



**ATTO**  
**AZIENDALE**  
**2024**

# Sommario

1	L'AZIENDA .....	4
1.1	DENOMINAZIONE E SEDE LEGALE .....	4
1.2	MISSION, VISION E FINALITÀ .....	4
1.3	CONTESTO DI RIFERIMENTO ANALISI DEI BISOGNI E DELLA DOMANDA .....	6
1.4	I DATI E LE INFORMAZIONI RACCOLTE PER LA PROGETTAZIONI DELL'ATTO AZIENDALE ..	13
1.5	PATRIMONIO DELL'AST MACERATA .....	14
1.6	RAPPORTI CON GLI STAKEHOLDER.....	14
1.6.1	Rapporti con gli attori esterni .....	14
1.6.2	Rapporti con le Rappresentanze Sindacali.....	16
1.6.3	Rapporti con l'utenza .....	16
1.6.4	Rapporti con l'Università .....	17
2	L'INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA.....	18
2.1	TELEMEDICINA .....	18
2.2	RETI CLINICHE e PDTA .....	18
2.3	HTA .....	18
3	LA STRUTTURA AZIENDALE .....	20
3.1	GLI ORGANI DELL'AZIENDA .....	20
3.1.1	Il Direttore Generale.....	20
3.1.2	Il Collegio di Direzione .....	21
3.1.3	Il Collegio Sindacale .....	22
3.2	DEFINIZIONE DEL SISTEMA DEI CONTROLLI INTERNI .....	22
3.2.1	Controllo della Qualità .....	23
3.2.2	Internal Auditing .....	23
3.2.3	Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.....	24
3.2.4	Controllo di Gestione .....	25
3.2.5	Consiglio dei Sanitari .....	25
3.2.6	Tavolo Farmaceutico .....	26
3.3	LA DIREZIONE STRATEGICA .....	27
3.3.1	Il Direttore Generale.....	28
3.3.2	Il Direttore Sanitario.....	29
3.3.3	Il Direttore Amministrativo .....	30
3.3.4	Il Direttore Sociosanitario .....	31
4	MODELLO ORGANIZZATIVO.....	32
4.1	ORGANIZZAZIONE DISTRETTUALE DELL'AST .....	32
4.2	ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE DELL'AST .....	36
4.2.1	Le Unità Operative Complesse.....	38

4.2.2	Le Unità Operative Semplici Dipartimentali .....	38
4.2.3	Le Unità Operative Semplici .....	38
4.3	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA AZIENDALE.....	39
4.3.1	Coordinamento dei Servizi Ospedalieri.....	39
4.3.2	Coordinamento Servizi Territoriali.....	39
4.3.3	Dipartimenti strutturali .....	41
4.3.4	Dipartimento Medico.....	42
4.3.5	Dipartimento Traumatologico - Specialistico.....	42
4.3.6	Dipartimento Onco-Ematologico .....	43
4.3.7	Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino.....	44
4.3.8	Dipartimento Chirurgico.....	44
4.3.9	Dipartimento Emergenze .....	45
4.3.10	Dipartimento Imaging - Medicina Di Laboratorio E Trasfusionale.....	46
4.3.11	Dipartimento Prevenzione .....	47
4.3.12	Dipartimento Dipendenze Patologiche .....	48
4.3.13	Dipartimento Salute Mentale .....	48
4.4	MODALITÀ DI CONFERIMENTO DELEGHE ED AMBITO DELLE STESSE, ATTI E DECISIONI DEI DIRIGENTI CHE IMPEGNANO L'AMMINISTRAZIONE VERSO L'ESTERNO.....	50
4.5	MODALITÀ DI AFFIDAMENTO DELLE UNITÀ AI DIRIGENTI.....	51
4.5.1	Il reclutamento del personale.....	51
4.5.2	L'attribuzione degli incarichi .....	51
4.6	REGOLAMENTAZIONE DEI CONTRATTI DI DIRITTO PRIVATO DEI DIRIGENTI – OBIETTIVI E VALUTAZIONI DIRIGENZIALI.....	53
4.6.1	La regolamentazione dei contratti .....	53
4.6.2	Contratti Individuali .....	53
4.7	LA VALUTAZIONE.....	53
4.7.1	L'OIV e il Collegio Tecnico.....	53
5	DISPOSIZIONI TRANSITORIE .....	55
6	NORMA FINALE E DI RINVIO.....	56
	Allegato 1 - Elenco delle Sedi Territoriali dell'AST di Macerata.....	57

# 1 L'AZIENDA

## 1.1 DENOMINAZIONE E SEDE LEGALE

La Legge Regionale n. 19 dell'8 agosto 2022, riguardante l'“Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale,” è stata pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Marche l'11 agosto 2022 ed è entrata in vigore il 12 agosto 2022, come previsto dall'articolo 50 della legge stessa.

Con la Delibera della Giunta Regionale Marche n. 1502 del 21 novembre 2022, è stata istituita l'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Macerata, con decorrenza dal 1° gennaio 2023. Tale azienda ha personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. La sede legale dell'AST di Macerata si trova a Piediripa di Macerata, in Via Annibali 31, ed è articolata su tre distretti.

## 1.2 MISSION, VISION E FINALITÀ

I valori fondamentali dell'AST di Macerata si fondano sui seguenti principi:

- Il rispetto e la centralità del paziente nel percorso assistenziale.
- La sicurezza e la tutela della salute.
- La valorizzazione delle risorse umane come patrimonio culturale e professionale.
- L'innovazione e lo sviluppo tecnologico, professionale e formativo.
- L'attenzione alla cronicità e alla fragilità, nonché all'integrità della persona e della famiglia, con un uso appropriato ed equilibrato delle risorse.
- Il governo delle liste di attesa e la presa in carico della persona garantendo la continuità di cura.

L'organizzazione dei servizi aziendali è progettata per garantire la centralità del cittadino, assicurando un'informazione completa, accurata e tempestiva. La visione dell'Azienda è quella di realizzare un sistema orientato al miglioramento continuo della qualità della cura e dell'assistenza, con un focus sull'integrazione ospedale-territorio, continuità delle cure e prossimità per rispondere ai bisogni sempre più complessi dei cittadini, sfruttando le più recenti conoscenze scientifiche, organizzative e tecnologiche.

