

**DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE
ASUR**

N. DEL

Oggetto: Piani di Area Vasta – Determinazioni.

**IL DIRETTORE GENERALE
ASUR**

- . . . -

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore amministrativo, ciascuno per quanto di rispettiva competenza;

- D E T E R M I N A -

1. di prendere atto, richiamate le motivazioni tutte di cui all'accluso Documento Istruttorio, dei Piani di Area Vasta, di cui ai documenti uniti al presente atto a formarne parte integrante e sostanziale, come meglio in appresso riepilogati:
 - Piano Attuativo Area Vasta 1 di Fano, acquisito al prot. n. 18324 del 20/07/2012 (All. A);
 - Piano Attuativo Area Vasta 2 di Fabriano, acquisito al prot. n. 18356 del 20/07/2012 (All. B);
 - Piano Attuativo Area Vasta 3 di Macerata, acquisito al prot. n. 18357 del 20/07/2012 (All. C);
 - Piano Attuativo Area Vasta 4 di Fermo, acquisito al prot. n. 18358 del 20/07/2012 (All. D);
 - Piano Attuativo Area Vasta 5 di Ascoli Piceno, acquisito al prot. n. 18359 del 20/07/2012 (All. E);
2. di prendere atto altresì dei pedissequi pareri espressi dalle Conferenze di Area Vasta ai sensi dell'art. 20 bis comma, 2 L.R. 13/2003 ss.mm.ii. meglio in appresso riepilogati, con l'eccezione del parere della Conferenza dell'Area Vasta n. 4 di Fermo, non espresso

ritualmente dalla stessa, quantunque obbligatorio e in ordine al quale devono ritenersi pertanto operanti la disposizioni di cui all'art. 16, 1° e 2° comma, della L. 241/90 ss.mm.ii:

- Parere della Conferenza di Area Vasta 1 di Fano, acquisito al prot. n. 19748 del 30/07/2012 (All. A1);
 - Parere della Conferenza di Area Vasta 2 di Fabriano, acquisito al prot. n. 19816 del 31/07/2012 (All. B1);
 - Parere della Conferenza di Area Vasta 3 di Macerata, acquisito al prot. n. 19679 del 30/07/2012 (All. C1);
 - Parere della Conferenza di Area Vasta 5 di Ascoli Piceno, acquisito al prot. n. 19677 del 30/07/2012 (All. E1);
3. di trasmettere la presente Determina:
- all'Assessore alla Salute della Regione Marche;
 - al Dirigente del Dipartimento per la Salute e per i Servizi Sociali;
 - ai Direttori di Area Vasta per gli adempimenti di competenza;
4. di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo ai sensi dell'art. 4 della Legge 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e ss.mm.ii.;
5. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e ss.mm.ii.;

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Alberto Carelli)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Giorgio Caraffa)

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Piero Caccarelli)

**- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -
(Area Affari Generali e Contenzioso)**

Normativa e provvedimenti di riferimento:

- "Piano Socio – Sanitario Regionale 2012 - 2014 - Sostenibilità, Appropriatelyzza, innovazione e Sviluppo" – Deliberazione Amministrativa dell'Assemblea Legislativa n. 38 del 16 dicembre 2011;
- DGRM n. 784 del 28/05/2012, recante ad oggetto: *"Richiesta di parere alla competente commissione consiliare al CAL e al CREL sullo schema di Deliberazione concernente Deliberazione Amministrativa n. 38 del 16/11/2011 Piano Socio – Sanitario Regionale 2012 - 2014 - Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo – Percorso Operativo per l'implementazione del Piano in Area Vasta"*;
- Legge Regionale n. 13/2003 ss.mm.ii;

In particolare:

- Art. 8 bis – comma 2, lettera c), L.R. 13/2003 ss.mm.ii;
- Art. 9, comma 1, lettera b) L.R. 13/2003 ss.mm.ii;
- Art. 19, commi 1, 2, 3, L.R. 13/2003 ss.mm.ii;
- Art. 20 bis, comma 2, L.R. 13/2003 ss.mm.ii;

Istruttoria:

L'Art. 8 bis (Funzioni dell'ASUR), dispone al comma 2, lettera c) che il Direttore generale dell'ASUR, impartisce direttive per l'approvazione dei piani di area vasta;

L'Art. 9 (Aree vaste territoriali), dispone che le stesse provvedono, in particolare, alla definizione degli obiettivi di salute secondo gli indirizzi delineati dalla pianificazione aziendale e al loro perseguimento attraverso i piani di area vasta;

L'Art. 19 (Piano triennale di area vasta) stabilisce:

"1. La programmazione delle funzioni a livello di area vasta è effettuata attraverso il relativo piano triennale.

2. Il piano di area vasta definisce, nel rispetto del piano socio-sanitario regionale, gli obiettivi dell'attività e l'organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari.

3. Il piano di area vasta è approvato dal direttore di area vasta, previo parere della Conferenza di area vasta di cui all'articolo 20 bis ed è aggiornato annualmente".

L'Art. 20 bis (Conferenze di area vasta), dispone al comma 2, che la Conferenza dei Sindaci, esercita funzioni propositive e consultive relative al livello di area vasta e, in particolare, esprime parere obbligatorio sui piani di area vasta.

Tanto premesso si evidenzia di seguito l'iter procedimentale seguito con riferimento alla definizione e approvazione dei Piani di Area Vasta, riepilogando i Documenti e Provvedimenti di riferimento oltre la copiosa corrispondenza intercorsa con i Servizi regionali al fine di portare a conclusione i relativi lavori.

In particolare l'Assemblea Legislativa della Regione Marche con la Deliberazione Amministrativa n. 38 del 16/11/2011 ha declinato il Piano Socio – Sanitario Regionale 2012 - 2014 - Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo – Percorso Operativo per l'implementazione del Piano in Area Vasta”.

Il Piano Socio – Sanitario prevede quale prosieguo dell'approvazione dello stesso l'attivazione del tavolo Regionale di programmazione presieduto dall'Assessore alla Salute, dall'Assessore per il sostegno alla Famiglia e Servizi Sociali, con il Coordinamento del Direttore del Dipartimento per la Salute e per i Servizi Sociali e la partecipazione delle Direzioni Generali dell'ASUR Marche, delle Aziende Ospedaliere e dell'INRCA. Ciò per tradurre le indicazioni regionali contenute nel Piano medesimo definendo i Piani di Area Vasta.

E' stata prevista altresì la partecipazione al detto Tavolo del Presidente della V Commissione Assembleare Permanente.

L'articolato concernente il Piano Sanitario, prevede inoltre che i Documenti di programmazione prodotti, siano oggetto di concertazione preventiva con le Organizzazioni Sindacali ai vari livelli.

Con DGRM n. 784 del 28/05/2012, in premessa citata, è stato richiesto il prescritto parere alla competente commissione consiliare al CAL e al CREL sullo schema di Deliberazione concernente la Deliberazione Amministrativa n. 38 del 16/11/2011 recante “Piano Socio – Sanitario Regionale 2012 - 2014 - Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo”, nonché sul percorso operativo per l'implementazione del Piano Socio – Sanitario regionale 2012 – 2014 in ambito di Area Vasta declinato nell'allegato A) alla ripetuta DGRM.

In attuazione di quanto stabilito nel Piano Sanitario, l'Assessorato alla Salute della Regione Marche, di concerto con il Dipartimento per la Salute ed i Servizi Sociali, medio tempore, convocava le Direzioni dell'ASUR, delle Aziende Ospedaliere e dell'INRCA per discutere della questione in parola.

Di seguito si riporta, pertanto, la copiosa corrispondenza relativa all'espletamento dei lavori del Tavolo Regionale, concernente sia l'avvio e definizione dei Piani di Area Vasta in conformità ai criteri di cui all'allegato A) alla DGRM n. 784/2012, sia il relativo confronto con le Organizzazioni Sindacali, secondo quanto previsto nell'articolato del Piano Socio Sanitario 2012 – 2014.

- Con missive prot. n. 423/12/ASS, 424/12/ASS, 425/12/ASS, 426/12/ASS, 427/12/ASS, del 12/03/2012, l'Assessore alla salute, provvedeva alla convocazione del Direttore del Dipartimento

Salute, del Direttore Generale dell'ASUR e dei Direttori di Area Vasta al fine di procedere, distintamente per ciascuna Area Vasta a dare seguito all'iter di definizione dei Piani di Area Vasta.

- Con missiva n. 594/12/ASS del 04/04/2012, l'Assessorato alla Salute della Regione Marche, di concerto con il Dipartimento per la Salute ed i Servizi Sociali, convocava le Confederazioni Sindacali CGIL, CISL e UIL per discutere sui "Piani iniziali di Area Vasta".
- Con nota prot. 260197/Reg.Marche del 19/04/2012, il Direttore del Dipartimento alla Salute ed ai Servizi Sociali convocava le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza Medica e Veterinaria e delle Dirigenza SPTA.
- Con missiva n. 677/12/ASS del 20/04/2012, l'Assessorato alla Salute della Regione Marche, di concerto con il Dipartimento per la Salute ed i Servizi Sociali, convocava le Direzioni dell'ASUR, delle Aziende Sanitarie, dell'INRCA e le Direzioni di Area Vasta, per la presentazione dei "Piani di Area Vasta, per lo specifico settore della Prevenzione e Territorio.
- Con missiva in pari data n. 678/12/ASS, i suddetti Servizi provvedevano alla convocazione oltre delle menzionate Direzioni anche delle Confederazioni Sindacali, CGIL, CISL e UIL con oggetto "Piano di Area Vasta – Territoriale".
- Con missiva n. 728/12/ASS, in data 02/05/2012, i Servizi ripetuti provvedevano alla convocazione oltre delle menzionate Direzioni anche delle Confederazioni Sindacali, CGIL, CISL e UIL con oggetto "Piano di Area Vasta – Prevenzione e Territorio".
- Con pedissequa missiva n. 729/12/ASS, in data 02/05/2012, i Servizi ripetuti provvedevano alla convocazione oltre delle menzionate Direzioni anche delle le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza Medica e Veterinaria e delle Dirigenza SPTA, con oggetto Piani di Area vasta, per la data del 10 maggio. La riunione in parola veniva rinviata e con successiva comunicazione riconvocata per il 21/05/2012.
- Con ulteriore comunicazione n. 848/12/ASS del 22/05/2012, l'Assessorato alla Salute della Regione Marche, di concerto con il Dipartimento per la Salute ed i Servizi Sociali, convocava ulteriormente le Direzioni dell'ASUR, delle Aziende Ospedaliere, dell'INRCA e le Confederazioni Sindacali, CGIL, CISL e UIL con oggetto "Piano di Area Vasta – Prevenzione e Territorio".
- Con nota e – mail, acquisita al prot. n. 13032 del 25/05/2012, l'Assessore alla salute della Regione Marche convocava le Direzioni dell'ASUR, delle Aziende Ospedaliere e dell'INRCA ad una riunione sui Piani di Area Vasta.

In data 01/06/2012, l'Assessore alla Salute e il Direttore del Dipartimento alla Salute con comunicazione prot. n. 906/12/ASS unita in allegato al presente atto (Allegato 1), sottoscritta congiuntamente, trasmettevano, il calendario degli incontri in Area Vasta per la condivisione dei lavori relativi ai Piani di Area Vasta.

A seguire con e – mail del 25/06/2012, acquisita al prot. n. 15765 del 29/06/2012, unita in allegato al presente atto (Allegato 2), l'Assemblea Legislativa delle Marche trasmetteva il calendario dei lavori per l'esame dei Piani di Area Vasta.

Successivamente come da convocazioni del Dipartimento per la Salute e congiuntamente di quest'ultimo con l'Assessorato di cui rispettivamente alla e – mail del 25 giugno 2012 e nota 1001/12/ASS in pari data si procedeva al ulteriore convocazione, sia in funzione prodromica delle Direzioni aziendali, sia cronologicamente a seguire dei Segretari Regionali delle Confederazioni sindacali citate, con oggetto "Punto sullo stato di avanzamento delle Confederazioni sindacali".

Detto confronto tra i medesimi attori e con medesimo oggetto proseguiva successivamente nella riunione fissata per il 04 luglio 2012.

Conseguentemente avevano luogo presso l'Assemblea Legislativa delle Marche - V Commissione Assembleare Permanente, gli incontri di cui al calendario sopra menzionato, pervenuto in data 25 giugno 2012.

Da ultimo con comunicazioni congiunte dell'Assessore alla Salute e del Direttore del Dipartimento alla Salute prot. n. 1169/12/ASS e 1170/12/ASS in data 17/07/2012, venivano convocate rispettivamente con l'una le Direzioni delle Aziende Sanitarie e dell'INRCA e le Organizzazioni delle Dirigenza Medica e Veterinaria per la data del 19 luglio, e con l'altra le Direzioni delle Aziende Sanitarie e le Confederazioni Sindacali CGIL, CISL e UIL, per la successiva data del 24 luglio.

Il procedimento sopra descritto caratterizzato dalle cennate numerose convocazioni di confronto tecnico è stato intercalato da riunioni intermedie tra la Direzione aziendale dell'ASUR e le Direzioni di Area Vasta, al fine di concordare di volta in volta le linee di indirizzo nonché, ai sensi dell'art. 8 bis L.R. 13/03 ss.mm.ii, impartire le direttive necessarie all'implementazione e completamento dei lavori di definizione dei Piani di Area Vasta.

Le Direzioni di Area Vasta hanno a conclusione dei lavori, provveduto ad inoltrare alla Direzione aziendale, i rispettivi Piani di Area Vasta che di seguito si provvede ad elencare:

- Piano Attuativo Area Vasta 1 di Fano, acquisito al prot. n. 18324 del 20/07/2012 (All. A);
- Piano Attuativo Area Vasta 2 di Fabriano, acquisito al prot. n. 18356 del 20/07/2012 (All. B);
- Piano Attuativo Area Vasta 3 di Macerata, acquisito al prot. n. 18357 del 20/07/2012 (All. C);
- Piano Attuativo Area Vasta 4 di Fermo, acquisito al prot. n. 18358 del 20/07/2012 (All. D);
- Piano Attuativo Area Vasta 5 di Ascoli Piceno, acquisito al prot. n. 18359 del 20/07/2012 (All. E);

La Direzione dell'ASUR, per quanto di competenza nell'ambito del complesso percorso di definizione dei Piani di Area Vasta, ha chiesto alle Direzioni di Area Vasta, con note protocollo nn. 18535, 18533, 18532, 18534, 18531 del 23/07/2012, di provvedere alla trasmissione del rispettivo verbale della Conferenza di Area Vasta, contenente il parere di cui all'art. 20 bis, comma 2, L.R. 13/2003 ss.mm.ii.

In riscontro alle richieste di cui al punto che precede le Direzioni di Area Vasta provvedevano a mettere a disposizione i pareri delle Conferenze di Area Vasta, acquisiti agli atti del fascicolo, come meglio in appresso specificato:

- Parere della Conferenza di Area Vasta 1 di Fano, acquisito al prot. n. 19748 del 30/07/2012 (All. A1);
- Parere della Conferenza di Area Vasta 2 di Fabriano, acquisito al prot. n. 19816 del 31/07/2012 (All. B1);
- Parere della Conferenza di Area Vasta 3 di Macerata, acquisito al prot. n. 19679 del 30/07/2012 (All. C1);
- Risultano emessi i pareri dei singoli Comuni ma non il parere della Conferenza di Area Vasta 4 di Fermo, al riguardo cfr. con le note del Direttore di Area Vasta acquisite al prot. n. 19262 del 26/07/2012 e n. 19751 del 30/07/2012;
- Parere della Conferenza di Area Vasta 5 di Ascoli Piceno, acquisito al prot. n. 19677 del 30/07/2012 (All. E1);

In relazione alla trasmissione da parte delle Direzioni di Area Vasta dei Piani di Area Vasta, deve intendersi che gli stessi abbiano concluso il procedimento di definizione dei Piani, di concertazione con le Organizzazioni Sindacali, per i diversi livelli.

Del pari, per effetto della sottoscrizione del rispettivo Piano da parte di ciascun Direttore di Area Vasta, deve ritenersi integrato il presupposto dell'approvazione oltre che considerato e risolto l'aspetto relativo alla valutazione dei contenuti del parere espresso dalla Conferenza di Area Vasta, quale antecedente logico - giuridico dell'approvazione stessa dal momento che l'art. 19, L.R. 13/2003, dispone al comma 3, come già sopra accennato "Il piano di area vasta è approvato dal direttore di area vasta, previo parere della Conferenza di area vasta di cui all'articolo 20 bis ed è aggiornato annualmente".

Quanto al parere della Conferenza dell'Area Vasta n. 4 di Fermo, come su evidenziato, lo stesso non risulta espresso ritualmente, anche se i Sindaci dei Comuni hanno inoltrato singolarmente il proprio parere; parere, tuttavia che ai sensi dell'art. 20 bis non può considerarsi integrato nelle forme di legge, almeno sino alla data odierna.

In proposito corre la necessità di evidenziare come al caso di specie sia applicabile quanto stabilito all'art. 16 della L. 240/90 ss.mm.ii, secondo il quale gli organi consultivi delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, sono tenuti a rendere i pareri a essi obbligatoriamente richiesti entro venti giorni dal ricevimento della richiesta.

In caso di decorrenza del termine senza che sia stato comunicato il parere obbligatorio o senza che l'organo adito abbia rappresentato esigenze istruttorie, è in facoltà dell'amministrazione richiedente di procedere indipendentemente dall'espressione del parere.

Infine, in data 31/07/2012, acquisita al prot. 19881 (Allegato 3), è pervenuta la comunicazione e – mail della Regione Marche, recante il parere del CAL n. 108/12 sulla Deliberazione Amministrativa n. 38 del 16/11/2011, richiamata in istruttoria.

In esito al percorso sopra descritto, il Direttore Generale, provvede alla presa d'atto dei Piani di Area Vasta debitamente approvati dalle Direzioni di Area Vasta, quale atto finale del complesso iter amministrativo svolto.

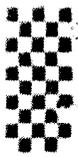
IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Avv. Lucia Cancellieri



- ALLEGATI -

- Nota in data 01/06/2012 prot. n. 906/12/ASS (Allegato 1);
- Nota e – mail, acquisita al prot. n. 18765 del 29/06/2012 (Allegato 2);
- Nota e – mail in data 31/07/2012, acquisita al prot. 19881 (Allegato 3);
- Piano Attuativo Area Vasta 1 di Fano, acquisito al prot. n. 18324 del 20/07/2012 (All. A);
- Piano Attuativo Area Vasta 2 di Fabriano, acquisito al prot. n. 18356 del 20/07/2012 (All. B);
- Piano Attuativo Area Vasta 3 di Macerata, acquisito al prot. n. 18357 del 20/07/2012 (All. C);
- Piano Attuativo Area Vasta 4 di Fermo, acquisito al prot. n. 18358 del 20/07/2012 (All. D);
- Piano Attuativo Area Vasta 5 di Ascoli Piceno, acquisito al prot. n. 18359 del 20/07/2012 (All. E);
- Parere della Conferenza di Area Vasta 1 di Fano, acquisito al prot. n. 19748 del 30/07/2012 (All. A1);
- Parere della Conferenza di Area Vasta 2 di Fabriano, acquisito al prot. n. 19816 del 31/07/2012 (All. B1);
- Parere della Conferenza di Area Vasta 3 di Macerata, acquisito al prot. n. 19679 del 30/07/2012 (All. C1);
- Parere della Conferenza di Area Vasta 5 di Ascoli Piceno, acquisito al prot. n. 19677 del 30/07/2012 (All. E1);



ALLEGATO 1/ALLI
DETERMINA N. 639
DEL 31/07/2012

REGIONE MARCHE



GIUNTA REGIONALE
Assessorato Tutela della Salute, veterinaria,
volontariato, acque minerali termali e di
sorgente

60122 ANCONA
Via Gentile da Fabriano 3
Tel. 071 8064121-4311
Fax 071 8064131
almerino.mezzadani@regione.marche.it

L. Assessore

Prot. n. 806/12/Ass/874

Ancona li, 1-6-12

Regione Marche
Azienda Sanitaria Unica Regionale
ACC: Registro ASUR - ANCONA

0013684 04/06/2012
ASUR AAGG A
1 20 90

s.p.c.

- ALLE CONFEDERAZIONI SINDACALI
- CGIL
- CISL
- UIL
- AL DIRETTORE ASUR
- AL DIRETTORE GENERALE A.O. "OSP. RIUNITI MARCHE NORD"
- AL DIRETTORE GENERALE A.O.U "OSP. RIUNITI DI ANCONA"
- AL DIRETTORE GENERALE INRCA
- AI DIRETTORI DI AREA VASTA

Loro Sedi

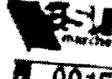
Oggetto: Comunicazione.

Come concordato, si trasmette in allegato il calendario degli incontri di Area Vasta e delle Aziende Ospedaliere per avviare e condividere i lavori relativi alla declinazione dei Piani Industriali di Area Vasta.

Cordiali saluti

Il Direttore del Dipartimento
per la Salute e i Servizi Sociali
Dr. Giuseppe Ruta

L'Assessore alla Tutela della Salute,
veterinaria, volontariato, acque minerali
termali e di sorgente
Almerino Mezzadani


Regione Marche
DETERMINAN. 638
Azienda Sanitaria Unica Regionale
 ACC: Regione Marche ASUR
0015765 | 29/06/2012
ASUR | AAGG | A
1.110.50

Michela Fiumicelli

Da: Maria Antonietta Giannetti [maria.antonietta.giannetti@consiglio.marche.it]
Inviato: lunedì 25 giugno 2012 10:06

A: dir. generale asur, Maria Capaibò, manella.panaroni@asl3.marche.it, direzione AV2, Luana D'argenzio, Cristiana Menghini, Enrico Bordoni, segreteria.asl11@asl11.marche.it, Gianni Genga, Saura Antolini, Alessandra Bonta, l.zoppi@ospedalinuniti.marche.it, p.galassi@ospedalinuniti.marche.it, r.casoli@inrca.it, direzionegenerale@inrca.it, c.pafazzesi@inrca.it

Oggetto: V Commissione assembleare permanente - calendario dei lavori

Si invia il calendario dei lavori per l'esame dei piani di Area vasta geograficamente intesa.

Distinti saluti
d'ordine del Presidente
Il Segretario
M.Antonietta Giannetti

Azienda Sanitaria Unica Regionale Marche
 Direzione Generale
 Via...
 ...

V Commissione assembleare permanente

Calendario dei lavori

per esame iter e realizzazione dei piani di Area vasta

Mercoledì 20 giugno 2012 - ore 15.00

“Presentazione del percorso operativo e dei parametri per la realizzazione dei piani di Area vasta geograficamente intesa” - Incontro con l'Assessore alla Tutela della salute, Almerino Mezzolani, e il Direttore del Dipartimento per la Salute e per i Servizi sociali, Carmine Ruta.

Sono invitati tutti i Consiglieri regionali.

Martedì 26 giugno 2012 - ore 15 e, comunque, al termine dei lavori assembleari

Esame e approvazione del Parere n. 108/2011 “Deliberazione amministrativa n. 38 del 16.12.2011 - Piano socio-sanitario regionale 2012-2014 - Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo - Percorso operativo per l'implementazione del Piano in Area vasta”
Relatori: Francesco Comi - Giancarlo D'Anna

Giovedì 5 luglio 2012 - ore 9.30 ad oltranza

“Presentazione dei piani dettagliati di Area vasta geograficamente intesa” - incontro con l'Assessore alla Tutela della salute, Almerino Mezzolani, il Direttore del Dipartimento per la Salute e per i Servizi sociali, Carmine Ruta, e le Direzioni aziendali.

Sono invitati tutti i Consiglieri regionali.

Lunedì 16 luglio 2012 - ore 9.30 ad oltranza

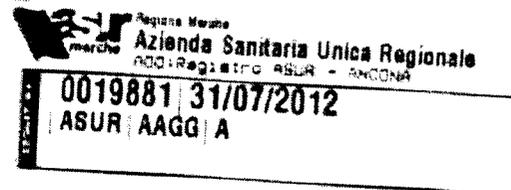
“Rendicontazione finale dei piani dettagliati di Area vasta geograficamente intesa” - incontro con l'Assessore alla Tutela della salute, Almerino Mezzolani, il Direttore del Dipartimento per la Salute e per i Servizi sociali, Carmine Ruta, e le Direzioni aziendali.

Sono invitati tutti i Consiglieri regionali.

ALLEGATO B ALLA
DETERMINAZIONE 639
DEL 31/07/2012

Michela Fiumicelli

Da: Laura Belardinelli [laura.belardinelli@regione.marche.it]
Inviato: martedì 31 luglio 2012 11:23
A: Alberto Carelli



Seguiranno per posta in formato cartaceo.
Ciao, Laura

IMPORTANTE: Questo messaggio di posta elettronica è destinato unicamente ai destinatari indicati nel campo "a" dell'indirizzo e-mail. Se non sei un destinatario indicato, non leggere, inviare, modificare o distribuire questo messaggio. Se hai ricevuto questo messaggio per errore, ti chiediamo di informare il mittente e di non diffondere il contenuto del messaggio. Per favore, non pubblicare o distribuire questo messaggio o i suoi contenuti. Il mittente non è responsabile per i danni di qualsiasi natura derivanti dall'uso di questo messaggio. IMPORTANTE NOTICE: This e-mail message is intended only for the individual(s) named in the "to" field. If you are not a named addressee, you should not disseminate, distribute or copy this e-mail. Please notify the sender immediately by e-mail if you have received this e-mail by mistake. If you are not the named addressee you should not disseminate, distribute or copy this e-mail. Please notify the sender immediately by e-mail if you have received this e-mail by mistake. Please do not forward this e-mail. Please notify the sender immediately by e-mail if you have received this e-mail by mistake.



Assemblea legislativa delle Marche

5° Commissione Assembleare Permanente

Sicurezza sociale, servizi sociali, assistenza sanitaria
e ospedaliera, assistenza sociale.

Il Presidente

Ancona

Protocollo

30/07/2012

Alla Segreteria dell'Assessore
alla tutela della salute
Almerino Mezzolani

SEDE

Oggetto: parere n. 108 della V commissione e
parere del CAL

Come da Voi richiesto si trasmette :

- il parere n. 108/2012 riguardante la delibera di Giunta n. 784 del 28/05/2012 trasmesso al Presidente della Giunta regionale con protocollo n. 5850 del 19/07/2012;
- il parere del CAL già trasmesso con protocollo 189 del 27/02/2012 CAL.P.

Cordiali saluti

Francesco Comi





Assemblea legislativa delle Marche

AL PRESIDENTE
DELLA GIUNTA REGIONALE

e. p.c.
AL PRESIDENTE
DELL'ASSEMBLEA LEGISLATIVA
REGIONALE

LORO SEDI

Area dei processi normativi
5° Commissione Assembleare Permanente
Sicurezza sociale, servizi sociali, assistenza sanitaria
e ospedaliera, assistenza sociale

Ancona,
Protocollo

 Regione Marche - Assemblea Legislativa
A00 - Registro Unico Assemblee Legislative

0005850 | 19/07/2012
| CRMARCHE | P

Oggetto: **Parere n. 108/12**

"Deliberazione amministrativa n. 38 del 16.12.2011 Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2014 - Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo - Percorso operativo per l'implementazione del Piano in Area Vasta".

Si trasmette, ai sensi dell'art. 71 del Regolamento interno dell'Assemblea legislativa regionale, l'allegato parere espresso da questa Commissione nella seduta n. 15 del 19 luglio 2012.

Con i migliori saluti.

Il Dirigente
(dott. ssa Luigia Alessandrelli)

Il Segretario
(dott. ssa M. Antonietta Giannetti)



V COMMISSIONE ASSEMBLEARE PERMANENTE

PARERE n. 108/12

La V Commissione assembleare permanente nella seduta del 19 luglio 2012,

VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 784 del 28.05.2012: Richiesta di parere alla competente commissione consiliare, sullo schema di deliberazione concernente: "Deliberazione amministrativa n. 38 del 16.12.2011 - Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2014 - Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo - Percorso operativo per l'implementazione del Piano in Area Vasta";

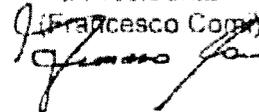
UDITI il relatore di maggioranza Francesco Comi ed il relatore di minoranza Giancarlo D'Anna;

ESAMINATO il suindicato schema di deliberazione;

esprime

PARERE FAVOREVOLE

Il Segretario
(M. Antonietta Giannetti)


Il Presidente
(Francesco Comi)




Al Presidente della Giunta regionale

Al Segretario generale della Giunta
regionale

Dott.ssa Elisa Maroni

All'Assessore

Almerino Mezzolani

Al Direttore del Dipartimento per la salute
e i servizi sociali

Carmine Ruta

Al Responsabile del Procedimento

Dirigente P.F. Accreditamenti Controllo degli
Atti ed Attività Ispettiva

Sandro Oddi

• p.c.

Al Presidente dell'Assemblea Legislativa

Al Presidente della 5ª Commissione

Loro Sedi

Oggetto: **Trasmissione parere sulla DGR 784-12 "Richiesta di parere alla competente commissione consultiva, al CAL e al CREL sullo schema di deliberazione concernente: "Deliberazione amministrativa n. 38 del 16/12/2011 Piano Socio-Sanitaria regionale 2012/2014 - Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo-Percorso operativo per l'implementazione del Piano in Area Vasta"**.

Si trasmette il parere espresso dal CAL nella seduta del 22/06/12, ai sensi dell'art.11 c.3 l.r. 4/2007, sulla deliberazione di Giunta regionale indicata in oggetto.

Con i migliori saluti.

La Dirigente del
Servizio Studi e Commissioni
(dott.ssa Luigia Alessandrelli)

REGIONE MARCHE
CONSIGLIO DELLE AUTONOMIE LOCALI

Seduta del 22-06-2012
Parere n. 37-2012

PARERE EX ART. 11 E ART. 12 L.R. 4/07

OGGETTO: Delibera di Giunta regionale n. 784-12 "Richiesta di parere alla competente commissione consiliare, al CAL e al CREL sullo schema di deliberazione concernente: "Deliberazione amministrativa n. 38 del 16/12/2011 Piano Socio-Sanitario regionale 2012/2014 - Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo-Percorso operativo per l'implementazione del Piano in Area Vasta"".

Il Consiglio delle Autonomie Locali

VISTA la richiesta di parere sullo schema di deliberazione in oggetto;

VISTO gli articoli 11 e 12 della l.r. 4/07;

UDITA la proposta del relatore Luca Ceriscioli;

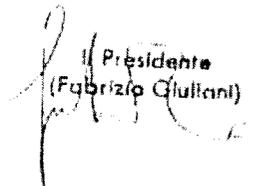
RITENUTO di dover deliberare in merito;

CONSIDERATO il dibattito in aula;

VISTO l'articolo 18 del Regolamento interno del CAL;

DELIBERA

di esprimere **PARERE FAVOREVOLE** in merito alla Delibera di Giunta.


Il Presidente
(Fabrizio Giuliani)



ALLEGATO A ALLA

DETERMINAZ. 638

Azienda Sanitaria Unica Regionale
ANCONA 31.07.2012

0018324 | 20/07/2012
ASUR | AAGG | A

Il Direttore

Prot. N. 2012/19/01/2012
ASUR/DIR/1/P

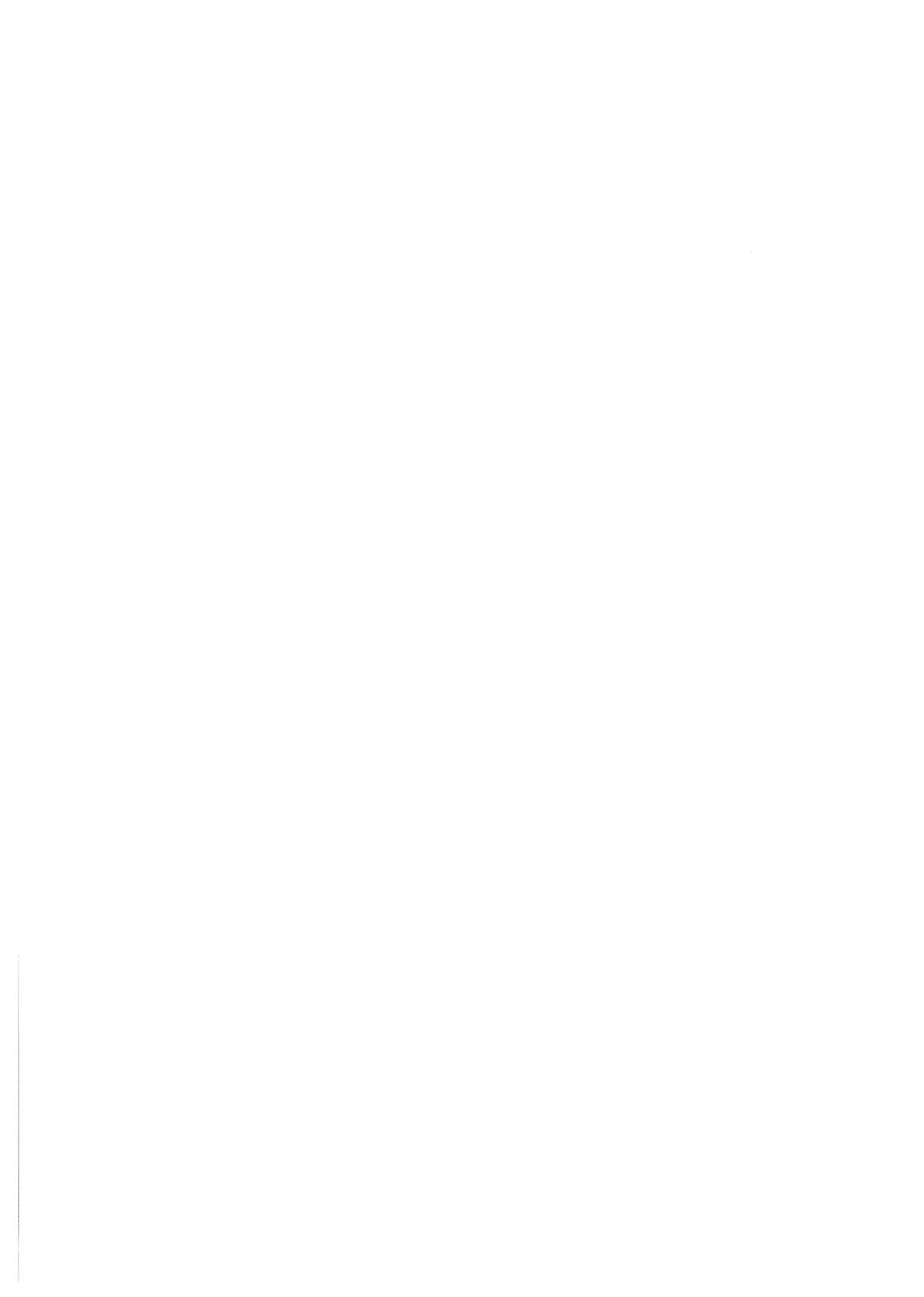
Al **Dr. Piero Ciccarelli**
Direttore Generale ASUR
Via Caduti del Lavoro, 40
60131 ANCONA

Oggetto: piani di Area Vasta

In riscontro a Vs. nota prot. n. 17841 del 17/07/2012, di pari oggetto, si trasmette, unitamente alla presente, in allegato, il Piano Attuativo dell' Area Vasta n. 1, al fine di allegarlo alla Determinazione di approvazione che sarà adottata dalla Direzione Generale ASUR.

Cordiali Saluti.

Dr.ssa Maria Capalbo



Il Direttore



Dr.ssa Maria Capalbo

FONTI NORMATIVE DI RIFERIMENTO:

- **Il Piano Socio Sanitario Regionale 2012/2014**, relativamente al percorso operativo per la sua implementazione, prevede di seguire criteri metodologici adeguati in coerenza con il Patto per la Salute 2010-2012, emanato dal Governo nazionale e recepito dalla Conferenza Stato Regioni, che detta gli standard strutturali e di personale. ...
- Inoltre, Il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2014, a pag. 117, testualmente recita, " L'individuazione dei posti letto massimi per ciascuna Area Vasta, distribuiti negli Ospedali presenti per assistenza ai pazienti acuti e per l'assistenza post-acuzie e riabilitativa, dovrà essere coerente con l'analisi del fabbisogno secondo i criteri ed i parametri definiti dalla Regione e, in rapporto con la riqualificazione delle strutture ospedaliere di polo attualmente in corso e tenendo conto di situazioni specifiche dovute alla localizzazione orografica e alle peculiarità di funzioni svolte da presidi territoriali disagiati").
- **DRGM n. 784 del 28/05/2012**: Richiesta di parere alla competente commissione consiliare, al CAL e al CREL sullo schema di deliberazione concernente: "Deliberazione amministrativa n. 38 del 16/12/2011 Piano Socio-Sanitario regionale 2012/2014 – Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo- Percorso operativo per l'Implementazione del Piano in Area Vasta".

L'allegato A, della DRGM 784/12, contiene i criteri e le modalità elaborate nel corso degli incontri del tavolo di lavoro regionale di programmazione che hanno riguardato sia la riorganizzazione del sistema dell'offerta per quanto attiene la distribuzione dei posti letto per acuti che per quanto riguarda l'offerta della prevenzione, del territorio e del settore sociale e socio-sanitario.

Su queste basi, che hanno costituito direttiva vincolante per i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del S.S.R. e i Direttori delle Aree Vaste, la Direzione di Area Vasta, come disposto al comma 3 del citato allegato, formula la presente proposta di Piano attuativo per l'AV1, d'intesa con la Direzione dell'Azienda Marche Nord per le parti di interesse comune.

- **Legge Regionale n. 17/2011 all'art. 2 comma 4**: ogni Area Vasta Territoriale, relativamente alle attività ed alle funzioni stabilite dall'Atto Aziendale di cui all'art. 5:
 - > è dotata di autonomia gestionale e tecnico-professionale
 - > è soggetta a rendicontazione analitica;
 - > da corso alle procedure e agli atti finalizzati all'instaurazione con terzi di rapporti giuridici aventi valenza nel relativo territorio;

Il Direttore

➤ provvede alla gestione diretta dei relativi rapporti procedendo all'utilizzazione autonoma dei fattori produttivi e delle risorse assegnate.

All'art. 9: Le Aree Vaste Territoriali sono articolazioni dell'ASUR, i cui ambiti territoriali sono definiti, aventi il compito di assicurare alla popolazione residente le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'equo accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione sanitaria, organizzate nel territorio. Esse provvedono, in particolare:

- **alla definizione degli obiettivi di salute secondo gli indirizzi delineati dalla pianificazione aziendale e al loro perseguimento attraverso i piani di Area Vasta;**
- alla gestione delle risorse umane e strumentali dei servizi sanitari di Area Vasta;
- all'integrazione dei servizi sanitari con i servizi sociali;
- al coordinamento dei servizi sanitari di Area Vasta relativi ai differenti Livelli assistenziali (ospedali, distretto, prevenzione);
- alla rilevazione, all'orientamento e alla valutazione della domanda socio-sanitaria, alla verifica del grado di soddisfacimento della stessa, nonché alla valutazione complessiva dei consumi;
- alla corretta utilizzazione delle risorse assegnate;
- alla gestione dei rapporti di informazione e collaborazione con la Conferenza di Area Vasta;
- alla negoziazione con le organizzazioni sindacali, sulla base degli indirizzi aziendali.

• **DGRM 1370/2011- DGRM 1515/2011** (attuazione Patto Salute 2010-2012)

"Il Patto per la salute valido per gli anni 2010-2012, di cui all'Intesa raggiunta tra Governo, Regioni e Province Autonome il 3 dicembre 2009, prevede una riduzione a 4 P.L. per mille abitanti rispetto a quanto previsto dall'Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (4,5 posti letto per mille abitanti), con mix differente tra posti letto per acuti e per lungodegenza/riabilitazione. Tale obiettivo deve essere raggiunto con un progressivo spostamento delle attività ospedaliere dal ricovero in regime ordinario al ricovero in regime di ciclo diurno (day hospital medico, chirurgico e riabilitativo) ed all'attività ambulatoriale. Il Patto per la Salute 2010-2012 indica che "le Regioni e le Province autonome provvedono a definire per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni, in via provvisoria, adeguati importi tariffari e adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale rispetto all'erogazione in regime ospedaliero.

- **Le manovre finanziarie 2010 e 2011 e la legge di stabilità 2011** hanno introdotto stringenti vincoli normativi in tema di risorse finanziarie a disposizione, di personale, beni e servizi. In particolare, hanno previsto la riduzione dei tassi di incremento del FSR; il blocco dei contratti, il blocco del turn over e blocco delle retribuzioni per quanto riguarda il personale; l'introduzione dei ticket sulle prestazioni specialistiche e sui codici bianchi del pronto soccorso; la fissazione di un tetto all'acquisto di dispositivi medici e di spesa per l'assistenza farmaceutica; la realizzazione di centrali di acquisto, convenzioni e sistemi di monitoraggio per quanto riguarda i beni e servizi. Queste manovre finanziarie hanno prodotto pesanti effetti sul fabbisogno finanziario del sistema sanitario mettendo in discussione quanto stabilito dal Patto per la Salute 2010-2012 nonché generando inevitabili conseguenze sull'erogazione dei Livelli Essenziali di assistenza che le Regioni devono comunque garantire, oltre a

Il Direttore

posticipare ulteriormente l'introduzione dei nuovi LEA. La successiva manovra "Salva Italia" L. 214/2011 ha inoltre introdotto ulteriori misure che graveranno sui bilanci regionali, andando ad appesantire un quadro economico finanziario già estremamente critico. Di fronte a problemi di sostenibilità per tutto il sistema, l'orientamento generale complessivo è quindi rivolto ad una sempre maggiore razionalizzazione delle risorse in ragione di vincoli economici sempre più stringenti; al fine di garantire la sostenibilità dell'intero sistema sanitario, diventa inevitabile l'adozione di manovre strutturali e di recupero dell'efficienza che comunque non devono penalizzare, ma se possibile, migliorare la qualità dei servizi e delle prestazioni erogate e riallineare le risorse a disposizione con i LEA da erogare. Pertanto per assicurare l'equilibrio economico-finanziario e perseguire l'equilibrio dell'offerta nei territori, in modo omogeneo in ciascuna Area Vasta, diventa necessario procedere a scelte operative che comportino:

- il miglioramento dell'efficienza produttiva, con interventi mirati a riorganizzare i processi nelle strutture operative, per garantire il progressivo allineamento dei costi a quelli sostenuti nelle strutture più efficienti;
- la ridefinizione strutturale dell'attuale rete dell'offerta coerente con le indicazioni del Patto per la Salute 2010-2012, che consenta di superare dispersioni e ridondanze oggi non più sostenibili.

• **Legge regionale 1 agosto 2011, n. 17.** "Ulteriori modifiche della Legge Regionale 20 giugno 2003, n. 13: "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale", della Legge regionale 17 luglio 1996, n. 26: "Riordino del Servizio Sanitario Regionale" e modifica della legge regionale 22 novembre 2010, n. 17".

• **DGR del 24 gennaio 2011, n. 77.** "Nuovo piano di codifica delle strutture dei presidi ospedalieri".

• **DGR n.1197/2011 "L.R. 1 agosto 2011 n.17 - Individuazione delle sedi delle Aree Vaste Territoriali".**

• **DGR n.1247/2011 "Art.3 L.R. n.17/2011 "Nomina dei direttori di Area Vasta".**



Il Direttore

PIANO DI AV1 - PREMESSA

Alla luce del contesto rappresentato la nostra sanità deve cogliere l'opportunità di riqualificare la Rete Territoriale con strutture orientate alla tutela delle fragilità e della cronicità funzionanti nelle 24 ore, e sviluppare un modello di Ospedale fortemente integrato con il territorio, altamente tecnologico, con breve durata di degenza, con utilizzo delle tecnologie biomediche pesanti per almeno 12 ore diurne.

Tutto ciò impone di agire attraverso tre livelli:

I livello: valorizzazione dell'ospedale di alta specializzazione con recupero della "competenza motivazionale" delle persone ed innovazione tecnologica.

II livello: qualificazione dei presidi territoriali di carattere sanitario. E' qui che incide la riforma nella logica di AV: creare l'integrazione dei presidi sanitari ad arrivare alla qualificazione sanitaria sui territori.

III livello: rappresenta la vera sfida ed è la risposta ai bisogni socio sanitari, specie in considerazione di una popolazione che invecchia.

Piano di AV1 - Obiettivi Generali

❖ Perseguire l'equilibrio dell'offerta nei territori, in modo omogeneo in ciascuna Area Vasta ed assicurare l'equilibrio economico-finanziario

❖ Migliorare l'efficienza produttiva, con interventi mirati a riorganizzare i processi nelle strutture operative, per garantire il progressivo allineamento dei costi a quelli sostenuti nelle strutture più efficienti.

Piano di AV1 - Obiettivi Specifici AV1

❖ Miglioramento della sicurezza del paziente, degli operatori e della qualità delle cure

❖ Miglioramento dell'Appropriatezza: esigenza prioritaria, nella duplice accezione di appropriatezza clinico/prescrittiva e appropriatezza nell'ambito di cura e del regime assistenziale, al fine di rendere sempre più efficaci i processi di diagnosi e cura a cui è sottoposto il paziente, riducendo al contempo i tempi d'attesa

❖ Garanzia della Sostenibilità da assicurare con un costante equilibrio tra il sistema delle prestazioni e quello dei finanziamenti, attraverso il recupero dell'efficienza

❖ Migliorare le possibilità di accesso alle cure appropriate a partire dai bisogni di salute della popolazione e dai cambiamenti demografici

❖ Necessità di mantenere, potenziare e creare la continuità assistenziale di transmuralità con il territorio: "fare rete con il territorio" nell'ambito dell'AV1 geograficamente intesa

❖ Rispetto e valorizzazione delle professionalità esistenti

❖ Rispetto del ruolo di tutti gli Ospedali dell'AV1 geograficamente intesa (Presidio ospedaliero unico di AV1 e Azienda Marche Nord)

❖ Necessità di équipes integrate specialistiche (Gastroenterologia, ORL, Oculistica, Ortopedia, Ostetricia/Ginecologia, ecc.) tra i professionisti dell'AV1 e dell'AORMN

Azioni/Linee di intervento:

- Istituzione del Presidio Ospedaliero Unico di AV1
- Riorganizzazione delle Unità Operative Ospedaliere dell'AV1, laddove strutturalmente e logisticamente possibile, secondo i principi dell'intensità di cura e dell'intensità di assistenza
- Organizzazione Dipartimentale del Presidio Ospedaliero Unico di AV1
- Istituzione Dipartimenti di AV: Dipartimento unico di Prevenzione, Dipartimento unico di Salute Mentale, Dipartimento Unico delle Dipendenze Patologiche
- Integrazione funzionale delle reti cliniche e tecnico professionali interaziendali in ambito provinciale tra l'AV1 e l'AORMN anche con la costituzione di Dipartimenti Interaziendali Funzionali
- Allineamento dei posti letto in Area Vasta Geografica
- Reinterpretazione delle competenze in tema di sistema provinciale dell'emergenza sanitaria/CO 118
- Istituzione della CCT provinciale in ottemperanza alla DGRM 292/12
- Riorganizzazione dei servizi diagnostici di supporto in Area Vasta Geografica
- Miglioramento della efficacia delle prestazioni rese, con nuove tipologie di intervento e nuove attività diagnostico clinico assistenziali negli Ospedali e nel territorio dell'Area Vasta Geograficamente intesa:
 - Attivazione Partoanalgesia presso l'Ospedale di Urbino
 - Implementazione Servizio di Anatomia Patologica in AV provinciale, con abbattimento dei tempi di refertazione
- Implementazione rete Cure Palliative/Hospice e residenzialità in AV
- Attività di équipes specialistiche in AV1 geografica, con modalità concordate, presso l'AORMN e il Presidio Ospedaliero unico di AV1, in modo da garantire ai cittadini della provincia di Pesaro Urbino una migliore e più qualificata offerta
- Definizione percorsi diagnostico-terapeutici su patologie croniche ad alta prevalenza tra gli attori territoriali (distretti, cure primarie, MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali..) ed ospedalieri
- Definizione di Percorsi omogenei ed appropriati con la partecipazione dei MMG per alcune prestazioni ambulatoriali in Area Vasta "Geograficamente intesa" nell'ottica del miglioramento delle liste d'attesa



ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE

1. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'ASUR e delle aziende ospedaliere.
2. L'art. 6 della Legge 13/2003 e s.m.i. delimita la competenza territoriale dei dipartimenti distinguendoli in dipartimenti aziendali e dipartimenti di area vasta.
3. L'organizzazione dipartimentale riguarda, in particolare, le funzioni ospedaliere, di emergenza-urgenza, di prevenzione, di integrazione socio-sanitaria e amministrativa, il Dipartimento delle professioni sanitarie. I dipartimenti di prevenzione, i dipartimenti ospedalieri e i dipartimenti di salute mentale hanno competenza di area vasta.
4. I dipartimenti di prevenzione e i dipartimenti di salute mentale hanno un'articolazione interna che garantisce lo svolgimento delle funzioni operative sia a livello di area vasta che distrettuale.
5. Il Dipartimento delle professioni sanitarie si caratterizza come elemento di integrazione del sistema, con le caratteristiche di programmazione, organizzazione e gestione dei processi per il governo clinico assistenziale delle funzioni connesse all'area professionale di cui all'art.7 della legge n. 251/2000 finalizzati alla tutela della salute del cittadino, alla presa in carico globale della persona in tutto il suo percorso di cura e nell'ottica della garanzia della continuità dell'assistenza e dell'appropriatezza, accessibilità, efficienza, efficacia e qualità. Il Dipartimento delle Professioni, valorizzando le specifiche competenze professionali, prevede funzioni e livelli di responsabilità diversi oltre che nell'ambito programmatico anche nell'ambito gestionale e operativo. La funzione programmatica si esprime a due livelli; a livello strategico, attraverso la partecipazione ai lavori della Direzione di Area Vasta ed a livello di dipartimenti clinico assistenziali contribuendo alla attuazione della programmazione. Finalità del Dipartimento delle Professioni sono fornire indirizzi organizzativi e gestionali per il governo delle attività di competenze e definire gli obiettivi di efficienza tecnica ed operativa delle attività assistenziali, tecniche, riabilitative nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione.



LA RETE OSPEDALIERA E DELL'EMERGENZA URGENZA

L'Area Vasta 1 (AV1) ha una popolazione residente di 366.963 abitanti, di cui il 21,5% è di età superiore a 65 anni. L'AV1 presenta un indice di vecchiaia (rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100) pari a 1,58 che risulta inferiore rispetto al valore medio regionale di 1,69.

In AV1 sono attualmente presenti le strutture ospedaliere pubbliche di seguito indicate, per un totale di P.L. pari a 1.073: L'Azienda Ospedaliera Marche Nord, con i due presidi del San Salvatore di Pesaro e Santa Croce di Fano; il Presidio unico ospedaliero di Area Vasta attualmente articolato con le strutture di Urbino, di Cagli, di Sassocorvaro, di Fossombrone e di Pergola.

Il fabbisogno globale di prestazioni ospedaliere di ricovero dell'AV1 (70.693 ricoveri) è rappresentato da quanto erogato dalle strutture esistenti a favore della popolazione residente nonché dei pazienti provenienti da altre Aree della Regione o da altre Regioni e che costituisce mobilità attiva intra ed extra regionale (produzione potenziale: 16.018 ricoveri, che rappresenta il 22,7% del totale).

