni 2025, 2026 e 2027 attraverso l'adozione del PIAO, di cui è parte integrante e sostanziale, in conformità alle risorse disponibili di cui al presente bilancio di previsione.

4. La programmazione degli Investimenti

Anche per l'anno 2025 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 completare i lavori di straordinaria manutenzione per i vari spostamenti dei reparti di Diabetologia e Laboratorio Analisi, la ristrutturazione dei locali per la collocazione dell'UMACA e Camera Bianca e la ristrutturazione dell'immobile di via Alfano a Pesaro.

In considerazione di quanto suesposto, gli investimenti che si prevede di realizzare nel corso dell'anno 2025 sono i seguenti:

TIPOLOGIA DI INVESTIMENTI	Valori
INTERVENTI DI ADEGUAMENTO STRUTTURALE ED IMPIANTISTICO	16.320.056,48
ATTREZZATURE SANITARIE	4.095.414,40
IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI	7.962.146,03
MOBILI E ARREDI	76.463,38
AUTOMEZZI E AMBULANZE	138.434,00
ATTREZZATURE INFORMATICHE E ALTRI BENI	580.705,15
TOTALE COMPLESSIVO	29.173.219,48

Nell'ambito di tali interventi vanno ricompresi:

1. Interventi finanziati con i fondi del PNRR inerenti interventi strutturali, interventi sui sistemi informativi ed acquisti di tecnologie sanitarie pari a complessivi € 7.921.658,44

2. Interventi finanziati con i fondi assegnati con la DGRM n. 1765 del 18.11.2024 pari a complessivi € 1.200.000,00 relativi ai lavori propedeutici all'installazione della RM di Pesaro e Fano
3. Acquisti di tecnologie con i fondi assegnati con DGRM n. 2015 del 20.12.2024 finalizzate alla sicurezza nei luoghi di lavoro e all'abbattimento delle liste di attesa pari a complessivi € 1.345.361,00:
 - mammografo digitale con tomosintesi per la Radiodiagnostica dell'Ospedale di Fossombrone;
 - elettrocardiografi;
 - ecocardiografo;
 - ecocardiografo portatile;
 - ecografi;
 - ecografo di Nervo;
 - ecografi portatili;
 - erogatore di formalina;
 - impianti osmosi;
 - ortopantomografo digitale;
 - scanner vescicale;
 - sistema di monitoraggio ambientale;
 - strumenti Microbiologia;
 - lampade da visita;
 - strumentazione per Punti Salute
4. Interventi da realizzarsi nell'Ospedale di Fossombrone finanziati con la Legge Regionale n. 21/2024.

Il Direttore Amministrativo

(Dott. Matteo Biraschi)

Il Direttore Generale

(Dott. Alberto Carelli)

Documento informatico firmato digitalmente