L'Azienda si prefigge, a lungo termine, di raggiungere elevati livelli di qualità utilizzando al meglio le risorse disponibili, soddisfare i reali bisogni delle comunità e dei singoli e creare un ambiente che favorisca l'espressione del potenziale professionale e umano degli operatori. L'assistenza sanitaria e sociosanitaria, con le sue articolazioni, è considerata la competenza fondamentale dell'Azienda, che deve essere offerta nel contesto più appropriato e con criteri di integrazione organizzativa, multidisciplinare e multiprofessionale.

Il rispetto delle persone assistite e delle loro famiglie è il principio guida dell'assistenza in ogni momento. La pratica professionale e clinica è basata sulle tecniche e procedure più aggiornate, con provata evidenza, per garantire gli standard più elevati. L'attenzione ai diritti dei cittadini comprende la valutazione dei bisogni fisici, psicologici, intellettuali e spirituali, con assistenza offerta nel contesto più appropriato.

La strategia dell'Azienda è orientata a:

- Qualificare l'offerta clinico-assistenziale, identificando i bisogni di salute e valutando gli esiti.
- Potenziare l'offerta clinico-assistenziale in base alle priorità di salute e alle risorse disponibili.
- Innovare e differenziare l'offerta clinico-assistenziale, aumentando la specializzazione e ampliando le tipologie di servizio.
- Applicare le metodologie del governo clinico, traducendo nella pratica clinica temi come EBM, appropriatezza ed efficacia.
- Incrementare l'integrazione organizzativa e adottare soluzioni gestionali per garantire la continuità delle cure.
- Razionalizzare il sistema dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi ed ottimizzare l'uso delle risorse.
- Implementare una gestione per processi orizzontali, integrando funzioni amministrative, sanitarie e sociosanitarie.
- Organizzare una reale presa in carico del paziente attraverso una rete organizzativa.
- Prevenire la corruzione, il riciclaggio e garantire la trasparenza.

In conformità con la legge e il PNRR, si aggiungono alle finalità dell'AST:

- L'approccio One Health, per garantire la protezione e promozione globale della salute.
- Il rafforzamento delle prestazioni territoriali con strutture e presidi (Case della Comunità e Ospedali di Comunità), assistenza domiciliare, telemedicina e integrazione dei servizi sociosanitari con quelli socio-assistenziali.
- L'aggiornamento delle strutture tecnologiche e digitali, completando e diffondendo il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e migliorando il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso sistemi informativi più efficaci.
- La promozione della medicina di genere.
- La collaborazione del SSR con il sistema produttivo (welfare aziendale, medicina del lavoro, ricerca biomedica e trasferimenti tecnologici).

In tale contesto, la mission dell'AST, ai sensi dell'art. 23 della LR 19/2022, è di assicurare 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 socio-sanitaria organizzate nel territorio, di garantire la continuità delle cure attraverso un modello integrato tra servizi territoriali e servizi ospedalieri e il coordinamento delle prestazioni correlate alle condizioni di salute del singolo.

Sulla base della mission, dei principi e delle finalità definiti dal comma 3 art.1 e comma 4 art.2 della LR n. 19/2022, l'obiettivo strategico dell'AST è pertanto quello di realizzare un sistema efficiente, snello e capace di risposte rapide, in grado di produrre economie ed ottimizzazioni di sistema al fine di garantire la compatibilità e sostenibilità economica dell'intero sistema socioeconomico regionale, peraltro messo a forte rischio dalla netta riduzione dei trasferimenti statali.

La finalità dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata è quella di garantire i livelli essenziali di assistenza, attraverso lo sviluppo di una organizzazione orientata alla presa in carico e attenta a favorire un'assistenza integrata e personalizzata,

con servizi e prestazioni sanitarie che rispondano ai bisogni dei cittadini e della comunità, responsabilizzata a ottimizzare le risorse disponibili e a promuovere pratiche di sostenibilità per garantire un'assistenza duratura nel tempo.

L'AST di Macerata esercita inoltre altre attività residuali, funzionali al raggiungimento dell'oggetto e delle finalità di cui al presente paragrafo e finalizzate quindi ad organizzare al meglio l'assistenza sanitaria nel proprio ambito territoriale.

### **1.3 CONTESTO DI RIFERIMENTO ANALISI DEI BISOGNI E DELLA DOMANDA**

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata (AST Macerata) si estende su un territorio di 2.564,3 Km<sup>2</sup> (27,44% del territorio regionale) con struttura geomorfologica differenziata. La popolazione assistita al 01/01/2023 è pari a 291.971, in decrescita rispetto al 2022, distribuita in 52 Comuni e in 3 Distretti, con una densità di 113,86 abitanti per Km<sup>2</sup>. La popolazione per Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata e classe di età è riportata nella tabella seguente.