La tabella seguente riassume i valori del fabbisogno globale dell'Area Vasta e pone in evidenza che sul totale dei ricoveri ordinari, il 24,5% dei ricoveri è a rischio di inappropriatazza (cd. Ricoveri LEA). L'attività di ricovero in Day Hospital costituisce il 23,2% del totale.

	ordinari	%	peso ord	% Lea	DH	%	peso DH	% DH/totale	Totale ricoveri	%
Residenti nelle strutture di AV 1	38.161	70,3%	0,987	22,0	10.463	63,7%	0,728	21,5%	48.624	68,8
Mobilità attiva intraregione	1.694	3,1%	1,159	31,8	906	5,5%	0,774	34,8%	2.600	3,7
Mobilità attiva extraregione	2.683	4,9%	1,100	30,0	768	4,7%		22,3%	3.451	4,9
Produzione reale	42.538	78,4%	1,001	22,9	12.137	73,9%	0,735	22,2%	54.675	77,3



Mobilità passiva intraregione	3.915	7,2%	1,301	25,5	1.705	10,4%	0,774	30,3%	5.620	7,9
Mobilità passiva extraregione	7.819	14,4%	1,189	32,5	2.579	15,7%	0,792	24,8%	10.398	14,7
Produzione potenziale	11.734	21,6%	1,227	30,2	4.284	26,1%	0,785	26,7%	16.018	22,7

Fabbisogno Globale AV1	54.272	100,0%	1,049	24,5	16.421	100,0%	0,795	23,2%	70.693	100,0
-------------------------------	---------------	---------------	--------------	-------------	---------------	---------------	--------------	--------------	---------------	--------------

Al fine di rideterminare la dotazione dei posti letto complessivi di Area Vasta secondo la metodologia adottata, con l'obiettivo di aumentare l'appropriatezza e di recuperare efficienza, sono introdotti in particolare criteri che determinino il trasferimento di una quota consistente dei ricoveri, medici e chirurgici, a rischio di inappropriata dal regime ordinario al regime di day hospital o al regime ambulatoriale. Viene inoltre individuata l'attività che è rivolta all'erogazione di prestazioni di ricovero dell'area postacuzie, lungodegenza e riabilitazione, al fine di separarla dall'assistenza a pazienti acuti. Per l'AV1, il fabbisogno complessivo di quest'area è stato misurato in circa 5.500 ricoveri.

L'applicazione di parametri di efficienza in termini di degenza media e tasso di occupazione, porta quindi ad una rideterminazione dei posti letto per l'AV1 come riportato nella tabella seguente.



Il Direttore

	Offerta Attuale		
	Acuti Ord. e DH (a)	Post Acuzie / Riabilitazione e Lungodegenza (b)	Totale (a) + (b)
Posti Letto	912	161	1.073
Ricoveri Totali	52.840	1.835	54.765

	Modello rete integrata a tendere		
	Acuti Ord. e DH (a)	Post Acuzie / Riabilitazione e Lungodegenza (b)	Totale (a) + (b)
Posti Letto	847	230	1.077
Ricoveri Totali	55.059	5.501	60.560
Δ finale PL	-65	69	4

N.B. La tabella è stata rideterminata sulla base delle indicazioni fornite dal Dipartimento Salute in data 31/07/2012 (vedi allegato 1)



Istituzione del PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO DI AV1

Si istituisce un'unica direzione amministrativa e sanitaria ospedaliera

Struttura di Urbino:

- ❖ Riorganizzazione dell'area internistica, in armonia alle esigenze espresse dalla popolazione di riferimento, con attivazione di un'area di sub intensiva dedicata anche alla medicina d'urgenza (afferente al DEA) e ridefinizione dell'area dedicata alla medicina post acuzie, nell'ottica della trasversalità dell'interazione con le piccole Strutture Ospedaliere esterne, così come di seguito ridefinite:
 - Attivazione funzione di Geriatria
 - Rimodulazione della degenza dipartimentale di Medicina/Post acuzie
 - Potenziamento funzione di Medicina d'Urgenza
 - Mantenimento funzione di Day Hospital di Oncologia
 - Mantenimento Nefrodialisi

- ❖ Rimodulazione dell'area di degenza dipartimentale per le discipline di Chirurgia - O.R.L. Oculistica
- ❖ Rimodulazione di Ortopedia/Traumatologia
- ❖ Individuazione di una sezione di Day Surgery multidisciplinare
- ❖ Dipartimento Materno Infantile:
 - previsione di una struttura specialistica di "chirurgia ginecologica oncologica", in rete con l'AORMN
 - mantenimento della funzione di Pediatria e della connessa funzione di Nido con una logica di rete con una Neonatologia di II livello con l'AORMN

- ❖ Mantenimento funzione di Cardiologia
- ❖ Mantenimento area intensiva: Rianimazione ed Unità Coronarica
- ❖ Implementazione degli spazi dedicati alla Osservazione Breve Intensiva (OBI ai sensi della specifica DGRM) presso il Pronto Soccorso, utilizzando quelli già assegnati alla MURG che trovano più adeguata collocazione in area internistica
- ❖ Potenziamento Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (integrazione funzionale degli SPDC delle ex ZT1 e ZT3)
- ❖ Implementazione funzione di chirurgia generale attraverso l'integrazione dell'equipe chirurgiche nell'ambito del Presidio Ospedaliero Unico
- ❖ Implementazioni funzioni specialistiche di urologia neurologia, radioterapia, anatomia patologica, oncologia ginecologica, ORL, Oculistica (interventi sulla camera posteriore dell'occhio) attraverso equipie integrate con i professionisti dell'AORMN
- ❖ Implementazione funzione anestesiologicala con attivazione partoanalgesia
- ❖ Implementazione servizi di supporto quali radiologia, laboratorio, medicina nucleare, farmacia ospedaliera e territoriale nell'ottica di rete con l'AORMN



Struttura di Cagli:

- ❖ Mantenimento delle funzioni di Medicina/Post acuzie consentendo le funzioni di ricovero diretto per le patologie tipiche della struttura.
- ❖ Implementazione rete clinica geriatrica/medicina/post acuzie con l'Ospedale di Urbino/Area vasta geografica.
- ❖ Mantenimento dell'assetto di Chirurgia per attività chirurgica programmata di Day Surgery multispecialistico/chirurgia ambulatoriale.
- ❖ Mantenimento Blocco Operatorio.
- ❖ Implementazione del percorso senologico (oncologico, radiologico, psicologico e chirurgico ricostruttivo).
- ❖ Mantenimento funzione di Riabilitazione intensiva ospedaliera (gestione Santo Stefano).
- ❖ Mantenimento PPI/POTES 118 per la particolare situazione geografica di confine con l'Umbria.
- ❖ Mantenimento della funzione di CAL (Dialisi).
- ❖ Mantenimento dell'attività di diagnostica per Immagini.
- ❖ Mantenimento dell'attività di laboratorio analisi e Punto Prelievi.
- ❖ Mantenimento dell'attività di Endoscopia di I livello.
- ❖ Mantenimento degli attuali Ambulatori e Servizi (andando così incontro alla necessità di ridurre le liste di attesa del territorio): Ambulatorio Cardiologico, Ambulatorio Chirurgico, Ambulatorio Ortopedico, Servizio Immuntrasfusionale, Oncologia, Diabetologia. Sono presenti inoltre tutte le specialità a livello di distrettuale: Ginecologia, Dermatologia, Pneumologia, Neurologia, ORL, Oculistica, Pneumologia, Riabilitazione ambulatoriale e territoriale.

L'Ospedale di Cagli nell'ambito della futura programmazione regionale e di area vasta geograficamente intesa, potrebbe beneficiare di un'ulteriore implementazione dell'attuale sperimentazione.

Struttura di Sassocorvaro:

- ❖ Mantenimento delle funzioni di Medicina/Post acuzie consentendo le funzioni di ricovero diretto per le patologie tipiche della struttura.
- ❖ Sono garantiti i ricoveri per gli interventi programmati di artroprotesi di ginocchio effettuate dalla MonSA.
- ❖ Mantenimento della funzione di Day Surgery multispecialistico (afferiscono anche le attività di cui alla Sperimentazione gestionale con Società Mista pubblico-privato "Montefeltro Salute").
- ❖ Mantenimento Blocco Operatorio.
- ❖ Mantenimento PPI/POTES 118 per la particolare situazione geografica di confine con l'Emilia Romagna.
- ❖ Mantenimento della funzione di CAL (Dialisi).
- ❖ Mantenimento dell'attività di diagnostica per Immagini.
- ❖ Mantenimento dell'attività di laboratorio analisi e Punto Prelievi.
- ❖ Mantenimento dell'attività di Endoscopia di I livello
- ❖ Mantenimento degli attuali Ambulatori e Servizi (andando così incontro alla necessità di ridurre le liste di attesa del territorio): Ambulatorio Cardiologico, Ambulatorio Chirurgico, Ambulatorio Ortopedico, Servizio Immuntrasfusionale, Oncologia, Flebologia, Oculistica, Diabetologia, Ginecologia, Dermatologia, Pneumologia, Riabilitazione ambulatoriale e territoriale.





Il Direttore

Struttura di Fossombrone:

- ❖ Mantenimento delle funzioni di Medicina/Post acuzie consentendo le funzioni di ricovero diretto per le patologie tipiche della struttura.
- ❖ Mantenimento attività Blocco Operatorio.
- ❖ Mantenimento funzione di Day Surgery multispecialistico, con mantenimento delle attività specialistiche di Urologia, Ortopedia, Odontoiatria, effettuate dai chirurghi specialisti dell'AORMN.
- ❖ Implementazione delle sedute operatorie di chirurgia generale grazie all'integrazione in un'equipe unica dei chirurghi di Fossombrone e Pergola.
- ❖ Mantenimento funzione di Riabilitazione estensiva.
- ❖ Mantenimento funzione Hospice.
- ❖ Mantenimento PPI/POTES 118 per il particolare bacino di riferimento allargato.
- ❖ Mantenimento della funzione di CAL (Dialisi).
- ❖ Mantenimento dell'attività di diagnostica per Immagini.
- ❖ Mantenimento dell'attività di laboratorio analisi e Punto Prelievi.
- ❖ Mantenimento dell'attività di Endoscopia di I livello.
- ❖ Mantenimento degli attuali Ambulatori e Servizi (andando così incontro alla necessità di ridurre le liste di attesa del territorio): Ambulatorio Cardiologico, Ambulatorio Chirurgico, Ambulatorio Ortopedico, Servizio Immuntrasfusionale, Oncologia, Oculistica, Urologia, Endocrinologia, Diabetologia, Ginecologia, Dermatologia, Pneumologia, Riabilitazione ambulatoriale e territoriale.

Struttura di Pergola:

- ❖ Mantenimento delle funzioni di Medicina e Post acuzie consentendo le funzioni di ricovero diretto per le patologie tipiche della struttura. *
- ❖ Mantenimento funzione di Riabilitazione intensiva ospedaliera.
- ❖ Mantenimento/Implementazione attività Blocco Operatorio.
- ❖ Mantenimento funzione di Chirurgia generale ordinaria e di Day Surgery multispecialistico/chirurgia ambulatoriale.
- ❖ Implementazione delle sedute operatorie di chirurgia generale grazie all'integrazione in un'equipe unica dei chirurghi di Fossombrone e Pergola.
- ❖ Implementazione funzione anestesiologicala.
- ❖ Mantenimento PPI/POTES 118 per la particolare situazione orografica disagiata.
- ❖ Mantenimento dell'attività di diagnostica per Immagini.
- ❖ Mantenimento dell'attività di laboratorio analisi e Punto Prelievi.
- ❖ Mantenimento dell'attività di Endoscopia di I livello.
- ❖ Mantenimento degli attuali Ambulatori e Servizi (andando così incontro alla necessità di ridurre le liste di attesa del territorio): Ambulatorio Cardiologico, Ambulatorio Chirurgico, Proctologia Attivazione in settembre dell'ambulatorio Ortopedico, Servizio Immuntrasfusionale, Oncologia, Oculistica, Urologia, Endocrinologia, Diabetologia, Ginecologia, Dermatologia, Pneumologia, Endoscopia digestiva Riabilitazione ambulatoriale e territoriale, elettromiografia.

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2014, a pag. 117, testualmente recita, " L'individuazione dei posti letto massimi per ciascuna Area Vasta, distribuiti negli Ospedali presenti per assistenza ai pazienti acuti e per l'assistenza post-acuzie e riabilitativa, dovrà essere coerente con l'analisi del fabbisogno secondo i criteri ed i parametri definiti dalla Regione e, in rapporto con la riqualificazione delle strutture ospedaliere di polo attualmente in corso e tenendo conto di situazioni specifiche dovute alla localizzazione orografica e alle peculiarità di funzioni svolte da presidi territoriali disagiati")

* sulla base delle nuove indicazioni pervenute dal Dipartimento Salute in data 31/07/2012 (vedi allegato 2)



Il Direttore

Azioni di riorientamento organizzativo Area Ospedaliera:

AREA MEDICA

- contenimento del tasso dei ricoveri ordinari in area medica ed utilizzo appropriato della post acuzie
- allocazione prioritaria dei pazienti a maggior complessità al livello clinico-assistenziale per acuzie in area medico/geriatrica dell'ospedale di rete (nodo Hub)
- gestione della mobilità intra AV da PS Urbino dei pazienti con problemi a minor complessità afferenti all'area medica

AREA CHIRURGICA

- aumento della produttività per linee specialistiche d'area chirurgica onde limitare mobilità passiva
- aumento del numero di ricoveri in day surgery e in regime di chirurgia ambulatoriale per i DRG e le procedure individuate dal Patto della Salute 2010-2012
- ripartizione della tipologia di interventi chirurgici secondo complessità nel contenitore del Presidio unico ospedaliero più idoneo

AREA EMERGENZA

- centralizzazione nella Struttura di Urbino sede di DEA di I e II livello dell'attività chirurgica di urgenza
- ridefinizione dell'assetto dell'area di degenza intensiva con inserimento all'interno della degenza - cardiologica
- ridefinizione dei percorsi di gestione del paziente in area critica
- individuazione delle modalità gestionali dell'area di degenza sub-acuta anche tramite la riassegnazione funzionale delle risorse mediche ed infermieristiche dei dipartimenti interessati
- adozione di protocolli condivisi tra le UU.OO. ed il Pronto Soccorso per la destinazione dei pazienti in base al concetto di intensità di cura/assistenza

DIPARTIMENTI OSPEDALIERI: Azioni di rimodulazione e riorganizzazione

In ambito ospedaliero attesi gli obiettivi di razionalizzazione e riorganizzazione, particolare importanza riveste la ridefinizione dell'organizzazione dipartimentale, per la quale esistono due dimensioni:

● **una prima dimensione** è orizzontale rispetto alle Strutture Ospedaliere del Presidio Ospedaliero Unico dell'AV1, ed è prevista onde sostenere funzionalmente ed operativamente l'unicità dell'insieme, unificando competenze e responsabilità:

1. Dipartimento Medico
2. Dipartimento Chirurgico
3. Dipartimento dei Servizi
4. DEA di I livello
5. Dipartimento transmurale CO/118 e CCT
6. Dipartimento Materno Infantile AV1
7. Dipartimento delle Professioni Sanitarie



Il Direttore

● **una seconda dimensione** si allarga al di fuori dell'ambito aziendale ASUR per integrarsi funzionalmente con l'AORMN secondo un'ottica di rete clinica, andando ad individuare dipartimenti che per loro caratteristiche e competenze possono essere definiti come "**Dipartimenti funzionali d'ambito provinciale**". In questa sede si trovano le risposte organizzative e cliniche complesse in cui le risorse del sistema devono essere condivise, nell'ottica del "chi fa - che cosa" e della risposta più appropriata, al fine di produrre un efficace ed efficiente soddisfacimento della domanda, da cui attendersi anche gli auspicati recuperi di mobilità passiva.

Per Dipartimento funzionale ("Dipartimento funzionale d'ambito provinciale") si intende un dipartimento che dia risposte cliniche complesse in cui le risorse del sistema devono essere condivise al fine di produrre un efficace ed efficiente soddisfacimento della domanda.

In ogni caso, la costituzione di Dipartimenti funzionali, non comporta e non può comportare oneri aggluntivi a carico del Bilancio Aziendale.

In tale direzione si prevedono, in una prima fase, i seguenti Dipartimenti:

- 1. Dipartimento funzionale provinciale Cardiovascolare**
- 2. Dipartimento funzionale provinciale Ostetrico Ginecologico**
- 3. Dipartimento funzionale provinciale di Diagnostica per immagini**
- 4. Dipartimento funzionale provinciale di Continuità assistenziale**
- 5. Dipartimento funzionale provinciale di Medicina di Laboratorio**
- 6. Dipartimento funzionale provinciale di Pediatria**
- 7. Dipartimento funzionale provinciale di Oncologia**
- 8. Dipartimento Farmaceutico**



Il Direttore

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA – *ulteriore ridefinizione degli assetti (da rivedere in via definitiva dopo il completamento del percorso di ridefinizione dell'assetto normativo a livello regionale).*

Le azioni più incisive sono rivolte alla ridefinizione del ruolo e dell'organizzazione dei 4 Punti di Primo Intervento dell'AV1; essi in quanto coincidenti con le piccole Strutture Ospedaliere in totale o parziale riconversione, debbono continuare a rappresentare il riferimento per una serie di bisogni sanitari di primo livello per la popolazione dell'ambito di riferimento, garantendo nel con tempo la presa in carico dei problemi più complessi nella rete dell'emergenza/urgenza. Pertanto si prevede:

- Mantenimento del PPI c/o Ospedale di Cagli stante la posizione di confine
- Mantenimento PPI c/o Ospedale di Fossombrone stante il bacino di riferimento allargato
- Mantenimento PPI c/o Ospedale di Sassocorvaro considerata la posizione di confine
- Mantenimento PPI c/o Ospedale di Pergola considerata la posizione di confine
- Mantenimento PS c/o Ospedale di Urbino

I precedenti faranno riferimento tecnicamente ed organizzativamente al Pronto Soccorso del DEA di I livello dell'Ospedale di rete di Urbino e logisticamente al Pronto Soccorso geograficamente con tempi di percorrenza minore.

Azioni di riorientamento organizzativo:

- Affidamento della gestione tramite i Medici in servizio alle POTES coincidenti con i PPI della continuità assistenziale presso i medesimi; tale possibilità trova supporto nei dati di funzionalità che sono in funzione del fabbisogno di interventi espresso dalle popolazioni di riferimento
- Definizione delle funzioni proprie dei PPI secondo la normativa: non trattamento esaustivo del problema acuto, ma stabilizzazione dei parametri vitali, ovvero messa in sicurezza del paziente che dovrà essere immediatamente trasferito
- Facilitare la mobilità dei pazienti all'interno dei DEA provinciali anche tramite accesso al servizio regionale di elisoccorso
- Implementazione di procedure per il trasferimento del paziente dai punti di accesso alle reti cliniche individuate, con potenziamento delle capacità di trasferimento dei pazienti acuti che si presentano direttamente
- Istituzione di ambulatori infermieristici nei PS/PPI

Il Direttore

- Valorizzazione della capacità operativa degli equipaggi infermieristici secondo protocollo condiviso (provvedimenti salvavita PIST)
- Riduzione dei tempi di intervento nelle zone più disagiate del territorio
- Si prevede inoltre lo spostamento della collocazione organizzativa della Centrale Operativa Provinciale per l'emergenza territoriale (118) (sperimentazione gestionale), individuandola all'interno dell'Area Vasta 1, coerentemente alle esigenze legate all'emergenza/urgenza del livello territoriale della provincia
- Si propone di rivedere le postazioni/dotazioni organiche dei medici di Continuità Assistenziale e nel contempo attivare un sistema di chiamata centralizzata ove un medico faccia il triage e assegni la chiamata nella sede più opportuna/disponibile rispetto al domicilio in collaborazione integrazione con 118; triage affidato alla centrale di coordinamento 118.

LABORATORIO ANALISI – ulteriore ridefinizione degli assetti

Sulla base delle indicazioni regionali si prevede un sistema a rete di laboratori (modello "hub and spoke") fortemente integrati e flessibili dal punto di vista operativo tramite il supporto informatico; questo segue un principio di accorpamento per volumi di attività tali da costituire masse critiche di esami che garantiscano economicità, efficacia, efficienza e qualità al sistema.

L'obiettivo è quello di centralizzare la normale attività di routine garantendo, in relazione alle attività svolta presso le piccole strutture ospedaliere, nelle modalità più appropriate attività o funzioni di diagnostica di base o di urgenza.

Sulla base della valutazione delle attività chirurgiche insistenti nelle varie Strutture Ospedaliere così come sopra ridefinite, e sulla base dei volumi di attività consolidati indotti dai PPI attivi, si rende opportuno mantenere oltre al punto prelievo (comunque previsto in tutte le Strutture Ospedaliere) anche le apparecchiature necessarie per le urgenze in base ad un pannello di esami predefinito.

Centralizzazione della principale attività di routine in unico laboratorio con trasporto di tutti i campioni al laboratorio unico, previo adeguato potenziamento della logistica.

Ove insiste il PPI, nelle ore non coperte dalla presenza attiva di personale di laboratorio, oltre ad un efficiente sistema di collegamenti logistici atto a recapitare rapidamente il campione biologico su cui effettuare le determinazioni al laboratorio di riferimento principale, si prevede anche l'attivazione di apparecchiature "POCT" con formazione del personale utilizzatore.





LA RETE DELLA PREVENZIONE COLLETTIVA, VETERINARIA E ALIMENTI

❖ La LR. n. 17/2011, nel definire le aree vaste e i distretti come articolazioni dell'ASUR, ha inteso eliminare definitivamente l'articolazione dell'ASUR in Zone Territoriali.

❖ Relativamente al Dipartimento di Prevenzione la L.R. 17/2011 non ha previsto modifiche dell'art. 11 della L.R. 13/2003, relativo alle funzioni, che pertanto restano quelle di seguito richiamate agli obiettivi, per i quali i riferimenti sono il PSR ed il PRP 2010-2012, in fase di aggiornamento al biennio 2013-2014.

Il dipartimento di prevenzione, *unico in Area Vasta*, è la struttura preposta all'organizzazione ed alla promozione della tutela e della salute della popolazione, attraverso azioni tendenti a conoscere, prevedere e prevenire gli infortuni e le cause di malattia.

In particolare il dipartimento di prevenzione:

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

Nella Direzione generale dell'A.S.U.R. è istituita la Direzione tecnica per la prevenzione collettiva, con l'obiettivo di creare e rendere efficiente un sistema a rete dei dipartimenti di prevenzione, attraverso atti di programmazione generale, indirizzo e coordinamento delle strutture operative.

Le modifiche riguardano bensì l'art. 12 della L.R. 13/2003, riferito alla direzione del dipartimento che, con la L.R. 17/2011, assume una valenza di area vasta.



Il Direttore

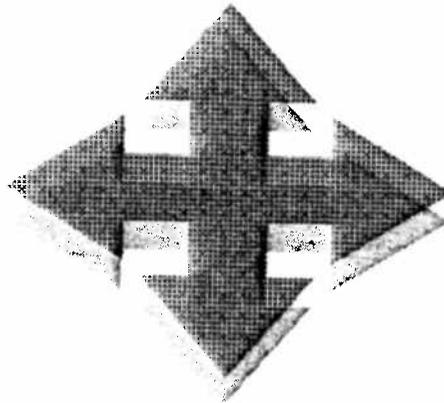
**La Nuova organizzazione in Area vasta:
elementi cardine della nuova governance**

L'ORGANIZZAZIONE

Strutture e procedure che consentono la gestione del sistema

IL PROCESSO

*Modalità di funzionamento
operativo del modello*



GLI STANDARD

*requisiti che devono essere
soddisfatti dalle strutture*

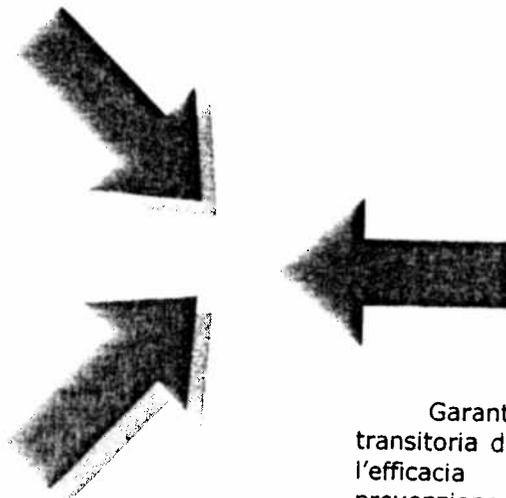
LA VALUTAZIONE

Verifica continua di efficacia ed efficienza delle azioni

Priorità nella riorganizzazione del Dipartimento di Prevenzione

Assicurare l'omogeneità e l'uniformità operativa

Assicurare una
programmazione unitaria delle strategie
e degli obiettivi
di sanità pubblica



Garantire, nella fase
transitoria di riassetto, la qualità e
l'efficacia degli interventi di
prevenzione sul territorio

PUNTI DI FORZA

- capacità di integrazione multiprofessionale e multidisciplinare;
- capacità di affrontare i problemi prioritari di salute (si lavora di più su ciò che serve che su ciò che piace);
- attenzione all'EBP (evidence based prevention) al fine di impostare azioni efficaci per la riduzione dei rischi per la salute dei cittadini
- capacità di operare in situazioni di emergenza;
- capacità di passare dalla vigilanza preventiva, l'autorizzazione, e repressivo sanzionatoria ex-post ad un concetto di controllo che, come da direttive e regolamenti europei, prevede la verifica delle azioni messe in atto da chi, pubblico o privato, intraprende una qualsiasi attività; una attività di controllo che valorizza il confronto e la ricerca di soluzioni condivise con imprenditori, professionisti e cittadini, chiamati a concorrere alla prevenzione e gestione dei rischi, comporta infatti un cambiamento anche nella strategia dei controlli. Una buona conoscenza della realtà territoriale da parte dei Servizi del Dipartimento costituisce il presupposto indispensabile per programmare interventi di controllo mirati alle attività a maggior rischio;
- orientamento alla comunicazione con particolare riferimento alla comunicazione del rischio.

CRITICITA'

- assegnazione, negli anni, di nuove funzioni (nuovi programmi vaccinali, sostanziali modifiche nei settori degli alimenti e della sanità animale, l'epidemiologia, i programmi specifici di promozione della salute, riassegnazione di funzioni in materia ambientale - siti inquinati, VAS VIS, emissioni in atmosfera, REACH, ecc. -, i nuovi rischi da lavoro.);
- modifica profonda del contesto comunitario con la forte e crescente presenza di cittadini stranieri
- depauperamento, negli anni, degli organici e carenza di idonei ricambi generazionali che rendono sempre più difficile garantire le attività essenziali a tutela della salute collettiva;
- disomogeneità strutturale;
- disomogeneità organizzativa e comportamentale dovuta a carenze di riferimenti centrali;
- difficoltà ad organizzare settori specialistici in relazione alle necessità emergenti, riguardanti in particolare i rapporti salute/ambiente.



SITUAZIONE AREA VASTA N.1

Il Dipartimento di Prevenzione dell'Area Vasta n.1, comprende i Dipartimenti delle ex Zone Territoriali 1, 2 e 3; ha un bacino territoriale di 2.564 Km² con una popolazione di 366.963 residenti, equivalenti a una densità abitativa di 139,96 abitanti ogni Km².

Area Vasta n.1	
N. ABITANTI	366.963
N. COMUNI	60
KM2 DI SUPERFICIE	2.564 Km ²
N. ADDETTI IN ATTIVITA' LAVORATIVE	113.473
N. ATTIVITA' PRODUTTIVE	30.800
N. U.B.E.(unità bovine equivalenti)	37.785

I Direttori di struttura complessa presenti **nell'Area Vasta n.1** sono 8, così suddivisi:

- n.2 Servizio Igiene e Sanità Pubblica
- n.2 Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro;
- n.1 Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione;
- n.1 Igiene Alimenti Origine Animale (**in aspettativa**);
- n.1 Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche
- n.1 Sanità animale.

NUOVO ASSETTO

Istituzione di un unico Dipartimento di Prevenzione, con 6 Servizi, quali Unità Operative Complesse:

1. Servizio Igiene e Sanità Pubblica - SISP
2. Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro - SPSAL
3. Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione - SIAN
4. Servizio Veterinario Sanità Animale - SSA
5. Servizio Veterinario Igiene Alimenti di Origine Animale - SIAOA
6. Servizio Veterinario Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche - SIAPZ

PROGETTO

Da quanto sopra, in base alla legge 13 il Dipartimento è unico. Dalle Linee guida per l'adeguamento dei Dipartimenti di Prevenzione, così come previsto dal nuovo PSSR 2012-2014, si evince la necessità, da un lato di ricondurre le funzioni dipartimentali alla nuova configurazione territoriale e, dall'altro, di mantenere, in termini di attività, un adeguato rapporto con il territorio.

La nuova organizzazione territoriale può sostenere un percorso integrato, che ottimizzi le risorse disponibili e aumenti l'efficacia delle azioni di tutela e promozione della salute.



Il Direttore

In particolare è possibile applicare un'organizzazione flessibile in relazione alla complessità del territorio, strutturare il sistema delle "eccellenze" e delle "specialità", sostenere il relativo percorso di formazione degli operatori.

Nella prima fase del percorso, anche alla luce di quanto a suo tempo indicato in documenti di linee di indirizzo della Dir. Gen. ASUR, la struttura organizzativa del dipartimento di prevenzione dell'AV 1 potrebbe così essere la seguente:

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE AREA VASTA 1 - PROGETTO	
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Garantendo le funzioni con i dirigenti adeguati per numero e formazione
UNITA' OPERATIVE	
SISP	1 UOC
SPSAL	1 UOC
SIAN	1 UOC
SA	1 UOC
SIAOA	1 UOC
SIAPZ	1 UOC
EPIDEMIOLOGIA	1 UOS *
PROMOZIONE DELLA SALUTE	1 UOS *
SCREENING	1 UOS a valenza interaziendale
EPIDEMIOLOGIA OCCUPAZIONALE: PROGETTI RE.NA.TUNS/ OCCAM/RENAM	1 UOS *

* in alternativa incarichi di alta specializzazione, in relazione alla riduzione degli incarichi di struttura che sarà decisa dalla Regione in ossequio al Patto della Salute 2010/2012 e del D.l. 95/2012

La realizzazione del dipartimento unico può consentire di verticalizzare nel territorio funzioni specialistiche quali quelle relative alle interazioni salute/ambiente e all'epidemiologia e promozione della salute.

Tali strutture, che possono avviarsi con la assegnazione di alcuni operatori presenti, richiederanno alcuni supporti specialistici con competenze di statistica sanitaria, di tossicologia, ecc.

In particolare sarà possibile rivedere la distribuzione dei punti di erogazione territoriale dei servizi al fine di garantire accessibilità e equità alla popolazione. Nell'ottica del nuovo assetto territoriale si possono muovere i professionisti ma anche i riferimenti territoriali.

LA RETE TERRITORIALE E SOCIO SANITARIA: MAPPATURA ATTIVITÀ

◆ Ex ZT1 - Distretto di Pesaro:

Sede distrettuale Pesaro - Via XI Febbraio: Anagrafe Sanitaria- Centro Prenotazioni-ambulatori di sanità pubblica-attività distrettuale-medicina legale 1° livello; ambulatorio infermieristico: terapia iniettiva-medieazioni-punto prelievi; Ufficio forniture protesi e ausili; Attività poliambulatoriale medicina specialistica-Centro antidiabetico (integrazione ospedale territorio); Ambulatorio STP; Medicina dello sport; Ambulatorio medicina del Lavoro.

Sede Poliambulatoriale Pesaro Via XI Febbraio: attività specialistica ambulatoriale: allergologia-cardiologia- chirurgia- dermatologia- neurologia- oftalmologia- odontoiatria- ortopedia- ORL- medicina del lavoro- medicina dello sport- urologia- PUVA – ambulatorio infermieristico chirurgico e stomaterapico

Sede distrettuale Pesaro - Via Nanterre: Centro prenotazioni vaccinazioni 0-18 anni; Consultorio familiare (attività ostetrico-ginecologica e socio sanitaria-percorso nascita - Centro neuropsicologia clinica dell'età evolutiva; UMEE (unità multidisciplinare dell'età evolutiva); Prevenzione screening oncologici (segreteria distrettuale e di area vasta); Servizio di radiologia territoriale e screening mammografico; attività specialistica ambulatoriale: ginecologia- pneumologia- radiologia.

Sede distrettuale Pesaro - Via Comandino: ambulatorio infermieristico terapia iniettiva - medieazioni-punto prelievo.

Sede distrettuale Pesaro Villa Fastiggi: ambulatorio infermieristico terapia iniettiva, medieazioni, punto prelievi

Sede distrettuale Montecchio Via Pio la Torre: Anagrafe Sanitaria, Centro Prenotazioni, Ambulatori di sanità Pubblica, attività distrettuale di Medicina Legale 1° livello; ambulatorio infermieristico: terapia iniettiva, medieazioni, punti prelievi; attività di vaccinazioni età evolutiva e adulti; attività poliambulatoriale medicina specialistica; consultorio familiare (attività ostetrico-ginecologica e socio sanitaria); UMEE (unità multidisciplinare dell'età evolutiva); attività di prevenzione screening oncologico cervice uterina.

Sede poliambulatoriale Montecchio: attività specialistica di neurologia, ginecologia, dermatologia, oftalmologia, cardiologia, ORL, psichiatria, ortopedia, urologia, chirurgia, ortodonzia, ortottista, diagnostica ecografica.

Sede distrettuale Gabicce Via Berlinguer: Anagrafe Sanitaria, Centro Prenotazioni, Ambulatori di sanità Pubblica, attività distrettuale di Medicina Legale 1° livello; Ambulatorio infermieristico: terapia iniettiva, medieazioni, punti prelievi; attività di vaccinazioni età evolutiva e adulti; consultorio familiare (attività ostetrico-ginecologica e socio sanitaria); UMEE (unità multidisciplinare dell'età evolutiva); prevenzione screening oncologico cervice uterina; attività specialistica ambulatoriale di senologia e ginecologia.

Sede distrettuale Mombaroccio - Briciotti: Centro prenotazioni , Ambulatorio infermieristico: terapia iniettiva, medicazioni, punto prelievi; Residenza Sanitaria medicalizzata 38 posti letto;

Servizio Farmaceutico Pesaro - Via Alfano: distribuzione diretta farmaci e presidi 18 ore/settimanali apertura al pubblico, farmacovigilanza, monitoraggio spesa farmaceutica, vigilanza farmacie esterne (34), erogazione diretta vaccini centri vaccinali

Alcuni dati di attività

- Attività consultorio Minori Pesaro: Segnalazioni autorità giudiziaria 2010 187 casi
- Unità multidisciplinare età evolutiva disabili psicofisici 0-18 anni; Pesaro Via Nanterre: utenti in carico 307; Montecchio Via Plo la Torre : utenti in carico 200; Gabicce Via Berlinguer: utenti in carico 42
- Unità multidisciplinare età adulta disabili psicofisici 18-64 anni Pesaro c/o RSA Tomasello : utenti in carico 550
- Assistenza riabilitativa ambulatoriale Pesaro Via Redipuglia, 36 ore di apertura al pubblico: 4000 casi trattati
- Medici di Medicina Generale 106, Pediatri Libera Scelta 19
- Continuità Assistenziale 29 medici titolari: PESARO: 1,04 prestazioni/ora - 18424 ore di assistenza anno 2011; MONTECCHIO : 0,91 prestazioni/ora - 11404 ore di assistenza anno 2011; GABICCE: 0,41 prestazioni/ora - 5726 ore di assistenza anno 2011.
- Cure domiciliari Pesaro Via Lombroso: 401 ADI plu' terminali oncologici casi trattati 2011, 1410 utenti in ADP
- Carcere: 330 detenuti
- Centri diurni disabili adulti: MOSAICO: 8 utenti, PEGASO : 16 utenti, GABBIANO: 16 utenti
- Centro diurno Alzheimer Pesaro : 14 utenti
- RSA: Pesaro *Galantara*: medicalizzata 38 posti letto - riabilitativa 28 posti letto, Mombaroccio *Briciotti* medicalizzata anziani 18 posti letto, disabili psichici 20 posti letto; Pesaro *Tomasello*: disabili psicofisici 18-64 anni, 27 posti letto
- Residenze protette: Santa Colomba (Comune di Pesaro) 154 posti letto, Beato Sante (Comune di Mombaroccio) 44 posti letto
- Dipendenze Patologiche: Totale assistiti: 758
- POTES: Pesaro 2 ambulanze, Montecchio, 1 ambulanza, Gabicce, 1 ambulanza periodo estivo

❖ **Ex ZT2 - Distretto di Urbino**

Sede di Cagli: anagrafe sanitaria, ambulatorio di sanità pubblica, ufficio invalidi civili, attività distrettuale, medicina legale; servizio prelievi, ambulatorio infermieristico, uffici sanitari vaccinazioni e centralino prenotazione vaccinazioni; consultorio area materno infantile, poliambulatorio, servizio psichiatrico territoriale; medicina dello sport, medicina del viaggiatore; ambulatorio di igiene alimenti e nutrizione, ispettore d'igiene; servizi veterinari, pronto intervento POTES
 POLIAMBULATORIO CAGLI specialistica ambulatoriale: dermatologia- ginecologia- neurologia- oculistica- odontoiatria- pneumologia

Sede di Apecchio: ambulatorio, punto prelievi, medico, ostetrica

Sede di Piobbico: ambulatorio, guardia medica

Sede di Acqualagna: ambulatorio, punto prelievi, ostetrica



Il Direttore

Sede di Cantiano: ambulatorio, punto prelievi, ostetrica

Sede di Urbania: anagrafe sanitaria, ambulatorio di sanità pubblica, ufficio invalidi civili, attività distrettuale, servizio prelievi, ambulatorio infermieristico, ambulatorio fisioterapista, consultorio familiare, ambulatorio di igiene alimenti e nutrizione, ispettore d'igiene, servizi veterinari, pronto intervento POTES; RSA: residenza sanitaria medicalizzata 20 posti letto.

POLIAMBULATORIO URBANIA: specialistica ambulatoriale di odontoiatria, ginecologia, oculistica, dermatologia, neurologia, cardiologia, endocrinologia, pneumologia- ortopedia- fisiatria- otorinolaringoiatria-chirurgia

Sede di Fermignano: ambulatorio, punto prelievi, medico , ostetrica

Sede di Sant'Angelo in Vado: ambulatorio, punto prelievi, medico, ostetrica, RSA 25 posti letto

Sede di Urbino: anagrafe sanitaria, ambulatorio di sanità pubblica, ufficio invalidi civili, attività distrettuale, Medicina legale, servizio prelievi, ambulatorio infermieristico, uffici sanitari vaccinazioni centralino prenotazione vaccinazioni; consultorio area materno infantile, attività ostetrico ginecologica e socio sanitari, corsi pre-nascita, poliambulatorio, servizio psichiatrico territoriale; medicina dello sport; ambulatorio di igiene alimenti e nutrizione, ambulatorio Igiene e Sanità Pubblica; UMEE UMEA; ambulatorio STP, servizio territoriale dipendenze patologiche; Servizi veterinari, operatori tecnici veterinari, osservatorio epidemiologico fauna selvatica, pronto intervento POTES; area integrazione lavorativa AIL; ambulatorio diabetologia e malattie metaboliche

POLIAMBULATORIO URBINO specialistica ambulatoriale: odontoiatria, ginecologia, oculistica, dermatologia, neurologia, cardiologia, endocrinologia, pneumologia, ortopedia, fisiatria, otorinolaringoiatria, chirurgia, medicina sportiva, diabetologia

Sede di Montecalvo in Foglia: ambulatorio, punto prelievi, medico, ostetrica

Sede di Petriano: ambulatorio, punto prelievi, medico , ostetrica

Sede di Macerata Feltria: anagrafe sanitaria, ambulatorio di sanità pubblica, ufficio invalidi civili, attività distrettuale, Medicina legale, servizio prelievi, ambulatorio infermieristico, uffici sanitari vaccinazioni e centralino prenotazione vaccinazioni, consultorio area materno infantile, attività ostetrico ginecologica e socio sanitari, servizio psichiatrico territoriale, ambulatorio di igiene alimenti e nutrizione, ispettore d'igiene, POTES 118

POLIAMBULATORIO MACERATA FELTRIA specialistica ambulatoriale: dermatologia, fisiatria, ginecologia, medicina sportiva, neurologia, oculistica, odontoiatria, otorinolaringoiatria, pediatria, diabetologia

Sede di Mercatino Conca: ambulatorio, punto prelievi, medico, ostetrica

Sede di Lunano: ambulatorio, punto prelievi, medico, ostetrica



Il Direttore

POTES

- Sede di Cagli: 1 ambulanza medica
- Sede di Urbania: 1 ambulanza medica
- Sede di Macerata Feltria: 1 ambulanza medica
- Sede di Mercatino Conca: infermieristica
- Sede di Urbino: 1 ambulanza medica
- Sede di Sassocorvaro: 1 ambulanza medica
- MMG: 63 , PLS: 9, CONTINUITA' ASSISTENZIALE: Sede di Urbino-Urbania: Accessi 9420, 17936 ore assistenza anno 2011. Sede di Cagli: Accessi 8098, 22855 ore assistenza anno 2011. Sede di Macerata Feltria: Accessi 5987, 7847 ore assistenza anno 2011.

RSA: Macerata Feltria: anziani 25 posti letto, Urbania: anziani 20 posti letto, Sant'Angelo in Vado 25 posti letto, Riabilitazione (ex 26) Macerata Feltria: 40 posti letto

SERVIZIO FARMACEUTICO: distribuzione diretta farmaci, farmacovigilanza, monitoraggio spesa farmaceutica, vigilanza farmacie esterne (42), erogazione diretta vaccini centri vaccinali

DIPENDENZE PATOLOGICHE: 225 assistiti.

◆ Ex ZT3 Distretto di Fano

Sede distrettuale di Fano, Via IV Novembre: anagrafe sanitaria, centro prenotazioni, ambulatori di sanità pubblica: vaccinazioni e libretti sanitari; attività distrettuale, medicina legale di 1° livello, 2 punti prelievi, consultorio familiare: direzione consultorio, visite specialistiche ostetrico-ginecologiche, socio sanitarie, psicologiche, percorso nascita.

Sede poliambulatoriale di Fano di specialistica ambulatoriale di cardiologia, chirurgia, dermatologia, ginecologia, neurologia, oftalmologia, odontoiatria, ortopedia, ORL, medicina dello sport, urologia, PUVA.

Sede distrettuale di Pergola, Via G.di Vittorio c/o Ospedale: anagrafe sanitaria, centro prenotazioni, ambulatori di sanità pubblica, vaccinazioni e libretti sanitari; attività distrettuale, 4 punti prelievo (Frontone, Fratte Rosa; San Lorenzo in Campo, Serra Sant'Abbondio), consultorio familiare

Sede poliambulatoriale attività specialistica ambulatoriale di neurologia, odontoiatria, dermatologia, oftalmologia, cardiologia, ORL, pneumologia, ortopedia

Sede distrettuale di Mondavio, Via Roma: anagrafe sanitaria, centro prenotazioni, ambulatori di sanità pubblica, vaccinazioni e libretti sanitari; attività distrettuale, 1 punto prelievi, consultorio familiare

Sede poliambulatoriale attività di specialistica ambulatoriale di neurologia, dermatologia, ORL, pneumologia, ortopedia, oculistica, pediatria, psichiatria.



Il Direttore

Sede distrettuale di Mondolfo, Piazza Bartolini: anagrafe sanitaria, centro prenotazioni, ambulatori di sanità pubblica: vaccinazioni e libretti sanitari; attività distrettuale, 2 punti prelievi (San Costanzo e Monte Porzio), consultorio familiare.

Sede poliambulatoriale attività di specialistica ambulatoriale di dermatologia, ORL, ortopedia, ginecologia, chirurgia, psichiatria, urologia

Sede di Fossombrone Via Kennedy: anagrafe sanitaria, attività distrettuale, ambulatori di sanità pubblica, Medicina legale 1° livello, punto prelievi, consultorio familiare, ufficio forniture protesi e ausili, attività poliambulatoriale medicina specialistica, centro antidiabetico, UMEE e UMEA, Prevenzione screening oncologico cervice uterina.

Sede poliambulatoriale specialistica ambulatoriale: dermatologia, neurologia, oftalmologia, odontoiatria, urologia, ORL, ginecologia, psichiatria

Sede di Saltara Calcinelli Via Carducci: anagrafe sanitaria ,ambulatori di sanità pubblica, attività distrettuale , vaccinazioni, consultorio familiare, UMEE e UMEA, Prevenzione screening oncologico cervice uterina

Sede di Lucrezia Via Gramsci: anagrafe sanitaria, ambulatori di sanità pubblica, attività distrettuale, vaccinazioni, punto prelievo, consultorio familiare

Attività consultorio: Fossombrone, Lucrezia, Saltara: mantenimento visite specialistiche sociali, psicologiche, sanitarie con presa in carico

Alcuni dati di attività

ATTIVITA' CONSULTORIO: Fano, Pergola, Mondavio, Mondolfo: visite specialistiche sociali, psicologiche, sanitarie con presa in carico: 15.000 casi; visite specialistiche sociali, psicologiche, sanitarie con presa in carico: 15.000 casi

UMEE: Fano, Pergola, Mondavio, Mondolfo: utenti in carico: 732 con diagnosi funzionale e 327 senza diagnosi funzionale, utenti in carico: 732 con diagnosi funzionale e 327 senza diagnosi funzionale

UMEA: Fano, Pergola, Mondavio, Mondolfo: utenti in carico: 557

SERVIZIO FARMACEUTICO: distribuzione diretta di farmaci e presidi; farmacovigilanza, monitoraggio spesa farmaceutica, vigilanza farmacie esterne convenzionate (33), erogazione diretta vaccini centri vaccinali

ASSISTENZA RIABILITATIVA AMBULATORIALE ETA' EVOLUTIVA, Fano San Lazzaro 9 ore settimanali

MMG: 81, PLS: 12

RSA DISABILI ADULTI, FANO: Centro gravi 8 posti letto

COSER, Fano, casa Penelope 8 posti letto

CSER, Fano: 142 posti letto

Centro diurno Alzheimer, Fano Centro Margherita: 16 utenti

RSA MONDAVIO, Residenza medicalizzata e riabilitativa: 36 posti letto

CONTINUITA' ASSISTENZIALE: 22 medici titolari e 42784 ore totali

Azienda Sanitaria Unica Regionale

Sede Legale: Via Caduti del Lavoro, 40 - 60131 Ancona

C.F. e P.Iva 02175860424

Area Vasta n. 1: Sede Amministrativa Via Ceccarini, 38. 61032 Fano

e-mail: maria.cappobianchi@sanita.marche.it



Il Direttore

Fano: 1,2 prest./ora

Pergola: 0,7 prest./ora

Mondavio: 0,8 prest./ora

Mondolfo: 1,6 prest./ora

CURE DOMICILIARI: Fano, Pergola, Mondavio, Mondolfo: 3700 casi trattati totali (anno 2011), 800 ADI, 1400 ADP, 1500 AID

Potes 118: Fano, Pergola, Mondolfo (Marotta)

DIPENDENZE PATOLOGICHE: 364 UTENTI (anno 2011)

Fossombrone

SERVIZIO FARMACEUTICO: distribuzione diretta di farmaci e presidi, farmacovigilanza, monitoraggio spesa farmaceutica, vigilanza farmacie esterne convenzionate (11), erogazione diretta vaccini centri vaccinali

ASSISTENZA RIABILITATIVA AMBULATORIALE: Fossombrone: aperto 36 h /settimanali

MMG: 27, PLS: 4, CONTINUITA' ASSISTENZIALE: 8 medici titolari (Fossombrone e Calcinelli)

CURE DOMICILIARI : 1550 casi totali trattati anno 2011

POTES: 5 medici

CARCERE: 260 detenuti

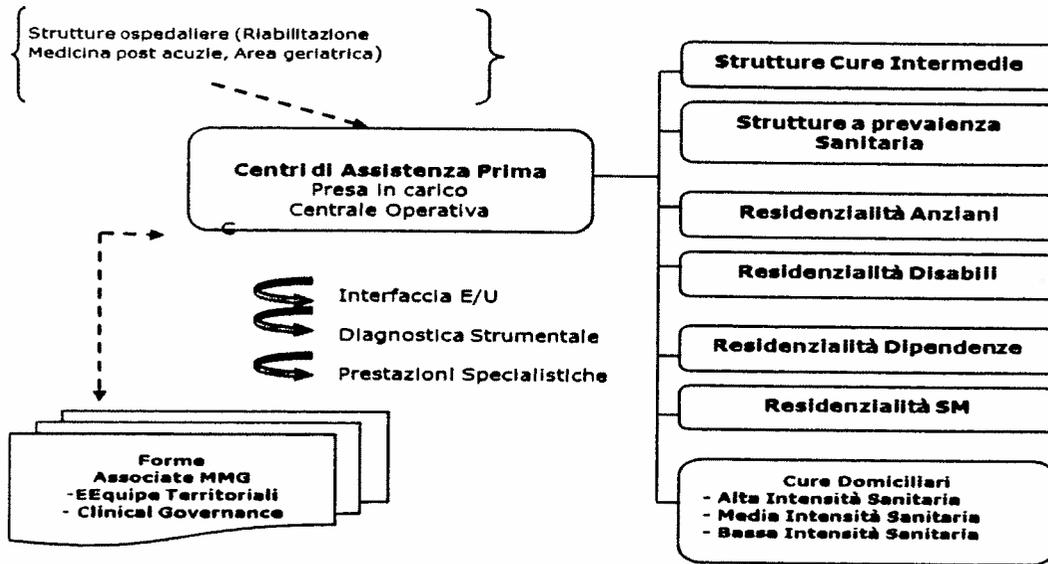
RSA Casa Argento: 30 posti letto

DIPENDENZE PATOLOGICHE: 234 utenti (anno 2011)

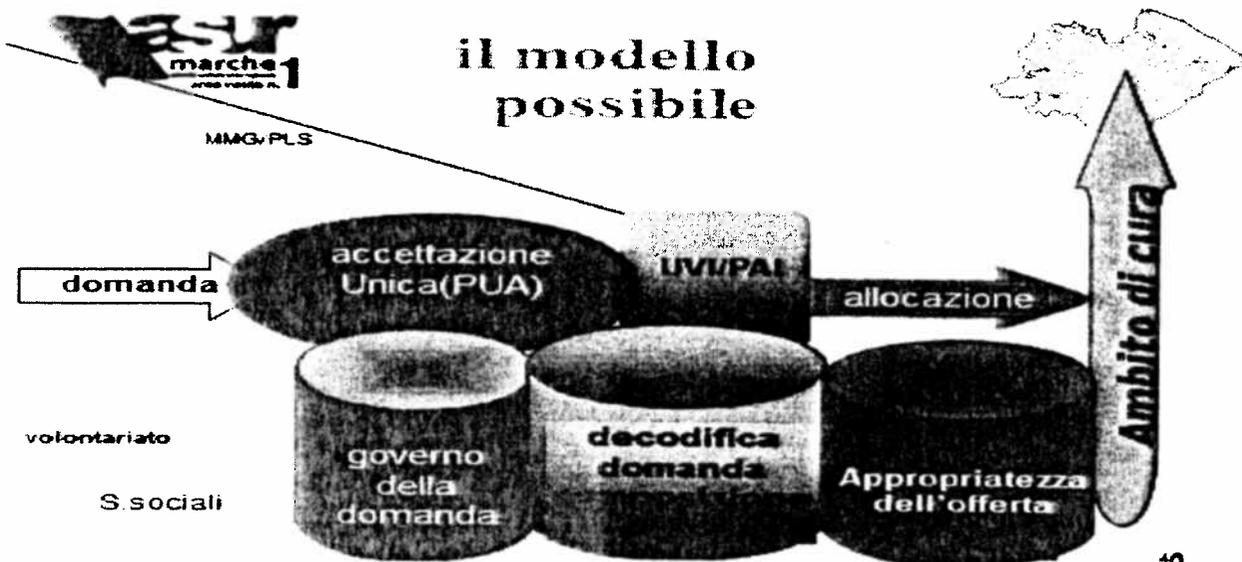
LA RETE TERRITORIALE E SOCIO SANITARIA

Linee di intervento:

- l'organizzazione di filiere assistenziali a differenti intensità con presa in carico unitaria;
- la riconversione/costruzione di strutture altamente integrate e polifunzionali;
- la distribuzione degli accessi e dei presidi di erogazione secondo precise pertinenze territoriali.



Il Modello possibile





Negli ultimi anni dieci regioni italiane sono state coinvolte nei piani di rientro per il riequilibrio finanziario dei servizi sanitari. L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) è una delle organizzazioni che partecipa al supporto tecnico fornito dal Ministero della Salute alle regioni. Tra le altre materie, l'Agenzia ha il compito di curare gli aspetti relativi all'organizzazione dell'offerta ospedaliera e dei servizi distrettuali di cure primarie.