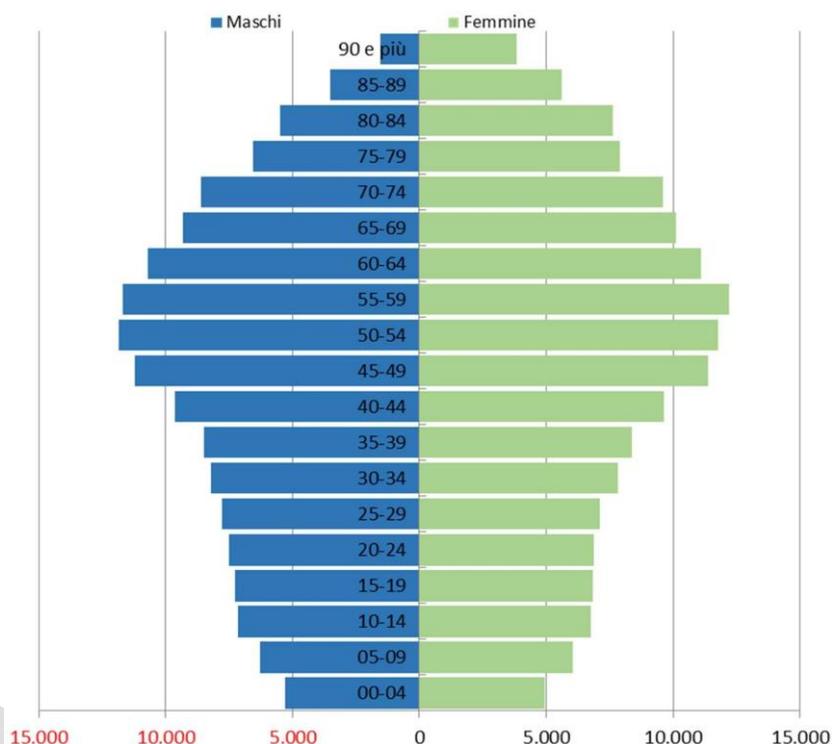
<b>Classe di Età</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Totale complessivo</b>
NEONATI	936	866	1.802
ETA 1-4	4.194	3.921	8.115
ETA 5-14	12.953	12.317	25.270
ETA 15-44	47.110	44.922	92.032
ETA 45-64	43.726	44.597	88.323
ETA 65-74	17.156	18.913	36.069
>=75	16.389	23.971	40.360
<b>Totale</b>	<b>142.464</b>	<b>149.507</b>	<b>291.971</b>

Nella provincia di Macerata la speranza di vita alla nascita è di 80,8 anni per gli uomini e di 85,2 per le donne, valori sostanzialmente allineati al dato regionale, che è di 81,1 anni per gli uomini e di 85,2 per le donne e più alti rispetto al dato medio nazionale che è di 80,3 per gli uomini e di 84,8 per le donne (dati Istat 2021).

L'indice di vecchiaia, determinato come rapporto tra il numero di ultra- sessantacinquenni e la popolazione tra 0 e 14 anni è pari al 217,21%, valore allineato al dato regionale ma di sopra rispetto al dato nazionale, che si attesta intorno al 188%. Al 01/01/2023 gli ultra-sessantacinquenni dell'AST Macerata sono 76.429 e rappresentano il 26,18% della popolazione residente, dato sostanzialmente allineato alla media regionale, superiore al dato italiano che si attesta al 23,8% ed in costante crescita di anno in anno.

Nel 2022 il saldo naturale dei primi dieci mesi della provincia di Macerata è risultato negativo per -1.335 unità, tutto concentrato nelle classi di età fino a 44 anni mentre crescono, come già visto, quelle le classi dell'età adulta ed anziana.

Il grafico in basso, detto “Piramide delle Età”, rappresenta la distribuzione della popolazione delle Marche per età e sesso al 1° gennaio 2023. La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). In generale, la forma di questo tipo di grafico dipende dall'andamento demografico di una popolazione, pertanto la base piuttosto “stretta”, un segmento mediano più allargato ed un vertice “appiattito” testimonia un calo delle nascite ed un aumento della popolazione più anziana, in particolare si evidenzia la maggiore longevità femminile degli ultrasessantenni, che evidenzia l’attesa di vita maggiore.



La piramide evidenzia in sintesi come i valori più bassi si rilevano nelle classi di età della prima infanzia riflettono il calo delle nascite registrato negli ultimi anni. Invece, tra i valori più alti figurano quelli relativi alle coorti superstiti tra i nati del 1961-1976, che oggi presidiano la popolazione in tarda età attiva.

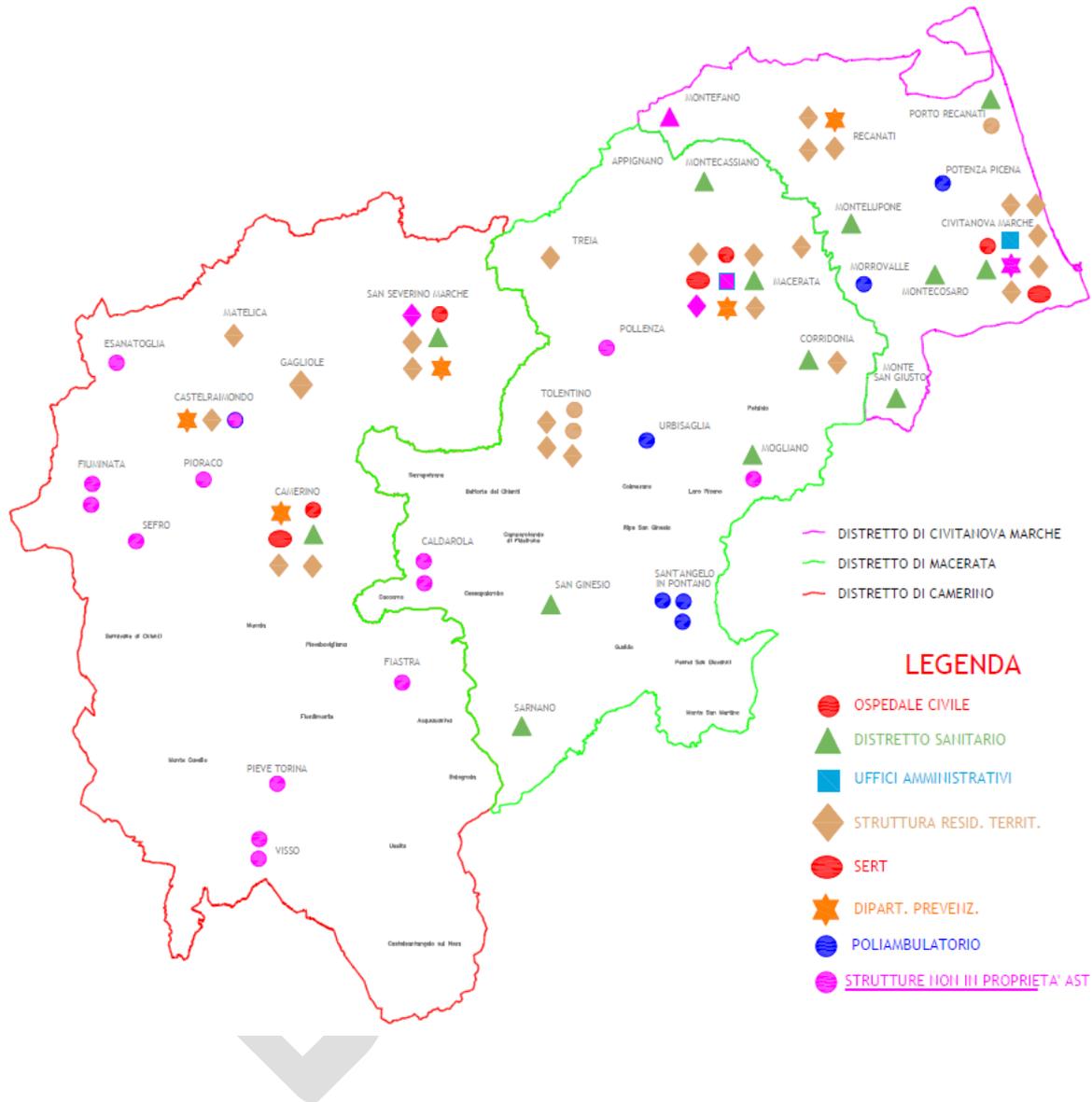
Una delle sfide più complesse è quindi rappresentata dall’ottimizzazione, da parte dei sistemi sanitari, delle risorse disponibili, al fine di rispondere alla complessità delle domande di salute indotte dalla continua crescita delle patologie cronico-degenerative. Il mondo della cronicità, in particolare per le fasce più anziane della popolazione, è un’area in progressiva crescita, che comporta un sempre maggiore impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali.