L'AGENAS ha organizzato le esperienze così accumulate in una proposta tecnica piuttosto articolata in cui inizia a delinearsi l'impianto di un compiuto sistema territoriale. Comprendere questo sistema e stimarne il valore, è uno dei modi per valutare l'impatto che la semplice riduzione dei posti letto potrebbe avere sulle comunità locali se il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera non verrà contestualmente sostenuto dalla costituzione della relativa rete territoriale.

Il sistema proposto dall'AGENAS, in seguito all'esperienza fatta con i primi Piani di rientro, deve essere interpretato secondo diversi livelli di integrazione:

- Con la Rete di Emergenza/Urgenza che può offrire un punto di primo intervento e con cui deve essere comunque connesso per la gestione dei percorsi di governo clinico.
- Con la Rete Ospedaliera per costruire i cardini indispensabili a garantire la continuità assistenziale e la circolarità tra le soluzioni di ricovero, residenziali, semiresidenziali e domiciliari.
- Con la Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta per realizzare forme evolute di associazione tra professionisti che siano strutturalmente e funzionalmente incardinate nel sistema di assistenza territoriale.
- Con l'insieme dei servizi e delle attività di Protezione Sociale che fanno riferimento alle Amministrazioni Comunali in modo da conseguire maggiori livelli di integrazione, a cominciare dalla presa in carico unitaria e dalla stesura dei piani individualizzati di assistenza.

DISTRETTI

1. I distretti costituiscono il livello territoriale di base in cui si realizza in ogni area vasta la gestione integrata tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali.

1-bis. L'attività distrettuale è svolta sulla base del programma delle attività distrettuali approvato, nel rispetto degli indirizzi contenuti nel piano di area vasta, secondo criteri e modalità stabiliti dal piano socio-sanitario regionale.

2. In particolare il distretto:

- a) assicura in modo unitario il soddisfacimento della domanda di salute espressa dalla comunità locale;
- b) individua i livelli appropriati di erogazione dell'offerta dei servizi necessari a soddisfare i bisogni degli utenti;
- c) assicura la gestione integrata, sanitaria e sociale, dei servizi, accedendo alle risorse del servizio sanitario regionale ed alle altre risorse disponibili;
- d) cura l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai medici convenzionati e dai servizi direttamente gestiti;

Il Direttore

- e) sviluppa iniziative di educazione alla salute e di informazione agli utenti sulle attività complessivamente garantite dal servizio sanitario regionale;
- f) garantisce la fruizione, entro limiti temporali massimi definiti dalla programmazione aziendale e di area vasta, dei servizi erogati dai Presidi distrettuali e l'accesso programmato a quelli forniti dagli altri Presidi, assicurando in particolare l'integrazione tra servizi territoriali ed ospedalieri.

Linee di Intervento

- ❖ Rideterminazione del numero dei distretti in ottemperanza al recepimento della DGRM 928 del 27/06/2012
- ❖ Istituzione del Dipartimento Funzionale di Continuità assistenziale tra l'AV1 e l'AORMN, costituito dai Distretti, dalle Unità Operative di Geriatria, Medicina, Medicina Post acuzie, Riabilitazione, residenzialità pubblica e privata, ADI.

La gestione della patologia cronica costituisce e costituirà sempre più in avvenire una delle sfide più impegnativa per il SSN. Il paziente affetto da patologia cronica (quasi sempre anziano) specie nelle fasi avanzate della malattia ha bisogno in continuazione di servizi e prestazioni che comprendono i Reparti ospedalieri per acuti, post-Acuti, Lungodegenze, residenzialità nelle varie forme e l'assistenza domiciliare. Quasi sempre questo paziente una volta entrato nel sistema non ne esce più rischiando, in mancanza di una integrazione coordinata, di avere troppo o troppo poco. Le due istituzioni (AV1 e MN) pur avendo finalità diverse spesso gestiscono le stesse persone anche se in stato di bisogno diversificato. L'inefficienza dell'una si scarica inevitabilmente sull'altra e viceversa con disfunzione complessiva del Sistema e insoddisfazione da parte dell'utenza. Pur nella diversità dei ruoli è necessaria una politica comune della cronicità e della post-acuzie che porti ad un reticolo diffuso su tutto il territorio con specificità ben definite dei vari punti della rete. E' importante trovare modalità organizzativa attraverso la quale l'Azienda Sanitaria Marche Nord e l'Area Vasta n. 1 per rispondere ai bisogni della popolazione di riferimento, condividendone i percorsi clinico-assistenziali, i percorsi diagnostico/terapeutici, i criteri di appropriatezza delle prestazioni, le "best practice" e i modelli organizzativi, nel rispetto degli attuali indirizzi di programmazione regionale.

- ❖ Riorganizzazione e ottimizzazione dei percorsi e dei processi assistenziali previsti a livello territoriale e che impattano sull'utilizzo delle risorse umane.

ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI - SISTEMA RESIDENZIALE

- ❖ Alla luce delle azioni di rimodulazione delle strutture ospedaliere e alla disponibilità territoriale di RSA e Residenze protette diventa necessario dare vita ad un sistema di riferimento che gestisca i posti letto territoriali extraospedalieri e vada a colloquiare con il sistema ospedale di rete e AO Marche Nord.
- ❖ L'attuale offerta assistenziale pur soddisfacendo i bisogni di salute della popolazione residente non vede ancora completata l'omogenizzazione dei percorsi e dei processi di inserimento, assistenza e dimissione dal percorso assistenziale. A tal proposito si ipotizza **un'organizzazione a rete in area**



Il Direttore

vasta che partendo dalla condivisione del regolamento di inserimento presso le strutture residenziali, uniformando in prima battuta i criteri di ammissione che le UVI sono chiamate a seguire, per proseguire nella standardizzazione dei processi assistenziali. In tale fase, fatta l'analisi della situazione attuale si tenderà ad uniformare gli standard assistenziali.

❖ Uniformità che deve avere come obiettivo prioritario quello di garantire a tutti gli ospiti un setting assistenziale, omnicomprensivo anche della parte domestico alberghiera, con un risultato a tendere che non deve essere superiore ai 140 minuti di assistenza per le strutture sanitarie di base e che, per le strutture a più alto impatto assistenziale, non superi complessivamente i 180 minuti di assistenza.

PUA

La capacità di individuare i problemi sociosanitari dei soggetti più deboli e di agire in modo unitario per soddisfarli: questa la funzione del Punto Unico di Accesso la cui istituzione è finalizzata a facilitare l'approccio del cittadino al servizio sociosanitario e per indirizzarlo alle strutture più adatte a soddisfare le sue esigenze, seguendolo passo a passo. Obiettivo del nuovo servizio è superare le attuali disuguaglianze nell'accesso e la disomogeneità delle risposte, limitando il rischio di riservare un'assistenza migliore e più rapida soltanto a chi sappia meglio esprimere le proprie necessità.

UVI

Di pari passo al PUA andrà riorganizzata in area vasta l'attività della UVI in quanto struttura distrettuale che permette all'utente di entrare nel setting assistenziale più adeguato.

Alla luce di ciò quello che si ipotizza è una prima fase con condivisione di un unico regolamento e di una unica modulistica che permetta di:

- Uniformare i criteri di VALUTAZIONE dell'utente finalizzato alla sua presa in carico alla luce delle reali condizioni di salute
- Uniformare le modalità di funzionamento delle UVI, che continueranno ad utilizzare il personale afferente all'area distrettuale di appartenenza, ma con regole condivise in area vasta

Tutto questo per:

- evitare ricoveri impropri nelle strutture residenziali o nelle residenze protette
- uniformare le modalità di erogazione dei servizi
- uniformare le modalità e la tipologia dei presidi sanitari

CURE PALLIATIVE /HOSPICE

- Implementazione della rete delle cure palliative in AV1
- Attivazione Hospice Pesaro

MMG/CURE PRIMARIE

❖ L'aggregazione funzionale in Equipe Territoriale (ET) dei MMG, PLS, Continuità Assistenziale e Specialisti Ambulatoriali, consente di attivare percorsi assistenziali che conducono da una parte alla continuità dell'assistenza in senso temporale (H24), dall'altra alla costruzione di procedure condivise che garantiscono la continuità dell'informazione a favore del paziente e la percorribilità di terapie complesse nel loro percorso attuativo.

❖ Si prevede la massima diffusione di questo tipo di aggregazione all'interno dei limiti economici previsti dall'ACN e dagli accordi regionali in materia, finalizzando le attività delle équipes all'uso appropriato del farmaco e alla costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici su patologie croniche ad alta prevalenza, in particolare su diabete, scompenso cardiaco, bronco pneumopatie cronico-ostruttive.

ASSISTENZA SANITARIA NELLE STRUTTURE PENITENZIARIE

Insistono a livello di area vasta due strutture penitenziarie che non garantiscono lo stesso livello assistenziale.

L'analisi effettuata ha tenuto conto dei seguenti parametri:

- tipologia e numero di ospiti
- tipologia di assistenza erogata
- operatori sanitari assegnati o impegnati

Linee di intervento: Rivedere e uniformare in area vasta l'offerta assistenziale passando da un'assistenza H 24 nella struttura penitenziaria di Fossombrone ad un'assistenza fino alle ore 22.

AREA SALUTE MENTALE

La situazione organizzativa attuale vede una concentrazione di strutture sanitarie psichiatriche nelle zone costiere, in particolare nella zona di Pesaro (anche come conseguenza della presenza e successiva chiusura dell'Ospedale Psichiatrico), una ridotta concentrazione di personale nella zona di Fano (che ha ottenuto per questo un riconoscimento regionale con una determina di riequilibrio che ha portato l'anno passato alla assunzione di alcune unità mediche).

Una presenza molto ridotta nella zona di Urbino, sia di strutture che di personale, nonostante la elevata dispersione territoriale della popolazione e le condizioni orogeografiche disagiate.

Linee di intervento:

1. Istituzione di un unico dipartimento di DSM in AV
2. Riorganizzazione territorialità in AV1
3. Riorganizzazione SPDC con allineamento dei PL alla DGRM 784/2012
4. Riorganizzazione CSM e servizi territoriali (costiera e collinare montana)
5. Riorganizzazione Residenzialità e Semiresidenzialità



Il Direttore

La riorganizzazione da operare prevede una riconversione /riqualificazione delle strutture esistenti, un utilizzo delle stesse per intensità di cura, un diverso dimensionamento dei posti letto in modo di poter aumentare la massa critica di domanda /offerta di servizi e di concentrare le attività per ottenere economie nella gestione del personale. Il personale é assegnato al dipartimento di salute mentale di area vasta, in modo che lo stesso possa essere utilizzato in maniera flessibile alle nuove esigenze organizzative, prevedendo comunque un suo utilizzo funzionale per quanto possibile nelle sedi attuali di lavoro.

AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE

Istituzione di un unico dipartimento per AV (DA 80/2012 modifica la LR 13/03 e smi, attribuisce ai Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche la competenza territoriale di AV) con un coordinatore a cui è affidato l'intero budget del dipartimento composto dal sistema residenziale, dai farmaci, dai progetti e dal personale (coadiuvato dal Comitato di dipartimento in cui è presente il privato sociale), con la previsione di un ufficio unico di staff.

Modelli di sviluppo:

Integrazione Ospedale territorio (compreso l'AO Marche Nord), area fragilità /cronicità, area materno infantile, area salute mentale, liste d'attesa, Reti cliniche, Rete dell'Emergenza Urgenza

STRATEGIE PER IL TERRITORIO

Per combattere le malattie prevalenti della nostra popolazione, le linee direttrici sono la prevenzione, l'integrazione dei servizi con il territorio, la deospedalizzazione e l'utilizzo di nuovi strumenti per la continuità assistenziale.

Malattie cardiovascolari: un italiano su quattro ne è affetto e rappresenta la prima causa di invalidità nelle persone anziane. Gli interventi chirurgici correlati alle patologie cardiovascolari valgono 650 milioni. Quindi più prevenzione e individuazione precoce di soggetti a rischio o già cardiopatici per evitare episodi acuti. Potenziamento delle reti hub spoke. Monitorare lo scompenso cardiaco che riguarda due italiani su 10 tra gli over 65, con oltre 150mila ricoveri.

Oncologia: ogni aa 250 mila nuovi casi, con un totale di due milioni di ammalati. Impegno per la prevenzione: primaria (sul fatto del rischio), secondaria (Screening), terziaria (comparsa di recidive e complicanze malattia). Nuovi percorsi di supporto ai malati e alle famiglie. Attivazione della rete nazionale per le cure palliative e di quella per la terapia del dolore. Più attenzione all'oncologia pediatrica.

Malattie respiratorie: sono la terza causa di morte per la popolazione italiana. Potenziare la diagnosi precoce delle malattie e combattere i fattori di rischio (fumo), più integrazione ospedale territorio.

Obesità: ruolo chiave MMG, potenziamento delle cure, attraverso l'assistenza sul territorio

Diabete: sorveglianza dei fattori di rischio; più efficace sistema delle prevenzioni delle complicanze

Salute Mentale: nodo critico da sempre, la salute mentale sviluppa nuovi bisogni e chiede nuove risposte. PSN sceglie servizi integrati pubblico privato sociale ed elaborazione di un nuovo piano di azioni condiviso e concordato tra lo Stato e gli enti territoriali

Dipendenze: Maggiore prevenzione e comunicazione sui danni provocati dall'abuso di alcol e droga

Malattie infettive: la chiave di volta era ed è la sorveglianza epidemiologica. Importante vaccinazioni ed implementazioni notifiche

Malattie rare: azione pluridisciplinare di monitoraggio e studio anche attraverso i registri

Pazienti complessi: personalizzare le risposte in base ai bisogni. Creazione di registri. Azioni combinate tra centri di alta specializzazione, istituti di assistenza e volontariato.





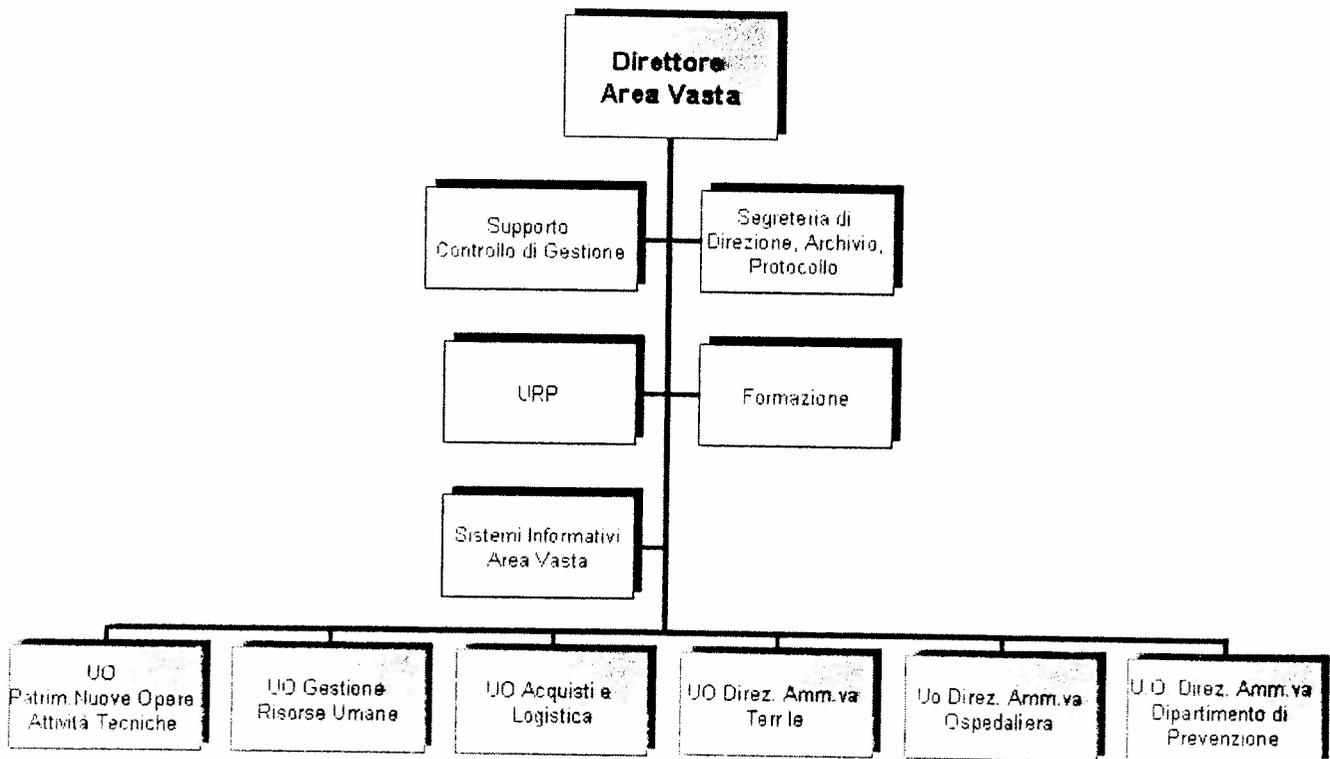
Riorganizzazione Area ATL ASUR

Fonti normative di riferimento:

- Legge regionale 1 agosto 2011, n. 17. "Ulteriori modifiche della Legge Regionale 20 giugno 2003, n. 13: "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale", della Legge regionale 17 luglio 1996, n. 26: "Riordino del Servizio Sanitario Regionale" e modifica della legge regionale 22 novembre 2010, n. 17".
- Determina ASURDG n.1112 del 14/12/2012: "Regolamento di organizzazione area ATL aziendale – Determinazioni."
- DGRM n. 2 del 9/1/2012: "Approvazione deter. ASURDG n.1112 del 14/12/2012"
 1. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'A.S.U.R. e delle aziende ospedaliere.
 2. L'atto aziendale dell'ASUR delimita la competenza territoriale dei dipartimenti distinguendoli **in dipartimenti aziendali e dipartimenti di area vasta.**
 3. **L'Area ATL è organizzata nel Dipartimento Unico Amministrativo Aziendale, afferente alla Direzione Amministrativa Aziendale e articolato in Aree Dipartimentali che hanno il compito di indirizzare e coordinare l'attività amministrativa di Area Vasta.**
 4. Le strutture operative ATL di Area Vasta, sono quelle individuate secondo le indicazioni normative regionali e svolgono funzioni proprie e delegate, a supporto dei processi tipicamente di governo clinico, territoriali e ospedalieri.

Organigramma ATL Area Vasta n. 1

RIORGANIZZAZIONE AREA ATL





AREA VASTA: Aree di staff

- Segreteria di Direzione, Archivio, Protocollo e Rischio Assicurativo
- Supporto al Controllo di Gestione
- URP
- Sistemi Informativi Area Vasta
- Formazione

AREA VASTA: Aree di line

- Gestione Risorse Umane
- Acquisti e Logistica
- Patrimonio, Nuove Opere e Attività Tecniche
- Direzione Amministrativa Territoriale
- Direzione Amministrativa Ospedaliera
- Direzione Amministrativa Dipartimento di Prevenzione

Il presente Piano viene espressamente approvato ai sensi dell'Art. 19 della Legge Regionale n. 13/2003 e s.m.i.

Il Direttore di Area Vasta
Dr. ssa Maria Capalbo

31/07/2012


 Azienda Sanitaria Unica Regionale
 Marche
 0018356 20/07/2012
 ASUR AAGG A



IL DIRETTORE


 Azienda Sanitaria Unica Regionale
 Marche
 0089773 20/07/2012
 ASURAV2 AFFGEN P

Al Direttore Generale ASUR
 Dr. Piero Ciccarelli
 Via Caduti del Lavoro n. 40
 60100 Ancona

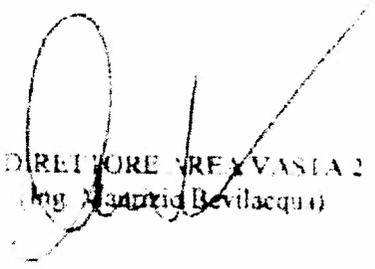
Anticipata via fax ed e-mail

OGGETTO: Piani di Area Vasta.

In riferimento alla nota prot. n. 17841 del 17/07/2012, pari oggetto, si trasmette in allegato copia del Piano attuativo dell'Area Vasta 2, nella forma di testo come richiesto.

Si precisa che detto Piano è stato presentato e discusso, al Collegio di Direzione dell'Area Vasta 2 in data 14/06/2012, con le UO.SS. in data 29/06 e 09/07/2012, nonché alla Conferenza dei Sindaci nelle date del 12/07 e 18/07/2012, inoltre alla Vª Commissione in data 05/07/2012.

Cordiali saluti.


 IL DIRETTORE AREA VASTA 2
 Ing. Maurizio Bevilacqua

Offerta Attuale

Versione
corrette
ed
approvate
30/7/2012
P. Boba

	Acuti Ord. e DH (a)	Post Acuzie/ Riabilitazione e Lungodegenza (b)	Totale (a) + (b)
Posti letto	912	161	1.073
Ricoveri Totali	52.840	1.835	54.675

Modello rete integrata a tendere

	Acuti Ord. e DH (a)	Post Acuzie/ Riabilitazione e Lungodegenza (b)	Totale (a) + (b)
Posti letto	847	230	1.077
Ricoveri Totali	55.059	5.501	60.560

Δ finale PL	-65	69	4
--------------------	-----	----	---



**Piano di
Area Vasta 2**



Ing. Maurizio Bevilacqua

INDICE

Premessa

1. Normativa di riferimento
2. Concetti chiave
3. Organizzazione Dipartimentale di Area Vasta
 - 3.1 Normativa di riferimento
 - 3.2 Attuale contesto
 - 3.3 La nuova organizzazione in Area Vasta
4. Macroarea Prevenzione
 - 4.1 La rete della prevenzione collettiva, veterinaria e alimenti: riferimenti normativi
 - 4.2 La nuova organizzazione del Dipartimento di Prevenzione
5. Macroarea Territorio
 - 5.1 La rete territoriale e socio-sanitaria: riferimenti normativi
 - 5.2 La rete territoriale e socio-sanitaria: concetti chiave
 - 5.3 Situazione attuale
 - 5.4 Obiettivo DGR 784/2012: implementazione delle strutture intermedie e potenziamento delle cure primarie
 - 5.5 Linee di intervento
 - 5.6 La rete territoriale e socio-sanitaria
6. Dipartimento di salute mentale – linee di intervento
7. Dipartimento dipendenze patologiche
8. Macroarea Ospedale
 - 8.1 Contesto di riferimento
 - 8.2 Fabbisogno globale di prestazioni ospedaliere in area vasta 2
 - 8.3 Attività dei presidi ospedalieri in area vasta 2
 - 8.4 Presidio Ospedaliero unico AV2 – Fabriano, Jesi, Osimo, Senigallia
 - 8.4.1 Fabriano
 - 8.4.2 Jesi
 - 8.4.3 Osimo
 - 8.4.4 Senigallia
 - 8.4.5 Focus Loreto
 - 8.4.6 Focus Chiaravalle
 - 8.4.7 Focus Cingoli
 - 8.4.8 Focus Sassoferrato
 - 8.5 Focus – Laboratorio analisi: definizione degli assetti

- 8.6 Focus – Emergenza Urgenza: definizione degli assetti
- 8.7 Focus Casa Della Salute – presidio territoriale H24
 - 8.7.1 Progetti previsti Casa della Salute/Presidio territoriale H24 ad alta complessità
 - 8.7.2 Progetti previsti Casa della Salute/Presidio territoriale H24 a basa/media complessità
- 8.8 Servizi vari – Definizione degli assetti

- 9 Riorganizzazione Area ATL
 - 9.1 Normativa regionale e regolamento aziendale
 - 9.2 Organizzazione Area ATL Area Vasta 2 - Dirigenza PTA- Quadro attuale
 - 9.3 Organizzazione Area ATL Area Vasta 2

- 10 Revisione Rapporti Integrazione / Committenza con Aziende Ospedaliere
 - 10.1 Proposta Integrazione AOU ospedali Riuniti AN
 - 10.2 Integrazione INRCA – Osimo

- 11 Integrazione Case di Cura Private

- 12 Conclusioni

Premessa

In questo periodo temporale connotato da forti incertezze legate anche alla crisi economica internazionale, diventa ancora più importante avere, e di conseguenza trasmettere, chiarezza sulle strategie da perseguire, coerenti col passato ma in grado di cogliere le sfide dell'attualità e del futuro.

Nel presentare il piano strategico si vuole sottolineare come, sia stato rilevante obiettivo renderne non solo partecipi, ma cocostruttori i soggetti istituzionali, che ai diversi livelli aziendali contribuiscono alla governance allargata. Altrettanto da sottolineare il percorso di condivisione interno con il Collegio di Direzione, che ha di fatto reso questo Piano un documento scritto a "molte mani", frutto di una profonda riflessione interna. Il risultato è un Piano sintetico, che cerca di coniugare l'ambizione delle strategie con la reale fattibilità delle stesse, e che rappresenta la strada che l'Area Vasta, insieme ai suoi professionisti e all'intera comunità, intende percorrere per completare quel processo di ammodernamento e sviluppo, intrapreso dalla Regione Marche.



1. Normativa di Riferimento

Le disposizioni legislative e regolamentari che si vanno a richiamare riguardano:

- Legge Regionale n. 13 del 20/06/2003 s.m.i. (Riorganizzazione del SSR)
- DGRM n.1197 del 05/09/2011 "Individuazione delle sedi delle Aree Vaste Territoriali"
- DGRM n.1247 del 19/09/2011 "Art.3 L.R. n.17/2011 – nomina dei Direttori di Area Vasta"
- D.A. n.38/2011 "Piano Socio Sanitario Regionale 2012/2014"
- DGRM n. 784 del 28/05/2012 concernente il percorso operativo per l'implementazione del Piano Socio-Sanitario in Area Vasta
- Patto per la Salute 2010/2012
- Determina ASUR n. 1112 del 14/12/2011 "Regolamento di organizzazione area ATL Aziendale – Determinazione e succ. DGRM di approvazione n.2 del 09/01/2012

Si richiamano altresì:

Legge Regionale n. 17/2011

Art. 9: Le Aree Vaste Territoriali sono articolazioni dell'ASUR, i cui ambiti territoriali sono definiti, aventi il compito di assicurare alla popolazione residente le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'equo accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione sanitaria, organizzate nel territorio. Esse provvedono, in particolare:

- alla definizione degli obiettivi di salute secondo gli indirizzi delineati dalla pianificazione aziendale e al loro perseguimento attraverso i piani di Area Vasta;
- alla gestione delle risorse umane e strumentali dei servizi sanitari di Area Vasta;
- all'integrazione dei servizi sanitari con i servizi sociali;
- al coordinamento dei servizi sanitari di Area Vasta relativi ai differenti Livelli assistenziali (ospedali, distretto, prevenzione);
- alla rilevazione, all'orientamento e alla valutazione della domanda socio-sanitaria, alla verifica del grado di soddisfacimento della stessa, nonché alla valutazione complessiva dei consumi;
- alla corretta utilizzazione delle risorse assegnate;
- alla gestione dei rapporti di informazione e collaborazione con la Conferenza di Area Vasta;
- alla negoziazione con le organizzazioni sindacali, sulla base degli indirizzi aziendali.

L'allegato A, della DRGM 784/12,

contenente i criteri e le modalità elaborate nel corso degli incontri del tavolo di lavoro regionale di programmazione che hanno riguardato sia la riorganizzazione del sistema dell'offerta, per quanto attiene la distribuzione dei posti letto per acuti che, per quanto riguarda l'offerta della prevenzione, del territorio e del settore sociale e socio-sanitario.

Su queste basi, che hanno costituito direttiva vincolante per i Direttori Generali delle Aziende e degli Enti del SSR, nonché per i Direttori di Area Vasta, la Direzione di AV, come disposto al comma 3 del citato allegato e alla luce della presentazione al Collegio di Direzione del 14/06/2012, nel rispetto dell'art.17/D.Lgs. 502/92 e art.7 L.R. n.13/2003, successivamente rivisto dalla Direzione Generale ASUR, formula la presente proposta di Piano per l'AV2, (che



sarà oggetto d'intesa con la Direzione dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona ed INRCA).

2. Concetti Chiave

- Garantire in modo costante ed uniforme la tutela della salute dei cittadini residenti nell'intero territorio;
- Realizzare un sistema efficiente, snello e capace di risposte rapide basate su principi di appropriatezza e sostenibilità con specifico riferimento alle risorse assegnate;
- Rendere omogenea ed equamente accessibile l'offerta dei servizi.
- Rete assistenziale integrata, qualificata e sicura;
- Garanzia delle attività di prevenzione primaria, secondaria e terziaria e di promozione della salute;
- Governo dei principali percorsi assistenziali tramite il governo dei profili di assistenza per le condizioni di maggiore frequenza, per garantire l'omogeneità dell'assistenza e la misurazione degli esiti;
- Centralità dei dipartimenti per la gestione delle risorse e dei percorsi clinici;
- Aree per intensità di cura e intensità assistenziale.



3. Organizzazione Dipartimentale di Area Vasta

Il dipartimento rappresenta il modello di gestione operativa delle attività sanitarie con la finalità di assicurare la buona gestione e il governo clinico.

Nel territorio dell'Area Vasta 2 i dipartimenti rappresentano già da tempo un modello radicato di organizzazione.

Nella prospettiva di miglioramento continuo e di consolidamento della loro funzione e di un ulteriore impulso all'attuazione del dipartimento, così come della piena ed effettiva applicazione di tutte le sue funzioni, si rende necessario considerare l'adozione di un modello dipartimentale coerente con la nuova organizzazione di Area Vasta.

Il dipartimento, infatti, deve funzionare non solo come luogo di integrazione e coordinamento, ma anche come luogo di sviluppo delle conoscenze, delle competenze e delle opportunità, elementi questi strategicamente indispensabili ai fini di una prospettiva di sviluppo.

Le finalità perseguite dall'organizzazione dipartimentale possono essere così schematizzate:

- *Sinergie per l'efficacia.* L'integrazione ed il coordinamento delle diverse professionalità, che possono utilizzare risorse da loro scelte ed organizzate, aumenta la probabilità della efficacia terapeutica.
- *Garanzia dell'outcome.* La misura degli esiti dei trattamenti, prevista nell'ambito del Dipartimento, per assicurare i risultati migliori in termini di salute, nel rispetto delle risorse economiche disponibili e tramite l'implementazione e la manutenzione sistematica di linee guida nazionali e internazionali oltre alla Medicina basata sull'evidenza;
- *Continuità delle cure.* I percorsi assistenziali, la presenza di professionisti che hanno condiviso scelte produttive ed organizzative, nonché momenti formativi, favoriscono l'integrazione e la continuità delle cure.
- *Integrazione inter-disciplinare.* La elaborazione condivisa di percorsi assistenziali e linee guida favorisce la reciproca conoscenza e valorizzazione dei professionisti delle diverse discipline, incrementando di conseguenza l'efficacia e l'efficienza.
- *Orientamento al paziente.* Nel dipartimento, la visione complessiva delle problematiche del paziente (garantita dalla presenza di tutte le professionalità necessarie ad affrontarla), favorisce l'impiego di percorsi assistenziali mirati, favorendo l'orientamento al paziente di tutti i processi e la migliore gestione del caso.
- *Aumento della sicurezza per il paziente.* La progettazione di strutture e percorsi integrati, l'impostazione interdisciplinare e multi professionale della cura, l'integrazione ed il coordinamento delle risorse sono componenti importanti di un sistema volto alla sicurezza del paziente.
- *Valorizzazione e sviluppo delle risorse umane.* La crescita professionale e la gratificazione degli operatori sanitari. è sostenuta dal confronto sistematico delle esperienze e dalla condivisione delle conoscenze, attraverso l'elaborazione di percorsi diagnosticoterapeutici, la formazione e l'aggiornamento su obiettivi specifici con verifiche collegiali delle esperienze.
- *Ottimizzazione nell'uso delle risorse.* La gestione comune di personale, spazi e apparecchiature facilita l'acquisizione e la più alta fruizione di tecnologie sofisticate e costose e favorisce l'utilizzo flessibile del personale consentendo soluzioni assistenziali altrimenti non praticabili. Essa permette altresì l'attivazione di meccanismi di economia di scala con la conseguente riduzione della duplicazione dei servizi e razionalizzazione della spesa.

- *Responsabilizzazione economica.* Gli operatori sanitari vengono coinvolti attraverso la gestione diretta del budget assegnato e la loro partecipazione nella realizzazione degli obiettivi del dipartimento. La valutazione del personale sui risultati, con verifiche periodiche, è uno strumento di garanzia per la piena valorizzazione del personale e per l'attuazione di una gestione efficiente.
- *Organizzazione e sviluppo della ricerca.* Amplia le possibilità di collaborazione a progetti di ricerca biomedica e gestionale e favorisce l'applicazione dei risultati nella pratica quotidiana

3.1 Normativa di riferimento

Normativa Nazionale

- DPR 27 marzo 1969, n.128: "Ordinamento interno dei servizi ospedalieri", pur non modificando in modo sostanziale la legge 12 febbraio 1968 n.132, conteneva i primi accenni ad una organizzazione dipartimentale degli ospedali e consentiva, in via discrezionale, la creazione, nell'ambito di ogni ospedale, "di strutture organizzative a tipo dipartimentale tra divisioni, sezioni e servizi affini e complementari al fine della loro migliore efficienza operativa, dell'economia di gestione e del progresso tecnico e scientifico" (art.10).
- Legge 18 aprile 1975, n.148: "Modifica e integrazione dei DDPR nn. 130 e 128. Disciplina sull'assunzione di personale sanitario", introduce ulteriori suggerimenti alla modifica in senso dipartimentale assegnando alle Regioni un ruolo preminente nella promozione ed attuazione e dà facoltà alle amministrazioni di stabilire collegamenti ed integrazioni con istituzioni sanitarie extramurali comprese nell'area di appartenenza dell'ospedale (art.55).
- DM 8 novembre 1976: "Orientamento per l'attuazione delle strutture dipartimentali previste dall'art.55 della legge n.148 del 1975 e loro integrazione con le altre istituzioni sanitarie territoriali", conferisce alle Regioni il compito, attraverso piani regionali, della graduale introduzione del dipartimento con la funzione di "assicurare la convergenza di competenze, di esperienze e risultati nei diversi settori della ricerca, della didattica ed ovviamenti dell'assistenza sanitaria .
- Legge 13 maggio 1978 n.180: "Organizzazione dei servizi psichiatrici sul territorio", stabiliva che le varie strutture ospedaliere e territoriali che operavano nel settore dell'assistenza psichiatrica, al fine di consentire continuità all'intervento sanitario fossero organicamente e funzionalmente collegate in forma dipartimentale (art.6).
- Legge 23 dicembre 1978 n.833: propone il principio dell'organizzazione degli ospedali attraverso i dipartimenti attribuendo alle Regioni il ruolo primario nella regolamentazione. La legge poneva l'accento sulla funzione di coordinamento agevolando l'integrazione di diverse unità, ponendo in contatto i servizi ospedalieri con quelli territoriali, coordinando le competenze dei singoli all' interno dei gruppi di lavoro, integrando le strutture che sul territorio erogavano servizi volti alla salute mentale. Il dipartimento diveniva l'unità operativa elementare degli ospedali
- Legge 23 ottobre 1985 n. 595: "Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-1988", prevedeva regole di organizzazione ospedaliera affidando ai piani regionali la ristrutturazione secondo il modello delle aree funzionali omogenee negli ambiti di medicina, chirurgia e nei vari settori specialistici. Veniva in tal modo introdotto un assetto organizzativo nuovo che andava a sostituire l'ordinamento previsto dalla legge 132.



- DM 13 settembre 1988: "Determinazione degli standards del personale ospedaliero", conteneva indirizzi alle regioni per la riorganizzazione degli ospedali. Il decreto richiamava la natura unitaria delle USL, indicava che la ristrutturazione degli ospedali doveva tener conto del complesso di servizi erogati nel territorio e, nel contempo, indicava che il modello ospedaliero poteva essere esteso ad altri servizi presenti nell'USL, supportando la possibilità di generalizzare il modello dipartimentale e incentivando il compimento del processo di aggregazione per aree funzionali omogenee e la sperimentazione dei dipartimenti.
- Legge 30 dicembre 1991 n.412: "Disposizioni in materia di finanza pubblica", rendeva obbligatoria la ristrutturazione degli ospedali secondo il modello delle aree funzionali omogenee e introduceva il principio di unità operativa dotata di autonomia funzionale in un quadro di integrazione e collaborazione con organi affini e con uso comune delle risorse e anticipava la possibilità di procedere all'integrazione dipartimentale dei servizi sanitari.
- DM. 29 gennaio 1992: "Elenco delle alte specialità e fissazione dei requisiti necessari alle strutture sanitarie per l'esercizio delle attività di alta specialità", nel porre i requisiti per le attività di alta specialità prevedeva che i servizi di cui si compongono fossero accorpati in modo funzionale ed unitario secondo le regole dell'istituzione del dipartimento.
- DPR 27 marzo 1992: "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza", rendeva obbligatoria la costituzione del dipartimento d'emergenza e di accettazione (DEA) in ospedali individuati dalle Regioni e fissava i criteri della sua organizzazione strutturale e la ripartizione delle responsabilità e delle competenze tra gli organi presenti.
- D.lgs 30 dicembre 1992, n.502: "Riordino della disciplina in materia sanitaria ai sensi dell'art. 1 della legge n. 421 del 23 ottobre 1992" e D.lgs. 7 dicembre 1993, n.517: "Modificazioni del D.lgs. 30 dicembre 1992, n.502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria ai sensi dell'art. 1 della legge n. 421 del 23 ottobre 1992" disciplina la creazione del dipartimento di prevenzione quale modello di integrazione di tutti i servizi territoriali sanitari e sociali operanti nel settore della prevenzione (art.7), promuove in modo chiaro l'organizzazione dipartimentale quale elemento essenziale nell'individuazione degli ospedali di rilievo nazionale e di alta specialità e indica alle regioni di riorganizzare tutti i presidi ospedalieri per dipartimenti (art.4).
- Legge finanziaria 28 dicembre 1995, n.549: "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica", sancisce l'organizzazione dipartimentale degli ospedali per evitare disfunzioni e distorto utilizzo di risorse sanitarie.
- D. lgs 19 giugno 1999 n.229: "Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, a norma dell'art.1 della legge 30 novembre 1998, n.419", integra quanto tracciato dal decreto 502 e dal decreto 517 ed indica il modello dipartimentale quale "modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie" a cui debbono uniformarsi ai fini dell'accreditamento presso il SSN (art. 17-bis). L'obbligo è esteso a qualsiasi area territoriale ed amministrativa. Il decreto disciplina alcuni aspetti quali la nomina e le attribuzioni del direttore di dipartimento, l'istituzione del comitato di dipartimento, mentre rinvia alle regioni il compito di disciplinare la composizione e le funzioni del comitato.
- D.lgs. 28 luglio 2000 n° 254: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n.229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero professionale dei dirigenti sanitari", stabilisce l'istituzione del comitato di dipartimento anche quando non sia stato ancora previsto dalle legislazioni regionali, con modalità definite dalle aziende sanitarie.



- Il decreto apporta alcuni importanti elementi fra cui il principio dell'integrazione interdipartimentale in particolare fra dipartimenti ospedalieri e territoriali (art.3) e l'assegnazione di compiti di formazione ai dipartimenti (art.16).
- D.P.C.M. 29 novembre 2001, Definizione dei livelli essenziali di assistenza, che definisce, ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni e dell'articolo 6, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, e conformemente agli Accordi fra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sanciti dalla Conferenza permanente per il rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in data 8 agosto e 22 novembre 2001, i livelli essenziali di assistenza sanitaria di cui agli allegati 1, 2, 3 e 3.1 che costituiscono parte integrante del presente decreto e alle linee-guida di cui all'allegato 4. Il DPCM elenca, negli allegati, le attività e le prestazioni incluse nei Livelli, le prestazioni escluse, le prestazioni che possono essere fornite dal Servizio sanitario nazionale solo a particolari condizioni. In dettaglio: l'allegato 1 riporta le prestazioni erogate dal SSN nelle tre grandi aree di offerta della "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro", dell'"Assistenza distrettuale" e dell'"Assistenza ospedaliera"; l'allegato 2 A elenca le prestazioni escluse dai Lea, gli allegati 2 B e 2 C le prestazioni erogabili in particolari condizioni; l'allegato 3 fornisce indicazioni particolari per l'applicazione dei Lea; l'allegato 4 descrive il ruolo delle Regioni in materia di Lea; l'allegato 5 riporta gli impegni assunti dalle Regioni per la riduzione delle liste di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero

Normativa Regionale

- LR. 20-6-2003 n° 13 come successivamente modificata ed integrata, ed in particolare gli artt.11 e 12;
- DGRM n.54/2004 e DGRM n.866/2004
- P.S.R. 2007/2009 e P.S.S.R. 2012/2014
- Atto Aziendale approvato con determina Asur DG n.89 del 10/3/2005
- DGRM n.17/2011



3.2 Attuale contesto

L'attuale organizzazione dipartimentale prevede quanto di seguito specificato

	Senigallia	Jesi	Fabriano	Ancona
Macro Area Prevenzione				
Dipartimento di Prevenzione	X	X	X	X
Macro Area Territoriale				
Dipartimento Servizi Territoriali			X	
Distretto Unico	X	X	X	
Distretto Nord Ancona				X
Distretto Centro Ancona				X
Distretto Sud Ancona				X
Dipartimento Salute Mentale	X	X	X	
Dipartimento Dipendenze Patologiche	X	X		X
Macro Area Ospedaliera				
Direzione Medica di Presidio	X	X	X	X
Dipartimento Servizi Ospedalieri				X
Dipartimento di Emergenza	X	X	X	
Dipartimento Chirurgico	X	X	X	X
Dipartimento Medico	X	X	X	X
Dipartimento Materno Infantile	X	X	X	X
Dipartimento dei Servizi - Area Diagnostica	X	X	X	
Dipartimento Apparato Locomotore		X		
Altri Dipartimenti				
Servizi infermieristici	X	X	X	X
Macro Area Riabilitativa		X		



3.3 La nuova organizzazione dipartimentale

Il Dipartimento viene individuato quale organizzazione integrata di Unità Operative omogenee, affini o complementari, ciascuna con obiettivi specifici e che concorrono al raggiungimento di comuni obiettivi.

Nella nuova organizzazione in Area Vasta, la tipologia di riferimento sarà quella di “Dipartimenti Strutturali”, caratterizzati cioè dall’omogeneità, sotto il profilo delle attività o delle risorse umane e tecnologiche impiegate, delle unità organizzative di appartenenza (criterio centrato sulla produzione sanitaria); il termine strutturale viene inteso come aggregazione fisico-fisica (ove possibile e consentito) di unità con collocazione nella stessa area; con la gestione comune delle risorse umane, degli spazi, delle risorse tecnico-strumentali ed economiche assegnate.

Da più parti è stato sottolineato il rischio che il dipartimento possa garantire solo un’integrazione fisica ed organizzativa, senza assicurare, nel contempo, il raggiungimento di un’integrazione culturale e clinica.

Non deve essere quindi trascurato il rischio che la dipartimentalizzazione possa costituire solo un atto formale volto a soddisfare le disposizioni normative, nazionali e regionali, o che la scelta possa essere condizionata dalla unica volontà di conferire alla propria organizzazione una immagine più moderna, più professionale e, quindi, più prestigiosa; per quanto l’adozione del modello dipartimentale comporti tutti questi aspetti, tuttavia essi non ne costituiscono le finalità.

I Dipartimenti strutturali, tuttavia, non sono in grado di fornire una risposta esaustiva a tutti i bisogni che la nuova organizzazione richiede. E’ pertanto necessario introdurre la possibilità di aggregare servizi e funzioni peculiari interne o anche trasversali a più dipartimenti, individuando “Dipartimenti funzionali” e affidandone la responsabilità a dirigenti qualificati.

* Per dipartimento funzionale (“Dipartimento funzionale d’ambito provinciale”) si intende un dipartimento che dia risposte cliniche complesse in cui le risorse del sistema devono essere condivise al fine di produrre un efficace ed efficiente soddisfacimento della domanda

Le peculiarità dei Dipartimenti Organizzativi sono:

- Costituiti da UU.OO. omogenee per produzione sanitaria
- Finalità -> Efficienza ed appropriatezza organizzativa
- Il dipartimento strutturale presidia:
 - budget dipartimentale
 - organici
 - attrezzature
 - obiettivi di attività

Le peculiarità dei Dipartimenti Funzionali sono:

- Costituiti da UU.OO. e/o funzioni interdisciplinari, che possono appartenere contemporaneamente a dipartimenti organizzativi diversi
- Finalità -> Governo dei percorsi assistenziali

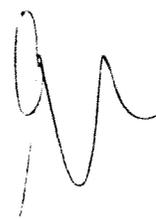
A tal fine, al dipartimento funzionale vengono assegnati obiettivi di:

- Recepimento e adattamento di Linee Guida
- Sviluppo e governo dei Percorsi Assistenziali
- Ricerca Clinica
- Analisi e contenimento dei costi per processo, sperimentando modelli di Activity Based Costing (ABC)

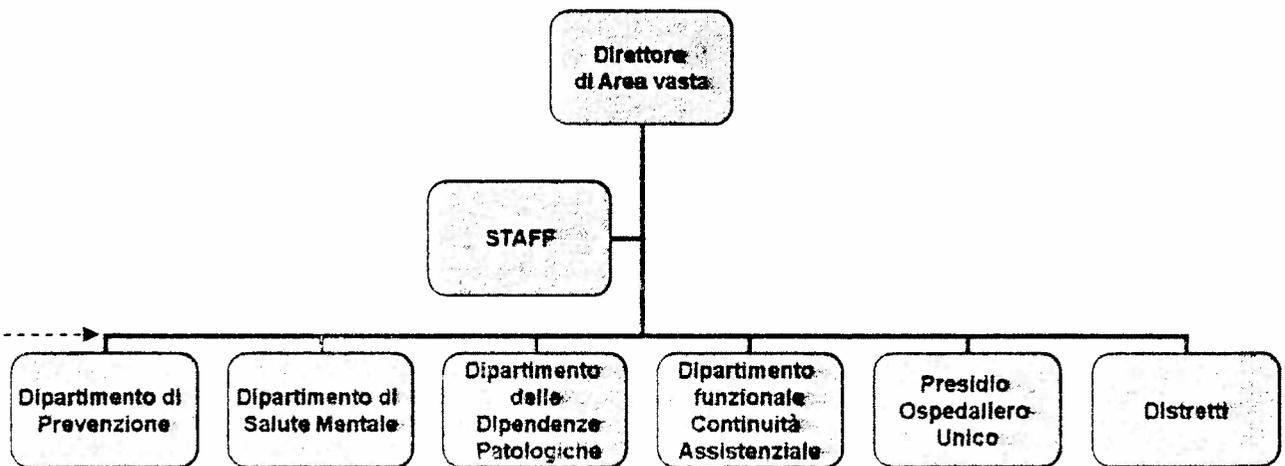
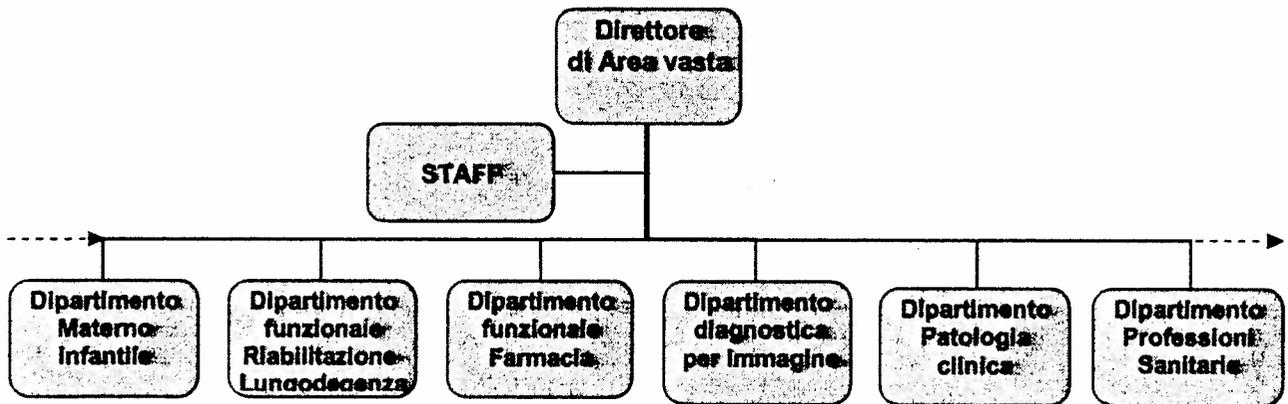
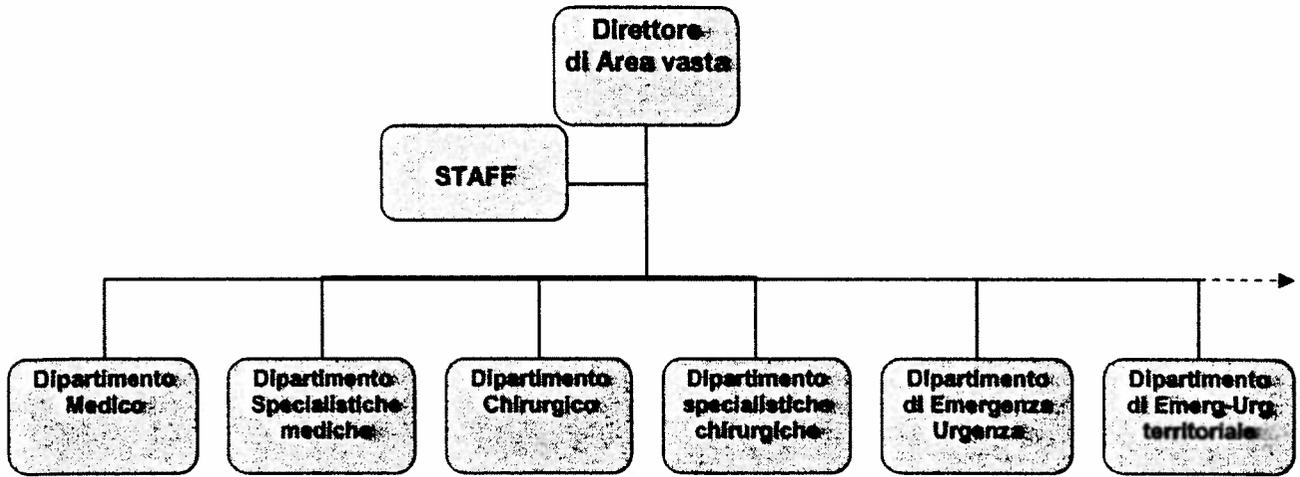
Sono inoltre “DINAMICI” e la loro composizione e il loro numero può subire delle variazioni nel tempo a seconda delle priorità di salute.



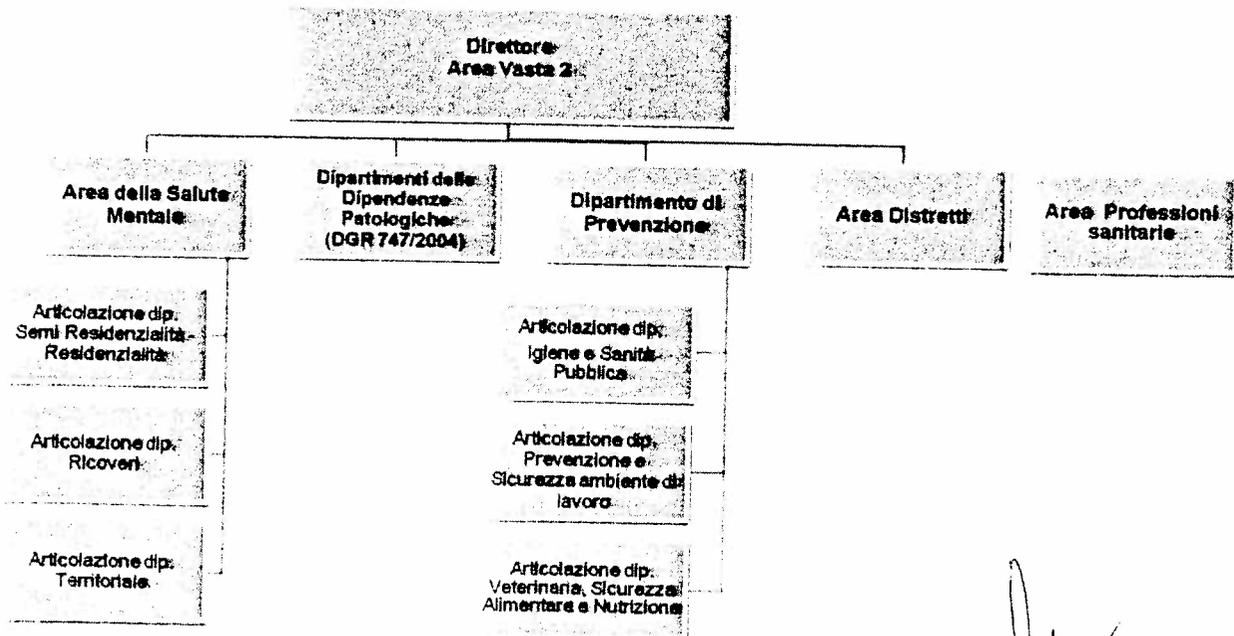
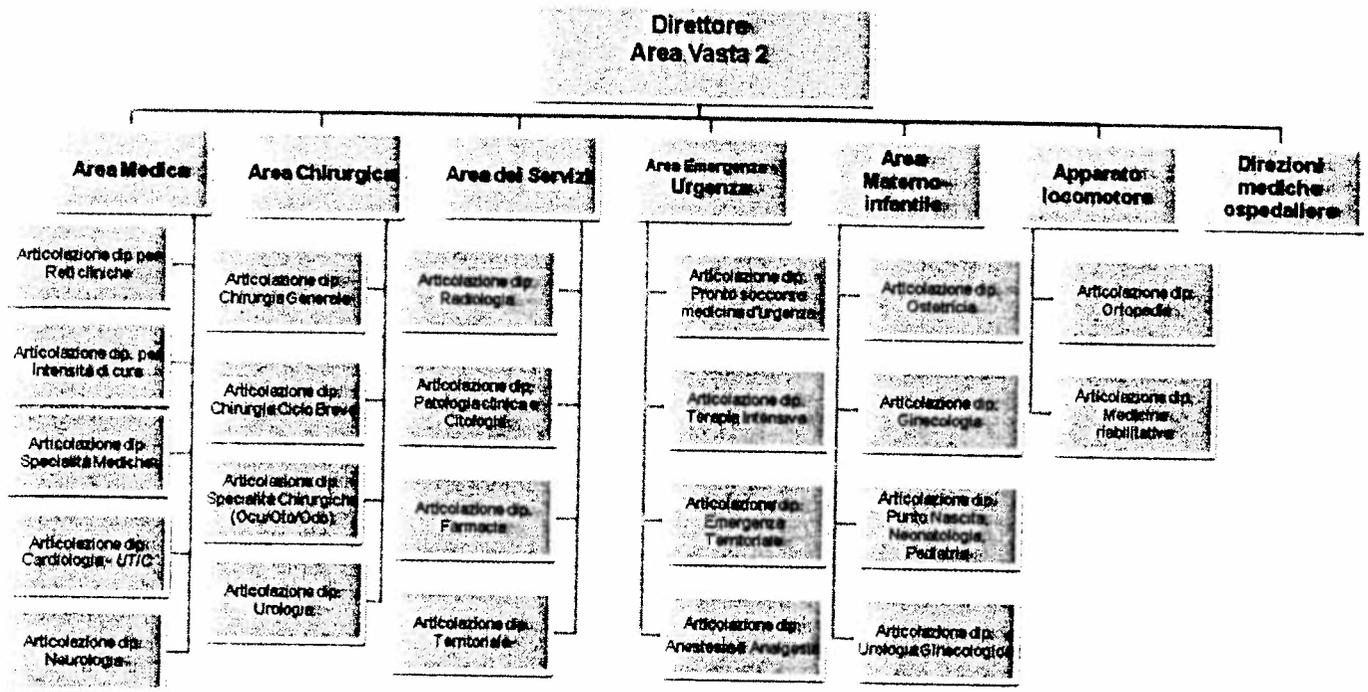
In ogni caso, la costituzione di Dipartimenti funzionali, non comporta e non può comportare oneri aggiuntivi a carico del Bilancio Aziendale.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive script that appears to be the initials 'AM'.

La nuova organizzazione Dipartimentale AV2 - Area Sanitaria



Articolazioni Dipartimentali – Area Sanitaria -



4. Macroarea Prevenzione

4.1 La rete della prevenzione collettiva, veterinaria e alimenti: riferimenti normativi

In base alla L.R. 17/2011:

- Il dipartimento di prevenzione è la struttura preposta all'organizzazione ed alla promozione della tutela e della salute della popolazione, attraverso azioni tendenti a conoscere, prevedere e prevenire gli infortuni e le cause di malattia.

In particolare il dipartimento di prevenzione:

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

4.2 La nuova organizzazione del Dipartimento di Prevenzione

L'attuale strutturazione organizzativa dei Dipartimenti di Prevenzione, ben consolidata e collaudata nel tempo, ha consentito e consente una capillare e radicata presenza dei Servizi sul territorio, condizione essenziale per far fronte e soddisfare appieno i bisogni di salute espressi dalla popolazione.

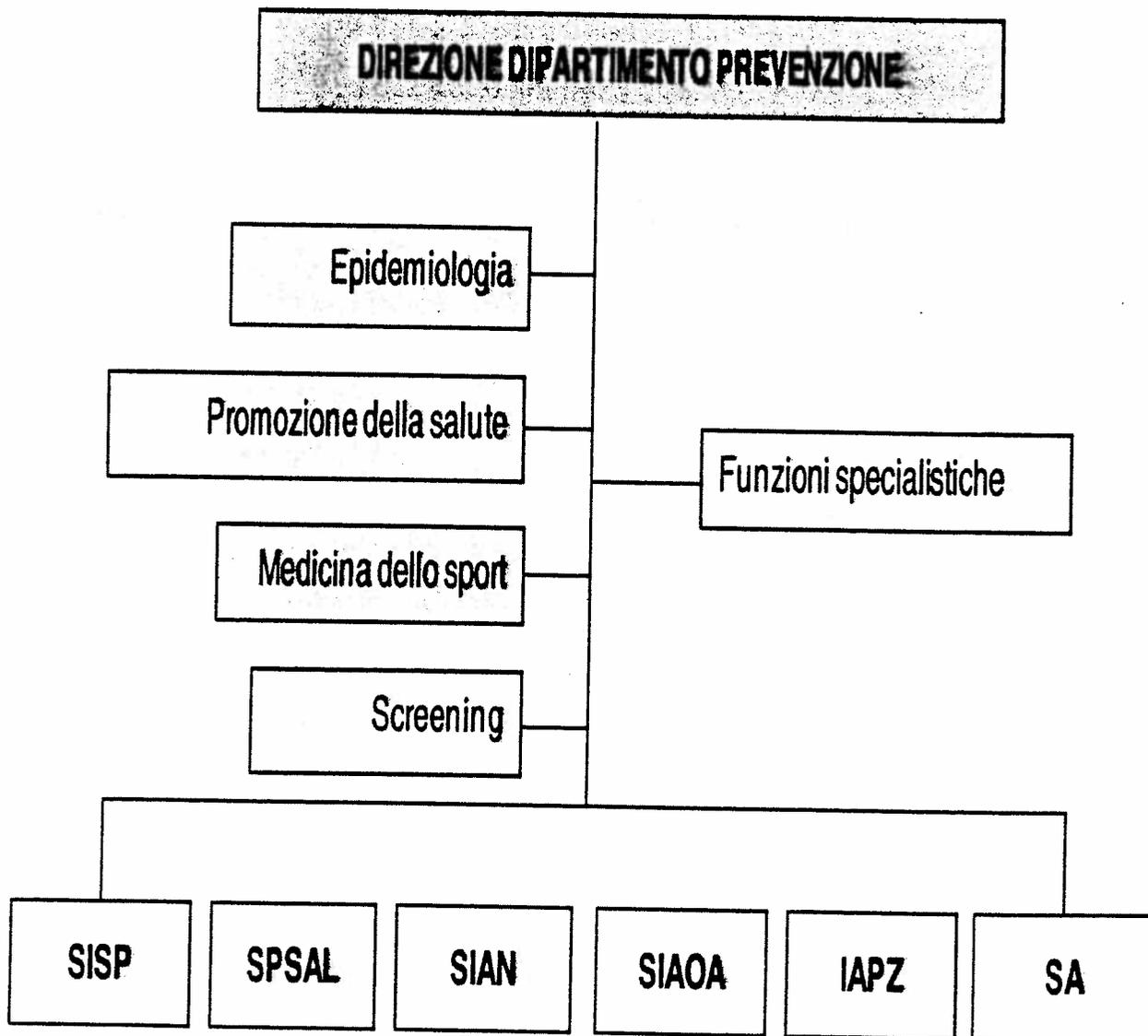
Occorre considerare che l'Area Vasta 2, in ambito regionale, è quella contraddistinta dalla popolazione più consistente (494.522); non vanno pertanto sottovalutati i rischi e le criticità che una spinta troppo radicale e repentina alla modifica organizzativa della rete della prevenzione potrebbe far emergere, penalizzando l'efficacia degli interventi che, necessariamente, devono mantenere una coerenza di intenti sull'intero territorio.

Andrà pertanto garantita, soprattutto nella fase di riassetto, l'efficacia degli interventi sul territorio con dirigenti adeguati per numero e formazione.

D'altro canto una nuova strutturazione organizzativa di Servizi, ciascuno con specifiche peculiarità, impone la necessità di conciliare esigenze di integrazione a livello di Area Vasta nonché la definizione di strumenti operativi condivisi e modelli organizzativi tali da garantire, oltre alla omogeneità ed uniformità di interventi, il necessario decentramento operativo dei servizi sul territorio.

Sulla base di questa considerazione si ritiene, come condizione essenziale per il mantenimento della governance territoriale, di dover prevedere almeno le seguenti strutture organizzative (vedi tabella).





[Handwritten signature]

5. Macroarea Territorio Area Vasta 2

5.1 La rete territoriale e socio-sanitaria: riferimenti normativi

Art. 13 Legge 30 giugno 2003 n. 13, e s.m.i (Direttore di distretto)

1. Il direttore di distretto è nominato dal direttore di **area vasta** tra soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 20, comma 6, della l.r. 17 luglio 1996, n. 26 (Riordino del servizio sanitario regionale) ed è responsabile del raggiungimento degli obiettivi e dell'uso razionale del complesso delle risorse assegnate al distretto in sede di negoziazione del budget

In particolare:

a) è responsabile dell'integrazione operativa tra le attività sanitarie di **area vasta** per le attività a valenza distrettuale;

b) predispose gli strumenti attuativi dei programmi delle attività distrettuali;

c) partecipa alle attività di programmazione **di area vasta**;

d) è responsabile del budget assegnato al distretto, che gestisce in conformità alle disposizioni del direttore di **area vasta**;

e) propone al direttore di **area vasta** accordi di programma e protocolli d'intesa con il Comitato dei Sindaci di cui all'articolo 22 per la gestione unitaria dei programmi operativi e delle risorse finanziarie ed umane, anche al fine di pervenire a modalità unificate di accesso alla rete dei servizi territoriali.

2. Il direttore di distretto esercita le proprie funzioni in collaborazione con il coordinatore di ambito sociale; **entrambi sono corresponsabili dell'integrazione operativa** in conformità agli indirizzi programmatici e nei limiti delle risorse disponibili.

3. Nella definizione dei servizi e delle prestazioni necessarie al miglioramento dello stato di salute della popolazione interessata, nell'attività di monitoraggio delle iniziative previste dal programma delle attività distrettuali, nonché nelle negoziazioni con il direttore di **area vasta**, il direttore di distretto è coadiuvato dall'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, la cui composizione è prevista nell'atto aziendale di cui all'articolo 5.

5.2 La rete territoriale e socio-sanitaria: concetti chiave

Nell'attuale processo di profonda trasformazione culturale, economica e sociale dei bisogni di salute della collettività il **distretto rappresenta lo strumento centrale e strategico per l'identificazione dei servizi nel nuovo sistema di welfare.**

Il **baricentro** del sistema sanitario italiano si sta spostando sempre di più dall'ospedale al territorio, per offrire una risposta adeguata ai bisogni di salute conseguenti l'aumento delle patologie cronico-degenerative e quelle a compartecipazione sociale.

Già nella **dichiarazione di Alma Ata del 1978** al capitolo V: "l'assistenza sanitaria primaria è la chiave per conseguire l'obiettivo salute", aggiunge al VI capitolo che: "è solo nel territorio che si può raggiungere la più completa integrazione sanitaria e sociale delle comunità"

Il distretto come anello irrinunciabile della filiera del welfare con il ruolo che va dalla produzione di cure primarie e intermedie, al governo della domanda ponendosi come filtro regolatore dell'accesso alle strutture ospedaliere.



5.3 Situazione attuale

Ex Zona	Abitanti	N. Distretti	UOC	UOS
Senigallia	80.048	1	3	4
Jesi	109.522	1	3	7
Fabriano	48.584	1	2	3
Ancona	256.368	3	3	12

Ex Zona	Distretto	Pop. Totale	≥ 65 anni	Indice di vecchiaia
Senigallia	DISTRETTO UNICO SENIGALLIA	80.048	19.003	1,86
Jesi	DISTRETTO UNICO JESI	109.522	25.244	1,71
Fabriano	DISTRETTO UNICO FABRIANO	48.584	11.278	1,73
Ancona	DISTRETTO ANCONA CENTRO	102.997	24.833	1,91
	DISTRETTO ANCONA NORD	71.233	15.386	1,57
	DISTRETTO ANCONA SUD	82.138	16.916	1,41
AV2		494.522	112.660	1,70

5.4 Obiettivi DGR 784/2012: implementazione delle strutture intermedie e potenziamento delle cure primarie

- Governo della domanda
- Implementazione delle strutture intermedie e potenziamento delle cure primarie
- Riassetto e sviluppo della rete assistenziale residenziale e semiresidenziale
- Assicurare un PUNTO UNICO DI ACCESSO
- Garantire continuità assistenziale h 24 7/7 giorni
- Organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino
- Rafforzare l'integrazione con l'ospedale (dimissioni protette)
- Migliorare la presa in carico integrata dei pazienti con problemi di cronicità
- Sviluppare programmi di prevenzione
- Promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini



5.5 Linee di intervento

Obiettivo prioritario non potrà essere altro che quello di ritardare la manifestazione dei sintomi relativi alla cronicità e soprattutto evitare che i medesimi si appalesino attraverso un ricovero ospedaliero con ciò generando:

- maggiori costi
- peggiori esiti
- elevato impatto sociale sulle famiglie che si trovano ad affrontare nel giro di poche ore/giorni situazioni emergenziali

Alla luce di queste analisi si intende sviluppare il sistema territoriale attraverso il perseguimento dei seguenti obiettivi:

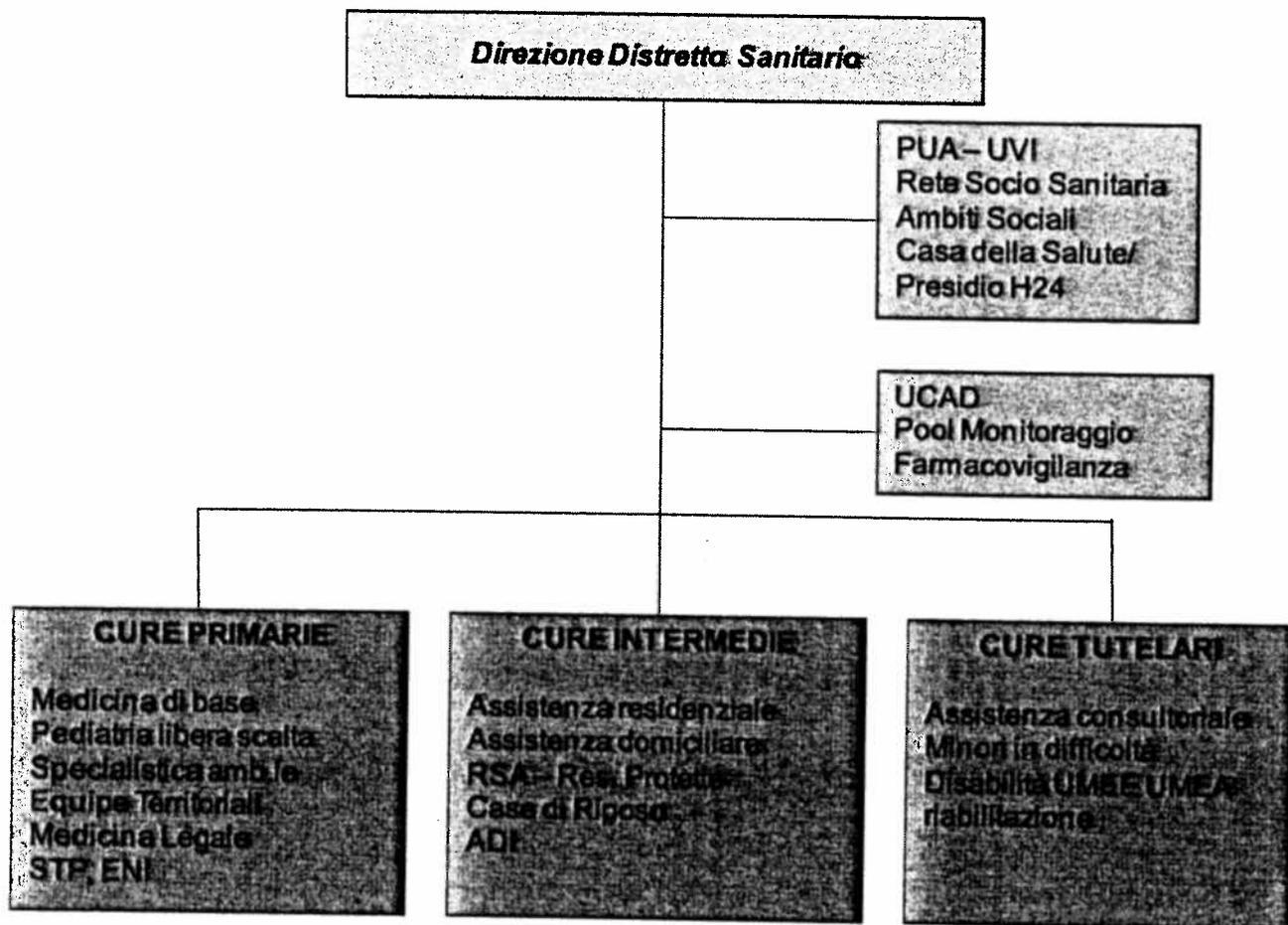
- rafforzamento del livello della integrazione territoriale,
- omogeneizzazione delle procedure organizzative e gestionali,
- sviluppo delle case della salute,
- riorientamento della rete delle cure intermedie,
- promozione di modelli di sviluppo delle cure primarie tese alla
- implementazione della medicina di iniziativa secondo community oriented primary care,
- presidio delle interfacie di sistema con particolare riferimento a quella ospedale – territorio,

In tal senso vengono individuate le seguenti linee di intervento:

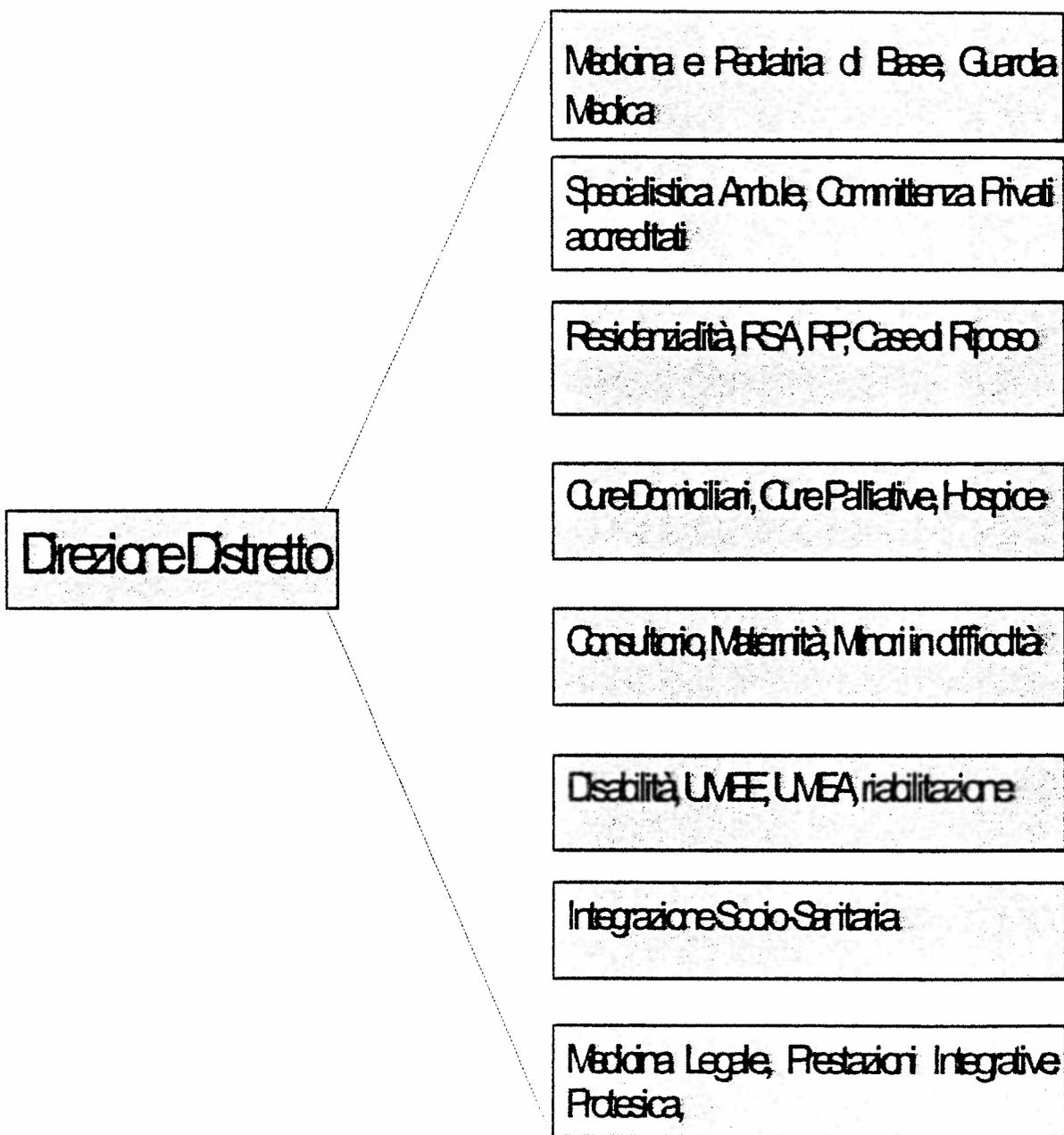
- Rideterminazione del numero dei distretti in ottemperanza alla DGRM 928 del 27/06/2012, e quindi **realizzazione di 1 distretto** (con un proprio direttore) coincidente con l'ambito territoriale **per ciascuna delle 4 ex zt dell'av2**;
- Riorganizzazione e ottimizzazione dei **percorsi** e dei **processi assistenziali** previsti a livello territoriale e che impattano sull'utilizzo delle risorse umane.
- Riorganizzazione **dell'offerta di alcune discipline specialistiche** (es. cardiologia) al fine di rendere più equa e omogenea l'offerta anche in relazione alle strutture intermedie da realizzare (casa della salute)
- Proposta di istituzione del **Dipartimento Funzionale di Continuità assistenziale** tra l'AV2 e l'AOU Ospedali Riuniti di AN e INRCA, costituito dai Distretti, da MMG, dalle Unità Operative di Geriatria, Medicina, Medicina Sub/acuzie e LPA, Hospice, Riabilitazione, residenzialità pubblica e privata, ADI, al fine di facilitare la presa in carico dei soggetti fragili anziani e disabili.
- Realizzazione di un **Piano di committenza** integrato e legato all'analisi dei bisogni di salute



5.6 La rete territoriale e socio-sanitaria



Al fine di migliorare l'equità nell'accesso, l'omogeneità nell'offerta e l'appropriatezza delle risposte distrettuali si definisce il set minimo di aree/funzioni/servizi suscettibili di pianificazione e raccordo in Area Vasta.



6. Dipartimento di Salute Mentale: linee di intervento

La strategia prevede una riqualificazione delle strutture esistenti, un utilizzo delle stesse per intensità di cura, un diverso dimensionamento dei posti letto, in modo di poter aumentare la massa critica di domanda /offerta di servizi e di concentrare le attività per ottenere economie nella gestione del personale. Ciò posto le linee di intervento saranno:

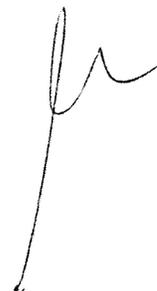
1. Istituzione di un **unico dipartimento di DSM in AV**
2. Riorganizzazione territorialità in AV2
3. Analisi di fattibilità dello spostamento dei pl SPDC ASUR dall'AOU Ospedali Riuniti AN all'AV2 (i pl SPDC della ex ZT7 sono dentro l'AOU Ospedali Riuniti AN, il dipartimento di salute mentale della ex zt7 è di tipo interaziendale)
4. Valutazione dell'eventuale dislocazione sede Centro di Detossificazione (riferimento regionale c/o l'Azienda AOU Ospedali Riuniti di AN)
5. Riorganizzazione CSM e servizi territoriali
6. Riorganizzazione Residenzialità e Semiresidenzialità

7. Dipartimento Dipendenze Patologiche

La DA 80/2012 modifica la LR 13/03 e smi, attribuendo ai Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche la competenza territoriale di AV.

Ciò si concretizza, in ottemperanza alla normativa, con l'istituzione di un unico dipartimento per AV con un coordinatore a cui è affidato l'intero budget del dipartimento composto dal sistema residenziale, dai farmaci, dai progetti e dal personale.

Il coordinatore sarà coadiuvato dal Comitato di dipartimento in cui è presente il privato sociale.



8. Macroarea Ospedale Area Vasta n. 2

8.1 Contesto di riferimento

Area Vasta 2

Residenti: 494.522

21,8% età > 65 aa (Fabriano ed area interna Senigallia)

Indice di vecchiaia: 1,72 (valore medio regionale 1,69)

Presidio Ospedaliero unico ASUR : 1.008 pl

Altre Aziende Ospedaliere e Strutture Private Accreditate

AO Ospedali Riuniti An: 965 pl

INRCA: 196 pl

Case di cura private: 388 pl

8.2 Fabbisogno globale di prestazioni ospedaliere in AV2

	Ordinari	%	peso ord	% Lea	Dh	%	peso dh	% Dh/ Totale	Totale Ricoveri	%
Residenti nelle strutture di AV2	59.129	64,6%	1.054	22,9	17.764	59,3%	0,753	23,1%	76.893	63,3
Mobilità attiva intraregione	16.159	17,7%	1.333	22,3	6.145	20,5%	0,737	27,6%	22.304	18,4
Mobilità attiva extraregione	7.138	7,8%	1.237	27,1	2.325	7,8%	0,815	24,6%	9.463	7,8
Produzione reale	82.426	90,1%	1.124	23,2	26.234	87,6%	0,755	24,1%	108.660	89,5

Mobilità passiva intraregione	3.769	4,1%	0,975	35,1	1.796	6,0%	0,737	32,3%	5.565	4,6
Mobilità passiva extraregione	5.308	5,8%	1,267	35,5	1.907	6,4%	0,815	26,4%	7.215	5,9
Produzione potenziale	9.077	9,9%	1,148	35,3	3.703	12,4%	0,777	29,0%	12.780	10,5

Fabbisogno Globale AV2	91.503	100,0%	1,126	24,4	29.937	100,0%	0,766	24,7%	121.440	100,0
-------------------------------	---------------	---------------	--------------	-------------	---------------	---------------	--------------	--------------	----------------	--------------

	Offerta Attuale		
	Acuti Ord. e DH (a)	Post Acuzie/ Riabilitazione e Lungodegenza (b)	Totale (a) + (b)
Posti letto	2.171	386	2.557
Ricoveri Totali	104.472	4.188	108.660

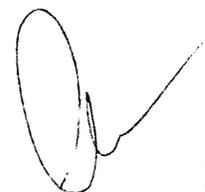
	Modello rete integrata a tendere		
	Acuti Ord. e DH (a)	Post Acuzie / Lungodegenza e Riabilitazione (b)	Totale (a) + (b)
Posti letto	1.956	484	2.440
Ricoveri Totali	97.754	7.307	105.061
Δ finale PL	-215	98	-117

Il delta finale di posti letto (-117 PL) sarà a carico dell'AOU (-31 PL), ASUR (-31 PL), Case di Cura Private (-55 PL)

8.3 Attività Presidi Ospedalieri Area Vasta 2

Ricoveri per acuti - Anno 2011

Struttura	Dimessi	Peso M	Dege m	DRG C	DRG M	% DRG C/Tot DRG
Totale Ospedali di RETE	35.159	0,9165	6,2	12.835	22.323	37%
OSPEDALI RIUNITI - JESI	13.081	0,9870	6,8	4.943	8.138	38%
OSPEDALE CIVILE - SENIGALLIA	10.740	0,8954	6,9	3.749	6.990	35%
OSPEDALE CIVILE "E.PROFILI" - FABRIANO	6.941	0,9270	4,9	2.725	4.216	39%
OSP."S.S. BENVENUTO E ROCCO" - OSIMO	4.397	0,8017	5,0	1.418	2.979	32%
Totale Ospedali di POLO	2.996	0,9285	5,9	1.096	1.900	37%
OSPEDALE "SANTA CASA" - LORETO	1.396	0,9361	4,3	672	724	48%
OSPEDALE "M. MONTESSORI" - CHIARAVALLE	922	0,9410	6,2	423	499	46%
OSPEDALE GENERALE DI ZONA - CINGOLI	678	0,8955	8,8	1	677	0%
Totale STRUTTURE PRIVATE	6.782	0,7781	2,8	5.716	1.066	84%
CASA DI CURA PRIVATA "VILLA IGEA" - ANCONA	4.649	0,7756	2,4	4.183	466	90%
CASA DI CURA VILLA SERENA - JESI	1.978	0,8076	3,2	1.533	445	78%
CASA DI CURA "VILLA SILVIA" - SENIGALLIA	155	0,4773	10,9		155	0%



Ricoveri post acuzie - Anno 2011

LUNGODEGENZA

Totale Strutture AV2	Dimessi	Dege m
	1.628	33,9
OSPEDALE CIVILE - SENIGALLIA	212	34,7
OSPEDALE CIVILE "E.PROFILI" - FABRIANO	197	13,8
OSPEDALE GENERALE DI ZONA - CINGOLI	189	34,8
OSPEDALE "SANTA CASA" - LORETO	155	17,5
OSPEDALE "M. MONTESSORI" - CHIARAVALLE	106	25,8
CASA DI CURA VILLA JOLANDA - MAIOLATI SPONTINI	366	50,8
CASA DI CURA VILLA SERENA - JESI	202	42,0
CASA DI CURA PRIVATA "VILLA IGEA" - ANCONA	111	38,0
CASA DI CURA "VILLA SILVIA" - SENIGALLIA	90	20,1

RIABILITAZIONE

Totale Strutture AV2	Dimessi	Dege m
	1.398	28,0
OSPEDALI RIUNITI - JESI	27	41,1
OSPEDALE S.ANTONIO ABATE - SASSOFERRATO	210	27,9
CASA DI CURA "VILLA SILVIA" - SENIGALLIA	444	26,3
CENTRI SANIT. S.STEFANO -VILLA ADRIA - ANCONA	413	36,7
CASA DI CURA VILLA SERENA - JESI	304	17,8

8.4 Presidio Ospedaliero Unico AV2

Comprende i 4 ex Ospedali di rete di Fabriano, Osimo e Senigallia, oltre agli ex Ospedali di Polo di Loreto, Cingoli e Chiaravalle. Nelle sedi del Presidio Unico incidenti con gli ex Ospedali di rete sono racchiuse molte delle funzioni specialistiche più complesse dell'AV2, in tal senso, non è prevista nella riorganizzazione, una variazione significativa dei PL totali.

Infatti modesta e sostenibile appare la riduzione e/o riconversione di pl di acuti in LPA presso gli Ospedali di Fabriano, Senigallia, Jesi ed Osimo.

Nella sede del Carlo Urbani di Jesi, ultimato il trasferimento delle UU.OO, è previsto il completamento del progetto denominato "ospedale modello", con una riorganizzazione per **intensità di cura**, riferimento per tutte le sedi del Presidio Unico.

Nel Presidio ospedaliero unico si procederà alla riorganizzazione per garantire la **continuità assistenziale**.

A tal fine si potrà procedere alla riorganizzazione di alcune attività specialistiche, concentrando la **degenza H24**, anche in unica sede, nonché organizzando le degenze per **intensità assistenziale**.

8.4.1 Presidio Ospedaliero Unico AV2 - Fabriano

Mantenimento delle funzioni clinico-assistenziali (Medicina generale, chirurgia generale, nefrologia, oculistica, odontostomatologia, ortopedia-traumatologia, ginecologia-ostetricia, ORL, pediatria, urologia, terapia intensiva rianimazione, cardiologia, UTIC, oncologia DH,, diagnostica per immagini, patologia clinica, DEA I livello) e implementazione della lungodegenza, delle attività ambulatoriali, quest'ultime nel rispetto dell'appropriatezza delle prescrizioni e dei codici di priorità.

Potenziamento delle reti cliniche e dei percorsi assistenziali di cura in ottica dell'Area Vasta

8.4.2 Presidio Ospedaliero Unico AV2 - Jesi

Mantenimento delle funzioni clinico-assistenziali (Medicina generale, chirurgia generale, nefrologia, neurologia, oculistica, odontostomatologia, ortopedia-traumatologie, ginecologia-ostetricia, ORL, pediatria, psichiatria, urologia, terapia intensiva rianimazione, cardiologia, UTIC, Medicina d'Urgenza, dermatologia, rieducazione funzionale, oncologia DH, pneumologia, reumatologia clinica, diagnostica per immagini, patologia clinica, DEA I livello) e implementazione delle attività ambulatoriali, quest'ultime nel rispetto dell'appropriatezza delle prescrizioni e dei codici di priorità.

Tutto ciò in continuità a quanto messo in atto nel tempo, infatti diverse UU.OO. sono state accorpate ad altre UU.OO. dello stesso dipartimento in maniera tale da ottimizzare le risorse umane (es. nefrologia-BPN, ortopedia-urologia, ostetricia-ginecologia, neuro riabilitazione-neurologia, ORL-oculistica-chirurgia) anche nell'ottica del percorso per intensità di cura e di assistenza. Ad oggi, tranne la Clinica Reumatologica, non esistono UU.OO. con meno di 20 posti letto.

8.4.3 Presidio Ospedaliero Unico AV2 - Osimo

Mantenimento delle funzioni clinico-assistenziali (Medicina generale, chirurgia generale, ginecologia-ostetricia, ORL, pediatria, pneumologia, diagnostica per immagini, patologia clinica, Pronto Soccorso) implementazione della lungodegenza, delle attività ambulatoriali, quest'ultime nel rispetto dell'appropriatezza delle prescrizioni e dei codici di priorità .

Tale strategia trova continuità con gli interventi di riorganizzazione che si sono attuati nel tempo nel presidio di Osimo:

- favorendo l'integrazione di attività di discipline diverse, non strutturate nel Presidio. In particolare ciò si è potuto realizzare per l'area chirurgica relativamente all'ORL (mediante professionisti del territorio), con l'oculistica (mediante professionisti in convenzione con gli Ospedali Riuniti AN) al pari dell'area medica per le attività di gastroenterologia.
- favorendo l'integrazione Osimo-INRCA per Urologia e Pneumologia
- lavorando in termini di intensità di cure (AFO medica e AFO chirurgica) con creazione di UO a bassa intensità di assistenza a ciclo diurno.

8.4.4 Presidio Ospedaliero Unico AV2 - Senigallia

Mantenimento delle funzioni clinico-assistenziali (Medicina generale, chirurgia generale, nefrologia, neurologia, oculistica, odontostomatologia, ortopedia-traumatologie, ginecologia-ostetricia, ORL, pediatria, neonatologia, psichiatria, terapia intensiva rianimazione, cardiologia, UTIC, Medicina d'Urgenza, oncologia DH, diagnostica per immagini, patologia clinica, DEA I), implementazione della lungodegenza, delle attività ambulatoriali, quest'ultime nel rispetto dell'appropriatezza delle prescrizioni e dei codici di priorità.



Tale strategia trova continuità con gli interventi di riorganizzazione che si sono attuati nel tempo. Infatti il presidio di Senigallia si è riorganizzato riconvertendo le degenze ordinarie in degenze brevi e dh e attività ambulatoriali, accorpando più discipline in uniche degenze, seguendo le linee guida più avanzate in termini di appropriatezza dei regimi di assistenza ed appropriatezza organizzativa, tant'è che allo stato attuale nessuna disciplina ha posti letto esclusivamente dedicati ad eccezione della Degenza post Acuzie che assorbe comunque pazienti post acuti di tutte le discipline.

8.4.5 Presidio Ospedaliero Unico AV2 - Loreto

Il presidio troverà naturale evoluzione in Casa della Salute ad alta complessità / Presidio territoriale H24.

Compatibilmente con le disposizioni regionali è dotato di:

- Funzioni di Medicina Post acuzie consentendo le funzioni di ricovero diretto *per le patologie tipiche della struttura.*
- Mantenimento attività Blocco Operatorio, con funzione di Day Surgery multi specialistico e One Day Surgery (Chirurgia generale, Ortopedia, Odontoiatria, e altre specialistiche in collaborazione con i professionisti delle chirurgie in AV ed eventualmente Azienda Ospedali Riuniti)
- Implementazione attività chirurgica ambulatoriale con pl tecnici
- Mantenimento PPI con mantenimento della POTES Medicalizzata Osimo/Loreto e revisione della POTES infermieristica Osimo/Loreto al fine di allocare meglio le risorse presso il PPI di Loreto e PS di Osimo.
- Mantenimento della funzione diagnostica per Immagini in particolare dedicata alla mammografia per screening /clinica tumore al seno
- Mantenimento del Punto Prelievi
- Mantenimento funzione Hospice e implementazione funzione DH
- Mantenimento/potenziamento degli attuali Ambulatori e Servizi (andando così incontro alla necessità di ridurre le liste di attesa del territorio): Ambulatorio Cardiologico, Ambulatorio Chirurgico, Ambulatorio Ortopedico, Oculistica, Ginecologia, Dermatologia, Riabilitazione ambulatoriale e territoriale , terapia del dolore
- Ambulatori dei medici di MMG e mantenimento del medico di continuità assistenziale.

8.4.6 Presidio Ospedaliero Unico AV2 - Chiaravalle

Il presidio troverà naturale evoluzione in Casa della Salute ad alta complessità / Presidio territoriale H24.

Compatibilmente con le disposizioni regionali è dotato di:

- Potenziamento delle funzioni di LPA al fine di poter favorire le dimissioni dalle UUOO per acuti dell'Ospedale di Jesi, Senigallia, INRCA e l'AOU Ospedali Riuniti di Ancona
- Mantenimento attività Blocco Operatorio, con funzione di Day Surgery multispecialistico (Chirurgia generale, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, e altre specialistiche in collaborazione con i professionisti delle chirurgie in AV)
- Implementazione attività chirurgica ambulatoriale con pl tecnici
- Mantenimento funzione Hospice e implementazione suo utilizzo dal territorio AV
- Potenziamento ambulatorio infermieristico/trasformazione PPI in modello sperimentale h12 di ambulatorio medico e infermieristico per patologie concordate al fine di smaltire i triage bianchi e verdi dei PS vicini;
- Revisione posizionamento POTES medicalizzata in AV2
- Mantenimento della funzione diagnostica per Immagini h12



- Mantenimento del Punto Prelievi con potenziamento trasporti campioni biologici sul presidio Jesino.
- Mantenimento/potenziamento degli attuali Ambulatori e Servizi (andando così incontro alla necessità di ridurre le liste di attesa del territorio): Ambulatorio Cardiologico, Ambulatorio Chirurgico, Ambulatorio Ortopedico, Oculistica, Ginecologia, Dermatologia, ORL, Riabilitazione ambulatoriale e territoriale e di tutti i servizi del distretto e del dipartimento di prevenzione (es vaccinazioni, UMEE, consultorio)
- Mantenimento del medico di continuità assistenziale.

8.4.7 Presidio Ospedaliero Unico AV2 -Cingoli

Il presidio troverà naturale evoluzione in Casa della Salute ad alta complessità / Presidio territoriale H24.

Compatibilmente con le disposizioni regionali è dotato di:

- Funzioni di Medicina Post acuzie consentendo le funzioni di ricovero diretto *per le patologie tipiche della struttura*.
- Mantenimento PPI
- Mantenimento della funzione diagnostica per Immagini
- Mantenimento/potenziamento degli attuali Ambulatori e Servizi (andando così incontro alla necessità di ridurre le liste di attesa del territorio);
- utilizzo di tecnologie automatizzate in laboratorio analisi con personale adeguatamente formato
- maggiore integrazione con le cure primarie (già presenti con ambulatori i MMG e PLs)
- Mantenimento POTES

8.4.8 Struttura di Sassoferrato

La struttura troverà naturale evoluzione in Casa della Salute a media complessità. Infatti già è completamente riconvertito in posti letto di riabilitazione e in RSA; verrà potenziata la riabilitazione e, compatibilmente con le prossime disposizioni regionali le funzioni ricomprese in questo livello assistenziale.

8.5 Focus - Laboratorio analisi -Definizione degli assetti

Sulla base delle indicazioni regionali si prevede un sistema a rete di laboratori (modello “hub and spoke”) fortemente integrati e flessibili dal punto di vista operativo tramite il supporto informatico; questo segue un principio di accorpamento per volumi di attività tali da costituire masse critiche di esami che garantiscano economicità, efficacia, efficienza e qualità al sistema.

L’obiettivo è quello di centralizzare la normale attività di routine garantendo, in relazione alle attività svolte presso le piccole strutture ospedaliere, nelle modalità più appropriate, attività o funzioni di diagnostica di base o di urgenza.

Centralizzazione graduale della principale attività di routine in unico laboratorio con trasporto di tutti i campioni al laboratorio unico, previo adeguato potenziamento della logistica e, in fase di avvio, alcune linee produttive (es. Iesi-Ancona, ecc.)

Ove insiste il PPI, nelle ore non coperte dalla presenza attiva di personale di laboratorio, oltre ad un efficiente sistema di collegamenti logistici atto a recapitare rapidamente il campione biologico su cui effettuare le determinazioni al laboratorio di riferimento principale, si prevede anche l’attivazione di apparecchiature “POCT” con formazione del personale utilizzatore.



LABORATORIO	N. prestazioni per interni	N. prestazioni per esterni	N. prestazioni effettuate da AOU Ospedali Riuniti in convenzione	N. prestazioni effettuate da INRCA in convenzione	N. prestazioni effettuate da strutture ASUR in convenzione per altre ex ZZTT (FANO)	n. Punti prelievo esterni	TOTALE
SENIGALLIA	868.716	1.039.805	2.028	40	-	12	1.910.601
Cingoli	14.080	221				1	14.302
JESI	762.170	1.066.114			10.163	12	1.838.459
FABRIANO	332.537	480.417	4.931	17		4	817.906
Loreto	84.686	607.008	6.999	-	13	7	698.713
Chiaravalle	48.945	172.332	2.678	-	-	-	223.955
OSIMO	242.496	690.147	8.169	-	20	9	940.841
TOTALE	2.353.630	4.056.044	24.805	57	10.196	45	6.444.777

EX Zona Territoriale (da ora: Distrettuale)	Situazione attuale	Proposta
Senigallia	1 Laboratorio	Presente laboratorio Hub unico presso l'Ospedale di Senigallia.
Jesi	2 Laboratori: presso Presidi di Jesi e di Cingoli	1 nodo centrale (Hub): laboratorio dell'Ospedale di Jesi 1 nodo periferico (Spoke) con punto prelievi e POCT presso l'Ospedale di Cingoli
Fabriano	1 Laboratorio	Presente laboratorio Hub unico presso l'Ospedale di Fabriano.
Ancona	3 Laboratori: presso Presidi di Osimo, Chiaravalle e Loreto	1 nodo centrale (Hub): laboratorio dell'Ospedale di Osimo 1 nodo periferico (Spoke) con punto prelievi presso l'Ospedale di Chiaravalle / accordi in AV (ZT5) 1 nodo periferico (Spoke) con punto prelievi e POCT con attività diagnostica di urgenza presso l'Ospedale di Loreto

8.6 Focus - Emergenza Urgenza - Definizione degli assetti

Le azioni più incisive saranno rivolte alla ridefinizione del ruolo e dell'organizzazione dei 3 Punti di Primo Intervento dell'AV2, una volta completato il percorso regionale di revisione normativa del settore.

I PPI inseriti nelle sedi del Presidio Ospedaliero Unico in totale o parziale riconversione in casa della salute o presidi di continuità H24, dovranno essere rimodulati, continuando a rappresentare il riferimento per una serie di bisogni sanitari di primo livello per la popolazione del bacino di utenza, fermo restando il nuovo assetto della rete dell'emergenza/urgenza che assicuri la presa in carico dei problemi più complessi.



PPI	N. accessi tot anno 2011	Rosso	% su totale	Giallo	% su totale	Verde	% su totale	Bianco	% su totale
Cingoli	4.124	7	0,17%	419	10,16%	3.286	79,68%	412	9,99%
Chiaravalle	10.154	14	0,14%	684	6,74%	7.716	75,99%	1.740	17,14%
Loreto	11.760	97	0,82%	965	8,21%	8.852	75,27%	1.846	15,70%
Totale	26.038	118	0,45%	2.068	7,94%	19.854	76,25%	3.998	15,35%

Azioni di ri-orientamento organizzativo:

- Affidamento della gestione del PPI ai Medici in servizio nelle POTES e nella continuità assistenziale.
- Svolgimento delle funzioni proprie dei PPI secondo la normativa: non trattamento esaustivo del problema acuto, ma stabilizzazione dei parametri vitali, ovvero messa in sicurezza del paziente che deve essere immediatamente trasferito
- Implementazione di procedure per il trasferimento del paziente dai punti di accesso alle reti cliniche individuate, anche relativamente ai pazienti acuti che si presentano direttamente.
- Valorizzazione della capacità operativa degli equipaggi infermieristici secondo protocollo condiviso (provvedimenti salvavita PIST)
- Facilitare la mobilità dei pazienti all'interno dei DEA provinciali anche tramite accesso al servizio regionale di elisoccorso
- Istituzione di ambulatori infermieristici nei PS/PPI
- Riduzione dei tempi di intervento nelle zone più disagiate del territorio
- Gestione della CO118 AN da parte dell'Area vasta 2 con riallocazione del personale con mantenimento della sede presso l'AOU Ospedali Riuniti di Ancona
- Rivedere il numero e la posizione delle POTES e degli stand by tenendo conto della conformità e della viabilità del territorio
- Revisione delle postazioni/dotazioni organiche dei medici di Continuità Assistenziale, grazie anche ad un sistema di chiamata centralizzato ove un medico faccia il triage e assegni la chiamata nella sede più opportuna/disponibile rispetto al domicilio in collaborazione integrazione con 118; triage affidato alla centrale di coordinamento 118.

8.7 Focus Casa della Salute/Presidio territoriale H24

8.7.1 Progetti previsti Casa della Salute/Presidio territoriale H24 ad alta complessità

- riconversione Cingoli
- riconversione Chiaravalle
- riconversione Loreto

8.7.2 Progetto Casa della Salute/Presidio territoriale H24 a bassa/media complessità

- casa della salute di Filottrano



- casa della salute di Cupramontana
- casa della salute di Moie
- casa della salute di Jesi
- casa della salute/country hospital di Castelfidardo
- casa della salute di Sassoferrato
- casa della salute di Arcevia
- casa della salute di Ancona

Alcune di queste strutture sono già organizzate come casa della salute, ad esempio Arcevia, che può costituire modello di riferimento per l'Area Vasta.

8.8 Servizi vari – Definizione degli assetti

- Revisione del modello organizzativo della farmacia e magazzini farmaceutici
- Revisione della gestione delle protesi e ausili per utenti invalidi
- Revisione della gestione della nutrizione enterale e parenterale
- Riorganizzazione trasferimento *imaging* radiologiche
- Revisione gestione trasporti sanitari secondari
- Revisione gestione trasporti non sanitari



9. Riorganizzazione Area ATL Area Vasta n. 2

9.1 Normativa Regionale e regolamento aziendale

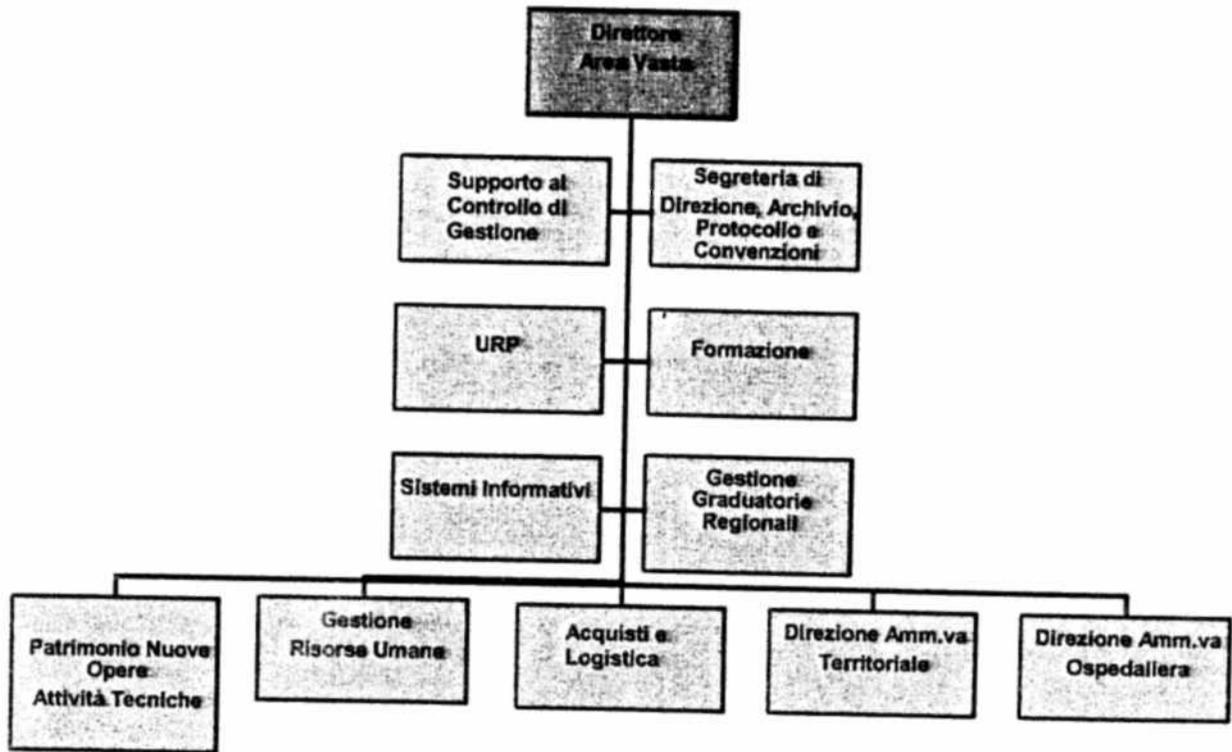
- Legge regionale 1 agosto 2011, n. 17. "Ulteriori modifiche della Legge Regionale 20 giugno 2003, n. 13: "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale", della Legge regionale 17 luglio 1996, n. 26: "Riordino del Servizio Sanitario Regionale" e modifica della legge regionale 22 novembre 2010, n. 17".
- Deter. ASUR DG n.1112 del 14/12/2011: "Regolamento di organizzazione area ATL aziendale – Determinazioni."
- DGRM n. 2 del 9/1/2012: "Approvazione deter. ASUR DG n.1112 del 14/12/2011"

9.2 Organizzazione Area ATL Area Vasta 2: Dirigenza PTA - Quadro attuale

	Senigallia	Jesi	Fabriano	Ancona
Affari Generali	X	X		
URP -Comunicazione	X		X	
Formazione	X	X	X	X
Convenzioni - Prestazioni				X
SIA - CED		X		X
				X
				X
Controllo di Gestione		X		X
Personale	X		X	
Bilancio		X		X
Analista Servizi Finanziari		X		
Acquisti e logistica	X	X		X
Ufficio Tecnico	X	X		
Direzione Amministrativa Ospedaliera	X	X	X	X
Direzione Amministrativa Territoriale	X	X	X	
Staff Direzione di distretto			X	
CPS		X		



9.3 Organizzazione Area ATL Area Vasta 2



10. Revisione rapporti Integrazione / Committenza con Aziende Ospedaliere

10.1 Proposta Integrazione AOU Ospedali Riuniti Ancona

- Centrale Operativa 118 trasferimento della gestione della CO all'AV2, con mantenimento della sede presso l'AOU Ospedali Riuniti di Ancona e mantenimento alla stessa della gestione dell'eliambulanza
- Riorganizzazione del Dipartimento di salute mentale in AV2 con eventuale trasferimento dei pl SPDC e del CDO in AV2.
- Rimodulazione dei piani di committenza basata sui reali bisogni di salute della popolazione con modalità di verifica e controllo delle prestazioni erogate utilizzando gli strumenti analoghi come da accordi di confine (tetti di spesa) oppure abbattendo il valore di DRG a forte rischio inappropriata come da patto per la salute 2010-2012.
- Revisione dell'attuale modello sperimentale Area Metropolitana nell'ottica dei percorsi assistenziali o reti cliniche (es percorso senologico, percorso ortopedico, percorso cardiologico, ICTUS, STEMI).
- Potenziamento da parte della struttura AOU della distribuzione diretta dei farmaci anche ipotizzando la gestione della farmacia ospedaliera da parte dell'ASUR con rimborso per pazienti fuori regione da parte dell'AOU.
- Istituzione del Dipartimento funzionale di Continuità assistenziale tra l'AV2 e l'AOU Ospedali Riuniti di AN e INRCA.