La struttura del nucleo familiare (e le sue modifiche nel tempo) costituisce un parametro fondamentale nella politica del welfare, sicuramente fattore rilevante per la programmazione e l’organizzazione sociale e sanitaria aziendale; a questo proposito, il numero medio di componenti delle famiglie con almeno un nucleo nell’anno 2022 è risultato per le Marche pari a 2,96 unità, valore sostanzialmente allineato alla media nazionale che si attesta a 3,01.

Per quanto attiene alla struttura dell’offerta ospedaliera sul territorio, si descrive di seguito la numerosità e dislocazione delle strutture sanitarie ospedaliere (Presidi e stabilimenti ospedalieri pubblici e Case di cura private), specialistiche

(suddivise per tipologia di attività svolta: clinica, diagnostica per immagini, laboratori analisi, consultori e attività psichiatrica), residenziali e semiresidenziali.

L'Azienda opera mediante un Presidio Ospedaliero comprendente quattro stabilimenti ospedalieri. A questi si aggiungono due Case di Cura Private accreditate e un Istituto di Riabilitazione. Sul territorio aziendale sono altresì presenti quattro Case della salute, derivanti dalla riconversione di ex ospedali minori.



Alle strutture ospedaliere pubbliche, si aggiungono tre Case di Cura Private accreditate, di cui due Multispecialistiche e una Struttura Riabilitativa ex art.26.

CODICE STRUTTURA	codice stabilimento	Denominazione struttura	Tipologia struttura	Descrizione stabilimento
110077	01	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 3	Struttura multi- specialistica	CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION
110077	02	CdC MARCHE - RETE IMPRESA	Struttura multi- specialistica	CASA DI CURA DOTT. MARCHETTI SRL
110079	01	CENTRO OSPEDALIERO SANTO STEFANO	Struttura riabilitativa ex art. 26	CENTRO SANTO STEFANO - PORTO POTENZA

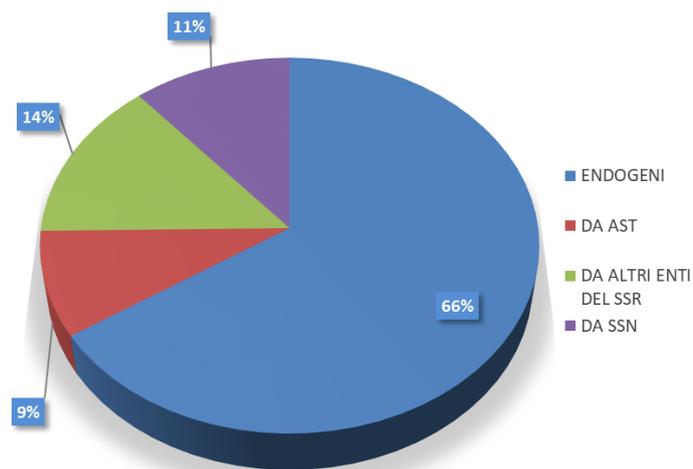
L'analisi della domanda è condotta mediante l'osservazione dei ricoveri ospedalieri e delle prestazioni ambulatoriali di cui hanno usufruito i cittadini della provincia di Macerata.

Nell'anno 2023 il tasso di ospedalizzazione totale per acuti dei residenti dell'AST di Macerata (escludendo i dimessi delle discipline di lungodegenza, rieducazione funzionale e neuro riabilitazione, nonché i neonati sani) è del 133,2%, come da successiva tabella, rispetto ad una media regionale del 140,2%.

Si precisa che, il tasso dell'anno 2023 è stato calcolato considerando i valori della mobilità passiva extra regionale dell'anno 2022, ultima disponibile al momento della redazione della presente relazione e la popolazione pesata sul livello assistenziale ospedaliero.

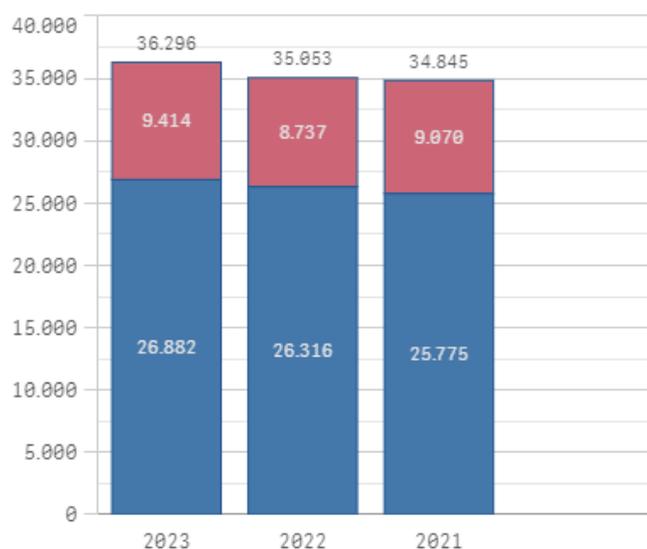
AST provenienza AST/PR/Az. erogatrice	AST MC	Regione Marche
AST - PU	341	33.865
AST - AN	1.878	31.768
AST - MC	25.619	33.861
AST - FM	791	12.214
AST - AP	509	23.107
SALESI - Ancona	1.348	9.345
UMBERTO I-TORR.	3.448	28.281
INRCA - TOTALE	654	8.026
Tot. attività intraregionale	34.588	180.467
Tot. attività extraregionale	4.383	27.593
POPOLAZIONE PESATA	292.643	1.484.298
Tasso di ospedalizzazione	133,2	140,2

La copertura produttiva di ricoveri per gruppi di erogatori è la seguente:



L'analisi della domanda parte dal livello macro, l'andamento grafico del triennio sul numero dei dimessi, ed è suddiviso tra ordinari e day hospital:

**Numero Dimissioni ORD+DH**



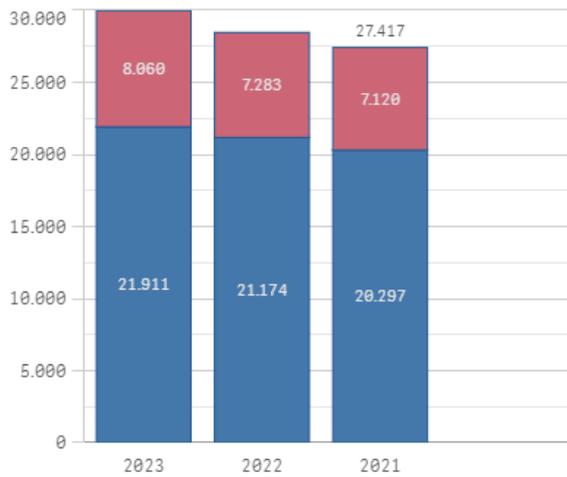
Il grafico mostra come l'andamento della domanda sia in costante incremento nel triennio, ed è determinato dalla volontà di recuperare le casistiche che non hanno potuto avere una risposta nel periodo covid e post-covid.

I grafici successivi mostrano i dati riferiti alle strutture pubbliche ed a quelle convenzionate.

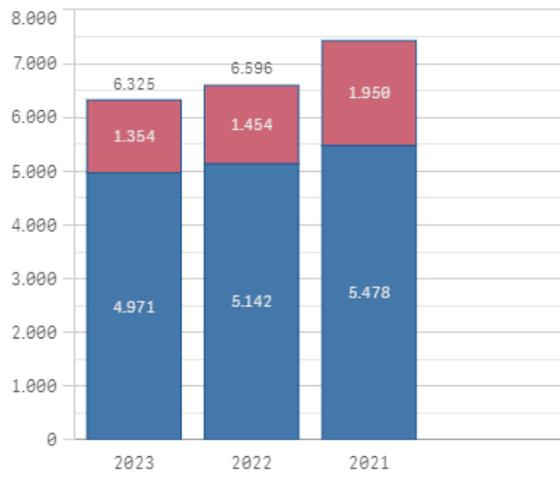
**STRUTTURE PUBBLICHE**

**STRUTTURE PRIVATE CONVENZIONATE**

**Numero Dimissioni ORD+DH**



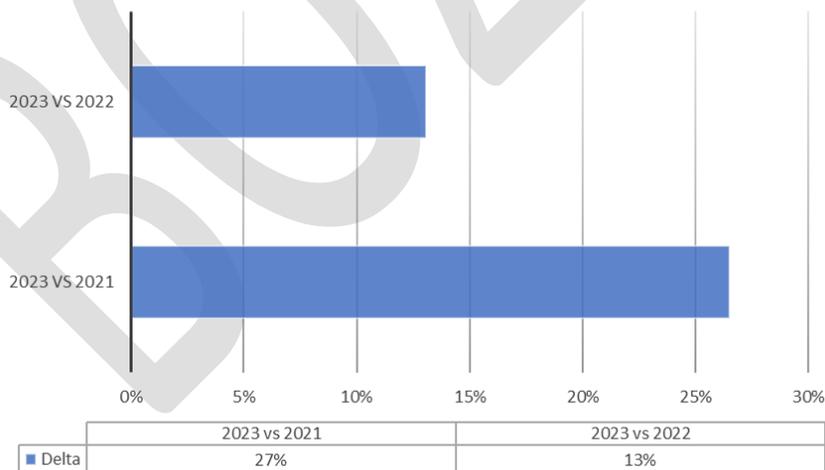
**Numero Dimissioni ORD+DH**



La domanda mostra un incremento costante nel triennio, attribuibile al recupero delle prestazioni non erogate durante il periodo pandemico. Questo incremento è particolarmente evidente nel numero di interventi chirurgici, che hanno visto un aumento del 9,4% rispetto all’anno precedente (+1.493 interventi ordinari).