10.2 Integrazione INRCA - Osimo

Per quanto riguarda lo stato dell'arte del "Protocollo d'Intesa tra ASUR e INRCA per lo sviluppo delle attività assistenziali tra il presidio ospedaliero di Osimo e l'INRCA del 2010" il **tavolo tecnico permanente misto**, con capofila le direzioni mediche delle due strutture ospedaliere, ha effettuato diversi incontri al fine di verificare e facilitare l'integrazione (e non l'accorpamento) delle attività dei professionisti.

Attualmente le UU.OO. che hanno iniziato il percorso sono:

- **l'UO di Urologia** (finito il periodo sperimentale) pronti per l'istituzione della UOCI
- **l'UO di Pneumologia** (redazione piano programmatico) potenziamento dell'attività ambulatoriale pneumologica dal presidio osimano all'INRCA con mantenimento attività di degenza presso Osimo.

È attualmente in via di analisi la possibile integrazione tra le seguenti UUOO:

- UO Gastroenterologia (in particolare per attività di screening colon retto);
- UO Medicina di laboratorio analisi;
- UO Diagnostica per immagini;
- UO Medicina e chirurgia d'accettazione ed urgenza;
- UO Chirurgia generale
- attività ambulatoriali specialistiche (diabetologia, cardiologia, dermatologia, etc) da attivare presso ambulatori territoriali ex zt7 e presidi in riconversione



11. Integrazione con le Case di cura private

Sulla base delle indicazioni della Giunta Regione Marche, il ruolo dei “privati” è inteso come **complementare al pubblico**, in azione “concorrente” e non come “competitore” delle strutture pubbliche.

Pertanto, l’organizzazione prevista è un sistema di **strutture “private” in rete con le strutture pubbliche e fortemente integrate e flessibili dal punto di vista operativo**, con l’integrazione anche dei supporti informatici, come ad esempio il CUP regionale, il software dei laboratori analisi o delle diagnostiche per immagini. L’obiettivo è quello di **creare una rete con il “privato accreditato” al fine di erogare prestazioni appropriate, di qualità a garanzia di sicurezza** per il cittadino che ne usufruisce.

Cardine di questa nuova concezione del privato-pubblico è la *governance dei privati tramite la predisposizione di **piani di committenza coerenti con gli indirizzi regionali e con i bisogni dei cittadini*** che insistono su tutto il territorio dell’AV2.

12. Conclusioni

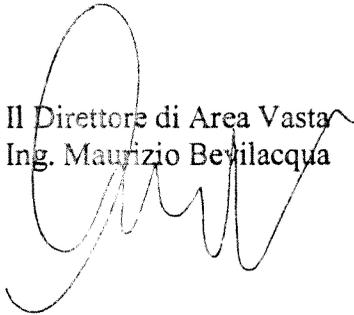
Secondo Cesare Cislighi (Agenas - Monitor anno XI numero 29 2012) si dovrà quindi accettare l’obiettivo di contenere la spesa, senza però illudersi che si possa risolvere il problema solo facendo dei tagli al sistema sanitario così come è oggi impostato e organizzato. Probabilmente la soluzione è nel ridisegnare un sistema che sia meno costoso ma ugualmente efficace ed equo. Non si possono dimenticare i valori fondanti del nostro sistema sanitario e quindi l’universalismo, l’equità e la solidarietà. Disegnare un nuovo sistema può significare anche “tagliare” ma solo per “ricucire” un nuovo abito per la sanità. Significa fare un *restyling* che risulti comunque efficiente ed equo, ma meno costoso.

Usare forbici e accetta lasciando l’attuale assetto del sistema non può essere la soluzione.

Al contrario, per riprogettare sono necessari altri utensili e cioè il pensiero, la professionalità, la fantasia e la buona volontà che possono garantire salute e minor costi.

Il presente Piano viene espressamente approvato ai sensi dell’Art. 19 della Legge Regionale n. 13/2003 e s.m.i.

Il Direttore di Area Vasta
Ing. Maurizio Bevilacqua



0018357 | 20/07/2012

ASUR | AAGG | A



PIANO DI RIORGANIZZAZIONE DELL'AREA VASTA 3

RIFERIMENTI NORMATIVI:

- Legge Regionale n. 13/2003
- Patto per la Salute 2010/2012
- Piano Socio Sanitario Regionale 2012/2014
- Delibera GRM n. 784 del 28/05/2012
- Determina ASUR n.1112 del 14/12/2011
- DGRM n. 2 del 9/1/2012. "Approvazione deter. ASURDG n.1112 del 14/12/2012.

Parole chiave che hanno guidato la progettualità:

- efficienza, efficacia e sicurezza delle cure erogate;
- appropriatezza diagnostica e prescrittiva;
- presa in carico del paziente fragile;
- profili assistenziali;
- aree per intensità di cura;
- attenzione alla sostenibilità del sistema;
- attenzione ai tassi di utilizzo;
- promozione della salute.

Con l'approvazione del PSR 2012-2014 sono disponibili tutti gli strumenti di indirizzo necessari alla riorganizzazione dei servizi sanitari, che seguirà la riorganizzazione dell'assetto amministrativo: ciò consentirà di intraprendere percorsi di implementazione/innovazione grazie alle risorse liberate dalla razionalizzazione dell'offerta.

FUNZIONI AREA VASTA 3:

- AREA AMMINISTRATIVA TECNICA E LOGISTICA - ATL
- AREA OSPEDALIERA
- AREA PREVENZIONE
- AREA TERRITORIALE



Piano di Area Vasta 3

Dr. Enrico Bordoni



PIANO DI RIORGANIZZAZIONE DELL'AREA VASTA 3

RIFERIMENTI NORMATIVI:

- Legge Regionale n. 13/2003
- Patto per la Salute 2010/2012
- Piano Socio Sanitario Regionale 2012/2014
- Delibera GRM n. 784 del 28/05/2012
- Determina ASUR n.1112 del 14/12/2011
- DGRM n. 2 del 9/1/2012: "Approvazione deter. ASURDG n.1112 del 14/12/2012.

Parole chiave che hanno guidato la progettualità:

- efficienza, efficacia e sicurezza delle cure erogate;
- appropriatezza diagnostica e prescrittiva;
- presa in carico del paziente fragile;
- profili assistenziali;
- aree per intensità di cura e intensità assistenziale;
- attenzione alla sostenibilità del sistema;
- attenzione ai tassi di utilizzo;
- promozione della salute.

Con l'approvazione del PSR 2012-2014 sono disponibili tutti gli strumenti di indirizzo necessari alla riorganizzazione dei servizi sanitari, che si aggiunge alla riorganizzazione dell'assetto amministrativo: ciò consente di intraprendere percorsi di implementazione/innovazione grazie alle risorse liberate dalla razionalizzazione dell'offerta.

FUNZIONI AREA VASTA 3:

- AREA AMMINISTRATIVA TECNICA E LOGISTICA - ATL
- AREA OSPEDALIERA
- AREA PREVENZIONE
- AREA TERRITORIALE



AREA ATL

In attuazione della L.R. n. 13/2003, come da ultimo modificata dalla L.R. n. 17/2011, e della Determina ASUR di riorganizzazione n. 1112/2011, approvata con DGRM n. 2/2012, l'area ATL viene riorganizzata in servizi di staff ed in servizi di line.

I Servizi ATL in Area Vasta, articolati in Servizi di Staff alla Direzione, sono:

- U.O. Segreteria di Direzione, Archivio, Protocollo
- U.O. Supporto Controllo di Gestione
- U.O. Formazione
- U.O. Relazioni con il Pubblico
- U.O. Supporto al Legale, Contenzioso ed assicurativo
- U.O. Servizi Sistemi Informativi

I Servizi ATL di line in Area Vasta sono:

- U.O. Direzione Amministrativa Territoriale
- U.O. Direzione Amministrativa Ospedaliera
- U.O. Acquisti e Logistica
- U.O. Patrimonio, Nuove Opere e Attività Tecniche
- U.O. Gestione Personale

Ai Servizi Amministrativi di Area Vasta sono attribuite le funzioni proprie, secondo il modello standard ASUR, articolate però tenendo conto delle esigenze peculiari imposte dalle diverse realtà del territorio. In particolare la riorganizzazione prevede, a regime, l'esercizio delle specifiche attività secondo un modello unico, ridefinito anche sulla scorta dei progressi assetti organizzativi.

SINTESI ASSETTO FUNZIONALE DEI SERVIZI ATL

ATTIVITA' AMMINISTRATIVE DI STAFF

SUPPORTO AL CONTROLLO DI GESTIONE:

gestione dei processi di programmazione e pianificazione operativa in A.V., controllo delle attività e dei flussi informativi, analisi economica e budget.

SEGRETERIA DI DIREZIONE, ARCHIVIO E PROTOCOLLO:

presiede alle funzioni amministrative generali della Direzione di A.V., ricomprendendo in esse le attività di pubblicazione atti, tenuta registri determine e protocollo informatico generale, flussi documentali e simili.



URP:

svolge funzioni di servizio all'utenza per i diritti alla partecipazione previsti dalla Legge n. 241/90 e s.i.m., nonché dalla Legge n. 150/2000.

FORMAZIONE:

formula e predispone, sulla base dei fabbisogni formativi rilevati, il Piano Formativo di Area Vasta. Esercita le funzioni di accreditamento istituzionale dei percorsi formativi.

SISTEMI INFORMATIVI AREA VASTA:

espleta le attività delegate dall'Area Sistemi Informativi Aziendale e fornisce supporto alle attività pianificate dall'Area Centrale con particolare riferimento all'implementazione sul territorio dei sistemi informativi, alla gestione delle infrastrutture hardware e network territoriali e simili.

SUPPORTO AL LEGALE, CONTENZIOSO ED ASSICURATIVO:

svolge le funzioni di supporto al legale e contenzioso aziendale, istruisce i procedimenti per il recupero dei crediti dell'Area Vasta, svolge le funzioni inerenti la gestione diretta dei sinistri secondo le indicazioni fornite dalla Direzione Generale dell'ASUR.

ATTIVITA' AMMINISTRATIVE DI LINEA

U.O. PATRIMONIO, NUOVE OPERE, ATTIVITA' TECNICHE:

si occupa della gestione del patrimonio, esecuzione di opere e lavori con particolare riguardo alle attività di progettazione, direzione lavori, collaudo, verifica e coordinamento delle attività tecniche in ottemperanza alle norme antinfortunistiche.

U.O. GESTIONE RISORSE UMANE:

si occupa di amministrazione di tutto il personale dipendente ed a rapporto di lavoro flessibile, dalle procedure di reclutamento a quelle volte alla risoluzione del rapporto di lavoro in tutte le sue fattispecie mediante la gestione degli istituti normativi ed economici previsti dalle leggi in materia e dai contratti nel tempo vigenti.

U.O. ACQUISTI E LOGISTICA:

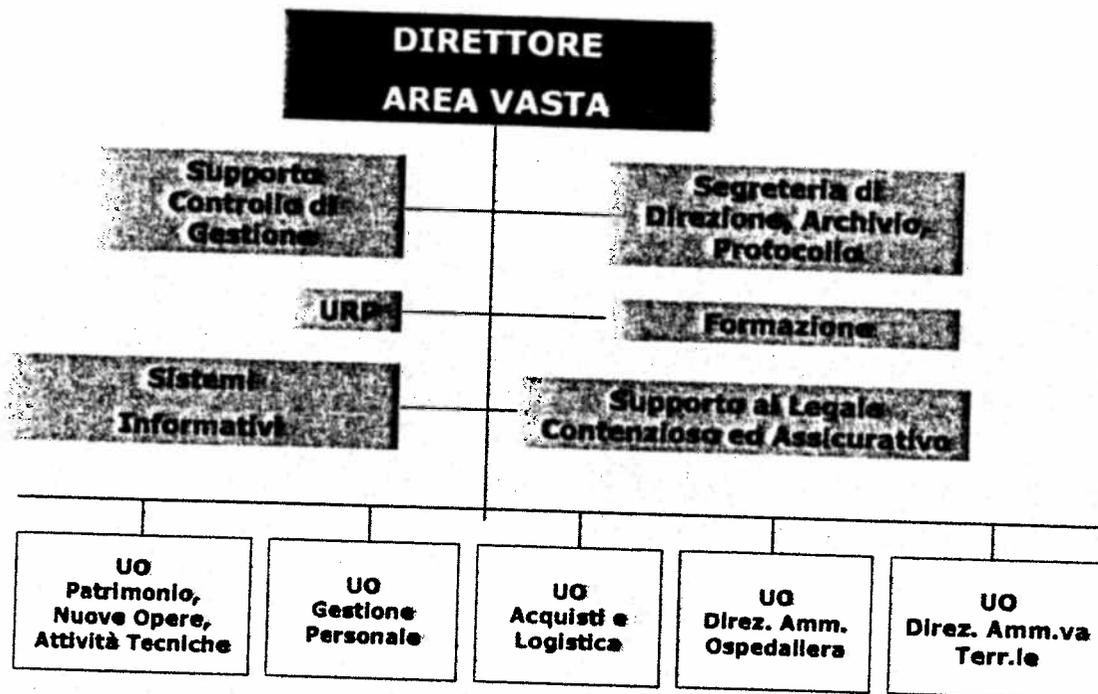
si occupa della gestione amministrativa ed operativa delle procedure di acquisto, contratti di appalto con procedure ad evidenza pubblica, gestione magazzini e della logistica dei beni sanitari, economati, a scorta ed a transito.

U.O. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE:

presiede, in collaborazione con i Dipartimenti le Strutture Territoriali, alla gestione amministrativa di tutte le attività del territorio ivi comprese la specialistica convenzionata, la medicina generale, la pediatria di libera scelta, la continuità assistenziale, i rapporti con le strutture private accreditate, i contratti di fornitura di prestazioni, l'assistenza protesica, l'anagrafe assistiti e simili; sovrintende alle casse ticket territoriali.

U.O. DIREZIONE AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA:

presiede alle funzioni amministrative dei Presidi Ospedalieri presenti in Area Vasta. In particolare sovrintende alle segreterie dei dipartimenti ospedalieri, alle casse ticket ospedaliere ed accettazione ricoveri, libera professione e simili.



AREA SANITARIA - PREMESSA

L'evoluzione del SSN e le relative strategie di sviluppo non possono prescindere dal quadro epidemiologico, dall'evoluzione demografica e dei bisogni, dall'evoluzione tecnologica e dal contesto economico.

Il servizio sanitario gestisce pazienti sempre più anziani col conseguente aumento di patologie cronico degenerative, un gran numero di ricoveri in urgenza di pazienti con co-morbilità ed aumento della complessità dei casi.

Partendo dalle indicazioni nazionali, regionali e dell'ASUR, nel rispetto delle linee guida professionali in termini di sicurezza dei servizi offerti, la riqualificazione servizi sanitari dell'Area Vasta 3 è volta a migliorare le possibilità di accesso ai setting di cure appropriate, al fine di garantire l'effettiva presa in carico dell'utente per l'intero percorso acuzie - post acuzie - residenzialità - domiciliarità e a garantire le funzioni di prevenzione e promozione della salute.

L'occasione della riorganizzazione consente di migliorare l'efficienza del sistema contribuendo al mantenimento dell'equilibrio economico complessivo.

I principi generali della riorganizzazione sono così sintetizzabili:

1. **Macroarea Ospedaliera:** viene riorganizzata secondo modelli che prevedono le degenze suddivise per livelli di intensità di cura e di intensità assistenziale e ridisegnano la logistica sul paziente con una logica che porta ad un impatto positivo sulla qualità e tempestività delle cure e sull'appropriatezza dell'assistenza erogata, garantendo efficienza produttiva. Si prevede il superamento graduale



dell'articolazione delle UU.OO. per disciplina specialistica, con l'obiettivo primario della centralità della persona assistita. Per riorganizzazione delle degenze per intensità di cura si intende l'individuazione di livelli diversificati di assistenza secondo parametri di instabilità clinica e complessità assistenziale.

2. **Macroarea della Prevenzione:** è prioritaria la necessità, da un lato di ricondurre le funzioni dipartimentali alla nuova configurazione territoriale e, dall'altro, di mantenere, in termini di attività, un adeguato rapporto con il territorio.

La nuova organizzazione territoriale può sostenere un percorso integrato, che ottimizzi le risorse disponibili e aumenti l'efficacia delle azioni di tutela e promozione della salute.

3. **Macroarea dei Servizi Territoriali:** il Distretto, relativamente ai riferimenti normativi Regionali e Nazionali, assicura alla popolazione di riferimento l'accesso ai servizi ed alle prestazioni sanitarie e sociali ad elevata integrazione sanitaria attraverso la valutazione del bisogno e la definizione dei servizi necessari.

Tale funzione viene riorganizzata prevedendo la presa in carico del paziente attraverso percorsi diagnostico-terapeutici che riducano l'accesso improprio in ospedale e garantiscano la necessaria rete di supporto alle persone fragili ed alle loro famiglie. Tanto più l'ospedale raggiungerà la sua configurazione ottimale di centro di tecnologie ultraspecialistiche, tanto più il territorio dovrà potenziare la sua rete di setting assistenziali anche h24.

MACROAREA OSPEDALIERA

Nell'attuale contesto all'ospedale si chiede competenza professionale, tecnico-scientifica e relazionale con l'obiettivo di ottimizzare l'assistenza sanitaria e monitorare gli esiti.

L'integrazione dell'attività dei professionisti consente di razionalizzare il percorso clinico del paziente e di adeguare la pratica clinica alle migliori conoscenze scientifiche possibili.

I servizi sanitari efficienti non si limitano a fornire risposte puntuali, ma tendono a organizzare processi assistenziali, all'interno dei quali operano professionisti diversi, secondo le proprie competenze e specializzazioni.

In accordo con il Piano Sanitario Regionale viene ridefinita la rete ospedaliera al fine di renderla coerente con i veri bisogni di salute, oggi profondamente mutati. Ponendo attenzione a non rincorrere una domanda di salute legata alle mode e all'induzione economica dei consumi sanitari, si pone la base per la costruzione di una rete integrata, rivolta a pazienti sempre più anziani, con polipatologie, con cronicità che tendono a riacutizzare, che copra l'intero percorso acuzie/post-acuzie/residenzialità/ domiciliarità.

La riorganizzazione ha l'obiettivo di garantire una migliore qualità della risposta rispetto al servizio offerto, eliminando i rischi per la tutela della salute oggi presenti a causa della frammentazione eccessiva dell'offerta ospedaliera.

Particolare valore assumono le azioni di riorganizzazione delle piccole strutture ospedaliere, per destinarle a fornire il supporto indispensabile alla rete nella fase post acuzie, con la possibilità di recuperare risorse professionali dalle discipline per acuti, non più previste nei nuovi LEA, da destinare a migliorare la continuità assistenziale nelle 24 ore negli ex ospedali di rete.

L'occasione della riorganizzazione consente di migliorare oltre alla qualità, l'efficienza contribuendo in tal modo al mantenimento dell'equilibrio economico complessivo, come richiesto dal livello attuale di finanziamento del SSR.



ANALISI DELLE RISORSE OSPEDALIERE ESISTENTI

In AV3 sono presenti ed attive 8 strutture ospedaliere pubbliche e 3 private accreditate per complessivi 1287 posti letto di cui 1039 PL per acuti e 248 PL di lungodegenza, riabilitazione e medicina post acuzie costituendo una ricchezza in termini di potenziale di ricovero e di strutture sanitarie (sale operatorie, ambulatori chirurgici, ambulatori medici, stanze di degenza, attrezzature sanitarie).

Le strutture pubbliche comprendono 4 strutture ospedaliere classificate come ex ospedali di rete (Camerino-San Severino, Macerata e Civitanova Marche) e 4 strutture ospedaliere che erano classificate come ospedali di polo (Matelica, Tolentino, Recanati e Treia, quest'ultimo da anni trasformato in Casa della Salute).

Come previsto dalla Legge Regionale 13 e s.m.i., le 8 strutture ospedaliere diventano Presidio Unico dell'Area Vasta 3, aggregate amministrativamente e funzionalmente, per rispondere in modo omogeneo e coordinato alle necessità assistenziali dei cittadini.

E' previsto un numero complessivo di PL quasi identico all'attuale (1236), con 852 PL per acuti (-187) e 384 PL di lungodegenza/riabilitazione/post acuzie (+136).

La legge regionale 13 e s.m.i., prevede che i piccoli ospedali vengano riconvertiti in case della salute ed il "modello Treia" costituisce riferimento per le altre realtà territoriali.

La proposta di riorganizzazione globale dell'offerta sanitaria ospedaliera tiene conto necessariamente dei seguenti fattori:

1. prevede una suddivisione chiara dei compiti, indicando la mission di ognuna delle strutture ospedaliere del Presidio unico, in relazione alla loro storia e ai bisogni assistenziali espressi dalla popolazione;
2. tiene conto delle caratteristiche strutturali delle diverse sedi del Presidio Unico, della loro accessibilità, delle caratteristiche demografiche della popolazione e dell'impossibilità di mantenere inalterate le caratteristiche attuali;
3. è coerente con le normative vigenti;
4. le attività che non compaiono nella seguente proposta di modifica si intendono immutate rispetto all'attuale organizzazione.

Proposte di modifica delle strutture di presidio dell'AV3:

CARATTERISTICHE DELLA STRUTTURA	MODELLO INTEGRATO PREVISTO DALLA RIORGANIZZAZIONE
TREIA: CASA DELLA SALUTE	
<p>Presenti UU.OO. Lungodegenza e Riabilitazione Presso lo stesso stabile è allocata l'RSM dell'I.N.R.C.A.</p> <p>La casa della salute di Treia è un ottimo esempio di buona riconversione di struttura ospedaliera, un modello condivisibile ed esportabile, con i dovuti distinguo, ad altre realtà ospedaliere dell'AV3.</p>	<p>Si prevede:</p> <p>Mantenimento delle UU.OO. di lungodegenza e riabilitazione, potenziandone i percorsi organizzativi in sede dipartimentale.</p> <p>Mantenimento del punto prelievi, della radiologia, della riabilitazione intensiva ed estensiva e di tutte le specialistiche ambulatoriali presenti.</p>
TOLENTINO	
<p>Il processo di rivisitazione delle attività sanitarie appropriatamente effettuabili presso una struttura con le caratteristiche di quella di Tolentino è iniziata da tempo con il potenziamento delle seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Day hospital oncologico; • Ambulatorio dermatologico chirurgico, con particolare attenzione alla problematica delle "ferite difficili"; • Attività chirurgica di terapia del dolore; • Chirurgia odontoiatrica e protesica. <p>Alcune di queste attività, insieme alla diabetologia e al servizio di DIALISI (a cui verranno dati nuovi locali, a norma secondo i vigenti criteri di autorizzazione/accreditamento, presumibilmente entro il 2012) sono potenziali eccellenze della struttura, che possono attrarre domanda anche da fuori regione, se ne prevede quindi il potenziamento.</p>	<p>L'U.O. di Medicina è trasformata in Riabilitazione Cardiologica e Medicina post acuzie, consentendo le funzioni di ricovero diretto per alcune patologie selezionate classificate appunto come patologie post acuzie</p> <p>Gli attuali P.L. di Chirurgia a ciclo breve restano invariati come numero e saranno ricondotti a posti letto di day surgery in coerenza con l'aggiornamento dei LEA. La revisione delle attività chirurgiche in AV3 prevede un potenziamento in termini quantitativi e qualitativi delle attività ambulatoriali chirurgiche e di day surgery nelle strutture ospedaliere prive di DEA, organizzandole in un dipartimento chirurgico.</p> <p>Per l'SPDC rimane l'attuale assetto organizzativo, in attesa della costruzione di strutture alternative di degenza, dopo di che lo stesso sarà convertito in struttura residenziale terapeutica (SRT, P.L. 16) a servizio di tutta l'Area Vasta.</p> <p>Mantenuti il punto prelievi, la radiologia, il PPI e tutta la specialistica ambulatoriale presente.</p>

7
P.L.

CARATTERISTICHE DELLA STRUTTURA	MODELLO INTEGRATO PREVISTO DALLA RIORGANIZZAZIONE
RECANATI	
<p>La riconversione totale di questa struttura è iniziata con la chiusura del punto nascita, in accordo con le direttive nazionali, regionali e le linee guida delle società scientifiche.</p> <p>La riorganizzazione dell'attività chirurgica ha portato alla realizzazione di un'area di degenza chirurgica dove viene effettuata chirurgia a ciclo breve, ambulatoriale e di day surgery delle discipline chirurgiche specialistiche che lo consentono (otorino, dermatologia, ginecologia, chirurgia generale, ortopedia della mano e del piede). Come specificato per la struttura di Tolentino, la revisione delle attività chirurgiche in AV3 prevede un potenziamento in termini quantitativi e qualitativi delle attività ambulatoriali chirurgiche e di day surgery nelle strutture ospedaliere prive di DEA, organizzandole in un dipartimento chirurgico.</p>	<p>Si prevede:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gli attuali PL di medicina generale vengono trasformati in posti di lungodegenza e medicina post acuzie (52 P.L.), consentendo le funzioni di ricovero diretto per alcune patologie selezionate. Questi P.L. potranno essere utilizzati anche per attività di riabilitazione programmata avvalendosi delle professionalità già presenti nella struttura ospedaliera e territoriale; 2. Implementazione dell'attività di terapia del dolore e angiodiabetologia; 3. Mantenimento e ristrutturazione centro DIALISI, 4. Mantenimento del punto prelievi, della radiologia e di tutta la poliambulatorietà presente (poliambulatori ed RSA, oggi esterni, verranno ricondotti nella struttura ospedaliera); 5. Il PPI viene organizzato secondo la normativa (L.R. 36/98): <ul style="list-style-type: none"> - analogamente al PPI del presidio di Tolentino, presenza di un'ambulanza con un medico del 118, sostituito, in caso di chiamata, dal personale medico interno della struttura - istituzione della guardia interna h 24 - potenziamento della rete dei trasporti.
SAN SEVERINO	
<p>La riorganizzazione attuale consente di rivedere le funzioni del "cosiddetto" P.S., che in base alle normative vigenti non può essere collocato su 2 sedi separate (Camerino e San Severino) ed in particolare non può essere collocato a San Severino che non è sede di DEA.</p> <p>Completate le linee di riorganizzazione a livello regionale sull'emergenza-urgenza, il "cosiddetto" P.S. verrà organizzato come PPI in analogia alle realtà di Recanati, Tolentino e Matelica.</p> <p>E' presente la pista per l'atterraggio dell'eliambulanza anche per il volo notturno.</p>	<p>Si prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mantenimento delle funzioni di PL per acuti nelle specialistiche di Medicina, Oculistica, Oncologia, Pediatria e Ginecologia/Ostetricia; - trasformazione dell'attività chirurgica da ordinaria in week surgery, con particolare attenzione all'attività chirurgica oculistica (anche di secondo livello e con attività di ricovero quando appropriato) che rimarrà eccellenza provinciale; - potenziamento della chirurgia a ciclo breve urologica in collaborazione con le UU.OO. di urologia di area vasta; la revisione delle attività chirurgiche in AV3 prevede un potenziamento in termini quantitativi e qualitativi delle attività ambulatoriali chirurgiche e di day surgery nelle strutture ospedaliere prive di DEA, organizzandole in un dipartimento chirurgico; - mantenimento dell' hospice; - mantenimento del punto prelievi, della radiologia e di tutta la poliambulatorietà presente.
MATELICA	
<p>Struttura che attualmente dispone di P.L. per acuti e di lungodegenza di area medica ed un PPI, un'RSA, attività ambulatoriali mediche e chirurgiche.</p>	<p>La riorganizzazione prevede il raddoppio degli attuali PL per un totale di 60 di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20 posti di lungodegenza e medicina post acuzie • 20 posti riabilitazione estensiva ed intensiva • 20 posti di RSA <p>La capienza della struttura consentirà di allocarvi le funzioni distrettuali, la continuità assistenziale e le funzioni poliambulatoriali, configurando una struttura rispondente ad una <u>casa della salute ad alta complessità</u>.</p> <p>Mantenimento del punto prelievi, della radiologia e delle attività ambulatoriali ora presenti e del PPI con la POTES secondo l'attuale assetto.</p>

CARATTERISTICHE DELLA STRUTTURA	MODELLO INTEGRATO PREVISTO DALLA RIORGANIZZAZIONE
MACERATA	
<p>La struttura di Macerata racchiude molte delle funzioni specialistiche più complesse dell'AV3 (es: pneumologia, neurologia, malattie infettive, medicina nucleare, radio metabolica e emodinamica). Non è prevista nella riorganizzazione una variazione totale significativa dei PL. E' sede ospedaliera idonea per effettuare la riorganizzazione per <u>intensità di cura</u>. Vi è la necessità di ristrutturare il B.O. con creazione della centrale di sterilizzazione e di ristrutturare l'ala vecchia dell'ospedale da destinare al materno infantile.</p>	<p>Si prevede:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La prossima apertura di un piano dedicato all'oculistica ed all'attività di day surgery che consentirà una razionalizzazione degli spazi operatori all'interno del blocco operatorio centrale; 2. La realizzazione di un'area ad intensità di cura chirurgica, 3. Dalla riorganizzazione complessiva saranno recuperabili spazi per aumentare i posti letto di lungodegenza; 4. Il termine dei lavori di ristrutturazione della nuova sala pace-maker/aritmologia e del centro cardiologico entro il primo semestre 2013; 5. La ristrutturazione completa del PS entro il 2013, che consentirà di implementare le funzioni di medicina d'urgenza e dell'OBI; 6. Apertura della seconda sala di emodinamica; 7. Attivazione della pista di atterraggio per l'eliambulanza.
CIVITANOVA	
<p>Struttura dotata di dipartimento di emergenza/urgenza con P.S., UTIC e Rianimazione. Riconosciuto servizio di eccellenza di allergologia. Il dipartimento medico ha una buona esperienza di ematologia come dimostrato anche dai dati SDO e dalla complessità assistenziale documentata. Presente il dipartimento chirurgico plurispecialistico ed il materno infantile. La chiusura del punto nascita di Recanati ha implementato l'accesso ostetrico/ginecologico /pediatrico presso la struttura. Vi è la pista per l'atterraggio dell'eliambulanza.</p>	<p>Presso la struttura di Civitanova è previsto: Il mantenimento delle dotazioni esistenti, in particolare per il Dipartimento di Emergenza Urgenza, per il quale sono in fase di completamento i lavori di ristrutturazione; Un incremento dei PL per acuti (+11) per il Dipartimento Chirurgico; Implementazione del day hospital oncologico; Favorire la crescita dell'attività di ematologia; Implementazione del Servizio di allergologia, unico in AV3.</p>
CAMERINO	
<p>Insieme a San Severino ex ospedale di rete. Dotato di dipartimento di emergenza/urgenza con P.S., UTIC e Rianimazione, dipartimenti medico e chirurgico. Presente la pista per l'atterraggio dell'eliambulanza</p>	<p>Si prevede: implementazione della chirurgia ortopedica protesica in considerazione delle buone performance; aumento dei PL ordinari di chirurgia per assicurare le performance richieste e diminuire la mobilità passiva; mantenimento delle UU.OO. di degenza ordinaria, dei servizi e delle poliambulatorietà presenti.</p>

La riorganizzazione delle strutture non dotate di UU.OO. di terapia intensiva, oltre alla lungodegenza e riabilitazione, prevede servizi di base (cardiologia ambulatoriale, radiodiagnostica di base, poliambulatorietà specialistica per adulti e per l'infanzia, punto prelievi...) e servizi specialistici (chirurgia ambulatoriale, day surgery, un centro per cura per ferite difficili, un centro per cura DCA, un centro di neuropsichiatria infantile e disturbi dell'attenzione, riabilitazione dislessia, un centro dermatologico specialistico, una unità operativa di riabilitazione cardiologia, un centro diurno alzheimer.
Punto di forza di queste strutture è la migliore capacità di accoglienza, la presenza di personale dedicato rispetto alla realtà convulsa ospedaliera.



Organizzazione delle Strutture Ospedaliere di AV3: lo storico

L'organizzazione attuale dell'offerta ospedaliera globale di AV3 è di seguito brevemente riassunta in modo non esaustivo:

- 3 Dipartimenti Emergenza/Urgenza;
- 2 dipartimenti di Salute Mentale;
- 3 Dipartimenti Materno-infantili composti da 3 punti nascita e relative 3 UU.OO. di Pediatria con 1 unica neonatologia;
- 3 UU.OO. di Cardiologia + 3 UTIC (per complessivi 16 posti letto, 4 a Camerino, 4 a Civitanova ed 8 a Macerata): le UU.OO. di cardiologia attualmente sono posti in dipartimenti diversi;
- 3 Dipartimenti di area medica con 7 UU.OO. di Medicina e 1 U.O. di Geriatria, 1 U.O. di Pneumologia, 1 U.O. di Malattie Infettive, 1 U.O. di Neurologia, 3 UU.OO. di Nefrologia
- 3 Dipartimenti Chirurgici;
- 4 Dipartimenti dei Servizi che comprendono 3 UU.OO. di Radiologia, 4 UU.OO. Laboratorio Analisi, 1 Anatomia Patologica e 2 SIT,
- 3 Servizi Professioni sanitarie;
- 3 Direzioni Mediche Ospedaliere;
- 1 Dipartimento Oncologico;
- 3 Aree del farmaco.

POSTI LETTO PUBBLICI ATTUALI (ordinari – DH)

Fonte modello ministeriale HSP 12 – gennaio 2011

	MC	Tolentino	Treia	Camerino	Matelica	S. Sev	Civitan	Recan.	Tot.
Cardiologia	24-1			8			12		44-1
Chirurgia	38-3	9-3		13-3	0-2	18-2	27-3	10-2	115-18
Geriatria	23-1								23-1
Mal inf	12-1								12-1
Medicina	52-4	33-3		25-1	8	21-5	38-4	38-2	215-19
Nefrologia	9-1	7					4-3		20-4
Neurologia	10-1								10-1
Oculistica	4-8					5-6			9-14
Ortopedia	26-2			21-4			29-4		76-10
Ost. ginec	32-2					24-4	10-1	7-2	73-9
Otorino	7-1						14-2		21-3
Pediatria	8-3					4-1	4-1	4-3	20-8
Spdc		11					9		20
Urologia	13-2						13-2		26-4
Rianimaz	6			4			5		15
Utic	7			4			4		15
Ter. dolore	0-1	1-1							1-2
Astanteria	8						7	5	20
Dermatol	2-1								2-1
Riabilitaz			16						16
Lungodeg	6	2	26	4	12	4		2	56
Med nuclea	6								6
Neonatal	7								7
Oncologia	4-14			0-1		0-4	0-3		4-22
Pneumol	22-3								22-3
TOT.	326-49	63-7	42-0	79-9	20-2	76-22	176-23	66-9	848-121
	375	70	42	88	22	98	199	75	969

Il Presidio Ospedaliero Unico di Area Vasta 3: la riorganizzazione

La riorganizzazione globale dell'offerta sanitaria ospedaliera, tenendo conto delle caratteristiche strutturali delle diverse sedi, della loro accessibilità, delle caratteristiche demografiche della popolazione, delle normative vigenti e dell'impossibilità di mantenere inalterate le caratteristiche attuali, prevede una suddivisione chiara dei compiti, indicando la mission di ognuna delle strutture, anche in relazione alla loro storia, alla collocazione territoriale ed alle loro caratteristiche.

Si prevede:

- Direzione Medica Ospedaliera unica (Macrostruttura)
- Dipartimento Professioni Sanitarie unico
- 4 Dipartimenti transmurali, di cui 2 funzionali
- 10 Dipartimenti, di cui 9 ospedalieri (3 funzionali) + 1 SIT

Per dipartimento funzionale ("Dipartimento funzionale d'ambito provinciale") si intende un dipartimento che dia risposte cliniche complesse in cui le risorse del sistema devono essere condivise al fine di produrre un efficace ed efficiente soddisfacimento della domanda.

In ogni caso, la costituzione di Dipartimenti funzionali, non comporta e non può comportare oneri aggiuntivi a carico del Bilancio Aziendale.

N. 4 Dipartimenti Transmurali, di cui 2 funzionali:

- **1 Dipartimento Materno Infantile** con neonatologia di primo livello, due punti nascita con OBI (finchè i numeri saranno coerenti con la normativa), degenza pediatrica ordinaria, neuropsichiatria infantile ospedale/territorio e attività consultoriali (da organizzare secondo quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale);
- **1 Dipartimento funzionale della Riabilitazione** con le UU.OO. di lungodegenza, riabilitazione di Treia e terapia del dolore;
- **1 Dipartimento di Salute Mentale** con SPDC, SRT (struttura sanitaria terapeutica) e strutture residenziali e semiresidenziali
- **1 Dipartimento funzionale del Farmaco** con le farmacie territoriali ed ospedaliere

N. 1 Dipartimento Immunotrasfusionale di Area Vasta (raccordato all'interno del DIRMT)

N. 9 Dipartimenti ospedalieri, di cui 2 funzionali:

- **1 Dipartimento Emergenza-Urgenza** con PS, 118, PPI, anestesia e rianimazione dovrà essere valutata l'opportunità di prevedere un'articolazione funzionale relativa alle competenze anestesiológicas/rianimatorie e di pronto soccorso;
- **3 Dipartimenti di area medica:**
 - medicina interna e geriatria con le 3 UU.OO. di medicina, la geriatria e la diabetologia e le strutture di lungodegenza e medicina post-acuzie (esclusa Treia)



- specialità mediche, con la pneumologia, la neurologia, le malattie infettive, la gastroenterologia, la nefrologia e la cardiologia;
- oncologia medica (funzionale), con le UUOO di Oncologia semplici e complesse;
- o **3 Dipartimenti di area chirurgica:**
 - chirurgia maggiore oncologica generale ed urologia,
 - chirurgia specialistica (otorino, dermatologia, oculistica ed ortopedica);
 - week - day surgery e mininvasiva (funzionale).
- o **1 Dipartimento di Scienze Radiologiche e Terapie Radianti** con le UU.OO. di radiologia, di radioterapia e di medicina nucleare;
- o **1 Dipartimento dei Servizi (funzionale)** con i Laboratori, l'Anatomia Patologica e U.O. di fisica medica.

Nell'ambito del programma di riorganizzazione si terrà conto della necessità di potenziare o rimodulare alcune aree specialistiche:

➤ RETE EMERGENZA URGENZA

Revisione e completamento rete emergenza urgenza, in un contesto di maggiore coerenza di sistema

- Revisione del sistema CO 118
- Revisione rete Potes
- Revisione sistema PPI
- Revisione sistema Continuità assistenziale

La riorganizzazione è subordinata al completamento del percorso regionale di revisione dell'attuale normativa (L.R. 36/98 e 13/08)

➤ AREA CARDIOLOGICA

Si ipotizzano 2 UOC:

- AREA OSPEDALIERA dotata di letti dedicati cardiologici (UOC), UTIC (2 UTIC-USD), Aritmologia, Emodinamica, e riabilitazione cardiologica prevista a Tolentino
- AREA TERRITORIALE con una cardiologia territoriale e telemedicina (con gestione delle strutture residenziali territoriali). L'area territoriale, organizzata come servizio h 12 e dotata di telecardiologia potrà rispondere alle necessità di 1° e 2° livello, compresa la sorveglianza specialistica delle strutture residenziali

➤ AREA DEI LABORATORI

Si prevede 1 Unità Operativa che gestisce:

- un' area di laboratorio maggiore per analisi di base e specialistiche;
- 2 aree per la chimica e la microbiologia di base e punti prelievo ospedalieri;
- punti prelievo del territorio.

➤ **DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE TRANSMURALE**

in linea con quanto previsto dalla normativa nazionale, regionale e dalle società scientifiche di settore, con:

- 3 punti nascita (da rivalutare sulla base delle normative di settore), uno con neonatologia di primo livello;
- previsione di degenza pediatrica unica futura;
- ambulatori pediatrici ed ostetrici diffusi nel territorio,
- neuropsichiatria infantile ospedale/territorio
- servizio materno infantile consultoriale (da organizzare secondo quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale).

➤ **DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE, con:**

- Area/e di degenza (SPDC) in rapporto alla popolazione;
- struttura residenziale terapeutica (SRT) in rapporto alla popolazione;
- implementazione dei servizi territoriali;
- case di accoglienza;
- servizi diurni.

MACROAREA DELLA PREVENZIONE

RIFERIMENTI NORMATIVI –

La L. R. n. 17/2011, nel definire le aree vaste e i distretti come articolazioni dell'ASUR, ha inteso eliminare definitivamente l'articolazione dell'ASUR in Zone Territoriali.

Relativamente al Dipartimento di Prevenzione la L.R. 17/2011 non ha previsto modifiche dell'art. 11 della L.R. 13/2003, relativo alle funzioni, che pertanto restano quelle di seguito richiamate agli obiettivi, per i quali i riferimenti sono il PRS ed il PRP 2010-2012, in fase di aggiornamento al biennio 2013-2014:

“L.R. 13/2003- Art. 11(Dipartimenti di prevenzione)

1. Il dipartimento di prevenzione è la struttura preposta all'organizzazione ed alla promozione della tutela e della salute della popolazione, attraverso azioni tendenti a conoscere, prevedere e prevenire gli infortuni e le cause di malattia. 2. In particolare il dipartimento di prevenzione:

- a) assicura in modo unitario la gestione dei sistemi informativi pertinenti lo stato di salute della popolazione umana ed animale, nell'ambito della rete epidemiologica regionale;
- b) assicura, in integrazione con le altre macro-strutture, l'informazione finalizzata alla prevenzione dei rischi per la salute ai cittadini, ai lavoratori, alle associazioni di rappresentanza, alle strutture del servizio sanitario regionale e agli enti locali;
- c) sviluppa e coordina lo svolgimento, in integrazione con le altre macrostrutture, di programmi di promozione della salute e della sicurezza della popolazione;
- d) garantisce l'istruttoria tecnico-sanitaria per le funzioni amministrative di competenza della Regione e degli enti locali;
- e) garantisce la programmazione e l'esecuzione delle attività di prevenzione, controllo e vigilanza nei settori di competenza.” 3. Nella Direzione generale dell'ASUR è istituita la Direzione tecnica per la prevenzione collettiva, con l'obiettivo di creare e rendere efficiente un sistema a rete dei dipartimenti di prevenzione, attraverso atti di programmazione generale, indirizzo e coordinamento delle strutture operative.

Le modifiche riguardano bensì l'art. 12 della L.R. 13/2003, riferito alla direzione del dipartimento che, con la L.R. 17/2011, assume una valenza di area vasta:

L.R. 13/2003	L.R. 17/2011
<p>Art. 12 (Direttore del dipartimento di prevenzione)</p> <p>1. Nei dipartimenti di prevenzione di competenza sovrazonale il Direttore generale nomina i direttori dei servizi nonché il direttore del dipartimento, scelto fra gli stessi, su proposta dei direttori di zona interessati. 2. Il direttore del dipartimento di prevenzione è responsabile del raggiungimento degli obiettivi e dell'uso razionale delle risorse assegnate alla macrostruttura.</p> <p>In particolare:</p> <p>a) garantisce l'integrazione ed il coordinamento tra i servizi e le unità operative;</p> <p>b) garantisce l'integrazione con il distretto ed il presidio ospedaliero al fine del perseguimento degli obiettivi di prevenzione indicati all'articolo 11;</p> <p>c) partecipa alle attività di programmazione zonale e sovrazonale;</p> <p>d) è responsabile del budget assegnato, ne negozia la ripartizione interna con i direttori dei servizi, lo gestisce in conformità con le indicazioni del direttore di zona e della Direzione generale dell'ASUR.</p> <p>3. Il direttore del dipartimento di prevenzione è coadiuvato da un comitato direttivo composto dai direttori dei servizi o unità operative e da una rappresentanza eletta con le modalità previste nell'atto aziendale di cui all'articolo 5.</p>	<p>Art. 14 (Modifiche dell'articolo 12 della l.r. 13/2003)</p> <p>1. Alla <u>lettera c) del comma 2 dell'articolo 12 della l.r. 13/2003</u> le parole: "zonale e sovrazonale" sono sostituite dalle parole: "di area vasta".</p> <p>2. Alla <u>lettera d) del comma 2 dell'articolo 12 della l.r. 13/2003</u> la parola: "zona" è sostituita dalle parole: "area vasta".</p> <p>3. Il <u>comma 1 dell'articolo 12 della l.r. 13/2003</u> è abrogato.</p>

PROGETTO

L'organigramma generale del Dipartimento di Prevenzione delle Aree Vaste dell'ASUR è il seguente:



L'attuale situazione dell'Area della Prevenzione dell'Area Vasta 3 può essere così sintetizzata:

➤ PUNTI DI FORZA

1. capacità di integrazione multiprofessionale e multidisciplinare;
2. capacità di affrontare i problemi prioritari di salute (si lavora di più su ciò che serve che su ciò che piace);
3. attenzione all'EBP (evidence based prevention) al fine di impostare azioni efficaci per la riduzione dei rischi per la salute dei cittadini
4. capacità di operare in situazioni di emergenza;
5. capacità di passare dalla vigilanza preventiva, l'autorizzazione, e repressivo sanzionatoria ex-post ad un concetto di controllo che, come da direttive e regolamenti europei, prevede la verifica delle azioni messe in atto da chi, pubblico o privato, intraprende una qualsiasi attività; una attività di controllo che valorizza il confronto e la ricerca di soluzioni condivise con imprenditori, professionisti e cittadini, chiamati a concorrere alla prevenzione e gestione dei rischi, comporta infatti un cambiamento anche nella strategia dei controlli.
6. una buona conoscenza della realtà territoriale da parte dei Servizi del DP costituisce il presupposto indispensabile per programmare interventi di controllo mirati alle attività a maggior rischio;
7. orientamento alla comunicazione con particolare riferimento alla comunicazione del rischio.

➤ **CRITICITA'**

1. assegnazione, negli anni, di nuove funzioni (nuovi programmi vaccinali, sostanziali modifiche nei settori degli alimenti e della sanità animale, l'epidemiologia, i programmi specifici di promozione della salute, riassegnazione di funzioni in materia ambientale – siti inquinati, VAS VIS, emissioni in atmosfera, REACH, ecc. -, i nuovi rischi da lavoro, ecc.) e l'attivazione di nuove modalità di controllo sull'operato da parte di organismi regionali nazionali e comunitari (audit);
2. modifica profonda del contesto comunitario con la forte e crescente presenza di cittadini stranieri
3. depauperamento, negli anni, degli organici e carenza di idonei ricambi generazionali che rendono sempre più difficile garantire le attività essenziali a tutela della salute collettiva;
4. disomogeneità strutturale;
5. disomogeneità organizzativa e comportamentale dovuta a carenze di riferimenti centrali;
6. difficoltà ad organizzare settori specialistici in relazione alle necessità emergenti, riguardanti in particolare i rapporti salute/ambiente.

Da quanto sopra, nelle more dell'aggiornamento della DGRM 54/2004 – Linee guida per l'adeguamento dei Dipartimenti di Prevenzione -, così come previsto dal nuovo PSR 2012-2014, si evince la necessità, da un lato di ricondurre le funzioni dipartimentali alla nuova configurazione territoriale e, dall'altro, di mantenere, in termini di attività, un adeguato rapporto con il territorio.

La nuova organizzazione territoriale può sostenere un percorso integrato, che ottimizzi le risorse disponibili e aumenti l'efficacia delle azioni di tutela e promozione della salute.

Si ritiene che possa ben adattarsi un'organizzazione a matrice, che preveda la strutturazione delle funzioni in senso "verticale", garantendo così omogeneità ed equità, e l'organizzazione dell'erogazione delle prestazioni in senso "orizzontale", avendo cura altresì di garantire il governo del territorio, anche in relazione ai compiti istituzionali nei confronti dei Sindaci, autorità sanitarie locali, con una correlazione che potrebbe corrispondere, in una prima fase, ai riferimenti territoriali delle ex zone.

Sicuramente un'organizzazione flessibile in relazione alla complessità del territorio, dovrà tener conto non più dei confini geografici, bensì delle peculiarità sanitarie, sociali, economiche; consentirà altresì di poter strutturare le "eccellenze" e le "specialità" che l'area della prevenzione già esprime e sostenere, in modo più agevole, il relativo percorso di formazione degli operatori.

L'identificazione di alcune funzioni specialistiche quali quelle relative alle interazioni salute/ambiente e all'epidemiologia e promozione della salute ivi compresa quella occupazionale, potranno avviarsi grazie alla presenza di competenze in atto, anche se sarà necessario prevedere alcuni supporti specialistici con competenze di statistica sanitaria, di tossicologia, ecc.

In particolare funzioni di sanità pubblica e di promozione della salute, mentre si ritiene indispensabile garantire gli organici storici, è essenziale che venga reperita una funzione di mediazione linguistico /culturale, stante l'alta percentuale di stranieri che accedono ai servizi vaccinali.

L'ipotesi di unificazione dei servizi su scala di area vasta richiederà l'evidenziazione di specifici settori come ad esempio:

- **SISP** - direzione unica con evidenziazione delle seguenti aree: prevenzione malattie infettive, prevenzione ambienti di vita, ambiente e salute, rischio chimico;
- **SPSAL** - direzione unica con evidenziazione delle seguenti aree: igiene industriale e rischio chimico, malattie professionali, epidemiologia occupazionale;
- **SIAN** - direzione unica con evidenziazione delle seguenti aree: igiene alimenti, nutrizione;



- **SA:** direzione unica; sarà tenuto conto dei settori specialistici del servizio tra i quali l'igiene urbana veterinaria, le zoonosi e le emergenze veterinarie, le profilassi di stato e piani di controllo nazionali e regionali;
- **SIAOA:** direzione unica; sarà tenuto conto dei settori specialistici del servizio tra i quali l'organizzazione dei controlli ufficiali sulle attività registrate e gli stabilimenti comunitari, i prodotti della pesca, i controlli dei mattatoi e la gestione del piano regionale alimenti e radioattività;
- **SIAPZ:** direzione unica; sarà tenuto conto dei settori specialistici del servizio tra i quali il benessere animale, la farmacovigilanza e la farmacovigilanza, l'igiene delle produzioni primarie;
- **EPIDEMIOLOGIA – PROMOZIONE DELLA SALUTE – COMUNICAZIONE DEL RISCHIO - SCREENING – EPIDEMIOLOGIA VETERINARIA:** tali funzioni sono già fortemente integrate nell'ambito dell'Area Vasta;
- **MEDICINA DELLO SPORT:** è tutta da avviare la nuova organizzazione della medicina sportiva, intesa come percorso di prevenzione e promozione della salute, e la sua collocazione nel Dipartimento di Prevenzione.