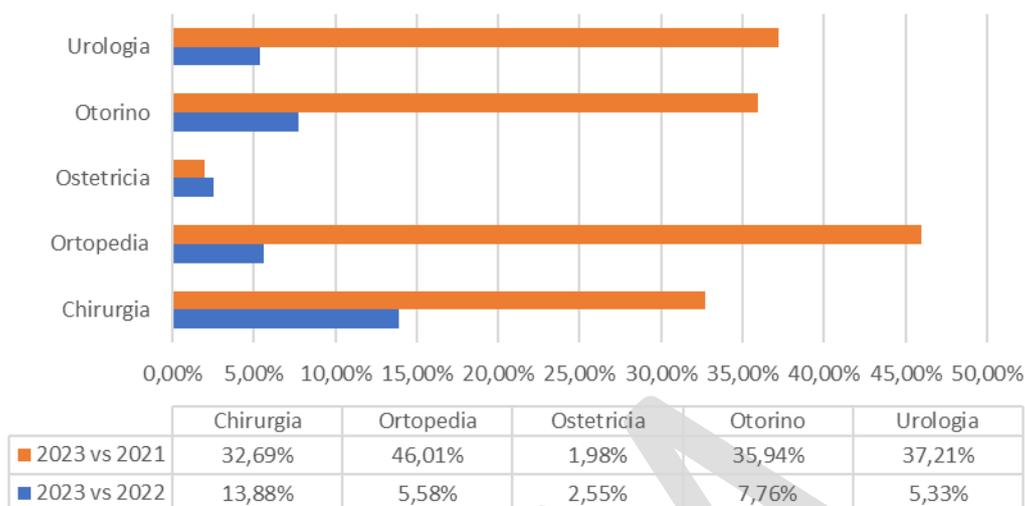
Qui di seguito si propone un dettaglio più accurato della domanda a partire dalle attività chirurgiche aziendali pubbliche, analizzando gli interventi principali non solo della degenza ordinaria ma cumulandoli con quelli dei day surgery ed esponendoli per delta incrementale rispetto al 2022 (+13%) e rispetto al 2021 (+27%).

**Delta incrementale Interventi principali**

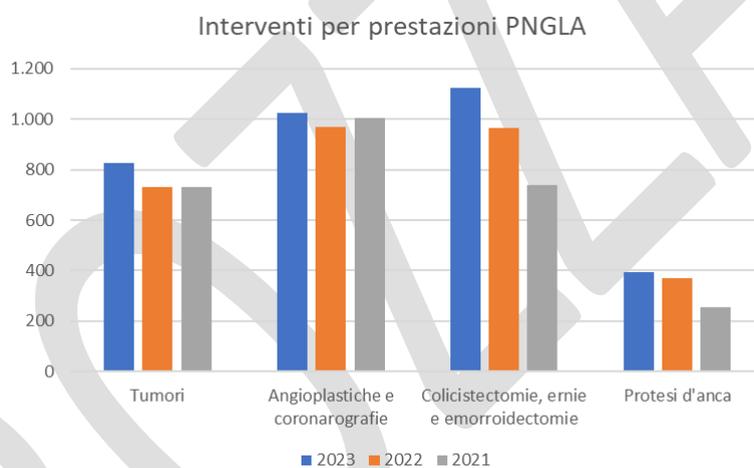


Le discipline maggiormente interessate, e quindi in incremento, sono le seguenti:

### Incremento interventi nei reparti chirurgici



Segue lo sviluppo dal punto di vista delle prestazioni chirurgiche, oggetto di monitoraggio delle liste di attesa:



Per ogni raggruppamento, si nota la crescita complessiva della domanda.

Le principali aree di incremento riguardano le linee chirurgiche, con un focus sul miglioramento delle prestazioni cumulative tra ricoveri ordinari e day surgery. Questo sviluppo riflette un potenziamento generale delle capacità operative aziendali e una risposta più efficace alla domanda dei pazienti.

## **1.4 I DATI E LE INFORMAZIONI RACCOLTE PER LA PROGETTAZIONI DELL'ATTO AZIENDALE**

Per la progettazione dipartimentale dell'atto aziendale sono stati analizzati i dati relativa alle attività di produzione dei servizi, alla mobilità e alle liste di attesa.

Tali dati sono stati valutati rispetto alle attività svolte a livello di Presidio e di Territorio, a quelle svolte all'interno dei Dipartimenti e delle Unità Operative, nonché con riferimento al flusso dei pazienti trattati e alle loro mobilità.

Per quanto riguarda le liste di attesa, si riportano i seguenti riferimenti normativi:

- DGRM n. 490 del 002/05/2022 avente ad oggetto “Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste d’attesa di cui alla DGR n. 1323/2020 ex art. 29 del DL 104/2020 - Rimodulazione per l’anno 2022 ai sensi della Legge n. 234 del 30 dicembre 2021, art. 1 commi 276-279”.
- Det. DG ASUR n. 416 del 01/06/2022 avente ad oggetto “Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa 2022-2023”.
- Det. 268/AST-MC del 17/03/2023 avente ad oggetto “Piano Attuativo Aziendale dell’AST Macerata per il Governo delle Liste di Attesa per l’anno 2023” – Determinazioni.
- Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025.
- L.R. n. 19 del 08/08/2022 avente ad oggetto l’“Organizzazione del servizio sanitario regionale”.
- DGRM n. 1305 del 26/08/2024 avente ad oggetto “Linee di indirizzo e criteri per la predisposizione dell’Atto Aziendale” – Rettifica.
- DGRM n. 490 del 02/05/2022 avente ad oggetto “Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste d’attesa di cui alla DGR n.1323/2020 ex art. 29 del DL 104/2020 - Rimodulazione per l’anno 2022 ai sensi della Legge n. 234 del 30 dicembre 2021, art 1 commi 276-279”.
- DGRM n. 1441 del 30/09/2024 avente ad oggetto “Legge n. 107, del 29 luglio 2024, Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. Istituzione Unità Centrale di Gestione dell’Assistenza Sanitaria dei tempi e delle liste di attesa (UCGLA)”.

Per il Governo delle Liste di Attesa, l'Azienda ha previsto una Struttura dedicata con Responsabile del Procedimento e Dirigente del Servizio formalmente nominati, pertanto viene individuata un'Unità Operativa Semplice denominata **“Gestione Liste di Attesa”** strutturalmente incardinata nell’ambito della **“UOC Organizzazione Servizi Sanitari di Base – Distretto Macerata”**, funzionalmente afferente al Direttore Generale, di cui si riportano i riferimenti di dettaglio:

- email: [presaincarico.ast.mc@sanita.marche.it](mailto:presaincarico.ast.mc@sanita.marche.it)
- pec: [ast.macerata@emarche.it](mailto:ast.macerata@emarche.it)
- recapito telefonico: 0733/894744

Il monitoraggio delle liste d'attesa all'AST di Macerata ha evidenziato una variabilità significativa nel rispetto dei tempi previsti a seconda della tipologia di prestazione e della classe di priorità. Mentre alcune prestazioni hanno mostrato ottimi risultati, garantendo quasi tutte le prenotazioni nei tempi previsti, altre hanno evidenziato delle criticità che necessitano di interventi migliorativi. Rimangono aree di miglioramento, in particolare per alcune prestazioni diagnostiche e interventistiche, dove il rispetto dei tempi di attesa per le classi con priorità più alta non è sempre stato ottimale. Per

garantire un servizio sanitario equo e tempestivo, è fondamentale affrontare le criticità emerse nella gestione delle liste d'attesa. Sebbene ci siano state prestazioni che hanno mostrato un rispetto eccellente dei tempi, le aree in cui si sono riscontrati ritardi significativi richiedono interventi strategici. L'obiettivo deve essere quello di garantire che tutte le prestazioni, indipendentemente dalla loro tipologia e dalla classe di priorità, vengano erogate nei tempi previsti, migliorando così l'accesso ai servizi sanitari e la qualità complessiva dell'assistenza offerta.

L'AST di Macerata sta implementando un sistema di monitoraggio dei tempi di attesa che consenta di garantire il rispetto delle priorità assistenziali, distinguendo tra prestazioni urgenti, programmabili e differibili. I tempi di attesa per ciascun tipo di attività, sia essa ambulatoriale o di ricovero, dovranno essere costantemente verificati e resi trasparenti, al fine di ridurre al minimo i disagi per i pazienti e per il personale sanitario e per migliorare l'efficienza complessiva del sistema.

Inoltre, l'adozione di tecnologie avanzate e di strumenti digitali, come le piattaforme di prenotazione e gestione delle agende, faciliterà la programmazione delle prestazioni in base alla priorità, ottimizzando l'uso delle risorse disponibili. Le liste di attesa dovranno essere costantemente monitorate, con un'attenzione particolare alle situazioni più critiche, per garantire una risposta tempestiva e appropriata.

## **1.5 PATRIMONIO DELL'AST MACERATA**

Il patrimonio dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata è costituito da tutti i beni mobili e immobili, ad essa appartenenti come risultanti dal libro dei cespiti, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità. Tali beni sono transitati dall'Azienda Sanitaria Unica Regionale all'Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata a seguito della riforma di cui alla L.R. n.19/2022. L'Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata ai sensi e per gli effetti dell'art. 5, comma 2, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, in particolare secondo le disposizioni cui all'art. 830 del Codice Civile e comunque nel rispetto della normativa nazionale e regionale in materia. L'Azienda riconosce la valenza strategica del patrimonio di sua proprietà quale strumento per il potenziamento e la qualificazione strutturale e tecnologica dell'offerta dei servizi.

## **1.6 RAPPORTI CON GLI STAKEHOLDER**

### **1.6.1 Rapporti con gli attori esterni**

#### **1.6.1.1 Conferenza dei Sindaci**

Nell'AST di Macerata è costituita la Conferenza dei sindaci, organo di rappresentanza dei comuni, composto dai sindaci dei comuni ubicati nell'area di riferimento o dagli assessori da essi delegati, per l'espressione dei bisogni di salute e di servizi alla persona nel territorio di competenza.

La Conferenza dei sindaci svolge le sue funzioni tramite l'organismo di rappresentanza, composto da quattro membri e dal presidente della Conferenza stessa. Il Presidente viene eletto a maggioranza.

La Conferenza dei sindaci garantisce la concertazione e la cooperazione tra Aziende sanitarie territoriali ed enti locali, anche attraverso la partecipazione ai processi di formazione degli atti regionali di programmazione in materia di assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

La Conferenza dei sindaci, con riferimento alle Aziende sanitarie territoriali:

- a) contribuisce a formulare, nell'ambito della programmazione regionale e delle risorse definite, le linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività, con particolare riguardo all'organizzazione della rete di offerta territoriale;
- b) esprime parere:
  - 1) sui bilanci pluriennali di previsione, sui bilanci economici preventivi, sui bilanci di esercizio, sul progetto di Piano attuativo (art. 16 L.R. 19/2022);
  - 2) sui risultati conseguiti e sul raggiungimento degli obiettivi da parte del direttore generale;
  - 3) sull'articolazione territoriale dei distretti;
- c) verifica l'andamento generale dell'attività dell'Azienda sanitaria territoriale e lo stato di attuazione dei programmi, anche sulla base della relazione sanitaria.

La Conferenza dei sindaci esercita, altresì, le funzioni di cui al d.lgs. 171/2016, nonché ogni altra competenza a essa riservata dalla normativa statale e regionale.

Fermo restando quanto stabilito dal d.lgs. 171/2016, il parere è reso dalla Conferenza dei sindaci nel termine di venti giorni dalla richiesta. Si procede indipendentemente dall'espressione del parere, ove questo non sia reso entro il predetto termine. I pareri della Conferenza dei sindaci sono in ogni caso trasmessi anche alla Giunta regionale.

Il funzionamento della Conferenza è disciplinato da un regolamento dalla stessa approvato sulla base degli indirizzi della Giunta regionale, previo parere del Consiglio delle autonomie locali.

### **1.6.1.2 Comitato dei sindaci di distretto**

Il Comitato dei sindaci di distretto di cui all'articolo 3 quater del d.lgs. 502/1992 è l'organo di partecipazione alla programmazione socio-sanitaria a livello distrettuale.

Il Comitato dei sindaci, composto da tutti i sindaci o dagli assessori da essi delegati dei comuni facenti parte del distretto, concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali (PAT) anche mediante il coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini. Il Comitato, in particolare:

- a) interviene nella predisposizione del Programma delle attività territoriali;
- b) formula proposte e pareri alla Conferenza dei sindaci sulle linee di indirizzo e di programmazione dei servizi sanitari, ivi compresi quelli di carattere ospedaliero.

Il parere del Comitato dei sindaci di distretto è reso nel termine di venti giorni dalla richiesta. Si procede indipendentemente dall'espressione del parere, ove questo non sia reso entro il predetto termine.

Il Comitato dei sindaci di distretto, nell'esercizio delle proprie funzioni di indirizzo, proposta e verifica, si raccorda con la Conferenza dei sindaci.