Relativamente alle funzioni specialistiche, tenuto conto delle competenze professionali già presenti nell'Area Vasta, e delle esperienze in essere, è interesse della Direzione avviare la struttura di Epidemiologia Occupazionale. Tale nuova struttura, al momento ipotizzabile ad isorisorse, potrebbe essere, a tendere, il punto di riferimento per un centro di Epidemiologia Occupazionale a valenza ASUR.

E' altresì opportuno, in relazione ai programmi di sorveglianza C.E., nazionali e regionali prevedere un'articolazione funzionale del dipartimento di prevenzione relativa alle competenze dell'Area Veterinaria e della Sicurezza Alimentare.

L'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione dell'Area Vasta 3, con la realizzazione di servizi unici e la individuazione delle articolazioni organizzative e specialistiche, consentirà, come obiettivo primario, la tutela dei livelli assistenziali, salvaguarderà il principio dell'equità e garantirà la valorizzazione ed il miglior utilizzo delle professionalità presenti.



MACROAREA DEI SERVIZI TERRITORIALI

Il Distretto assicura alla popolazione di riferimento l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie e sociali ad elevata integrazione sanitaria attraverso la valutazione dei bisogni e la definizione dei servizi necessari.

Eroga prestazioni e servizi di primo livello (l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza ad anziani e disabili, l'assistenza domiciliare integrata, l'assistenza e la cura delle tossicodipendenze, l'assistenza e la cura della salute della donna, dell'infanzia e della famiglia, ...).

MISSION DEL DISTRETTO

- Analisi dei bisogni;
- Governo e orientamento della domanda;
- Mantenimento e ricomposizione dell'offerta sanitaria ed integrazione con il sociale;
- Riassetto e sviluppo della rete residenziale e semiresidenziale;
- Implementazione delle strutture intermedie;
- Potenziamento delle cure primarie.

LINEE STRATEGICHE DEL DISTRETTO

- appropriatezza degli ambiti di cura;
- unicità dei percorsi;
- efficacia degli interventi;
- controllo della spesa.

NUOVA ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI TERRITORIALI

Tenuto conto della ridefinizione del numero dei Distretti operata dalla Giunta Regionale con DGRM 928 del 27/06/2012 è necessario procedere con azioni correttive e migliorative finalizzate a commisurare l'offerta in relazione al bisogno.

In particolare si prevede una organizzazione dei servizi atto a garantire omogeneità equità ed appropriatezza degli ambiti di cura, unicità di percorsi, efficacia degli interventi attraverso una governance di integrazione socio-sanitaria in relazione anche ai compiti istituzionali propri della conferenza dei Sindaci. Si prefigura una organizzazione flessibile in relazione alla complessità ed alla diversità del territorio strutturando il sistema delle eccellenze e sostenendo i relativi percorsi di formazione degli operatori; a tal fine si rende necessaria una rimodulazione dell'offerta delle branche specialistiche ambulatoriali che richiedono un potenziamento della dotazione della strumentazione per garantire una diagnostica di 1° livello.

21/

L'attuale organizzazione è così sintetizzabile:

SITUAZIONE ATTUALE			
	ex ZT8	ex ZT9	ex ZT10
N° DISTRETTI	1	2	2
N° SEDI DISTRETTUALI	6	12	12
N° POLIAMBULATORI*	5	5	3
HOSPICE	0	0	1
N° R.S.A.	2** (p.l. 80)	2 (p.l. 40)	1 (p.l. 20)
N° C.d.R./R.P.	6	13	10
N° p.l. CONVENZIONATI in R.P.	181	331	257
MEDICINA LEGALE	1	1	1^
CONSULTORIO	1	2	2
U.V.A.	1	2***	1
U.M.E.A.	1	1	1
U.M.E.E.	1	2	1
U.V.D. – U.V.I.	1	2	2
ASSISTENZA DOMICILIARE /ADI	Erogata su tutti i Comuni dell'A.V.3		
DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE	1	1	1
* I poliambulatori sono presenti nelle sedi Distrettuali con maggior numero di abitanti. ** n°1 R.S.A. è privata e accreditata *** n° 1 Territoriale, n°1 Ospedaliera ^ collocata nel Dipartimento di Prevenzione			

Si prevede la seguente nuova organizzazione:

NUOVA ORGANIZZAZIONE			
	ex ZT8	ex ZT9	ex ZT10
N° DISTRETTI	1	1	1
N° SEDI DISTRETTUALI	6	12	12
N° POLIAMBULATORI*	5	5	3
HOSPICE	0	1	1
N° R.S.A.	2** (p.l. 80)	2 (p.l. 80) ****	1 (p.l. 20)
N° C.d.R./ R.P.	6	13	10
N° p.l. CONVENZIONATI in R.P.	181	331	257
MEDICINA LEGALE	1 A VALENZA DI AREA VASTA		
CONSULTORIO	1	1	1
U.V.A.(unità valutativa Alzheimer)	1	2***	1
U.M.E.A.(unità multid.età adulta)	1	1	1
U.M.E.E.(unità multid.età evolutiva)	1	1	1
U.V.D. – U.V.I. (unità valutativa distretto/interdisciplinare)	1	1	1
ASSISTENZA DOMICILIARE /ADI	Erogata su tutti i Comuni dell'A.V.3		
DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE	1 A VALENZA DI AREA VASTA		
<ul style="list-style-type: none"> • I poliambulatori sono presenti nelle sedi Distrettuali con maggior numero di abitanti. ** n°1 R.S.A. è privata e accreditata *** n° 1 Territoriale, n°1 Ospedaliera **** 40 pl San Ginesio+ 40 pl Corridonia 			



In riferimento al P.S.R. e conseguente D.G.R.M. n° 784/2012 l'organizzazione della rete territoriale prevede le seguenti progettualità:

Potenziamento delle strutture e delle cure intermedie:

- Punto unico di accesso (PUA);
- Garanzia della continuità delle cure H24 7gg/su 7;
- Integrazione ospedale/territorio;
- Presa in carico della cronicità e delle fragilità;
- Riassetto e sviluppo della rete assistenziale e semiresidenziale.

Sviluppo delle Case della Salute:

La casa della salute è il collegamento tra la rete dei MMG, dell' ADI, della residenzialità protetta.

L'implementazione delle casa della salute ad alta intensità assistenziale è coerente con la riconversione delle strutture ospedaliere ex di Polo presenti nel territorio.

Rafforzamento delle équipes territoriali:

E' necessaria l'aggregazione funzionale in Equipe Territoriale (ET) dei MMG, dei PLS, della Continuità Assistenziale e degli Specialisti Ambulatoriali per assicurare la continuità assistenziale (H24).

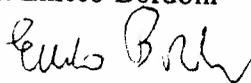
Bisogna peraltro tener conto dei limiti economici previsti e dalle possibilità garantite dai relativi Accordi nazionali e regionali in materia.

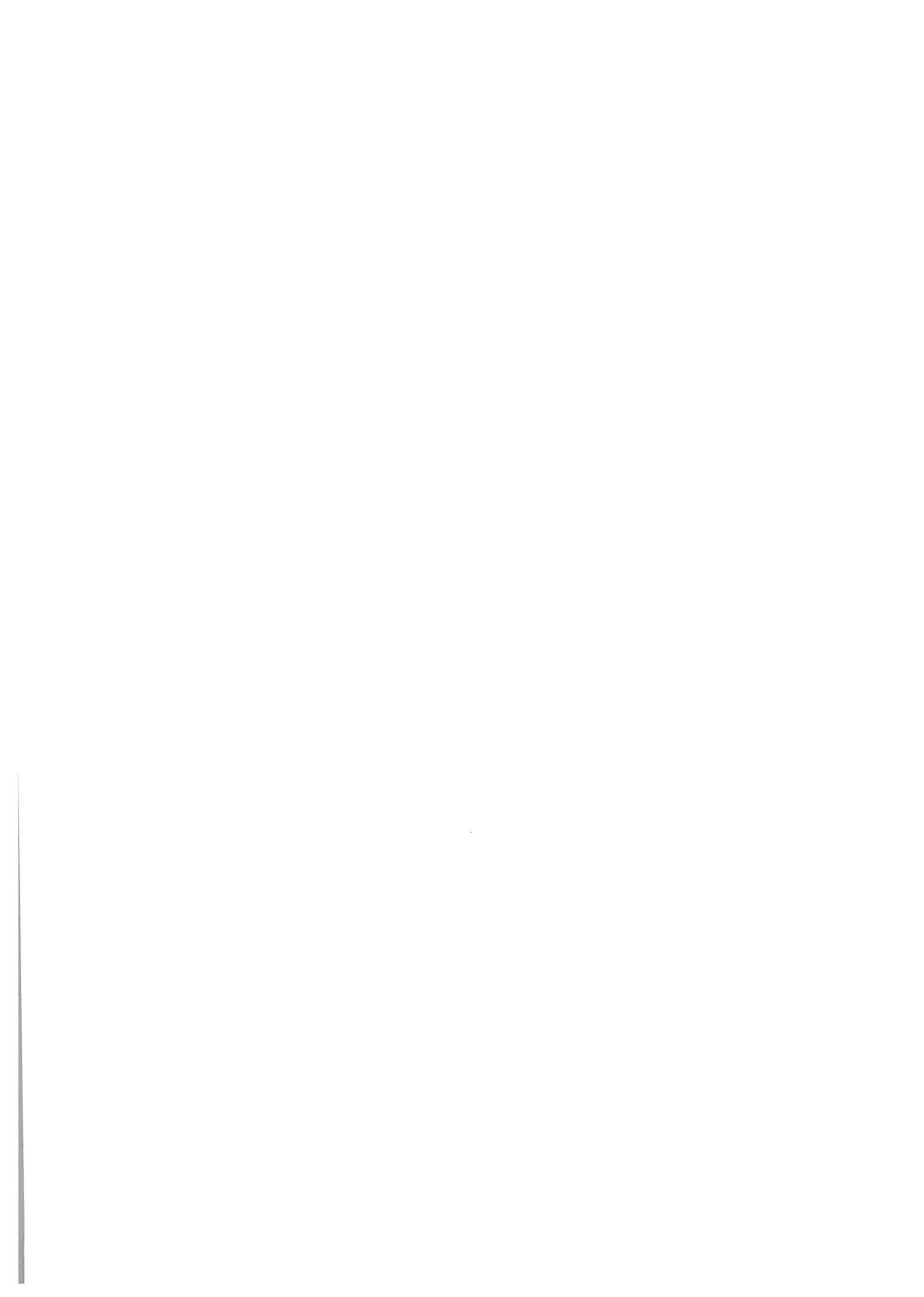
- LA RETE TERRITORIALE:

N°	PROGETTO	AZIONE
1	Sviluppo della Casa della Salute di media intensità	Reingegnerizzazione della struttura sanitaria di Sarnano in Casa della Salute di media intensità
2	Sviluppo Rete delle Cure Primarie	1) Potenziamento della "Medicina di Iniziativa" mediante il progetto "Percorso diagnostico-strumentale della Medicina Generale"; 2) Mantenimento/implementazione dei percorsi condivisi ospedale-territorio per le urgenze differibili con il Dipartimento Medico e per le prestazioni di diagnostica per immagini, eco-color Doppler e neurologia
3	Realizzazione dei Presidi H24	1) Mantenimento delle attività della Casa della Salute di Treia 2) Reingegnerizzazione della struttura ospedaliera di Recanati e Matelica come case della salute ad alta complessità assistenziale.
4	Implementazione del PUA	1) Mantenimento delle Segreterie domiciliari distrettuali per la presa in carico del paziente in ADI. 2) Potenziamento dell'ADI con attività 7 gg./7gg. 3) Condivisione in Area Vasta di una procedura standardizzata di Dimissioni Protette per la presa in carico e il soddisfacimento dei bisogni assistenziali dei pazienti in RSA e RP.

Il presente Piano viene espressamente approvato ai sensi dell'Art. 19 della Legge Regionale n. 13/2003 e s.m.i.

Il Direttore di Area Vasta
Dr. Enrico Bordoni







Piano di Area Vasta 4

Dr. Gianni Genga

Premessa

Con l'approvazione del PSR 2012-2014 sono disponibili tutti gli strumenti di indirizzo necessari alla riorganizzazione in ambito di Area Vasta dei servizi sanitari, che si accompagna alla riorganizzazione dell'assetto amministrativo e tecnico logistico; le reti ed aree interessate al riordino sono essenzialmente: rete della Prevenzione, rete Territoriale e rete Ospedaliera, per altro macroaree già individuate dal decreto Bindi n. 229/99 quali colonne fondamentali e portanti del SSN.

I Riferimenti Normativi principali a supporto della proposta sono, oltre il Patto per la Salute 2010/2012, sono: la Legge Regionale n. 13 /2003, la DGRM n. 784 del 28/05/2012, la determina ASUR n. 1112 del 14/12/2011.

I Concetti Chiave di cui si è tenuto conto nella predisposizione del piano sono i seguenti:

- Rete assistenziale integrata, qualificata e sicura
- Sviluppo dell'attività di promozione della salute e della prevenzione primaria, secondaria e terziaria
- Presidio del territorio per garantire la vicinanza al cittadino, con ricerca di massima sinergia fra il sistema delle cure primarie ed il resto della rete, con centralità del Medico di Medicina Generale e del Distretto Sanitario, per una reale presa in carico del paziente
- Governo dei principali percorsi assistenziali, tramite il presidio dei profili di assistenza per le condizioni di maggiore frequenza e/o complessità e/o fragilità, per garantire l'omogeneità dell'assistenza e la misurazione degli esiti
- Sistema orientato alla ricerca della appropriatezza, sia organizzativa che clinico assistenziale, della efficienza ed efficacia, per lo sviluppo di un sistema sostenibile rispetto alle risorse assegnate e compatibili
- Sobrietà ed equità
- Centralità dei dipartimenti per la gestione delle risorse e dei percorsi clinici, con sviluppo di Aree per Intensità di Cura e intensità assistenziale.

Ciò in considerazione soprattutto del fatto che è questa della AV 4, così come ridefinita dalla legge 17/2011, una realtà articolata e fra le più complesse, con un ambito territoriale assai peculiare; è una realtà che da un lato esprime livelli importanti di servizi e prestazioni su vari versanti, fra i quali quello territoriale, in particolare in questo caso nell'ambito socio sanitario, con modelli che sono anche di riferimento per il sistema regionale e, dall'altro, è caratterizzata da una evidente e conosciuta criticità della rete ospedaliera, per acuti, nonché nel settore della post acuzie e residenzialità sanitaria, risultato anche di un percorso di reingegnerizzazione che nel suo complesso, pur essendo da tempo avviato, non è stato ancora completato.

Fra gli elementi di maggiore criticità è divenuto, in questi ultimi anni, il fatto che, in una sistema rappresentato ancora fino ai primi anni del 2000, da un vero mosaico di 7 Presidi Ospedalieri distribuiti su di un ampio territorio, il riferimento operativo per acuti si è gradualmente focalizzato ed in maniera in gran parte inevitabile, concentrando la vera offerta della AV 4 nell' ex Ospedale di Rete del Murri di Fermo, che si è fatto progressivamente carico di tutte le necessità di risposta ai bisogni espressi, senza veder aumentato il numero dei posti letto ordinari, anche per un programma di profonda ristrutturazione nel contempo avviato che ha portato alla diminuzione della area di degenza dedicata, nonché di altre componenti essenziali, quali la post acuzie e la residenzialità sanitaria. L'avvio del Presidio

ospedaliero unico di Area Vasta che si realizza, sulla base delle indicazioni della Legge n. 17/11 in questo Piano attuativo, rende necessario ridefinire le funzioni delle diverse sedi che compongono il Presidio unico.

Inoltre, con l'ingresso dell'ex Ospedale di Polo di Amandola nel contesto del Presidio unico di AV, le possibilità di riconversione si arricchiscono grazie all'opportunità che questa sede offre sul versante della offerta chirurgica elettiva.

In prospettiva, poi, la sede di Fermo vedrà finalizzato un obiettivo importante e che inciderà in maniera determinante sul contesto generale, vale a dire la prevista attivazione dell'ala ospedaliera, in corso di ristrutturazione; tale ala, con crono programma di consegna previsto per il 2012, innanzitutto permetterà di implementare il numero posti letto per acuti, consentendo a quel momento di poter incidere sia sulla riorganizzazione della struttura, in particolare per quelle aree ad oggi fortemente critiche tanto più sul versante logistico, nonché permetterà di recuperare opportunità sui vari regimi, con implementazione della parte per acuti solo nella struttura centrale e riconversione delle due funzioni residuali di medicina per acuti di Montegiorgio e Sant'Elpidio a Mare.

Per quanto riguarda l'ambito più strettamente territoriale, risulta tuttora presente una certa disomogeneità sia di tipo strutturale che organizzativo e funzionale su tutta l'area, frutto anche di processi di integrazione ancora non compiuti fra i distretti sanitari presenti sul territorio, che si riflette su un sistema di servizi alla persona altrettanto disomogeneo e non coerente. Alla luce di ciò, fra gli obiettivi che ci si è posti, è stata data particolare rilevanza a quelli della ricerca di omogeneizzazione, in un contesto di necessaria flessibilità di sistema.

Per altro, le innovazioni organizzative che si propongono non vanno a modificare o scardinare l'ossatura generale definita dal D. Lgs. 229/99, ma intervengono sugli aspetti dell'organizzazione interna, sia macro che micro e delle strategie di gestione; la salvaguardia del territorio, da cui nascono i bisogni, si assicura attraverso l'individuazione di modelli organizzativi il più possibile flessibili ed integrati, che, nello specifico della Area Vasta, tengano conto della differente complessità territoriale e livello servizi, garantendo comunque la necessaria omogeneità operativa.

In questo contesto, la vera centralità che si vuol perseguire è quella del cittadino utente, rimodellando i percorsi e l'organizzazione per favorire la vera presa in carico della persona. Nello schema seguente, si richiama la "idealità" dei percorsi, che vuol essere punto di riferimento in un modello a tendere:



Nella nuova organizzazione, fra gli elementi cardine individuati: l'organizzazione, ovvero la componente delle strutture e procedure che consentono la gestione del sistema, il processo, ovvero la componente della modalità di funzionamento operativo del modello stesso, gli standard, ovvero la componente dei requisiti che debbono essere soddisfatti dalle strutture e

la valutazione, quale componente di verifica continua essenziale di efficacia ed efficienza delle azioni.

Assetto Direzione di Area Vasta

Nel nuovo assetto, sono previsti servizi a valenza sanitaria e/o socio sanitaria in supporto diretto di staff alla Direzione di Area Vasta, quali l'Integrazione socio sanitaria, il servizio di Prevenzione e Protezione, il Dipartimento delle Professioni Sanitarie, il settore del Governo Clinico per il presidio della Qualità, Rischio Clinico, Appropriatelyzza e Profili di Assistenza.

Area ATL

I riferimenti principali nella predisposizione della proposta sono stati:

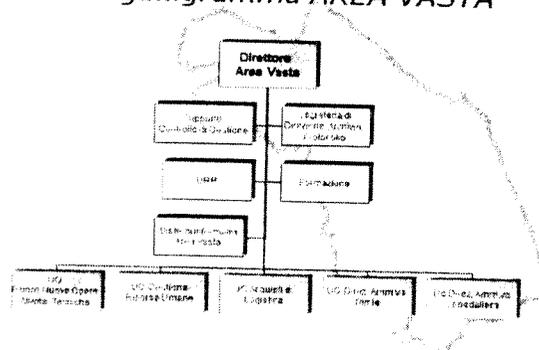
- Legge regionale 1 agosto 2011, n. 17. "Ulteriori modifiche della Legge Regionale 20 giugno 2003, n. 13: "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale", della Legge regionale 17 luglio 1996, n. 26: "Riordino del Servizio Sanitario Regionale" e modifica della legge regionale 22 novembre 2010, n. 17".
- Deter. ASURDG n.1112 del 14/12/2012: "Regolamento di organizzazione area ATL aziendale - Determinazioni."
- DGRM n. 2 del 9/1/2012: "Approvazione deter. ASURDG n.1112 del 14/12/2012"

Nello specifico, si è tenuto conto che:

- l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'A.S.U.R. e delle aziende ospedaliere;
- L'Area ATL è organizzata in Dipartimento Unico Amministrativo Aziendale, afferente alla Direzione Amministrativa Aziendale e articolato in aree Dipartimentali che hanno il compito di indirizzare e coordinare l'attività amministrativa di area vasta;
- Le strutture operative ATL di Area vasta, sono quelle individuate secondo le indicazioni normative regionali e svolgono funzioni proprie e delegate, a supporto dei processi tipicamente di governo clinico, territoriali e ospedalieri.

Per quel che riguarda l'organigramma della ATL che si propone per l'Area Vasta, è il seguente:

Organigramma AREA VASTA



Di fatto, si prevedono cinque aree di STAFF, su cui attivare tipologie di incarichi prevalentemente di Struttura Semplice:

- Segreteria di Direzione, Archivio, Protocollo e Rischio Assicurativo
- Supporto al Controllo di Gestione
- URP
- Sistemi Informativi Area Vasta
- Formazione

Nonché cinque aree di Linea, su cui attivare tipologie di incarichi di Struttura Complessa:

- UO Gestione Risorse Umane
- UO Acquisti e Logistica
- UO Patrimonio, Nuove Opere e Attività Tecniche

- UO Direzione Amministrativa Territoriale, cui ricondurre tutte le funzioni amministrative territoriali (con presidio front office e razionalizzazione/centralizzazione funzioni a supporto)
- UO Direzione Amministrativa Ospedaliera, cui ricondurre tutte le funzioni amministrative ospedaliere

Contesto della AV

Il territorio della Area Vasta di Fermo, coincidente con la provincia di Fermo, si estende per 900 kmq circa e comprende 40 comuni; la popolazione residente assistita è di 177.914 abitanti (anno di riferimento 2011) per una densità abitativa di 197 ab/kmq. Il 21.7% della popolazione è di età superiore ai 65aa, con un indice di vecchiaia di 1.74 (rapporto % tra pop. >= 65aa e pop. 0-14aa; valore medio regionale: 1.69), fra i più alti della regione.

È presente un Presidio Unificato di Area Vasta, articolato nelle strutture del Murri di Fermo ed Amandola, nonché di Montegiorgio e Sant'Elpidio a Mare per funzione residuale di medicina per acuti ed in via di ridefinizione, in prospettiva della attivazione degli spazi che verranno messi a disposizione presso il Muri completata l'ala in ristrutturazione (cronoprogramma inizio 2013). Sono presenti quindi una struttura ospedaliera privata accreditata, Villa Verde, nonché una sede della INRCA, Istituto di ricerca, con funzione geriatrica e riabilitativa.

Sono presenti tre Distretti Sanitari, articolati in sette sedi periferiche (Porto San Giorgio, Sant'Elpidio a Mare, Porto Sant'Elpidio a Mare, Montegiorgio, Petritoli, Montegranaro, Amandola) maggiori

Per la parte della residenzialità sanitaria, è presente ed attiva una RSA a Petritoli, per un totale di 20 pl; sono attive n. 12 strutture convenzionate per residenza protetta, per un totale di 302 pl complessivi convenzionati e 49 riconosciuti dall'Accordo di Programma; è attivo un Hospice, di 10 pl e prevalentemente per situazioni oncologiche, presso il presidio di Montegranaro, nonché una residenza sanitaria riabilitativa (RSR) di 14 pl (in sviluppo a 23) presso il presidio di Porto San Giorgio, nonché una struttura residenziale psichiatrica (RSP) di 14 pl.

Sul settore della disabilità, sono presenti la Comunità Capodarco, con un semiresidenziale per 25 p e residenziale per 45 p, il Centro Montessori, con un semiresidenziale per 15, la Cittadella del Sole, con un semiresidenziale per 10 p e residenziale per 7 p, il Girasole, con un semiresidenziale per 16 p e la Serra, con un semiresidenziale per 25 p

Rete della Prevenzione

Le funzioni previste per il Dipartimento di Prevenzione, sono le stesse dell' art. 7 ter D. LGS. 229/99; in base alla definizione dei livelli essenziali di assistenza, il dipartimento di prevenzione garantisce le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica, anche a supporto dell'autorità sanitaria locale:

- a) profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- b) tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- c) tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- d) sanità pubblica veterinaria, che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie; farmacovigilanza veterinaria; igiene delle produzioni zootecniche; tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale;



- e) tutela igienico - sanitaria degli alimenti;
- f) sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- f-bis) tutela della salute nella attività sportive.

Attualmente, la struttura organizzativa dei vari Dipartimenti è caratterizzata da una notevole disomogeneità, conseguente alla eccessiva parcellizzazione delle Zone Territoriali. Ciò non ha consentito il pieno sviluppo degli adeguamenti normativi che, negli anni, hanno interessato le Strutture di Sanità Pubblica, nell'ottica complessiva di Area vasta, tenendo conto delle specificità territoriali che contraddistinguono ciascuna Area Vasta (popolazione, realtà produttive, superficie, ecc.).

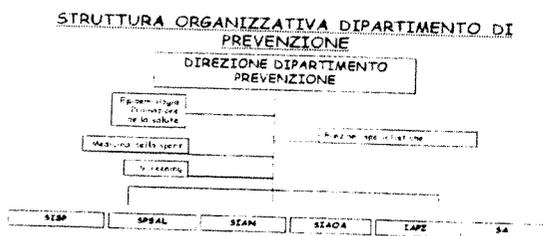
Fra le priorità considerate a supporto della riorganizzazione proposta sono state:

- la necessità di assicurare omogeneità ed uniformità operativa,
- la necessità di assicurare una programmazione unitaria delle strategie e degli obiettivi di sanità pubblica,
- la necessità di garantire, nella fase transitoria di riassetto, la qualità e l'efficacia degli interventi di prevenzione sul territorio.

Per consentire ciò, il modello organizzativo del Dipartimento di Prevenzione che si propone prende in considerazione:

- Direzione Dipartimento di Prevenzione
- Servizi in ambito dipartimentale:
 - Igiene e Sanità Pubblica;
 - Prevenzione nei Luoghi di Lavoro;
 - Igiene degli Alimenti e Nutrizione;
 - Sanità Animale;
 - Igiene Alimenti di Origine Animale;
 - Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche;
- Definizione in area vasta delle funzioni di:
 - Epidemiologia
 - Promozione della Salute
 - Medicina dello sport
 - Screening

L'organigramma è il seguente:



Nel riassetto dipartimentale si è tenuto conto delle principali linee di attività e dello sviluppo e della continuità dei percorsi. Si è anche programmata la attivazione di un modello a matrice, in cui le linee orizzontali individuano i punti di raccordo e di governo delle attività, le cui sinergie dovranno essere garantire da un *referente funzionale*

MACROAREA PREVENZIONE

CATEGORIA DI ATTIVITÀ	ATTIVITÀ DI PREVENZIONE			ATTIVITÀ DI CURA			ATTIVITÀ DI ASSISTENZA			ATTIVITÀ DI FORMAZIONE			ATTIVITÀ DI RICERCA		
	PREVENZIONE PRIMARIA	PREVENZIONE SECONDARIA	PREVENZIONE TERZIARIA	CURAZIONE	RICOSTRUZIONE	RIABILITAZIONE	ASSISTENZA DOMICILIARE	ASSISTENZA AMBULATORIALE	ASSISTENZA OSPEDALIERA	ATTIVITÀ DI FORMAZIONE CONTINUA	ATTIVITÀ DI FORMAZIONE SPECIFICA	ATTIVITÀ DI RICERCA	ATTIVITÀ DI RICERCA	ATTIVITÀ DI RICERCA	
ATTIVITÀ DI PREVENZIONE PRIMARIA	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
ATTIVITÀ DI PREVENZIONE SECONDARIA	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
ATTIVITÀ DI PREVENZIONE TERZIARIA	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
ATTIVITÀ DI CURAZIONE	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
ATTIVITÀ DI RICOSTRUZIONE	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
ATTIVITÀ DI RIABILITAZIONE	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
ATTIVITÀ DI ASSISTENZA DOMICILIARE	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
ATTIVITÀ DI ASSISTENZA AMBULATORIALE	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
ATTIVITÀ DI ASSISTENZA OSPEDALIERA	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
ATTIVITÀ DI FORMAZIONE CONTINUA	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
ATTIVITÀ DI FORMAZIONE SPECIFICA	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
ATTIVITÀ DI RICERCA	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	

IL Distretto

Nella proposta di riassetto e riordino, il Distretto Sanitario assicura alla popolazione di riferimento l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie e sociali ad elevata integrazione sanitaria, sia attraverso la valutazione dei bisogni e la definizione dei servizi necessari che mediante l'erogazione di prestazioni e servizi di primo livello o di base, quali l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza ad anziani e disabili, l'assistenza domiciliare integrata, l'assistenza e la cura delle tossicodipendenze, l'assistenza e la cura della salute della donna, dell'infanzia e della famiglia

(Legge 30 giugno 2003 n. 13 s.m.i.).

Il Direttore di distretto è nominato dal direttore di Area Vasta tra i soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 20, comma 6, della l.r. 17 luglio 1996, n. 26 (Riordino del servizio sanitario regionale) ed è responsabile del raggiungimento degli obiettivi e dell'uso razionale del complesso delle risorse assegnate al distretto in sede di negoziazione del budget

In particolare, fra gli obiettivi di particolare rilevanza:

- a) è responsabile dell'integrazione operativa tra le attività sanitarie di area vasta per le attività a valenza distrettuale;
- b) predispone gli strumenti attuativi dei programmi delle attività distrettuali;
- c) partecipa alle attività di programmazione di Area vasta;
- d) è responsabile del budget assegnato al distretto, che gestisce in conformità alle disposizioni del direttore di area vasta;
- e) propone al direttore di Area Vasta accordi di programma e protocolli d'intesa con il Comitato dei Sindaci di cui all'articolo 22 per la gestione unitaria dei programmi operativi e delle risorse finanziarie ed umane, anche al fine di pervenire a modalità unificate di accesso alla rete dei servizi territoriali.

Il direttore di distretto esercita naturalmente le proprie funzioni in collaborazione con il coordinatore di ambito sociale; entrambi sono corresponsabili dell'integrazione operativa in conformità agli indirizzi programmatici e nei limiti delle risorse disponibili.

Nella definizione dei servizi e delle prestazioni necessarie al miglioramento dello stato di salute della popolazione interessata, nell'attività di monitoraggio delle iniziative previste dal programma delle attività distrettuali, nonché nelle negoziazioni con il direttore di Area Vasta, il direttore di distretto è coadiuvato dall'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, la cui composizione è prevista nell'atto aziendale di cui all'articolo 5.

Nella Mission del distretto, si segnalano particolarmente rilevanti:

- L'analisi del bisogno
- Il governo e l'orientamento della domanda
- La ricomposizione dell'offerta (sanitaria ed in integrazione con il sociale) sui bisogni espressi dalla popolazione di riferimento
- Il riassetto e sviluppo della rete residenziale e semiresidenziale
- L'implementazione delle strutture intermedie (derivanti dalla riconversione dei PL ospedalieri)
- Il potenziamento delle cure primarie
- Il governo dei percorsi assistenziali, finalizzato alla «presa in carico»

Obbiettivi strategici da perseguire sono:

- recuperare l'appropriatezza degli ambiti di cura
- ricondurre alla unicità dei percorsi la frammentazione dell'offerta al fine di garantire la continuità assistenziale
- porre sotto controllo la spesa e l'efficacia degli interventi, monitorando l'adeguatezza della produzione quali-quantitativa e dei consumi (ricoveri, farmaceutica e specialistica)
- Sviluppare un modello di reale presa in carico della persona

Altro aspetto importante e strategico, da perseguire, è l'organizzazione ed il consolidamento del livello territoriale dell'integrazione sociale e sanitaria.

A questo riguardo, è di particolare rilevanza cercare di:

- Semplificare il livello territoriale dell'integrazione sociale e sanitaria;
- Rendere omogenee le procedure organizzative e gestionali dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nei territori;
- Rendere omogenee le procedure di programmazione integrata sociale e sanitaria dei territori;
- Creare una coerenza di sistema tra programmazione integrata sociale e sanitaria dei livelli territoriali con la ridefinizione e rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari;
- Adottare un modello concettuale unitario per l'analisi e l'evoluzione del sistema tariffario per le strutture sociosanitarie, residenziali e semiresidenziali;
- Unificare le modalità di aggiornamento e gestione delle tariffe per le strutture sociosanitarie, residenziali e semiresidenziali;
- Attivare le coerenze di sistema per le strutture sociosanitarie, residenziali e semiresidenziali relativamente a:
 - Governo della domanda
 - Sistemi informativi,
 - Autorizzazione/Accreditamento,
 - Fabbisogno,
 - Sistema tariffario

 7

Per poter realizzare ciò, si rende necessario la implementazione delle strutture intermedie e potenziamento delle cure intermedie, attraverso:

- La valorizzazione del punto unico di accesso (PUA),
- Il perseguimento di modelli finalizzati alla garanzia della continuità delle cure H24 7gg/su 7,
- La implementazione della integrazione ospedale/territorio,
- La ricerca e perseguimento di modelli di reale presa in carico della cronicità,
- Il riassetto e sviluppo della rete assistenziale e semiresidenziale.

Fra gli obiettivi prioritari, viene individuato lo sviluppo delle Case della Salute, anche nel contesto della AV 4 di Fermo.

La Casa della Salute è il momento di intersezione tra la rete dei MMG, la rete della domiciliarità e quella della residenzialità e nelle forme ad alta complessità dovrà costituire un polo di riferimento aperto nelle 24 ore per uno specifico ambito.

L'implementazione delle Casa della Salute ad alta intensità assistenziale si incardina nella manovra di riconversione di alcuni presidi periferici presenti nel territorio aziendale per i quali si prevedeva solo la trasformazione in servizi a valenza di post acuzie, territoriale/residenziale, ambulatoriale.

La completa realizzazione di tale obiettivo sarà possibile con la reingegnerizzazione delle strutture presenti sul territorio e la messa a disposizione delle risorse che si renderanno disponibili dalla riconversione.

Propedeutico a tutto ciò, è il rafforzamento delle Equipe Territoriali, ovvero dei modelli di aggregazione funzionale in Equipe Territoriale (ET) dei MMG, PLS, Continuità Assistenziale e Specialisti Ambulatoriali per arrivare alla continuità assistenziale (H24), nei limiti economici previsti dall'ACN e dagli accordi regionali in materia.

L'aggregazione funzionale in Equipe Territoriale (ET) dei MMG, PLS, Continuità Assistenziale e Specialisti Ambulatoriali, consente di attivare percorsi assistenziali che conducono da una parte alla continuità dell'assistenza in senso temporale (H24), dall'altra alla costruzione di procedure condivise che garantiscono la continuità dell'informazione a favore del paziente e la percorribilità di terapie complesse nel loro percorso attuativo.

Si prevede la massima diffusione di questo tipo di aggregazione all'interno dei limiti economici previsti dall'ACN e dagli accordi regionali in materia, finalizzando le attività delle équipe all'uso appropriato del farmaco e alla costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici su patologie croniche ad alta prevalenza, in particolare su diabete, scompenso cardiaco, bronco pneumopatie cronico-ostruttive.

Attualmente, presso la AV 4 sono presenti tre Distretti Sanitari, il Distretto 1 di Porto sant'Elpidio, il Distretto 2 di Porto San Giorgio ed il Distretto di Amandola.

Il Distretto 1 comprende 3 Comuni della Provincia di Fermo, dislocati prevalentemente sulla fascia costiera e collinare, per un totale di 51.340 abitanti (1 comune di grande dimensione e 2 comuni di dimensione intermedia).

Il Distretto 2 comprende 31 Comuni della Provincia di Fermo, di fasce costiera e collinare, per un totale di 118.321 abitanti (1 comune di grande dimensione, 3 di dimensione intermedia e 27 di piccola dimensione, sotto i 6.000 residenti).

Il Distretto di Amandola comprende n. 6 Comuni (degli ex 11 Comuni della ex ZT13) della Provincia di Fermo, di fascia collinare e montana, per un totale di 8.253 abitanti (6 comuni di piccole dimensioni).

La proposta di riordino, prevede una nuova organizzazione dei servizi territoriali, con possibilità di azioni correttive e migliorative, in coerenza con la ridefinizione del numero dei Distretti operata dalla Giunta Regionale con DGRM 928 del 27/06/2012:

1 - Realizzazione di 1 distretto (con un proprio Direttore) coincidente con l'ambito territoriale della ex Zona Territoriale n. 11 e del Distretto di Amandola (ex ZT 13, per il territorio dei 6 comuni)

2 - Rimodulazione dell'offerta di alcune branche specialistiche presenti nel territorio, per sedi prevalenti, in relazione ai flussi afferenti ed alle problematiche strutturali e/o tecnologiche e di investimenti, con maggiore integrazione inter Area (contrattuale)

3 - Adozione di modelli organizzativi omogenei ed unici, per area tematica e/o funzione e/o settore operativo, con revisione sistema incarichi a supporto

4 - Individuazione di mission prevalenti per sede periferica

Riguardo i punti 1 e 2, si rileva come attualmente i tre Distretti Sanitari, articolati in sette sedi periferiche maggiori (Montegiorgio, Montegranaro, Petritoli, Porto San Giorgio, Sant'Elpidio a Mare, Porto Sant'Elpidio ed Amandola), presentano modelli sostanzialmente ripetuti e sovrapponibili (attività distrettuali, poliambulatorio specialistico multidisciplinare, unità di degenza).

Tali modelli, alla luce soprattutto di problematiche strutturali (particolarmente rilevanti in alcune sedi) e di necessità di investimenti, anche tecnologici, non dovranno che essere semplificati e razionalizzati, in un contesto di utilizzo ottimale ed efficiente delle risorse. Solo così si potrà mantenere un livello di servizi alla persona adeguato, non più possibile altrimenti in un sistema disperso e disomogeneo.

A questo riguardo, per le sedi periferiche, si prevedono le seguenti riorganizzazioni di massima:

Sede di Montegiorgio

Attuale

- Sede distrettuale
- Poliambulatorio specialistico
- Sede di Potes
- PPI
- Funzione di degenza di medicina per acuti di 20 pl

Previsione

- Sede distrettuale
 - Poliambulatorio specialistico con «mission» prevalente
- Sede di Potes
 - PPI (coerentemente al piano di riordino della rete di emergenza urgenza regionale)
- Funzione di post acuzie e/o residenzialità sanitaria

Sede di Montegranaro

Attuale

- Sede distrettuale
- Poliambulatorio specialistico
- Centro del Piede
- Unità residenziale di Hospice
- Centro diurno di 20 p Alzheimer

Previsione

- Sede distrettuale
 - Poliambulatorio specialistico con «mission» prevalente
 - Centro del Piede
 - Hospice
 - Centro Alzheimer
 - Sviluppo residenzialità?

Sede di Petritoli

Attuale

- Sede distrettuale
- Poliambulatorio specialistico
- Potes Infermieristica
- Unità di 20 pl di RSA Anziani

Previsione

- Sede distrettuale
 - Poliambulatorio specialistico con «mission» prevalente
 - Potes Infermieristica
 - Unità di 20 pl RSA Anziani

Sede di Porto San Giorgio

Attuale

- Sede distrettuale
- Poliambulatorio specialistico
- Sede di Potes
 - Unità residenziale di 14 pl RSR estensivi

Previsione

- Sede distrettuale «nodale» AV
 - Poliambulatorio specialistico con «mission» multispecialistica
 - Sede di Potes medicalizzata
 - Unità residenziale di 23 pl RSR estensivi

Sede di Sant' Elpidio a Mare (articolata in due sedi, Distrettuale ed ex presidio Ospedaliero)

Attuale

- Sede distrettuale
 - Poliambulatorio specialistico
 - PPI
 - Funzione di degenza di 20 pl di medicina per acuti

Previsione (sede unica, ex presidio ospedaliero))

- Sede distrettuale
 - Poliambulatorio specialistico con «mission» prevalente
 - Unità di Post acuzie e/o residenzialità sanitaria
- Revisione sistema PPI

Sede di Porto Sant' Elpidio

Attuale

- Sede distrettuale
- Poliambulatorio specialistico

Previsione

- Sede distrettuale «nodale» AV
 - Poliambulatorio specialistico con «mission» prevalente
 - Cittadella del Sole (presidio AV per La libera professione)

Sede di Amandola

Attuale

- Sede distrettuale
 - Poliambulatorio specialistico
 - Potes
 - PPI

Previsione

- Sede distrettuale «nodale» AV
 - Poliambulatorio specialistico
 - Potes
 - PPI
 - Funzione Residenzialità Sanitaria

Nello specifico della rete territoriale, in riferimento al P.S.R. e alla D.G.R.M. n° 784/12 si propongono le seguenti progettualità:

N°	PROGETTO	AZIONE
1	Sviluppo della rete della post acuzie	Riconversione della struttura di Montegiorgio e Sant'Elpidio a Mare, per il completamento della rete; per Sant'Elpidio a Mare, polo integrato Distretto ex Presidio Ospedaliero
2	Sviluppo Rete delle Cure Primarie	1) Sviluppo "Medicina di Iniziativa" 2) Sviluppo di percorsi condivisi ospedale-territorio per le urgenze differibili con il Dipartimento Medico e per le prestazioni di diagnostica per immagini ed eco-color Doppler
3	Sviluppo modelli Casa della Salute e continuità assistenziale h/24	1) sviluppo di un progetto di casa della salute di Amandola ed altri presidi sedi distrettuali
4	Implementazione del PUA	1) Mantenimento delle Segreterie domiciliari distrettuali per la presa in carico del paziente in ADI. In particolare potenziamento dell'ADI con attività continuativa nei 7 giorni settimanali. 2) Condivisione in Area Vasta di una procedura standardizzata di Dimissioni Protette per la presa in carico e il soddisfacimento dei bisogni assistenziali dei pazienti in RSA e RP.

Rete Ospedaliera

Il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera e della rete dell'emergenza urgenza ha il suo naturale punto di partenza dall'analisi della situazione esistente, in termini sia di organizzazione che di reti esistenti.

La riorganizzazione globale dell'offerta sanitaria ospedaliera, tenendo conto delle caratteristiche strutturali delle diverse sedi del Presidio Unico, della loro accessibilità, delle caratteristiche demografiche della popolazione, delle normative vigenti e dell'impossibilità di mantenere inalterate le caratteristiche attuali, prevede una suddivisione chiara dei compiti, indicando la mission di ognuna delle strutture, in relazione alla loro storia, alla collocazione territoriale ed alle loro caratteristiche, nonché alle problematiche strutturali e/o di investimenti ed adeguamenti

Nel prospetto che segue, sono riportate le strutture di offerta dei posti letto, attuali ed in prospettiva, così come deliberati dalla GRM; nella prospettiva, è stata presa in considerazione la disponibilità dei nuovi spazi di degenza che si attiveranno con la messa a disposizione

dell'ala tuttora in ristrutturazione al Murri di Fermo..

	Offerta attuale		
	Acuti Ord. e DH (a)	Post Acuzie / Lungodegenza e Riabilitazione (b)	Totale (a) + (b)
Posti letto	436	27	463
Ricoveri Totali	19.390	220	19.610

	Modello rete integrata a tendere		
	Acuti Ord. e DH (a)	Post Acuzie / Lungodegenza e Riabilitazione (b)	Totale (a) + (b)
Posti letto	411	109	520
Ricoveri Totali	25.267	2.358	27.625

Δ finale PL	-25	82	57
--------------------	------------	-----------	-----------

Il piano di riordino, rispetto ad un sostanziale mantenimento della rete per acuzie (i -25 sono dati da una riconversione di 13 posti letto della INRCA, già classificati cardiologia per acuti, in riabilitazione cardiologica ed una riconversione di 12 posti letto della casa di cura di Villa Verde, da acuti in lungodegenza), sviluppa in maniera importante il livello della post-acuzie a supporto dell'intero sistema, venendosi così ad impattare in prospettiva ed in maniera sostanziale su un settore vero nodo di crisi del sistema locale.

Il piano di riordino, persegue come detto la riqualificazione dei plessi ospedalieri, in un presidio ospedaliero unificato, differenziando l'offerta, con specializzazione e "mission" prevalente.

Il Murri, già sede del dipartimento di emergenza urgenza e neonatologia di primo livello, dovrà sviluppare le attività più complesse ed a rischio, sia per tipologia di intervento che per le caratteristiche del paziente.

Il presidio di Amandola, già sede di potes medicalizzata nell'ambito della rete aziendale della emergenza urgenza territoriale e sede di punto di primo intervento, manterrà una funzione di medicina per acuti, nonché dovrà sviluppare una mission sul versante della chirurgia elettiva e programmabile, nell'ambito di un progetto di polo chirurgico unico ed integrato del dipartimento di chirurgia della AV 4, a valenza anche inter area vasta, in considerazione della tipologia e dotazione della struttura, nonché della sua collocazione baricentrica interprovinciale.

I due plessi periferici di Montegiorgio e Sant'Elpidio a Mare, ove sono attive ancora due funzioni di medicina per acuti di 20 posti letto, tuttora da mantenere in attesa della attivazione di spazi di degenza al plesso centrale del Murri, verranno avviati ad una

riconversione già prevista e concordata, sul versante della post acuzie e/o residenzialità sanitaria.

Fra gli obbiettivi del riordino ospedaliero, si segnalano la:

- ricerca della continuità assistenziale attraverso una trasformazione graduale dell'offerta su una sede centrale del presidio ospedaliero per le attività complesse e/o critiche, e su una sede periferica per una funzione di medicina per acuti ed elettiva chirurgica minore, con direzione unica.
- l'attività sarà organizzata per percorsi, con ottimizzazione delle risorse e dell'appropriatezza, secondo un modello assistenziale che tende alla intensità di cura e intensità assistenziale, favorito dalla riconversione dei posti letto dei presidi periferici di Montegiorgio e Sant'Elpidio a Mare in post-acuzie.
- il governo dei profili d'assistenza maggiori e la verifica degli esiti verrà effettuato mediante dipartimenti FUNZIONALI.
- il governo delle risorse sarà effettuato mediante dipartimenti ORGANIZZATIVI ospedalieri e transmurali.

Per quanto riguarda l'assetto dipartimentale, attualmente presso l'AV sono attivi i seguenti dipartimenti:

Dipartimenti Area Vasta 4

Dipartimento di Prevenzione
Dipartimento Dipendenze patologiche
SIT

	Tipologia	Afferenza
Dipartimento Discipline Mediche	Organizzativo	Ospedaliero
Dipartimento Discipline Chirurgiche	organizzativo	Ospedaliero
Dipartimento Emergenza Urgenza	Organizzativo	Ospedaliero
Dipartimento Materno Infantile	Organizzativo	Ospedaliero
Dipartimento di Area Diagnostica e dei Servizi	Organizzativo	Ospedaliero
Dipartimento Salute mentale	Organizzativo	Transmurale

* l'assetto dei servizi diagnostici (laboratorio, radiologia, anatomia patologica, ecc.) sarà oggetto di revisione in ambito aziendale per la verifica di una ipotesi di assetti dipartimentali inter area vasta o aziendali

La nuova organizzazione che si propone è la seguente:

- Direzione Sanitaria Ospedaliera unica (Macrostruttura)
- 4 Dipartimenti organizzativi ospedalieri (Medicina, Chirurgia, Servizi, Emergenza Urgenza)
- 2 Dipartimenti organizzativi transmurali (Materno Infantile, Salute Mentale)
 - 3 Dipartimenti funzionali,
 - 3 Dipartimenti autonomi: Prevenzione, Dipendenze Patologiche e SIT

* Per dipartimento funzionale ("Dipartimento funzionale d'ambito provinciale") si intende un dipartimento che dia risposte cliniche complesse in cui le risorse del sistema devono essere condivise al fine di produrre un efficace ed efficiente soddisfacimento della domanda

Le peculiarità dei Dipartimenti Organizzativi sono:

- Costituiti da UU.OO. omogenee per produzione sanitaria
- Finalità -> Efficienza ed appropriatezza organizzativa



13

- Il dipartimento strutturale presidia:
 - budget dipartimentale
 - organici
 - attrezzature
 - obiettivi di attività

Le peculiarità dei Dipartimenti Funzionali sono:

- Costituiti da UU.OO. e/o funzioni interdisciplinari, che possono appartenere contemporaneamente a dipartimenti organizzativi diversi
- Finalità -> Governo dei percorsi assistenziali

A tal fine, al dipartimento funzionale vengono assegnati obiettivi di:

- Recepimento e adattamento di Linee Guida
- Sviluppo e governo dei Percorsi Assistenziali
- Ricerca Clinica
- Analisi e contenimento dei costi per processo, sperimentando modelli di Activity Based Costing (ABC)

Sono inoltre "DINAMICI" e la loro composizione e il loro numero può subire delle variazioni nel tempo a seconda delle priorità di salute

**DIPARTIMENTI OSPEDALIERI E
TRANSMURALI In AV4: modello a matrice**

	ORGANIZZATIVE				
	MEDICO	CHIRURGICO	MATERNO INFANTILE	EMERGENZA URGENZA	DIPARTIMENTO SERVIZI
	Malattie infettive, Allergologia, TAC, Dermatologia	ORL, Oculistica, Cidontostomatologia	Pediatria Ginecologia Obstetricia Neuropsichiatria Infantile Consultorio		Laboratorio Analisi Medicina Tradizionale Farmacia
IPERTENSIONE VASCOLARI	Medicina Interna, Neurologia - Rinologia			PS MURG - POTES Anestesia e Rianimazione	Radiologia
OSTEOPOROSI REUMATOLOGIA GERIATRIA	Medicina Interna, Funzionale, Medicina	Ortopedia Traumatologia		PS MURG - POTES Anestesia e Rianimazione	Radiologia
NEFROLOGIA	Medicina Interna, Nefrologia	Chirurgia Urologia	Endocrinologia	Anestesia e Rianimazione	Citologia Istologia Radiologia

In ogni caso, la costituzione di Dipartimenti funzionali, non comporta e non può comportare oneri aggiuntivi a carico del Bilancio Aziendale

Per quanto riguarda alcuni dipartimenti, obiettivi prioritari saranno fra gli altri:

- dipartimento di Chirurgia: sviluppo polo chirurgico unico ed integrato, per attività differenziate;
- Servizi:
 - revisione rete Laboratorio Analisi, con centralizzazione nella differenziazione e sviluppo supporto telematico a distanza;
 - revisione rete Radiologia, con maggiore integrazione e sviluppo sistema delle telerefertazione a distanza
- Materno Infantile: sviluppo di un dipartimento a "vocazione" anche territoriale

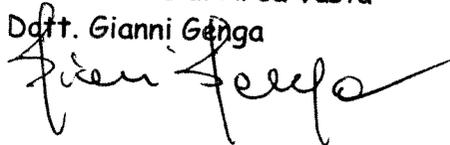
- Rete Emergenza Urgenza
 - Revisione e completamento rete emergenza urgenza, in un contesto di maggiore coerenza di sistema
 - Revisione del sistema CO 118
 - Revisione rete Potes
 - Revisione sistema PPI
 - Revisione sistema stand by
 - Revisione sistema Continuità assistenziale, interna ed inter Area Vasta (con AV5)

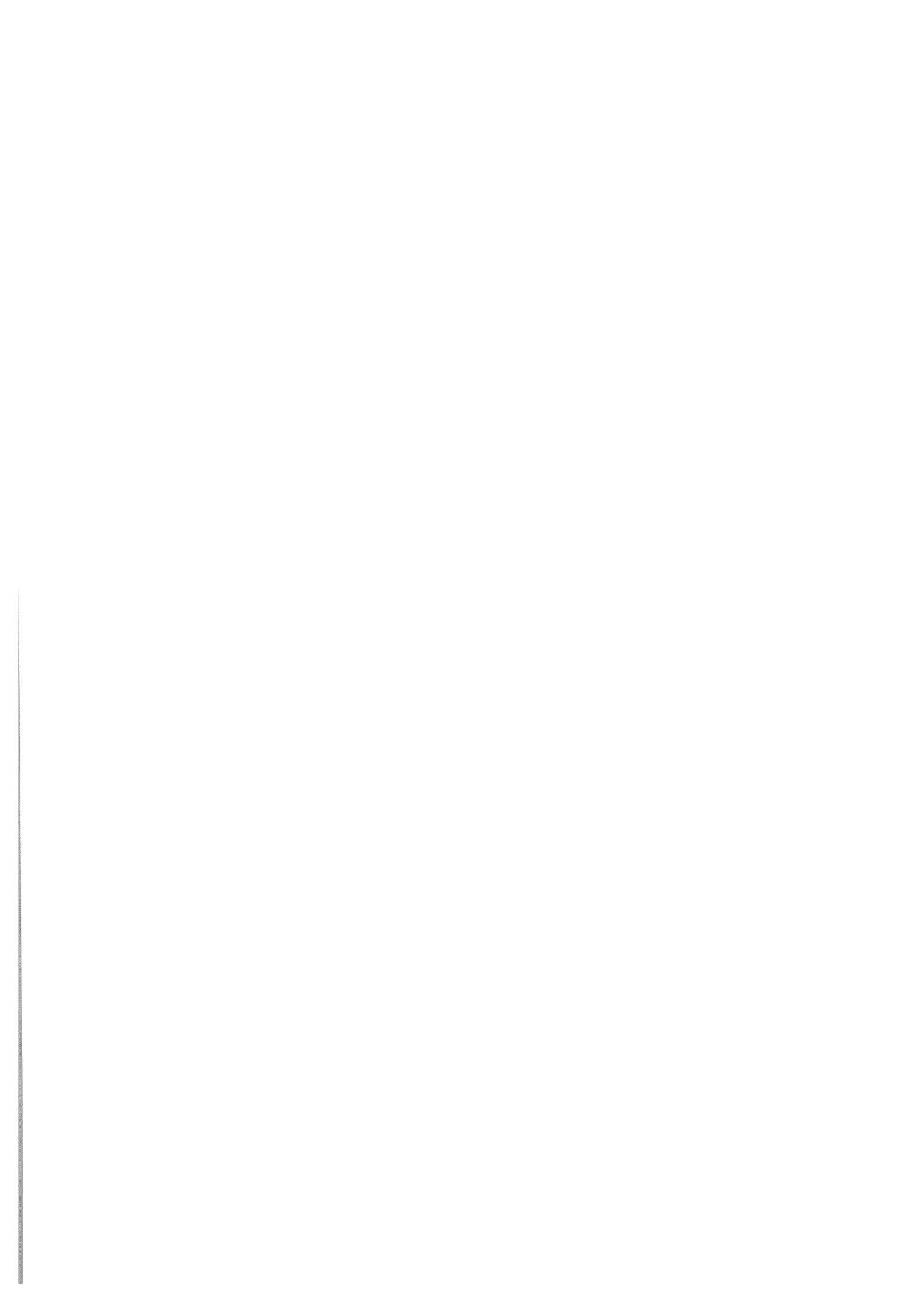
In questo caso, tutta la riorganizzazione è subordinata al completamento del percorso regionale di revisione dell'attuale normativa (L.R. 36/98 e 13/08).

Il presente Piano viene espressamente approvato ai sensi dell'Art. 19 della Legge Regionale n. 13/2003 e s.m.i.

Il Direttore di Area Vasta

Dott. Gianni Ganga





ALLEGATO ~~E~~ ALLA

DETERMINAZIONE N. 639

DEL 31.07.2012

 Regione Marche
Azienda Sanitaria Unica Regionale
ACC-Regione ASUR - ANCONA

0018359 | 20/07/2012
ASUR | AAGG | A

 Regione Marche
Azienda Sanitaria Unica Regionale
ACC-Regione Marche ASUR - ANCONA

0037785 | 20/07/2012
ASURAS | AAGG | P



PIANO DI AREA VASTA

Area Vasta 5: Elementi di demografia

L'Area Vasta 5 è costituita da 33 Comuni, insistenti su un territorio di 1228 kmq che va dai Monti Sibillini al mare Adriatico. La popolazione residente al 1° gennaio 2011 è pari a 214.068. La densità abitativa media è di 174,3 abitanti per kmq, con grande variabilità: maggiore dispersione nel territorio montano e maggiore concentrazione nelle zone della vallata e del litorale correlate alla viabilità maggiore.

Fig. 1 Il territorio dell'Area Vasta 5



I due centri più importanti (Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto), distanti 30 km l'uno dall'altro e sedi di due Ospedali di rete, hanno una popolazione residente di circa 50.000 abitanti. Superano i 10.000 abitanti solo i Comuni di Grottammare e di Montepulciano. Cinque Comuni (Folignano, Castel di Lama, Spinetoli, Cupra Marittima e Offida) superano i 5.000 abitanti mentre tutti gli altri hanno una popolazione inferiore.

La popolazione è particolarmente longeva (il max delle persone muore a 83 anni). Il 12% ha un'età superiore a 75 anni, il 22.5% ha un'età superiore a 65 anni.

I grandi vecchi (ultranovantenni) sono 1444, mentre gli ultracentenari sono ben 43.

Indice di vecchiaia: 177 (rapporto % tra pop. ≥ 65 aa e pop. 0-14aa; valore medio regionale: 169; valori particolarmente elevati per il territorio di AP: 186. NB: un valore superiore a 100 indica un invecchiamento della popolazione)

Ogni anno nascono oltre 1.700 bambini.

ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA SANITARIA FINO AL 2011

L'Area Vasta comprendeva due zone territoriali: ZT12 di San Benedetto del Tronto e la ZT13 di Ascoli Piceno. Nel gennaio 2012, 6 comuni montani sono stati incorporati e sono stati annessi all'Area Vasta 4.

Il Dipartimento di Prevenzione

FUNZIONI DEI DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE (Art. 7 ter D. LGS. 229/99)

In base alla definizione dei livelli essenziali di assistenza, il dipartimento di prevenzione garantisce le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica, anche a supporto dell'autorità sanitaria locale:

- a) profilassi delle malattie infettive e parassitarie
- b) tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali
- c) tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro
- d) sanità pubblica veterinaria, che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie; farmacovigilanza veterinaria; igiene delle produzioni zootecniche; tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale
- e) tutela igienico - sanitaria degli alimenti
- f) sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- f-bis) tutela della salute e attività sportive.

Nelle due Zone territoriali esistevano 2 Dipartimenti di Prevenzione.

Nella ZT 12 l'organizzazione era la seguente:

- Direzione Dipartimento di Prevenzione
- Servizi con direzione di struttura complessa :
 - Igiene e Sanità Pubblica;
 - Prevenzione nei Luoghi di Lavoro;
 - Igiene degli Alimenti e Nutrizione (stesso direttore del SISP)
 - Sanità Animale
 - Igiene Alimenti di Origine Animale;
- Strutture semplici a valenza dipartimentale:
 - Epidemiologia
 - Screening

Nella ZT 13 l'organizzazione era la seguente:

- Direzione Dipartimento di Prevenzione
- Servizi con direzione di struttura complessa:
 - Igiene e Sanità Pubblica;
 - Prevenzione nei Luoghi di Lavoro;
 - Igiene degli Alimenti e Nutrizione;



Sanità Animale;
Igiene Alimenti di Origine Animale;
Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche;
Strutture semplici a valenza dipartimentale:
Epidemiologia
Promozione della Salute
Medicina dello sport

Assistenza Territoriale

Nell'Area Vasta 5 sono presenti due Distretti:

1. Distretto di Ascoli Piceno, derivante dall'accorpamento del territorio dei Distretti di Ascoli, di Offida e dei 5 comuni della Comunità Montana dei Sibillini della Provincia di Ascoli Piceno.
2. Distretto di San Benedetto del Tronto, scaturito nel 2004 dall'accorpamento dei Distretti nord e sud della ex-Z.T. 12

Ad essi afferiscono:

L'anagrafe Assistiti
MMG e PLS e continuità assistenziale
L'attività specialistica ambulatoriale per esterni ed il monitoraggio delle relative liste di attesa
L'ADI e l'ADI riabilitativa
L'Emergenza territoriale
I trasporti sanitari
PUA
Le Unità Valutative Integrate (UVI)
Il Consultorio familiare
Le RSA
Le RP
L'Hospice
Il Centro Diurno
Le estensioni territoriali del Dipartimento di Salute Mentale (CSM – SSR- RP)
Il Dipartimento delle Dipendenze patologiche con i SERT
Le Unità Multidisciplinari per l'età Evolutiva (UMEE) e quelle dell'età adulta (UMEA).
I Servizi di Medicina Legale
Committenza delle prestazioni afferenti al territorio del privato accreditato.



Assistenza Ospedaliera

Pubblico

Ospedale di Rete "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto

Ospedale di Rete "C. e G. Mazzoni" di Ascoli Piceno.

Privato Accreditato

Casa di Cura Villa Anna

Casa di Cura Stella Maris,

Casa di Cura Villa San Marco,

Centro di Riabilitazione Santo Stefano presso San Giuseppe

Casa di Cura San Giuseppe

POSTI LETTO IN AV5:

PL per acuti: 767

PL post-acuzie, lungodegenza (LpA) e riabilitazione: 104.

Negli ospedali sono al momento presenti e strutturate le seguenti Unità Operative Complesse (Tab. 1):

Tab. 1 Distribuzione delle Unità Operative Complesse nei due Presidi (situazione attuale)

U.O.C.	MADONNA DEL SOCCORSO	C. e G. MAZZONI
MEDICINA INTERNA	X	X
NEUROLOGIA - STROKE	X	X
ONCOLOGIA	X	X
NEFROLOGIA DIALISI	X	X
CARDIOLOGIA UTIC	X	X
GERIATRIA	X	-
DIABETOLOGIA	X	-
GASTROENTEROLOGIA	X	-
RIABILITAZIONE	X	X
PNEUMOLOGIA	-	X
MALATTIE INFETTIVE	-	X
EMATOLOGIA	-	X
S.P.D.C.	X	X
CHIRURGIA GENERALE	X	X
ORTOPEDIA TRAUMATOL.	X	X
UROLOGIA	-	X
OCULISTICA		X di AV5
ORL + ODONTOIATRIA		X di AV5
RADIOLOGIA	X	X
MEDICINA NUCLEARE	-	X
RADIOTERAPIA	-	X
FISICA SANITARIA	-	X
LABORATORIO ANALISI	X	X
SIT	X	X
ANATOMIA PATOLOGICA	-	X
PEDIATRIA	X	X
OSTETRICIA GINECOLOGIA	X	X
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	-	X
ANESTESIA RIANIMAZIONE	X	X
PRONTO SOCC. MURG	X	X
C.O. 118	-	X

Nell'anno 2011 sono stati effettuati 40.287 ricoveri per acuti e 1113 ricoveri di LpA/riabilitazione



RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA IN AV5

Per la riorganizzazione si è fatto riferimento ai seguenti riferimenti normativi

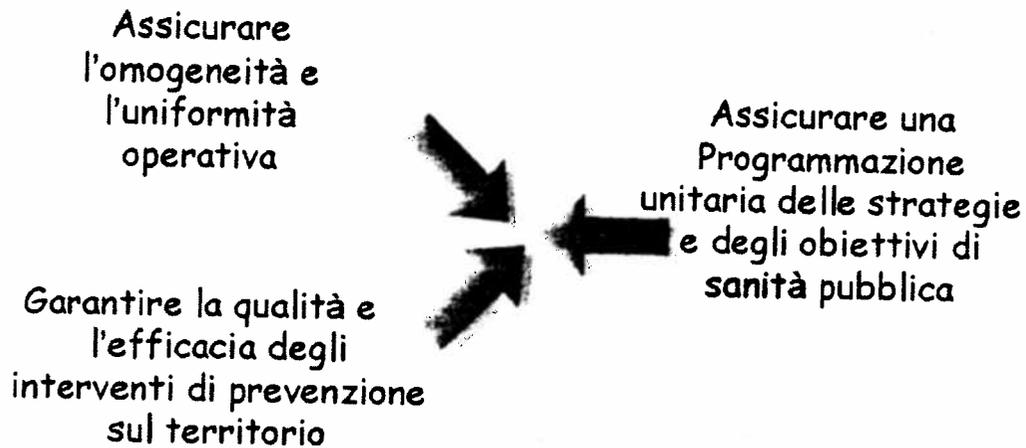
- Patto per la Salute 2010/2012
- Legge Regionale n. 13 /2003
- Piano Socio Sanitario Regionale 2012/2014
- DGRM n. 784 del 28/05/2012
- Determina ASUR n. 1112 del14/12/2011

Fig. 2 Elementi cardine alla base della riorganizzazione



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Fig. 3 Priorità nella riorganizzazione del Dipartimento di Prevenzione



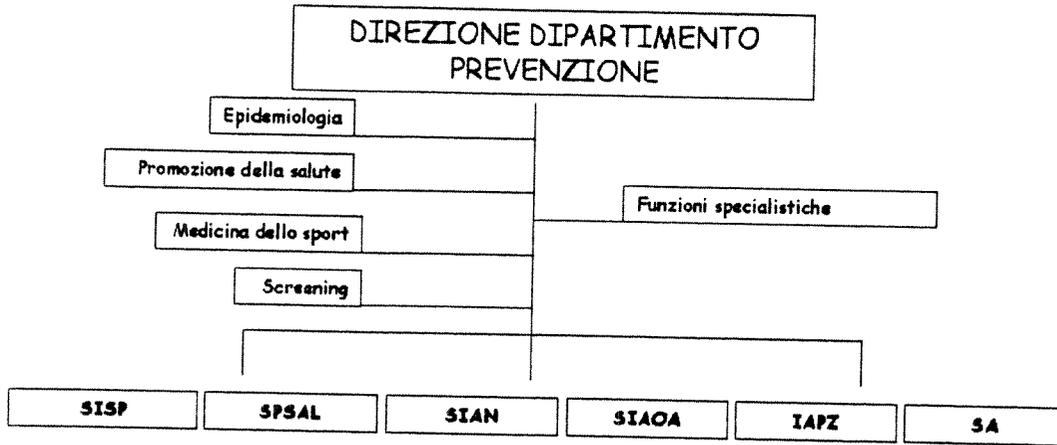
Nell'AV5 vi sarà un unico Dipartimento di Prevenzione e questo assicurerà l'omogeneità dei servizi sul territorio. Nel riassetto dipartimentale si è tenuto conto delle principali linee di attività e dello sviluppo e della continuità dei percorsi

Si è costruito quindi un modello a matrice, in cui le colonne rappresentano i dipartimenti organizzativi e le linee orizzontali individuano i punti di raccordo e di governo delle attività, le cui sinergie vengono garantite da un *referente funzionale*

- Direzione Dipartimento di Prevenzione
- Servizi in ambito dipartimentale:
 - ✓ Igiene e Sanità Pubblica;
 - ✓ Prevenzione nei Luoghi di Lavoro;
 - ✓ Igiene degli Alimenti e Nutrizione;
 - ✓ Sanità Animale;
 - ✓ Igiene Alimenti di Origine Animale;
 - ✓ Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche;
- Definizione in area vasta delle funzioni di:
 - ✓ Epidemiologia
 - ✓ Promozione della Salute
 - ✓ Medicina dello sport
 - ✓ Screening
- Eccellenze tematiche di riferimento per risposte qualitative in area vasta e, in alcuni casi, con bacino di utenza regionale (esempio Ispettorato micologico a beneficio di

cittadini e imprese commerciali, Sorveglianza e prevenzione nutrizionale collettiva ecc..)

Fig. 4 Struttura Organizzativa Dipartimento di Prevenzione



Tab. 2 Dipartimento di Prevenzione: Organizzazione a matrice

STRUTTURE COMPLESSE	SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA		SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE		SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO		SERVIZIO VETERINARIO DI SANITA' ANIMALI			SERVIZIO VETERINARIO IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E DERIVATI			SERVIZIO VETERINARIO IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE		FUNZIONI DIPARTIMENTALI DI AREA VASTA			
	Attività di base	Promozione della salute e prevenzione delle malattie infettive e degenerative AP, Profilassi delle malattie infettive e degenerative	Igiene alimenti (Igiene delle Bevande)	Igiene della nutrizione AP	Igiene e sicurezza del lavoro AP	Igiene ambientale AP	Igiene zootecnica AP	Profilassi zoonotica AP	Patogenesi zoonotica AP	Malattie Emergenti AP	Epidemiologia AP	Stabilimento zootecnico AP	Controllo zootecnico AP	Formazione AP	Igiene allevamenti AP	Totale AP	Beneficiario AP	Funzioni di area vasta
AUTONOMICITÀ E INTERAZIONE PERMANENTI E PARERI	x		x	x	x	x	x	x			x	x	x	x				
INFORMAZIONE E INTERAZIONE ALLENATE ED ESPERIENCE IN AREA VASTA	x		x	x	x	x	x	x			x	x	x	x				
PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE E DEGENERATIVE		x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x
ATTIVITÀ TRACCE E TRACCE E TRACCE	x		x															
ATTIVITÀ TRACCE E TRACCE	x		x															

ASSISTENZA TERRITORIALE

Viste le normative regionali, ed in particolare la LR 17/2011, ciascuno dei due Distretti continuerà nella programmazione di sviluppo, come già avvenuto con i Programmi delle Attività Distrettuali 2001 e 2005, in stretto raccordo con gli Ambiti Territoriali Sociali, previa discussione ed approvazione in sede di Comitato dei Sindaci di ciascun Distretto.

Il lavoro di integrazione in questa Area Vasta è già avviato. Questo costituisce un notevole punto di forza da cui partire per l'ulteriore sviluppo.

In entrambi i Distretti esistono le sotto elencate funzioni o strutture già integrate.

CURE PRIMARIE

Sistema Informatico

All'interno dell'Area Vasta viene utilizzato lo stesso sistema informatico che consente di ricomporre le informazioni di interesse clinico e gestionale di ciascun cittadino a disposizione dell'intero sistema sanitario in quanto tutte le informazioni conseguenti ad accessi eseguiti nelle nostre strutture sono raccolte e associate alla sua persona.

Al momento dell'accesso presso un servizio, automaticamente, si produce una comunicazione che favorisce la conoscenza dello stato dell'Assistito, le relazioni tra professionisti e sollecita un intervento di presa in carico o di supporto alla continuità assistenziale.

La caratteristica del sistema è di essere un "**sistema attivo**" nei confronti dei diversi professionisti in quanto segnala il cambio del livello assistenziale, comunica in tempo reale l'attivazione di un nuovo servizio e la "condizione sanitaria" al suo medico di fiducia (ricovero, accesso al pronto soccorso, proposta di inserimento in cure domiciliari, etc..) via e-mail, web, SMS favorendo uno scambio immediato di informazioni sanitarie.

Il sistema consente di attivare innovazioni organizzative e gestionali che impattano nei percorsi di accesso e di cura del Cittadino fino alla *raccolta* degli accessi e degli eventi sanitari erogati a quel cittadino: nascita, curve auxologiche, vaccinazioni, anamnesi familiare, personale, fisiologica, farmacologia, ginecologica ricoveri, accessi a pronto soccorso, lettere di dimissione ospedaliera, lettera al MMG/PLS, stato assistenziale, scheda di accesso di MMG/PLS, refertazione degli esami diagnostici, partecipazione a percorsi di screening.



Il MMG/PLS **viene sostenuto** nel ruolo di responsabile clinico, non solo come prescrittore bensì come colui che può seguire il percorso di salute del proprio Assistito e tracciare gli elementi di prevenzione e cura, attivare percorsi di urgenza di cui individua e gestisce le criticità.

Il Medico ospedaliero **recupera** il suo tempo professionale.

Il Cittadino **recupera** tempo e evita il disagio legato ad accessi inutili alle strutture sanitarie.

Il debito informativo regionale, della ASUR e dell'Area Vasta sarà acquisito interrogando direttamente il sistema senza attivare ulteriori attività e risorse per la raccolta dei dati.

Il Sistema è utilizzato, con diversi approfondimenti, dai medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale, servizi territoriali (ADI, Trasporti programmati in ambulanza, specialisti ambulatoriali interni) e da alcuni servizi ospedalieri della sede di San Benedetto (Laboratorio analisi, Pronto Soccorso, Riabilitazione, Radiologia) e da tutti i Servizi, tranne la riabilitazione, di Ascoli e da tutte le unità operative della Sede ospedaliera di Ascoli.

Si stanno predisponendo "regole comuni" sia per la scelta e revoca dei MMG e PLS sia per assistenza a stranieri comunitari ed extracomunitari ed assistenza all'estero.

Sarà redatta un'unica procedura anche per esenzioni ticket per patologia, percorsi autorizzativi e rimborsi per spese relative a patologie oncologiche, nefropatie, trapiantati di organo.

E' stato istituito un percorso di Area Vasta per l'astensione dal lavoro di donne con maternità a rischio o persistente patologia, in seguito al passaggio della competenza dalla Direzione Provinciale del Lavoro al SSR.

Continuità assistenziale

Con la finanziaria regionale 2009 e la L.R. 17/2010 sono transitati dall'Area Vasta 5 all'Area Vasta 4 di Fermo i comuni di Pedaso e Campofilone, sulla fascia costiera, e 6 comuni, già appartenenti al Distretto di Amandola (Amandola, Montefortino, Smerillo, Montefalcone, Montelparo e Santa Vittoria in Matenano) mentre sono restati nell'Area Vasta 5 i restanti 5 comuni del Distretto montano: Montemonaco, Comunanza, Force, Rotella, Montedinove.

Con il passaggio dei comuni sopra elencati tra le due Aree Vaste si vengono pertanto ad avere 3 POTES mediche ed 1 infermieristica nell'AV 4 (per 177.914 residenti in un territorio di 614,78 Km²) e 3 POTES mediche ed 1 infermieristica nell'AV 5 (per 214.068 residenti in un territorio di 1.471,07 Km²).

Tenuto conto del contesto di riferimento, è necessaria una redistribuzione delle sedi di continuità assistenziale nelle zone di confine delle Aree Vaste 4 e 5, tenendo presente che il parametro di riferimento nazionale è 1 medico di continuità assistenziale ogni 20.000 residenti.



Tab. 3

	<i>n.</i> <i>comuni</i>	<i>n.</i> <i>residenti</i>	<i>n. sedi</i>	<i>n.</i> <i>medici</i> <i>in turno</i> <i>notturno</i>	<i>n.</i> <i>residenti</i> <i>per</i> <i>medico</i>	<i>n.</i> <i>medici</i> <i>nei turni</i> <i>festivi</i>
AREA VASTA 4	40	177.914	8	9	19.768	11
AREA VASTA 5	33	214.068	8	10	21.406	10
TOTALE	73	391.982	16	19	20,63	21

Percorsi per la presa in carico e continuità assistenziale

E' in fase di attuazione un progetto che prevede il coinvolgimento attivo dei medici di continuità assistenziale, della Centrale Operativa 118, dei MMG/PLS per garantire la continuità assistenziale nelle ore notturne, nei prefestivi e festivi, ai pazienti inseriti in Cure Domiciliari ed agli ospiti di Case di riposo, Residenze Protette ed RSA, anche al fine di evitare ricoveri inappropriati.

Consultorio familiare

Dal 2004 è stato individuato un unico Direttore dei due Consultori di Ascoli e San Benedetto. Si potenzierà il percorso di integrazione con il coinvolgimento di tutte le figure professionali operanti presso le due sedi.

CURE INTERMEDIE

Punto Unico di Accesso

E' attivo in ciascuna delle due sedi di Distretto un Punto Unico di Accesso (PUA).

Sono state definite le procedure di accesso e di presa in carico da parte dei diversi Servizi del Distretto a partire dai soggetti fragili.

Per quanto riguarda il Distretto di San Benedetto, nel PUA è stata prevista anche l'integrazione con personale sociale dell'Ambito territoriale, che evita duplicazione di interventi, con minor disagio per gli utenti e notevole recupero di ore di attività delle assistenti sociali.

Sono state inoltre definiti dei percorsi per quanto riguarda l'attività specialistica in riferimento alle *urgenze differibili*.

La ridefinizione di un sistema efficace di gestione delle situazioni cliniche riconducibili ad urgenze situazionali del MMG (fermo restando le situazioni che richiedono l'invio urgente al Pronto Soccorso) costituisce un'esigenza importante ai fini della razionalizzazione dei percorsi

assistenziali.

La predisposizione di canali di comunicazione adeguati tra MMG e specialisti ambulatoriali e ospedalieri ha condotto ad una serie di ripercussioni positive sull'efficienza del sistema di cure ed in particolare:

- riduzione di accessi al P.S. riservando a questa struttura il ruolo che gli compete e legato a situazioni ed urgenze non altrimenti differibili
- riduzione di ricoveri impropri, possibile conseguenza di percorsi assistenziali non adeguatamente predisposti
- snellimento delle liste di attesa da situazioni che pur non necessitando di intervento immediato non possono seguire i normali tempi di prenotazione
- riduzione di esami non appropriati che potrebbero essere la conseguenza della mancanza di comunicazione tra MMG e specialista e del necessario confronto sull'iter diagnostico e terapeutico

Le branche specialistiche coinvolte nel progetto sono: radiologia; oculistica; ortopedia; urologia; otorinolaringoiatria; neurologia; cardiologia; dermatologia; diabetologia; pneumologia; ostetricia e ginecologia.

In collaborazione con le U.O. ospedaliere e con i professionisti ambulatoriali interni, sono stati definiti i quesiti diagnostici ed i percorsi di accesso alle visite e prestazioni specialistiche per urgenze differibili, al di fuori delle liste CUP, per cui vengono garantite in tutta l'AV le prestazioni urgenti di tutte le discipline specialistiche sottoposte a monitoraggio nazionale. Nel Distretto di Ascoli la prenotazione per alcune discipline può essere effettuata direttamente dal medico di medicina generale e dal pediatra di libera scelta.

Unità Valutativa Integrata

Integrazione in entrambi i Distretti delle UVI che sono state attivate per la predisposizione e monitoraggio dei piani assistenziali complessi e per la predisposizione dei progetti di vita indipendente, in entrambi i Distretti, in particolare per le persone non autosufficienti o con disabilità fisica o mentale.

In particolare per le *Dimissioni protette* o ingresso in strutture residenziali o presa in carico domiciliare, sono state definite modalità e procedure per garantire la continuità assistenziale in caso di dimissione a domicilio o presso le strutture residenziali da un ricovero ospedaliero o dalla lungodegenza o riabilitazione.



Trasporti sanitari

I trasporti in emergenza già da molti anni vengono effettuati in modo omogeneo nell'Area Vasta 5, essendoci un'unica centrale operativa del 118, da aprile 2012 è stata uniformata anche la procedura per i trasporti programmati ed è in via di definizione la revisione di un protocollo di intesa delle Aree Vaste 4 e 5 per la uniformità di gestione di trasporti secondari urgenti.

Casa della Salute

Nell'Area Vasta sono attive n. 3 Case della Salute di alta complessità: per il Distretto di Ascoli Piceno n. 1 con sede ad Offida, per il Distretto di San Benedetto n. 2 con sedi a Ripatransone e a Montefiore dell'Aso.

Nella Casa della Salute di Offida sono presenti: medicina di gruppo con 4 MMG; POTES; sede di Continuità Assistenziale; struttura residenziale con 24 posti letto di RSA, 3 di Hospice e 10 di RP; Segreteria organizzativa dell'ADI, magazzino di presidi sanitari assegnati mediante valutazione UVI; ambulatorio infermieristico e servizio di prelievo ambulatoriale, poliambulatorio con sportello cassa-cup, attività consultoriale ostetrica e ginecologica, un Centro ambulatoriale di Riabilitazione, ambulatorio per attività distrettuale, Medicina dello Sport.

Nella Casa della Salute di Ripatransone sono presenti: medicina di gruppo con 4 MMG, n. 1 ambulatorio di pediatria di base, 1 sede di Continuità Assistenziale, struttura residenziale con RSA di 40 posti letto (di cui attivi 32 e con utilizzo di 2 posti letto come Ospedale di Comunità); magazzino di presidi sanitari assegnati mediante valutazione UVI, ambulatorio infermieristico e servizio di prelievo ambulatoriale, poliambulatorio con sportello cassa-cup, vaccinazioni ed altre attività di sanità pubblica, attività consultoriale ostetrica e ginecologica, attività di prelievo per donatori AVIS, un presidio di riabilitazione ambulatoriale, un magazzino di ausili protesici, attività motoria per persone di età >60 anni attraverso la UISP nella palestra della RSA.

Nella Casa della Salute di Montefiore ci sono le stesse strutture salvo che la RSA ha 20 p.l., non c'è pediatra di libera scelta ed i MMG hanno ambulatori nella struttura ma non sono in gruppo, per cui non è garantita la presenza di un MMG dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 19.30, ed a turno il sabato mattina.

Si sono costruite nel tempo buone relazioni tra professionisti e buon livello di integrazione di figure professionali diverse tra loro, per ambito di intervento, per competenze e per modalità operative, come MMG, PLS, medico di continuità assistenziale, specialista, infermieri, fisioterapisti, grazie anche a diretta e reciproca conoscenza, ottenuta anche con le iniziative di formazione che riguardano sia medici che infermieri sia dell'ospedale che del territorio; linee guida condivise su patologie croniche ad alta prevalenza.



Uniformità dei criteri di accesso alle strutture residenziali per anziani e pazienti neoplastici (Hospice) mediante l'uso di scale di valutazione condivise.

Nell'AV5 ci sono:

- n. 184 p. l. di RSA:
 - nel Distretto di Ascoli n. 3 R.S.A. con un totale 84 p.l., e 3 p.l. di Hospice a valenza di Area Vasta nella sede di Offida;
 - nel Distretto di San Benedetto n. 3 RSA di cui n. 2 a gestione diretta e n. 1 convenzionata per un totale di 100 p.l. di cui 92 attivi;
- n. 264 p. l. di Residenza Protetta (RP):
 - nel Distretto di Ascoli n. 8 RP con un totale di 142 p.l.: di cui convenzionati 92 p.l.;
 - nel Distretto di San Benedetto n. 6 RP con un totale di 122 p.l. tutti convenzionati
- n. 1 Centro Diurno Demenze nel Distretto di San Benedetto, il cui onere è ripartito al 50% tra AV e Comune di San Benedetto, che accoglie 18 ospiti.

ASSISTENZA AL PAZIENTE DIABETICO

E' attiva un'unica equipe in Area Vasta con un unico Direttore di Struttura Complessa.

MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

E' stato avviato il confronto tra i professionisti per la predisposizione di percorsi assistenziali che prevedono l'integrazione delle risorse territoriali ed ospedaliere presenti nell'Area Vasta per garantire la presa in carico e l'appropriatezza delle cure, sia nei posti letto convenzionati con il Santo Stefano c/o Villa San Giuseppe di Ascoli sia nella riabilitazione domiciliare ed ambulatoriale.

UNITA' MULTIDISCIPLINARE DELL'ETA' EVOLUTIVA (UMEE) e UNITA' MULTIDISCIPLINARE IN ETA' ADULTA (UMEA)

E' stato avviato il confronto tra i professionisti per la predisposizione di percorsi assistenziali che prevedono l'integrazione delle risorse territoriali, sia a gestione diretta che convenzionate.

AREA PSICHIATRICA E DELLA DISABILITÀ

Presso l'ex Luciani di Ascoli Piceno è attiva una SRR di 20 p.l. a valenza di Area Vasta. Sarà potenziata la rete territoriale dell'assistenza ai pazienti psichiatrici e disabili.



ASSISTENZA OSPEDALIERA

Il processo di riorganizzazione del Presidio Unico di Area Vasta ha il suo punto di partenza dall'analisi della situazione esistente, in termini sia di organizzazione che di reti esistenti" (*Indirizzi attuativi PSR – DGRM 784/2012*).

Fig.5 POSTI LETTO IN AV5: offerta attuale e modello a tendere (DGRM n. 784 del 28/05/2012)

	Offerta attuale		
	Acuti Ord. e DM (a)	Post Acuzie / Lungodegenza e Riabilitazione (b)	Totale (a) + (b)
Posti letto	767	104	871
Ricoveri Totali	40.287	1.113	41.400
	Modello rete integrata a tendere		
	Acuti Ord. e DM (a)	Post Acuzie / Lungodegenza e Riabilitazione (b)	Totale (a) + (b)
Posti letto	666	163	829
Ricoveri Totali	42.743	2.907	45.650
Δ finale PL	-101	59	-42

Le due strutture pubbliche presentano una duplicazione di alcune funzioni specialistiche che offre prospettive di riorganizzazione/razionalizzazione. Entrambe le strutture sono già differenziate nell'offerta per funzioni specialistiche sviluppatasi nel tempo.

Alcune Unità Operative sono già state rese di Area Vasta in passato, sperimentalmente, ad es. Oculistica e Otorinolaringoiatria che hanno già un direttore unico della U.O. nei due stabilimenti.

In considerazione del tempo di percorrenza, che in emergenza è pari a circa 30 minuti fra i due Ospedali, ed alle vocazioni già evidenziate in passato con scelte di crescita e di specializzazione, si propone l'attuazione di un modello che sviluppi, per l'**Ospedale di San Benedetto del Tronto**, una attività prevalente

- nell'emergenza/urgenza
- nella riabilitazione e post acuzie

e per l'**Ospedale di Ascoli Piceno** un modello che sviluppi prevalentemente

- la specialistica elettiva

Questa strategia implementa un percorso già intrapreso dai due ospedali, scelta tecnica che consentirà di utilizzare al meglio strutture e attrezzature già presenti e riequilibrare l'offerta per i cittadini.

Ad esempio, ad Ascoli Piceno sono state effettuate in passato scelte di sviluppo dell'Oncoematologia, con acquisizione di macchine pesanti e realizzazione di strutture edilizie dedicate, quali quelle riferibili alle UU.OO. di Medicina Nucleare e Radioterapia. A San Benedetto del Tronto è stato attivato il progetto di Neurochirurgia per la creazione di un polo neurochirurgico ed il percorso dell'emergenza neuro-vascolare, con l'autorizzazione regionale alla trombolisi.

Allo stesso modo non si possono non tenere in considerazione aree che sembrerebbero non coerenti con la scelta di vocazione ma già realizzate e sperimentate in AV, come l'angioplastica h24 in emergenza ad Ascoli Piceno o l'attività programmata di routine o quella oncologica a San

Benedetto del Tronto. La scelta di prevalenza di attività nell'emergenza/urgenza dell'Ospedale di San Benedetto del Tronto nasce dal rapporto con le maggiori vie di comunicazione e per la maggiore vicinanza di questo ospedale con il centro di riferimento di 3° livello di Ancona, oltre che dal fatto di essere un centro balneare di richiamo, che determina nel periodo estivo un considerevole aumento del proprio bacino di utenza. Invece, la storica presenza di un maggior numero di attività specialistiche nell'ospedale di Ascoli Piceno, nato come Ospedale provinciale, ne caratterizza la vocazione prevalente alla specialistica elettiva.

La riorganizzazione sarà effettuata nel rispetto dei seguenti riferimenti:

1. attività prevalente per la struttura di San Benedetto del Tronto: Emergenza;
2. attività prevalente per la struttura di Ascoli Piceno: Specialistica elettiva;
3. le specializzazioni uniche già presenti nei due plessi saranno messe a disposizione di tutta la popolazione dell'AV5 nel rispetto dei punti 1 e 2;
4. l'attività sarà organizzata per percorsi assistenziali. Il governo dei percorsi assistenziali maggiori verrà effettuato mediante dipartimenti FUNZIONALI.
5. Il governo delle risorse sarà effettuato mediante dipartimenti ORGANIZZATIVI ospedalieri e transmurali.

Questa prima riorganizzazione condurrà alla seguente modifica (Tab. 2):

Tab. 4 Distribuzione delle Unità Operative Complesse nei due Presidi (In seguito a riorganizzazione)

	MADONNA DEL SOCCORSO	C. e G. MAZZONI
MEDICINA INTERNA	X	
NEUROLOGIA - STROKE		X
ONCOLOGIA		X di AV5
NEFROLOGIA DIALISI	X	
CARDIOLOGIA UTIC	X	X
GERIATRIA	X	X
DIABETOLOGIA		X di AV5
GASTROENTEROLOGIA		X di AV5
RIABILITAZIONE		X di AV5
PNEUMOLOGIA		X di AV5
EMATOLOGIA		X di AV5
S.P.D.C.		X di AV5
DH e OBI Psichiatrico		X di AV5
CHIRURGIA GENERALE		X di AV5
ORTOPEDIA TRAUMATOL.	X	X
	prev. Traumatologia	prev Ortopedia
UROLOGIA		X di AV5
OCULISTICA		X di AV5
ORL + ODONTOIATRIA		X di AV5
RADIOLOGIA		X di AV5
MEDICINA NUCLEARE	X	
RADIOTERAPIA		X di AV5
FISICA SANITARIA		X di AV5
LABORATORIO ANALISI		X di AV5
SIT*		X di AV5
ANATOMIA PATOLOGICA	X	
PEDIATRIA		X di AV5
OSTETRICIA GINECOLOGIA	X	
NEUROPSICHIATRIA I.	X	
ANESTESIA RIANIMAZIONE		X di AV5
PRONTO SOCC. MURG	X	
C.O. 118	X	
		X di AV5

* La riorganizzazione del SIT in AV sarà effettuata sulla base delle indicazioni del DIRMT.

Tutte le funzioni saranno organizzate con reti cliniche afferenti ai Dipartimenti, con:

- discipline di base presenti in entrambe le sedi in tutte le loro articolazioni (degenza ordinaria, DH/DS, attività ambulatoriale e di consulenza);
- discipline specialistiche con attività ambulatoriali e di consulenza/DH presenti in entrambe le sedi, e attività di ricovero ordinario in una sola sede.

OBIETTIVO ASSISTENZA OSPEDALIERA

- garanzia della continuità assistenziale attraverso una trasformazione graduale dell'offerta su una sola sede dell'unico presidio ospedaliero, o su due sedi con direzione unica, garantendo in una sede le degenze, e in entrambe l'attività di consulenza e le prestazioni ambulatoriali. Tale assetto permetterà di sostenere la continuità assistenziale nell'emergenza su tutto il territorio dell'area vasta;
- l'attività sarà organizzata per percorsi, con ottimizzazione delle risorse e dell'appropriatezza, secondo il modello assistenziale per intensità di cura, favorito dalla riconversione dei posti letto in post-acuzie.
- il governo dei profili d'assistenza maggiori e la verifica degli esiti verrà effettuato mediante dipartimenti FUNZIONALI.
- il governo delle risorse sarà effettuato mediante dipartimenti ORGANIZZATIVI ospedalieri e transmurali

Dipartimenti Organizzativi: peculiarità

Sono costituiti da UU.OO. omogenee per produzione sanitaria. La finalità è l'efficienza organizzativa. Al dipartimento organizzativo vengono assegnati:

- budget dipartimentale
- organici
- attrezzature
- obiettivi di attività

Dipartimenti Funzionali: peculiarità

Sono costituiti da UU.OO. interdisciplinari, che possono appartenere contemporaneamente a dipartimenti organizzativi diversi. Hanno finalità di governo dei Percorsi Assistenziali (PA)

A tal fine, al dipartimento funzionale vengono assegnati obiettivi di:

- recepimento e adattamento di Linee Guida
- sviluppo e governo dei Percorsi Assistenziali
- ricerca Clinica
- analisi e contenimento dei costi per processo, sperimentando modelli di Activity Based Costing (ABC)

Sono "DINAMICI" e la loro composizione e il loro numero può subire delle variazioni nel tempo a seconda delle priorità di salute e, in ogni caso, la costituzione di Dipartimenti funzionali, non comporta e non può comportare oneri aggiuntivi a carico del Bilancio Aziendale.



Tab. 5 Dipartimenti Ospedalieri in AV5 classificati in base alla tipologia e all'afferenza

	Tipologia	Afferenza
Dipartimento medico	organizzativo	ospedaliero
Dipartimento chirurgico	organizzativo	ospedaliero
Dipartimento di emergenza urgenza	organizzativo	transmurale
Dipartimento materno infantile	organizzativo	transmurale
Dipartimento dei servizi	organizzativo	ospedaliero
Dipartimento delle acuzie vascolari e traumatiche		
	funzionale	ospedaliero
Dipartimento oncoematologico		
	funzionale	ospedaliero
Dipartimento post acuzie - cronicità		
	funzionale	transmurale
* l'assetto dei servizi diagnostici (laboratorio, radiologia, anatomia patologica, ecc) sarà oggetto di revisione in ambito aziendale per la verifica di una ipotesi di assetti dipartimentali inter area vasta o aziendali		

Tab. 6 DIPARTIMENTI A PREVALENZA OSPEDALIERA ORGANIZZATIVI E FUNZIONALI in AV5: modello a matrice

		ORGANIZZATIVI					
		OSPEDALIERI				TRANSMURALI	
		MEDICO	CHIURGICO	EMERGENZA URGENZA	SERVIZI	MATERNO INFANTILE	DSM
FUNZIONALI	ACUZIE VASCOLARI E TRAUMATICHE	Neurologia - Stroke Unit	Ortopedia Traumatologia AV5	PS MURG AP e SBT Cardiologia UTIC AP e SBT C.O. 118 di AV5 e AV4	Radiologia AP e SBT Laboratorio	Pediatria AP e SBT Ginecologia Ostetricia AP e SBT Neuropsichiatria Infantile	SPDC
	ONCOLOGICO	Oncologia Ematologia Pneumologia Gastroenterologia	Chirurgia AP e SBT Urologia	Anestesia e Rianimazione AP e SBT	Anatomia Patologica Medicina Nucleare Radioterapia	Ginecologia Oncologica AP	
	POST-ACUZIE E CRONICITA'	Nefrologia e Dialisi Riabilitazione Diabetologia Geriatría					CSM

Nelle tabelle che seguono (Tabb. 7-14) viene illustrata la struttura organizzativa dei singoli dipartimenti.

Tab. 7 DIPARTIMENTO MEDICO

	Strutture complesse	Aree di degenza (ordinaria e DH)	Attività ambulatoriale
diabetologia	1	1	2
ematologia	1	1	2
gastroenterologia	1	1	2
geriatria	1	1	2
medicina	2	2	2
riabilitazione	1	1	2
nefrologia e dialisi	1	1	2
neurologia	1	1	2
oncologia	1	2	2
pneumologia	1	1	2

Tab. 8 DEU

	Strutture complesse	Aree di degenza (ordinaria e DH)	Attività ambulatoriale
anestesia e rianimazione	2	2	2
centrale operativa 118 (AV5 e AV4)	1	-	-
cardiologia	2	2	2
pronto soccorso - M. d'urgenza	2	2	2

Tab. 9 DIPARTIMENTO CHIRURGICO

	Strutture complesse	Aree di degenza (ordinaria e DS)	Attività ambulatoriale
chirurgia generale	2	2	2
oculistica	1	1	2
ortopedia e traumatologia	1	2	2
otorinolaringoiatria	1	1	2
urologia	1	1	2

Tab. 10 DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

	Strutture complesse	Aree di degenza (ordinaria e DH/DS)	Attività ambulatoriale
neuropsichiatria infantile	1	1	2
ostetricia e ginecologia	2	2	2
pediatria	2	2	2
consultorio familiare	1	-	2

Nota: partecipazione al Comitato dell'UO Consultorio familiare

Tab. 9

Tab. 11 **DIPARTIMENTO DEI SERVIZI**

	Strutture complesse	Aree di degenza (DH)	Attività ambulatoriale
fisica sanitaria	1	-	-
medicina nucleare	1	-	1
radiologia	2	1	2
radioterapia	1	-	1
anatomia patologica	1	-	2
laboratorio analisi	1	-	2
SIT	1	-	2

Tab. 12 **DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE**

	Strutture complesse	Aree di degenza (ordinaria e DH)	Attività ambulatoriale
CSM	1	-	2
SPDC	1	1	-

Tab. 13 **DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE**

	Strutture complesse	Aree di degenza	Attività ambulatoriale
SERT	2	-	2



INTEGRAZIONI STRATEGICHE

Nelle tabelle che seguono (Tabb. 14-17) vengono descritte le integrazioni strategiche dei singoli dipartimenti.

Tab. 14 DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA

	Azioni
anestesia e rianimazione	protocolli condivisi e sinergie per la gestione dell'attività operatoria
centrale operativa 118	revisione della gestione del trasporto secondario urgente rivisitazione dei punti della continuità assistenziale
cardiologia	gestione dello scompenso in sinergia con i Distretti
	sviluppo del percorso per infarto miocardico
pronto soccorso - medicina d'urgenza	completamento della m. d'urgenza su Ascoli Piceno
	degenza integrata con la cardiologia su San Benedetto del Tronto

Tab. 15 DIPARTIMENTO MEDICO

	Azioni
diabetologia	unificazione in area vasta (operativa)
ematologia	attivazione ambulatorio a San Benedetto del Tronto
gastroenterologia	unificazione in area vasta (operativa)
geriatria	coordinamento geriatrico in area vasta con distretti
	sviluppo del modello di ortogeriatria
medicina	sviluppo dell'endocrinologia, nutrizione clinica e reumatologia
riabilitazione	struttura complessa unica
nefrologia	integrazione delle equipe - struttura complessa unica
neurologia	struttura complessa unica
	degenza unica a San Benedetto del Tronto
	percorso fibrinolisi nello stroke
oncologia	struttura complessa unica
pneumologia	integrazione att. ambulatoriale (operativa)
malattie infettive	integrazione medicina
Lungodegenza	Attivazione PL ad AP e riattivazione PL a SBT

Tab. 16 DIPARTIMENTO CHIRURGICO

	Azioni
chirurgia generale	percorsi integrati sulla chirurgia vascolare
oculistica	unificazione in area vasta (operativa)
ortopedia e traumatologia	polo traumatologico con ortogeriatra su San Benedetto del Tronto
	percorso della frattura di femore con trattamento precoce
	polo della chirurgia elettiva su Ascoli Piceno
neurochirurgia	sviluppo dell'attività neurochirurgica su San Benedetto del Tronto
otorinolaringoiatria	potenziamento dell'attività di ORL presso il presidio di Ascoli Piceno
urologia	integrazione delle competenze presenti nelle due strutture e nel distretto di San Benedetto del Tronto su Ascoli Piceno

Tab. 17 DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DSM

Dipartimenti	Azioni
servizi	attivazione della guardia attiva radiologica
	Attivazione PET
	Piano investimenti: acquisizione TC
	struttura complessa unica in lab analisi
salute mentale	degenza unica SPDC su San Benedetto del Tronto e potenziamento territoriale



Pertanto la nuova connotazione dei due stabilimenti del Presidio Ospedaliero unificato di Area Vasta, alla luce della rispettiva vocazione prevalente (emergenza per San Benedetto del Tronto e elezione per Ascoli Piceno) è quella riportata nelle tabelle a seguire (Tabb.18 e 19):

Tab. 18

Presidio Ospedaliero AV5: Struttura "C. e G. Mazzoni" Ascoli Piceno					
	Degenze ordinarie	Degenze DH o DS	Attività ambul. e di consulenza	Modifiche rispetto allo stato attuale	In particolare
Dip. Medico					
Diabetologia	-	-	X	mantenimento	
Ematologia	X	X	X	mantenimento	Attività trapianto midollo
Gastroenterologia	-	-	X	mantenimento	Endoscopia digestiva
LpA	X	-	-	attivazione	
Malattie infettive	X	X	X	mantenimento	
Medicina interna	X	X	X	mantenimento	Funz. Endocrinologia Serv. Nutrizione Clinica
Nefrologia	X	X	X	mantenimento	Emodialisi + peritoneo dialisi Ambulatorio trapiantati
Neurologia	-	-	X	Trasferimento degenze a SBT	
Oncologia	-	X	X	mantenimento	
Pneumologia	X	X	X	mantenimento	Broncoscopia Toracosopia
Riabilitazione	-	-	X	mantenimento	
Dip. Chirurgico					
Chirurgia generale	X	X	X	mantenimento	Funz. Chirurgia vascolare: percorsi integrati
Ortopedia traumatol.	X	X	X	mantenimento	Preferenza attività in elezione
ORL Odontoiatria	X	X	X	mantenimento	
Oculistica	X	X	X	mantenimento	OCT Laserterapia
Urologia	X	X	X	mantenimento	Litotriassia
Dipartimento Materno infantile					
Ostetricia Ginecologia	X	X	X	mantenimento	Chirurgia oncologica
Pediatria + neonatologia	X	X	X	mantenimento	
Neuropsichiatria infantile	-	X	X	mantenimento	
Dipartimento Emergenza Urgenza					
Rianimazione	X	-	X	mantenimento	
Cardiologia	X	X	X	mantenimento	Laboratorio emodinamica h24 Laboratorio aritmologia Diagnostica di 2° livello
Pronto soccorso - MURG	X	-	X	potenziamento	
CO 118 e POTES	-	-	X	mantenimento	Per emergenze territoriali
Dipartimento Servizi					
Radiologia	-	X	X	potenziamento	Funz. Radiol. interventistica
Radioterapia	-	-	X	mantenimento	
Medicina Nucleare	-	-	X	potenziamento	
Fisica Sanitaria	-	-	X	mantenimento	
Laboratorio analisi	-	-	X	mantenimento	Prosecuzione integrazione
Anatomia patologica	-	-	X	mantenimento	
SIT	-	-	X	mantenimento	Integrazione
DSM					
Psichiatria - SPDC	-	X	X	Trasferimento degenze a San Benedetto T.	Attivazione OBI psichiatrica Potenziamento DH psichiatrico Potenziamento funzioni territoriali

Tab. 19

Presidio Ospedaliero AV5: Struttura "Madonna del Soccorso" San Benedetto del Tronto

	Degenze ordinarie	Degenze DH o DS	Attività ambul. e di consulenza	Modifiche rispetto allo stato attuale	In particolare
Dip. Medico					
<i>Diabetologia</i>	-	X	X	mantenimento	
<i>Gastroenterologia</i>	X	-	X	mantenimento	endoscopia digestiva
<i>Genatria /LpA</i>	X	X	X	mantenimento	progetto orto geriatria lungodegenza (riattivazione)
<i>Medicina interna</i>	X	X	X	mantenimento	Funz. Reumatologia Diagnostica vascolare
<i>Nefrologia</i>	X (Dip.)	X	X	mantenimento	Emodialisi - Peritoneo dialisi Ambulatorio trapiantati
<i>Neurologia</i>	X	X	X	potenziamento	Stroke unit
<i>Oncologia</i>	-	X	X	mantenimento	Cure palliative
<i>Riabilitazione</i>	X	-	X	mantenimento	
Dip. Chirurgico					
<i>Chirurgia generale</i>	X	X	X	mantenimento	definizione percorsi integrati
<i>Ortopedia traumatol.</i>	X	X	X	mantenimento	preferenza attività: traumatologia e ortogeriatra
<i>ORL</i>	-	X	X	mantenimento	
<i>Oculistica</i>	-	-	X	mantenimento/ riattivazione	OCT Laserterapia
<i>Urologia</i>	-	-	X	mantenimento	
Dipartimento Materno infantile					
<i>Ostetricia Ginecologia</i>	X	X	X	mantenimento	
<i>Pediatria</i>	X	X	X	mantenimento	Progetto ospedale amico del bambino
Dipartimento Emergenza Urgenza					
<i>Cardiologia</i>	X	X	X	mantenimento	Riabilitazione cardiologica Laboratorio aritmologia (potenziamento attività territoriale)
<i>Rianimazione</i>	X	-	X	mantenimento	Terapia antalgica
<i>MURG</i>	X	-	X	potenziamento	Degenze integrate
<i>POTES</i>	-	-	X	mantenimento	
Dipartimento Servizi					
<i>Radiologia</i>	-	X	X	mantenimento	
<i>Laboratorio analisi</i>	-	-	X	mantenimento	prosecuzione integrazione
<i>SIT</i>	-	-	X	mantenimento	integrazione
DSM					
<i>Psichiatria - SPDC</i>	X	X	X	Potenziamento	(potenziamento attività territoriale)

STAFF DIREZIONE DI AREA VASTA (COMPONENTE SANITARIA)

Attualmente allo Staff della Direzione di Area Vasta afferiscono i seguenti Uffici e U.O. a valenza sanitaria:

U.O. GOVERNO CLINICO

UFFICIO QUALITA'

SERVIZIO INFERMIERISTICO

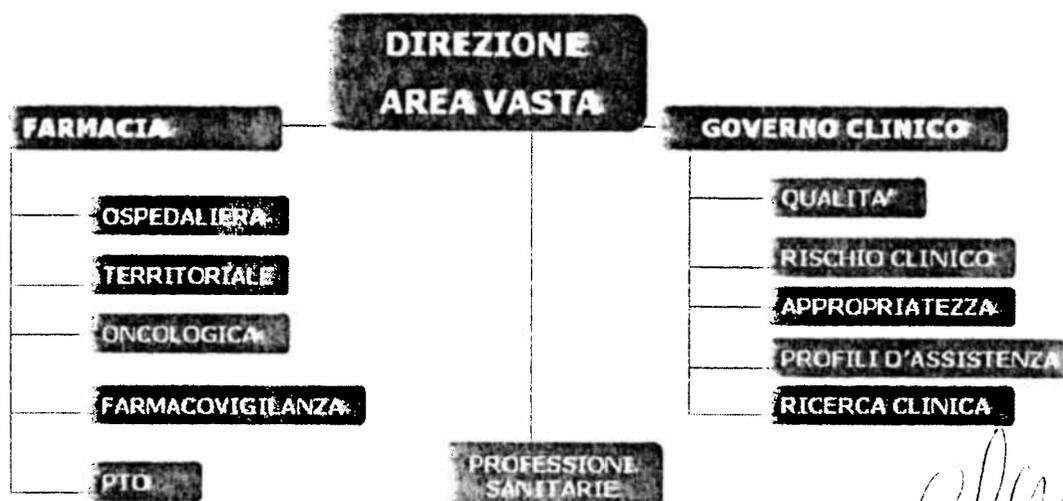
La riorganizzazione prevede un potenziamento della funzione di Governo Clinico, stante la sua valenza strategica, al fine di stimolare la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale, garantendo la qualità delle cure in termini di sicurezza, efficacia, appropriatezza, partecipazione degli utenti, equità ed efficienza attraverso gli strumenti propri della Clinical Governance, rappresentati da:

- Evidence-Based Practice
- Information e Data Management
- Linee Guida e Percorsi Assistenziali
- Health Technology Assessment
- Clinical Audit
- Risk Management
- Formazione continua, training e accreditamento professionale
- Outcome Research
- Staff Management
- Partecipazione degli utenti

Il Servizio Farmaceutico viene collocato in Staff alla Direzione di Area Vasta in qualità di Dipartimento funzionale in ragione dell'importanza che riveste in termini di strategie di controllo della spesa farmaceutica, territoriale ed ospedaliera.

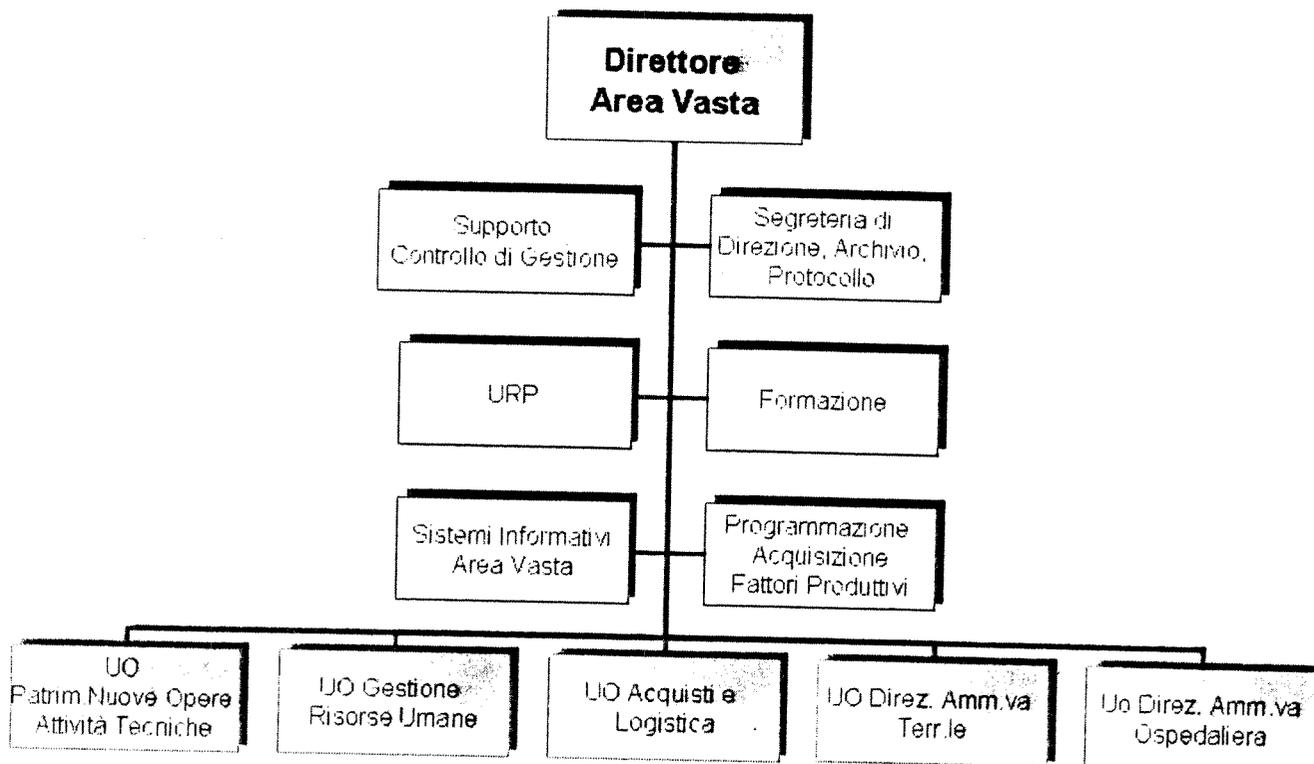
La nuova organizzazione è descritta nella figura che segue.

Fig. 6 Nuova organizzazione Staff Direzione di Area Vasta (componente sanitaria)



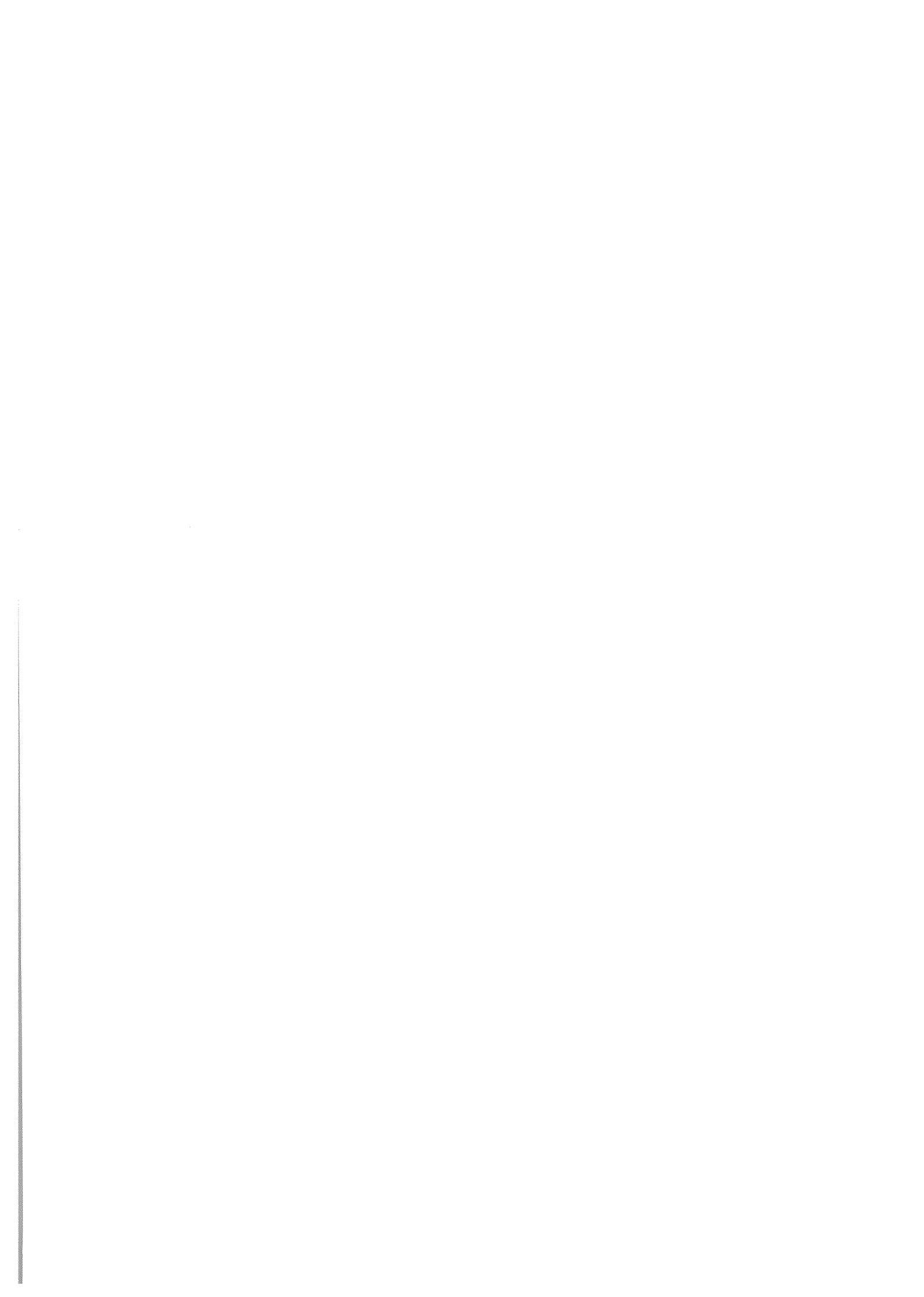
RIORGANIZZAZIONE AREA ATL

Fig. 7 Riorganizzazione ATL in Area Vasta



Il presente Piano viene espressamente approvato ai sensi dell'Art. 19 della Legge Regionale n. 13/2003 e s.m.i.

Il Direttore di Area Vasta
Dott. Giovanni Stroppa



01239117

0722000001



ALLEGATO *ATA*
DETERMINAZIONE N. *639*
DEL *31.07.2012*

Azienda Sanitaria Unica Regionale
ASUR - ANCONA
0019748 30/07/2012
ASUR AAGG A

Prot. n. 16501/30.07.2012/ASURAV1/PROAV1/F

Al Dr. Piero Ciccarelli
Direttore Generale ASUR

OGGETTO: trasmissione parere Sindaci proposta piano di Area Vasta 1 geograficamente intesa

Ad ulteriore integrazione della nota prot. n. 15567 del 25/07/2012, che si allega, si inoltra il parere della Conferenza Socio-sanitaria dell'Area Vasta 1 acquisito durante l'incontro tenuto in data odierna con il seguente risultato: 17 Sindaci presenti votanti di cui 33 favorevoli, 11 contrari e 3 astenuti
si allega verbale

Cordiali saluti

[Handwritten Signature]
Dr.ssa Maria Capalbo

Azienda Sanitaria Unica Regionale
Sede Legale: Via Caduti del Lavoro, 40 - 60131 Ancona
C.F. e P.IVA 02173860424
Area Vasta n. 1: Sede Amministrativa Via Coccacchia 38 - 61032 Fano
e-mail: area.vasta.1@asur-ancona.it


 Regione Marche
Azienda Sanitaria Unica Regionale
 AOO1 Registro ASUR - ANCONA

0019556 | 27/07/2012
 | ASUR | DG | P



Il Direttore

Prot. n. 15567/25.7.2012/ASURAV1/PROAV1/P

Fano, 25 luglio 2012

Al Dottor. Piero Ciccarelli
 Direttore Generale ASUR
 Via Caduti del Lavoro 40
 60131 ANCONA

Oggetto: trasmissione del Piano di Area Vasta 1 geograficamente inteso - integrazione

Ad integrazione della comunicazione, nota prot. 14420/DIRAV1/P del 19/7/2012, con la quale veniva inoltrato il Piano dell' Area Vasta 1 geograficamente inteso si precisa che lo stesso è stato esposto e discusso sia in sede di Collegio di Direzione che con le OO.SS.

A tal proposito, si trasmettono, unitamente alla presente, determina n 843/AV1 del 20/7/2012 contenente il verbale del Collegio Direzione, I verbali afferenti il confronto/concertazione con le OO.SS. del comparto e confederali, del giorno 6 giugno alle ore 10,00 e il 25 giugno alle ore 10,00 e la conseguenti osservazioni pervenute con note: nota RSU prot. 6613/Urbino del 2/7/2012; nota UIL prot. 12416 del 9/7/2012; nota CGIL/CGIL FP/SPI prot. 14939 del 23/7/2012; nota CISL/CISL FP/FNP prot. 15129 del 23/7/2012 ed i verbali afferenti il confronto/concertazione con le OO.SS della Dirigenza, del giorno 6 giugno alle ore 15,00 e il 25 giugno alle ore 15,00 (allegati verbali), e la valutazione delle osservazioni pervenute con note: nota ANAAOAssomed prot. 13577 del 16/7/2012; nota prot. 15127 del SI.NA.O.

Si precisa, inoltre, che la Conferenza di Area Vasta, istituita ai sensi dell'art. 20bis della L.R. 17/2011, si è riunita per la discussione del Piano alle sedute del 28 giugno 2012 e del 10 luglio 2012. Tale Conferenza, anche in considerazione del fatto che non era stato ancora approvato il Regolamento per il funzionamento della stessa, così come disciplinato dalla L.R. 17/2011 comma 4, ha quindi espresso un suo giudizio sull'atto presentato dalla scrivente direzione mediante comunicazioni scritte contenenti sia pareri che osservazioni da parte di tutti i sindaci costituenti la stessa, così come evidenziato nei verbali e nelle comunicazioni allegate. Si comunica, comunque che è fissata per il prossimo 30 luglio una ulteriore seduta della Conferenza medesima.

Distinti saluti.


Dr.ssa Maria Capalbo

Azienda Sanitaria Unica Regionale
 Sede Legale: Via Caduti del Lavoro, 40 - 60131 Ancona
 C.F. e P.Iva 02175860424
 Area Vasta n. 1
 Sede Amministrativa Via Ceccarini, 38. 61032 Fano

Verbale della Conferenza dei Sindaci
Area Vasta Territoriale n. 1
A.S.U.R. Marche
 (art. 20-bis L.R. 13/2003)

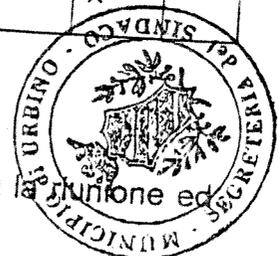
N. 2 del Reg. Data 30.07.2012	OGGETTO: ESPRESSIONE DEL PARERE SULLA PROPOSTA DEL PIANO DI AREA VASTA TERRITORIALE N. 1 GEOGRAFICAMENTE INTESA
----------------------------------	---

L'anno DUEMILADODICI il giorno TRENTA del mese di LUGLIO alle ore 10.00, nella Sala Serpieri del Collegio Raffaello di Urbino, Piazza della Repubblica, convocata con apposito avviso, si è riunita la Conferenza di Sindaci nelle seguenti persone o loro delegati:

	pres.	asse nti		pres.	asse nti
1. Corbucci Franco (PRESIDENTE) (Urbino)	X		31. Goffi Federico (Monteciccardo)	X	
2. Pierotti Andrea (Acqualagna)			32. Lattanzi Alfonso (Montecopiolo)	X	
3. Ioni Orazio (Apecchio)	X		33. Marchetti Ferdinando (Montefelcino)	X	
4. Venerucci Paolo (Auditere).	X		34. D'Antonio Daniele (Montegrignano)	X	
5. Marcucci Sauro (Barchi)			35. Formica Claudio (Montelabbate)	X	
6. Brisigotti Sauro (Belforte all'Isauro)			36. Verdini Tarcisio (Montemaggiore al M.)		
7. Pierantoni Romina (Borgo Pace)	X		37. Patrignani Attilio (Monte Porzio)	X	
8. Catena Patrizio (Cagli)	X		38. Bacchicchi Stefano (Orciano di Pesaro)		
9. Panico Martino (Cantiano)	X		39. Tagliolini Daniele (Peglio)	X	
10. Francioni Angelo (Carpegna)	X		40. Baldelli Francesco (Pergola)	X	
11. Valeri Olga (Cartoceto)	X		41. Ceriscioli Luca (Pesaro)	X	
12. Pensalfini Massimo (Colbordolo)	X		42. Ceconi Gianmarco (Petriano)	X	
13. Aguzzi Stefano (Fano)	X		43. Tirso Bellocchi Marzia (Piagge)		
14. Cancellieri Giorgio (Fermignano)	X		44. Nonni Riccardo (Piandimeleto)	X	
15. Pelagaggia Maurizio (Fossombrone)	X		45. Chiarabini Roberto (Pietrarubbia)	X	
16. Avaltroni Alessandro (Fratte Rosa)	X		46. Mochi Giorgio (Piobbico)	X	
17. Spagna Andrea (Frontino)	X		47. Cicoli Fabio (Saltara)		
18. Passetti Francesco (Fontone)	X		48. Pedinelli Margherita (San Costanzo)	X	
19. Curti Corrado (Gabicce Mare)	X		49. Landini Roberto (San Giorgio di Pesaro)	X	
20. Foronchi Franca (Gradara)	X		50. Di Francesco Antonio (San Lorenzo in C.)		
21. Paolini Giuseppe (Isola del Piano)	X		51. Formica Guido (Sant'Angelo in Lizzola)	X	
22. Ceregini Claudio (Lunano)	X		52. Bravi Settimio (Sant'Angelo in Vado)	X	
23. Arcangeli Luciano (Macerata Feltria.)			53. Tinti Dimitri (Sant'Ippolito)		
24. Pistola Giovanni (Mercatello sul Metauro)	X		54. Alessandrini Antonio (Sassocorvaro)	X	
25. Lavanna Omar (Mercatino Conca)	X		55. Formoso Francesco (Sassofeltrio)		
26. Muratori Massimo (Mombaroccio)	X		56. Mollaroli Nadia (Serra Sant'Abbondio)	X	
27. Talè Federico (Mondavio)			57. Falcioni Venturi Marta (Serrungarina)	X	
28. Cavallo Pietro (Mondolfo)	X		58. Gresta Nello (Tavoletto)	X	
29. Ceccaroli Domenico Savio (Montecalvo in F.)	X		59. Del Moro Bruno (Tavullia)	X	
30. Giorgini Davide Giorgio (Montecerignone)	X		60. Lucarini Giuseppe (Urbania)	X	

Con l'assistenza del Segretario: Dr. Michele Cancellieri

Il Presidente, constatato il numero legale degli intervenuti, dichiara aperta la riunione ed invita i convocati a deliberare sull'oggetto sopra indicato.



Il Presidente informa i partecipanti che, nelle more dell'approvazione del regolamento, la Conferenza definisce di rendere immediatamente applicabile il principio per cui per la validità della seduta è sufficiente la presenza della maggioranza più uno dei membri della Conferenza stessa e che in sede di votazione ogni Sindaco esprimerà un unico voto indipendentemente dalle dimensioni dell'ente rappresentato. Di seguito il Segretario fa presente che l'intera seduta verrà registrata e la relativa trascrizione verrà integralmente allegata al verbale odierno; fa inoltre presente che ogni intervento dovrà essere preceduto dalla specifica dell'ente di appartenenza e che, visto l'elevato numero di partecipanti, si chiede di contenere gli interventi nel limite di 5 minuti.

Il Presidente provvede quindi all'introduzione dell'argomento in oggetto invitando i Sindaci alla discussione a cui partecipano come segue:

Sindaco di Cagli;
Sindaco di Sassocorvaro (che presenta a nome dei Sindaci del Montefeltro un emendamento alla proposta di Piano che viene allegato al presente verbale);
Sindaco di Sant'Angelo in Vado;
Sindaco di Serra Sant'Abbondio;
Sindaco di Pergola;
Sindaco di Fermignano;
Sindaco di Urbania;
Sindaco di Gabicce Mare;
Vicesindaco di Mombaroccio;
Sindaco di Cantiano;
Sindaco di Mercatino Conca;
Sindaco di Fossombrone;
Sindaco di Fano;
Sindaco di Montecerignone;
Presidente;
Dott.ssa Capalbo;
Presidente;
Sindaco di Sassocorvaro;

Al termine degli interventi di cui sopra il Presidente mette in votazione l'emendamento proposto dal Sindaco del Comune di Sassocorvaro, come allegato al presente verbale con il seguente risultato:



presenti e votanti 47

favorevoli 43

astenuti 4 (Comune di Pesaro, Comune di Sant'Angelo in Lizzola, Comune di Montellabate e Comune di Tavullia)

Di seguito il Presidente dopo aver precisato che tutti gli interventi e documenti pervenuti saranno tenuti nella dovuta considerazione per la trasmissione agli organi regionali competenti chiede a tutti i presenti di provvedere alla votazione sulla proposta del Piano di Area Vasta 1 geograficamente intesa, come illustrato e discusso nella presente seduta, con il seguente risultato:

presenti e votanti 47

favorevoli 33

astenuti 3 (Comune di Sant'Angelo in Vado, Comune di Cantiano, Comune di Borgo Pace),

contrari 11 (Comuni di: Auditore, Cagli, Cartoceto, Fano, Fermignano, Mercatello sul Metauro, Mombaroccio, Montecopiolo, Pergola, Petriano, Piobbico).

Il presente verbale viene letto, approvato e sottoscritto

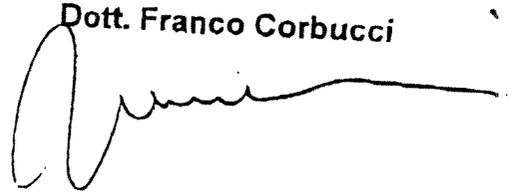
IL SEGRETARIO

Dott. Michele Cancellieri




IL PRESIDENTE

Dott. Franco Corbucci



Perla Corsari

Da: direzione AV2

Inviato: lunedì 30 luglio 2012 18.17

A: Perla Corsari

Oggetto: verbale conferenza dei sindaci 18 luglio 2012

b.sera Carissima Perla
come da accordi con il Direttore AV2 trasmetto il verbale per quanto in oggetto.

grazie di tutto
Luana / Fabriano



Regione Marche

Azienda Sanitaria Unica Regionale

AOO: Registro ASUR - ANCONA

ALLEGATO *Page 1 of 1*

DETERMINA N. *639*

31.07.2012

SEMPRE

0019816 | 31/07/2012

| ASUR | AAGG | A

0093453 30/07/2012
ASURAV2 AFFGEN A



Comune di Senigallia
Conferenza di Area Vasta n. 2

ASSEMBLEA DEI SINDACI - FABRIANO 18 LUGLIO 2012

Al termine della seconda Assemblea dei sindaci i cui Comuni ricadono nell'Area Vasta 2 dell'ASUR Marche, il presidente della conferenza Maurizio Mangialardi, sindaco di Senigallia, ha proposto di non procedere a votazioni sugli aspetti operativi del Piano previsto per l'Area - aspetti illustrati nel corso della prima conferenza dall'assessore Almerino Mezzolani e dai tecnici dell'ASUR.

Il presidente Mangialardi ha quindi proposto ai sindaci di esprimersi al fine di aspettare il documento regionale e prendere, in questa fase, semplicemente atto della sua formulazione.

Al momento della votazione per presa d'atto cinque sindaci o delegati hanno dichiarato di voler votare contro per sottolineare il loro dissenso dalle linee conosciute del piano industriale così come illustrate, in precedenza, dall'assessore Mezzolani e dai tecnici ASUR.

I voti contrari alla proposta del Presidente sono stati del sindaco di Loreto, Paolo Nicoletti; dell'assessore alla sanità del Comune di Osimo, Gilberta Giacchetti (delegata dal sindaco Simoncini); dell'assessore alla sanità del Comune di Falconara Marittima, Gilberto Baldassarri (delegato dal sindaco Giuffredò Bandoni); dell'assessore alla sanità del Comune di Cingoli, Luigi Ippoliti (delegato dal sindaco Filippo Saltamartini); dell'assessore alla sanità del Comune di Castellidardo, Riccardo Meme (delegato dal sindaco Mirko Soprani).

Il Presidente
Maurizio Mangialardi

P.za Roma, 8 - 60019 Senigallia
Tel. 0716629321 - Fax 0716629345

 Gli allegati possono contenere virus dannosi per il computer. Gli allegati potrebbero non essere visualizzati in modo corretto.

direzione AV2

Da: Teseri Sabrina (Segreteria) [s.teseri@comune.senigallia.an.it] **Inviato:** Jun 30:07:2012 18:08
A: direzione AV2
Cc:
Oggetto: I: Verbale conferenza sindaci Area Vasta 2
Allegati:  [AreaVastaverbale.pdf\(192KB\)](#)

Da: Teseri Sabrina (Segreteria)
Inviato: venerdì 27 luglio 2012 9:39
A: 'oliana.primavera@sanita.marche.it'
Oggetto: Verbale conferenza sindaci Area Vasta 2

In allegato si trasmette il verbale della conferenza dei Sindaci di Area Vasta 2 tenutasi a Fabriano il 18 luglio 2012.

Cordiali saluti

Sabrina Teseri



ALLEGATO *CLALL*
DETERMINAZIONE N. *639*
31.07.2012

Regione Marche
Azienda Sanitaria Unica Regionale
A00:Registro ASUR - ANCONA

0019679 | 30/07/2012
| ASUR | AAGG | A

Direzione Area Vasta 3

Regione Marche
Azienda Sanitaria Unica Regionale
A00:Registro ASUR AREA VASTA 3 - MACERATA

0065404 | 27/07/2012
| ASURAV3 | DIR | P
1.50.10

Macerata li 27 LUG. 2012

Al Direttore Generale dell'ASUR
Dott. Piero Ciccarelli
Via Caduti del Lavoro, 40
60131 - Ancona (AN)

Oggetto: art. 20 bis, comma 2 L.R. 13/2003 ss.mm.ii.

Con riferimento alla nota prot. 18532 del 23/07/2012, di pari oggetto, si comunica che presso questa Area Vasta, la Conferenza dei Sindaci si è riunita, in prima convocazione, in data 15/06/2012 per l'illustrazione del Piano Attuativo e in data 19/07/2012 per esplicitare il parere di cui all'ex art. 20 bis, c. 2, di cui si trasmette in allegato il relativo verbale con il prescritto parere.

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE AREA VASTA 3
Dott. *Enrico Bordini*



CONFERENZA DEI SINDACI DELL'AREA VASTA N.3

VERBALE DELLA SEDUTA DEL 19/07/2012

Il giorno 19 luglio 2012 alle ore 8.30, presso la Sala Galileo della sede amministrativa dell'Area Vasta n. 3 a Macerata, si è riunita la Conferenza dei Sindaci dell'Area Vasta n. 3, come da convocazione del Sindaco del Comune di Macerata, Avv. Romano Carancini con nota prot. n. 27774/P del 13/07/2012 che si allega al presente verbale, con il seguente ordine del giorno:

- 1) Espressione parere in merito al Piano di Area Vasta n.3 (art. 20-bis co 2 L. R. 13/2003)
- 2) Adozione regolamento Conferenza di Area Vasta;
- 3) Adempimenti di cui all'art. 20 bis, c. 3 L.R. 13/2003 Elezione del Presidente.
- 4) Varie ed eventuali.

Sono presenti i Sindaci o gli Assessori da essi delegati dei Comuni come di seguito evidenziato:

COMUNE	PRESENTE	ASSENTE
1 ACQUACANINA		
2 APPIGNANO		X
3 BELFORTE DEL CHIANTI		X
4 BOLOGNOLA		X
5 CALDAROLA		X
6 CAMERINO	X	
7 CAMPOROTONDO DI FIASTRONE		X
8 CASTELRAIMONDO	X	
9 CASTEL SANT'ANGELO SUL NERA		X
10 CESSAPALOMBO		X
11 CIVITANOVA MARCHE	X	
12 COLMURANO	X	
13 CORRIDONIA		X
14 ESANATOGLIA		X
15 FIASTRA	X	
16 FIORDIMONTE		X
17 FIUMINATA	X	
18 GAGLIOLE		X
19 GUALDO		X
20 LORO PICENO	X	
21 MACERATA	X	
22 MATELICA	X	
23 MOGLIANO	X	
24 MONTE SAN GIUSTO	X	
25 MONTE SAN MARTINO	X	
26 MONTECASSIANO		X
27 MONTECAVALLO		X
28 MONTECOSARO		X



29 MONTEFANO		
30 MONTELUPONE		X
31 MORROVALLE		X
32 MUCCIA	X	
33 PENNA SAN GIOVANNI	X	
34 PETRIOLO	X	
35 PIEVETORINA		X
36 PIEVEBOVIGLIANA		X
37 PIORACO		X
38 POLLENZA		X
39 PORTO RECANATI		X
40 POTENZA PICENA		X
41 RECANATI	X	
42 RIPE SAN GINESIO	X	
43 SAN GINESIO		X
44 SAN SEVERNO MARCHE		X
45 SANT'ANGELO IN PONTANO	X	
46 SARNANO	X	
47 SEFRO		X
48 SERRAPETRONA		X
49 SERRAVALLE DI CHIANTI		X
50 TOLENTINO		X
51 TREIA	X	
52 URBISAGLIA		X
53 USSITA	X	
54 VISSO		X
		X

E' inoltre presente il Direttore dell'Area Vasta n.3 Enrico Bordoni.

Svolge le funzioni di Segretaria verbalizzante la Dr.ssa Cristiana Menghini coadiuvata dalla sig.ra Silvia Ciccarelli della Segreteria della Direzione dell'Area Vasta n.3.

Apri la seduta il Sindaco di Macerata Avv. Romano Carancini Presidente Pro Tempore della Conferenza di Area Vasta, con il secondo punto all'ordine del giorno; procede alla lettura della bozza di regolamento della Conferenza medesima, già preventivamente inviata a tutti i Sindaci.

Alle ore 9,10 entra il Vice Sindaco di Monte San Giusto.

Dopo breve discussione si passa all'approvazione del regolamento che viene allegato al presente verbale e ne forma parte integrante e sostanziale; la Deliberazione sul regolamento avviene con la presenza della maggioranza di un terzo in conseguenza della costituzione dell'assemblea in seconda convocazione dopo le ore 9.30.

La votazione avviene per alzata di mani e il documento viene approvato all'unanimità dai presenti e con immediata esecutività.

Viene inoltre individuata nel Comune di Macerata la sede amministrativa della Conferenza, mentre presso l'Area Vasta 3, quella operativa.



Si passa poi alla discussione del terzo punto all'ordine del giorno.

Il Sindaco di Muccia propone quale Presidente della Conferenza il Sindaco di Macerata; segue un breve dibattito tra i presenti al termine del quale la proposta viene messa ai voti e approvata a larga maggioranza dai presenti, con la sola astensione dal voto dei rappresentanti dei Comuni di Castelraimondo e Macerata.

Prende la parola l'Avv. Carancini che ringrazia i Sindaci per la fiducia accordata e manifesta il suo impegno nel seguire la delicata questione inerente la sanità avendo come obiettivo prioritario la salute dei cittadini ed una sanità efficiente ed efficace nel rispetto dell'intero territorio.

Passa poi la parola al Direttore dell'Area Vasta per la discussione del primo punto all'ordine del giorno.

Il dott. Bordoni illustra il Piano di Area Vasta avvalendosi della proiezione di slides che vengono allegare al presente verbale, informando i presenti che il sopracitato Piano sarà oggetto di discussione nella giornata odierna presso la V^a Commissione Consiliare Regionale e successivamente inviato alla Direzione Asur che provvederà ad effettuare una valutazione complessiva e comparata di tutti i 5 piani.

Il Direttore si sofferma principalmente sulle modifiche apportate al Piano, rispetto alla presentazione effettuata durante la prima Conferenza dei Sindaci ed evidenzia, inoltre, l'ulteriore riduzione di risorse economiche a seguito della manovra del Governo centrale che impone la razionalizzazione dei servizi in tempi brevi. E' prevista anche la diminuzione delle strutture complesse mentre le assunzioni di personale riguarderanno esclusivamente le figure mediche, infermieristiche ed O.S.S..

Alle ore 10,00 entrano il Sindaco di Urbisaglia e il Sindaco di Tolentino.

Alle ore 10,30 entrano il Sindaco del Comune di Civitanova Marche e di Penna san Giovanni.

Al termine della presentazione si registrano alcuni interventi.

L'Assessore delegato di Matelica ritiene che il presidio ospedaliero sia stato penalizzato nell'ambito dell'emergenza; chiede inoltre se continuerà ad essere dotato del Punto di Primo Intervento e della Potes medicalizzata.

Il Sindaco di Muccia, dà un giudizio complessivamente positivo sul piano, fa però notare che lo stesso è solo concettuale in quanto mancano i dati riguardanti la sostenibilità economica e i dati riferiti al personale; teme infatti che con la diminuzione delle risorse economiche sarà difficoltosa l'attuazione.

Il Consigliere delegato di Camerino esprime la propria preoccupazione riguardo il nuovo assetto del dipartimento di emergenza, in particolare dell'Utic e ribadisce l'importanza che questo servizio riveste nella zona montana.

Il Sindaco di Civitanova Marche sottolinea che il piano non deve penalizzare i servizi e ribadisce la necessità della presenza di un responsabile delle Unità Operative nel presidio ospedaliero. Chiede inoltre che non vengano sguarniti di personale i servizi nel territorio civitanovese con particolare attenzione all'assistenza domiciliare. Riguardo alle strutture private accreditate che insistono nel territorio, auspica che le stesse seguano la stessa logica del pubblico e non decidano autonomamente.



Alle ore 11 escono i Sindaci di Colmurano e Fiuminata.

Alle ore 11,05 esce il Sindaco di Monte San Martino dichiarando di essere favorevole al Piano.

L'assessore delegato di Potenza Picena auspica che il Poliambulatorio presente nel proprio territorio comunale venga utilizzato al meglio, rivalutando anche il ruolo dei medici di medicina generale; altro tema importante riguarda il servizio psichiatrico. E' d'accordo con il Sindaco di Civitanova riguardo il controllo sulle strutture private accreditate.

Il Sindaco di San Severino ritiene difficile esprimere il parere ad un piano che non è accompagnato da una previsione economica e di personale per realizzare i servizi previsti. Spera che il taglio dei posti letto avvenga con un criterio equo sia all'interno del territorio provinciale sia nel contesto regionale.

Il Sindaco di Tolentino dice che l'ospedale è già stato depotenziato, perderà inoltre anche l'SPDC visto il nuovo assetto della psichiatria. Auspica pertanto che i servizi esistenti, quali il laboratorio analisi e la radiologia vengano valorizzati e non ulteriormente impoveriti, anche perché l'ospedale di Macerata non sempre riesce a rispondere alle esigenze di tutto il territorio provinciale. Chiede che le strutture poliambulatoriali vengano implementate per dare risposte adeguate.

Il Sindaco di Fiastra chiede se nel piano sia prevista la riduzione delle liste d'attesa.

Il Sindaco di Mogliano è d'accordo con la riorganizzazione prevista nel piano, fa però notare che sarebbe utile educare i cittadini all'uso corretto dei servizi sanitari.

L'Assessore delegato di Castelraimondo sottolinea che i tagli non devono essere fatti a discapito della qualità dei servizi. Specificatamente poi i servizi territoriali non sempre sono ben funzionanti e deve essere implementato il servizio di assistenza domiciliare.

Alle ore 11,25 esce l'Assessore delegato del Comune di Monte San Giusto.

Il Sindaco di Sant'Angelo in Pontano esprime un parere positivo sul Piano evidenziando però che la carenza di risorse economiche non favorisce lo sviluppo tecnologico. Teme inoltre che in futuro vengano tagliati ulteriori servizi penalizzando i piccoli comuni di confine.

Prende la parola il dr. Bordoni il quale risponde ai vari quesiti sollevati.

Il Direttore evidenzia come la parte economica non sia dettagliata in quanto ad oggi alle Aree Vasta non è stato ancora stato assegnato il budget; si è agito pertanto in base alle indicazioni fornite dall'Asur con la decurtazione del 5% rispetto al budget dell'anno precedente; con gli ulteriori tagli poi si è arrivati a -15%, -16%. Pertanto, in questo contesto, si è fatto il possibile per garantire l'omogeneità di trattamento, infatti i posti letto verranno tagliati in base al tasso di utilizzo e sono stati previsti posti letto per post acuzie e riabilitazione in quanto carenti nella nostra realtà.

Riguardo il livello organizzativo dei dipartimenti fa presente che non impatterà sul livello assistenziale e sull'offerta dei servizi.

Per i Punti di Primo Intervento e Potes specifica che gli stessi sono normati direttamente dalla Regione come pure i servizi di Guardia medica. Assicura inoltre che i servizi di assistenza domiciliare saranno potenziati e che si sta già lavorando in tal senso; le strutture ambulatoriali e poliambulatoriali rimarranno invariate.



Alle ore 11,40 esce l'Assessore delegato del Comune di Recanati.

In merito alla riduzione delle liste d'attesa il Direttore risponde che è già insita nel Piano stesso, mentre per quanto concerne le strutture private fa presente che hanno un budget regionale e l'organizzazione dei posti letto è conseguente.

Alle ore 11,50 esce il Sindaco del Comune di Fiastra.

Il Sindaco di Macerata fa presente che la preoccupazione di un piano calato dall'alto sembra superata da questo incontro che ha recepito alcuni spunti emersi già dalla precedente riunione; informa di aver predisposto una bozza di documento contenente il parere sul Piano di Area Vasta che tiene conto dei vari elementi che sono emersi nel corso della discussione. Procede pertanto con la lettura del documento.

Dopo articolata discussione sul testo proposto, la Conferenza procede alla votazione e adotta il parere favorevole ma contenente prescrizioni, e richieste, che viene allegato al presente verbale.

Sono favorevoli i Sindaci o Assessori delegati dei Comuni di: Macerata, Civitanova Marche, Camerino, Muccia, Urbisaglia, Matelica, Potenza Picena, Sant'angelo in Pontano, Penna San Giovanni, Loro Piceno, Mogliano.

Si astengono dal voto i Sindaci o Assessori delegati dei Comuni di: Tolentino, San Severino Marche, Castelraimondo.

La seduta termina alle ore 13.

La segretaria verbalizzante
Dr.ssa Cristiana Menghini

Il Presidente della
Conferenza dei Sindaci
Avv. Romano Carancini

PARERE CONFERENZA AREA VASTA 3
SU PROPOSTA PIANO AREA VASTA

I Sindaci della AV 3 prendono atto della presentazione nei primi giorni di giugno del 2012 del Piano di AV 3, peraltro modificato per alcuni tratti anche nei giorni scorsi, redatto dal Direttore Dott. Enrico Bordoni nonché della DGR Marche n. 784 28/5/2012 e degli atti legislativi ed amministrativi antecedenti a quelli citati.

A proposito di questi fondamentali atti di gestione e programmazione i Sindaci dell'AV 3 esprimono le seguenti osservazioni:

- 1) Sul presupposto che si tratta di una proposta di carattere generale, non articolata, i Sindaci si riservano di intervenire nel corso delle fasi attuative del piano triennale e chiedono pertanto che di ogni successivo passaggio venga effettuata una preventiva, costante e puntuale informazione circa l'avvio dei programmi operativi.
- 2) Nelle linee di attuazione del Piano di Area Vasta affermano che priorità dovrà essere l'equità e la redistribuzione in AV delle risorse a favore dei settori meno favoriti, mantenendo attivi tutti i Presidi sul territorio, sia di ricovero per acuti e per cronici, sia le attività territoriali con particolare riferimento alle attività ambulatoriali, consultoriali, distrettuali e della prevenzione.
- 3) Essenziale tra le linee di attuazione dovrà essere il mantenimento e/o potenziamento dei servizi per l'emergenza al fine di garantire la risposta adeguata alle urgenze di tutto il territorio secondo il principio della necessità e dell'equità.
- 4) I Sindaci chiedono con forza che ci siano investimenti tecnologici per l'implementazione e l'aggiornamento delle attrezzature così da rispondere alle richieste sanitarie dei cittadini.
- 5) Il numero dei posti letto acuti più cronici dovrà comunque essere non inferiore alla percentuale assegnata alle altre AAVV.



6) Nella materia sanitaria, al fine di condividere un percorso regionale che subisce l'effetto della crisi e dunque del ridimensionamento delle risorse in tutte le AAVV e per le Aziende autonome, i Sindaci chiedono che si mettano a disposizione i dati (ovvero si elaborino qualora mancanti), riguardanti il rapporto tra le risorse destinate alla AV3 e quelle destinate alle altre AAVV e alle aziende dell'intero territorio regionale sia in termini di costi di gestione che per quelle per investimento.

A questo proposito è ineludibile avere riscontri su quanto sarà destinato in termini di risorse pro-capite ad ogni cittadino per ognuno dei territori d'ambito comprendendo nel saldo, evidentemente, ogni struttura e componente umana.

Ciò al fine di evitare che la ripartizione del fondo sanitario regionale non penalizzi l'AV 3 come storicamente accaduto.

In questo contesto, parimenti necessario appare la conoscenza del dato attinente il rapporto tra quegli indicatori e le risorse destinate alla sanità privata.

La comunità maceratese, intendo con essa tutti i cittadini che fanno parte della AV 3, chiede in sostanza che si salvaguardi la dignità ed il diritto ad essere curati con le migliori tecniche possibili nel proprio territorio così come tutte le altre comunità regionali.

7) Sempre sul fronte della conoscenza è indispensabile conoscere le risorse, allo stato certe, sugli investimenti programmati e quelli ipotizzati per l'intero territorio regionale. tenendo presente i tagli previsti nonché il rapporto tra quegli indicatori e le risorse destinate alla sanità privata.

per queste ragioni

la Conferenza dell'AREA VASTA 3, preliminarmente ribadendo il loro assoluto rispetto delle leggi e dunque ai vincoli di spesa generale posti dalle intese tra Stato e Regioni, oltreché al controllo della stessa in termini rigorosi,

esprime

parere favorevole condizionato agli indirizzi, alle raccomandazioni e alle richieste di informazioni sopra articolate.

Macerata li 19 luglio 2012



Perla Corsari

Da: Enrico Bordoni

Inviato: venerdì 27 luglio 2012 16.54

A: dir. generale asur

Oggetto: Art. 20 bis, comma 2, L.R. 13/2003 ss.mm.ii

In allegato, si anticipa quanto richiesto con
nota n. 18532 del 23/07/2012.
Seguirà il cartaceo.

Dr. Enrico Bordoni



073586512

N. PAA.0/000012

P. 001/003

ALLEGATO E1 ALLA
DETERMINAZIONE 638
DEL 30/07/2012



venerdì 27 luglio 2012



Al Presidente della Regione Marche
dr. Gian Mario Spacca

All'Assessore alla Sanità
dr. Almerino Mezzolani

Al Direttore Amministrativo
dell'Asur Marche
dr. Piero Ciccarelli

Al Direttore del dipartimento Salute
della Regione Marche
Dr. Carmine Ruta

Al Direttore dell'Area Vasta 5
dr. Giovanni Stroppa

e p.c. Ai Sindaci dei Comuni del Piceno

Invio solo via email e fax

LORO SEDI

Oggetto: invio documento ai sensi dell'ex art. 20 bis comma 2 di cui alla L.R. n. 13/2003

A seguito della conferenza di Area Vasta 5 svoltasi, nella giornata di oggi, venerdì 27 luglio, ad Ascoli Piceno, invio documento approvato così come previsto dall'ex art. 20 bis comma 2 di cui alla L.R. n. 13/2003.

Il Presidente della conferenza
dell'Area Vasta 5
Giovanni Gaspari



venardi 27 luglio 2012

I Sindaci dell'Area Vasta n. 5, ai sensi dell'ex art. 20 bis comma 2 di cui alla L. R. n. 13/2003, relativamente al rilascio del parere obbligatorio ma non vincolante sul "Piano di Area Vasta" presentato in data 09/06/2012

RITENGONO

che:

- 1 - la Sanità è sicuramente uno dei settori della spesa pubblica su cui si concentrano le maggiori aspettative di contenimento e razionalizzazione previsti sia nelle manovre economiche dell'ex Ministro Tremonti dell'anno 2010, sia nel recente decreto sulla *spending review*, che impone a tutte le Regioni, anche quelle considerate virtuose, di intraprendere un percorso graduale di riorganizzazione dei propri servizi sanitari;
- 2 - il processo di riorganizzazione, in ragione delle straordinarie condizioni di necessità e urgenza, impone un intervento deciso nel sistema socio-sanitario della Regione Marche;
- 3 - le "non riforme" sono la prima parte di "anti-economicità" e che il vero problema non è solo quello di mantenere una sostenibilità economica dello *status quo*, quanto quello del suo cambiamento alla luce dei mantenimenti della popolazione e dei suoi bisogni di salute;
- 4 - l'equità nella gestione delle sempre più limitate risorse economiche è elemento essenziale per una politica di giustizia sociale e quindi una irrinunciabile rivendicazione e non una difesa campanilistica;

CONDIVIDONO

- 1 - le dichiarazioni della Giunta Regionale della Regione Marche che "non sono possibili riduzioni ulteriori della spesa sanitaria basati su tagli di carattere lineare, cioè indifferenziati, a prescindere dal comportamento virtuoso delle singole amministrazioni e che senza l'individuazione di costi standard il lavoro di riordino risulta enormemente più difficile";
- 2 - le osservazioni della V Commissione del Consiglio Regionale delle Marche nelle quali si sottolinea: la necessità di maggiore equità nella distribuzione delle risorse tra i territori oggi fortemente squilibrati attraverso una quantificazione esatta dei costi dei vari servizi in ciascuna delle AA. VV.; di dare maggiore peso alla domanda e non viceversa; di contenere la spesa non attraverso la riduzione dei fattori di produzione ma con la riorganizzazione dei processi sanitari che deve partire dall'analisi epidemiologica dei bisogni del territorio;



CHIEDONO

che le risorse di Area Vasta vengano ridistribuite a favore dei territori meno serviti, mantenendo attivi e migliorando l'efficienza e l'efficacia di presidi e servizi presenti sia ospedalieri che territoriali;

CONSIDERANO

utili le indicazioni proposte nel processo di integrazione dei due presidi ospedalieri ovvero l'attività di emergenza per l'ospedale di San Benedetto del Tronto e quella programmata per l'ospedale di Ascoli Piceno, alcune linee di intervento ancora da sviluppare anche sulla base delle analisi sia dei bisogni che metodologiche proposte dalle Direzioni del Dipartimento Salute e dell'Asur Marche;

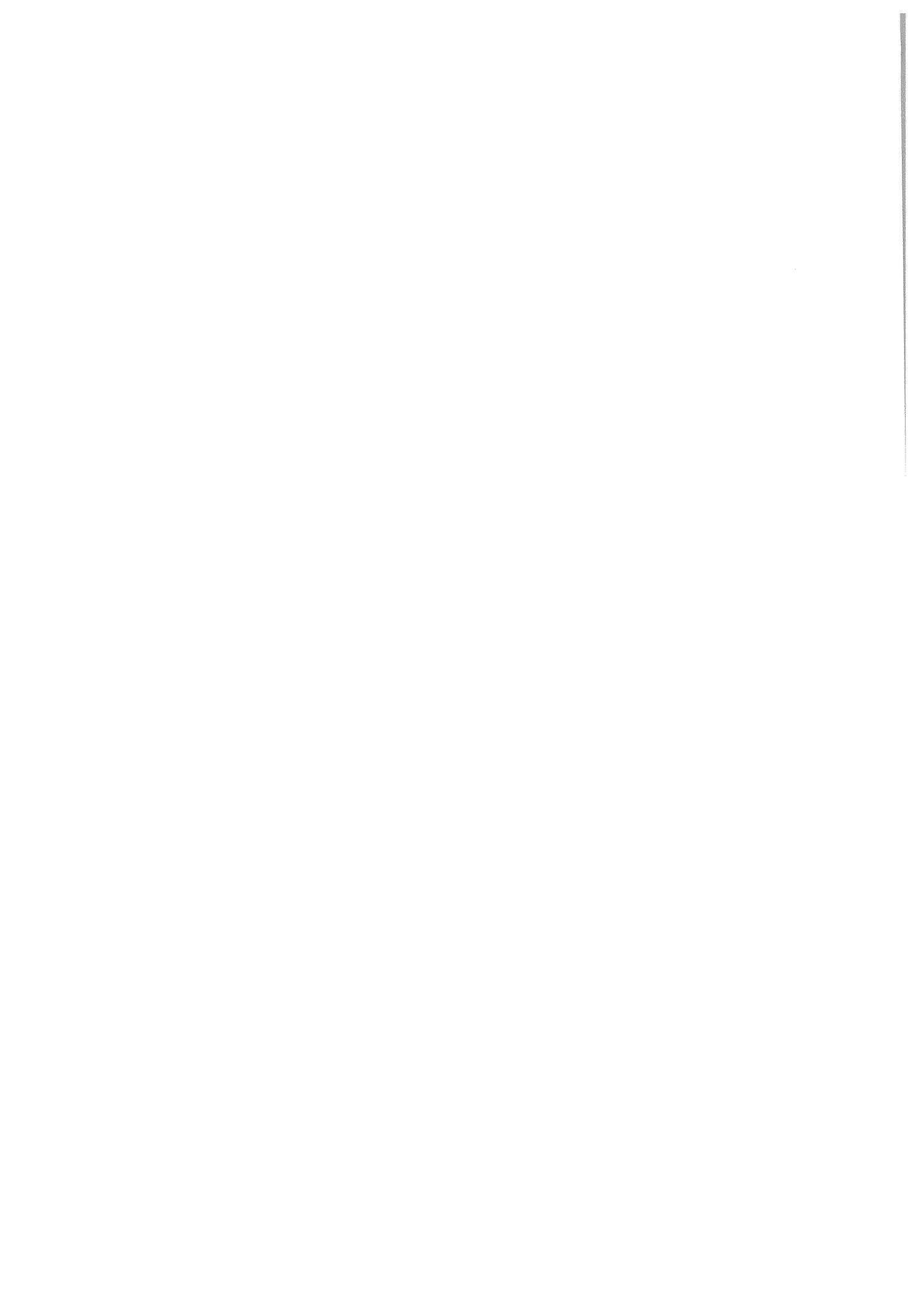
VALUTANO

in modo positivo il confronto avviato con la Dirigenza, le parti sociali e gli operatori sanitari per poter esprimere un parere consapevole non pregiudiziale in merito alla proposta del "Piano di Area Vasta". Al fine di esprimere un parere nel merito, si rinvia alla fase realizzativa del piano stesso;

PRENDONO ATTO

del piano di Area Vasta 5 e si riservano di intervenire nel corso delle fasi attuative del piano triennale e nell'avvio dei programmi operativi, chiedendo pertanto che per la realizzazione venga effettuato un puntuale, preventivo e costante coinvolgimento dei Sindaci, da parte della Direzione dell'Area Vasta 5 attraverso una programmazione di incontri.

La Conferenza dei Sindaci
dell'Area Vasta 5





REGIONE MARCHE

Numero 639/ASURDG

Data 31/07/2012

DETERMINA N. 639/ASURDG DEL 31/07/2012
Piani di Area Vasta – Determinazioni.

PUBBLICAZIONE:

dal 31/07/2012 al 14/08/2012

ESECUTIVITA':

- La Determina è stata dichiarata immediatamente esecutiva il _____
- La Determina è esecutiva il 10/08/2012 (dopo il 10° giorno della pubblicazione)

Determina pubblicata sulla Extranet SI NO

Certificato di pubblicazione

Si attesta che del presente atto è stata disposta la pubblicazione all'Albo Pretorio in data odierna, per quindici giorni consecutivi.

31/07/2012

IL FUNZIONARIO INCARICATO

Marco Michetti

Collegio Sindacale: inviata con nota del 31/07/2012

Atto soggetto al controllo della Regione: SI NO

Inviato con nota n. _____ del _____