La Giunta regionale disciplina le modalità di organizzazione e di funzionamento del Comitato.

La Conferenza dei sindaci e il Comitato dei sindaci di distretto operano a titolo gratuito e possono avvalersi, per il loro funzionamento, di uffici, strumenti operativi e informativi, nonché di professionalità messi a disposizione dalle Aziende sanitarie territoriali, in modo da consentire uno svolgimento adeguato delle funzioni loro attribuite, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica.

## **1.6.2 Rapporti con le Rappresentanze Sindacali**

Il sistema delle relazioni sindacali è strutturato in modo da garantire un equilibrio tra efficienza e produttività, assicurando al contempo la qualità del servizio pubblico e il rispetto dell'interesse collettivo. Questo sistema si fonda su una collaborazione qualificata tra l'Amministrazione, la Rappresentanza Sindacale Unitaria (R.S.U.) e le Organizzazioni Sindacali (OO.SS.), basata su principi di correttezza, trasparenza e reciproca informazione.

Le relazioni sindacali hanno come obiettivo primario il raggiungimento degli obiettivi istituzionali dell'Azienda, rispettando l'autonomia gestionale e amministrativa prevista dalle normative. Si cerca di bilanciare le esigenze organizzative con la tutela contrattuale dei dipendenti e l'interesse degli utenti.

Il sistema si articola in due principali ambiti:

1. Partecipazione:
  - Informazione: L'Amministrazione fornisce alle parti sindacali informazioni rilevanti per un'efficace collaborazione.
  - Confronto: Dialogo tra le parti per discutere temi di interesse comune.
  - Organismi paritetici di partecipazione: Strutture che facilitano la cooperazione tra l'Azienda e le parti sindacali.
2. Contrattazione Integrativa:
  - La contrattazione a livello aziendale, che integra e specifica i contenuti dei contratti collettivi nazionali, adeguandoli alle esigenze locali.

La partecipazione si concretizza anche attraverso la costituzione di Commissioni Paritetiche o Osservatori, organi che favoriscono il dialogo e la collaborazione. Le materie trattate nell'ambito delle relazioni sindacali sono definite dal D.Lgs. 165/2001 e successive modifiche, oltre che dai contratti collettivi nazionali di lavoro (CC.CC.NN.LL.).

Per il sistema delle relazioni sindacali l'Azienda prevede una Funzione, con apposito ufficio, specifica; l'Azienda stabilisce la composizione della delegazione trattante di parte pubblica attraverso appositi provvedimenti. Per le organizzazioni sindacali, la delegazione è composta dalla R.S.U. e dai rappresentanti delle OO.SS. Territoriali di Categoria firmatarie dei CC.CC.NN.LL.

## **1.6.3 Rapporti con l'utenza**

La comunicazione ricopre un ruolo strategico nei rapporti con l'esterno, coinvolgendo utenti, stakeholder, opinione pubblica, istituzioni e altri attori. Essa è essenziale per sviluppare processi volti a soddisfare i bisogni di salute della popolazione, facilitare la comprensione dei cambiamenti organizzativi, promuovere lo scambio di informazioni e favorire la collaborazione tra i vari soggetti che possono contribuire alla creazione di valore pubblico.

Oltre agli strumenti di comunicazione tradizionale, l'AST sta implementando nuovi canali digitali per agevolare le relazioni con l'esterno. Accanto a poster, brochure, informative e cartellonistica, vengono utilizzati il sito web aziendale, i profili social ufficiali (Instagram, YouTube), e la Carta dei Servizi in formato digitale e scaricabile.

All'interno di sistema di relazioni rapporto con l'utenza l'URP ha un ruolo centrale nel garantire una comunicazione efficace verso i cittadini, con i seguenti compiti principali:

- Orientare l'utenza riguardo ai servizi aziendali, tramite attività di accoglienza e informazione;
- Ascoltare le opinioni e i suggerimenti dei cittadini;
- Raccogliere segnalazioni;
- Verificare la qualità percepita dai cittadini sui servizi erogati, anche attraverso indagini di Customer Satisfaction;
- Promuovere la partecipazione dei cittadini, collaborando con Associazioni di Volontariato e Organismi di Tutela.

A supporto delle strategie e delle attività comunicative, l'Ufficio Stampa è fondamentale per la promozione sociale della salute, contribuendo alla diffusione delle informazioni sui servizi e sulle innovazioni organizzative e prestazionali. Cura le relazioni con i media e collabora con l'Ufficio Comunicazione per gestire gli aspetti di competenza.

La valorizzazione della co-progettazione con gli utenti costituisce un elemento strategico per l'AST di Macerata, orientato a migliorare l'efficacia e la qualità dei servizi attraverso il coinvolgimento attivo dei cittadini e delle loro famiglie. Questo approccio parte dal presupposto che i destinatari dei servizi sanitari e sociosanitari possano fornire un contributo essenziale nell'identificazione dei propri bisogni e nella definizione delle risposte più appropriate, garantendo così un'assistenza più personalizzata e rispondente alle aspettative della comunità.

La co-progettazione si realizza attraverso momenti di confronto diretto, come incontri con gruppi di pazienti e loro caregiver, forum di partecipazione, e strumenti digitali che permettono di raccogliere in tempo reale suggerimenti e segnalazioni. Questi processi favoriscono una maggiore trasparenza e fiducia tra l'AST e i cittadini, poiché vengono valorizzate le loro esperienze e prospettive all'interno dei percorsi di cura.

L'obiettivo è di promuovere una sanità che non sia solo erogatrice di prestazioni, ma anche partner attivo nella costruzione del benessere collettivo, integrando le risorse locali e incentivando la responsabilità condivisa. Questo approccio contribuisce non solo a migliorare l'accesso e l'appropriatezza delle cure, ma anche a sviluppare una rete di supporto sociale in grado di sostenere l'autonomia e l'inclusione degli utenti, rendendo il sistema di assistenza sanitaria e sociale più sostenibile e realmente orientato ai bisogni delle persone.

#### **1.6.4 Rapporti con l'Università**

Si conferma inalterata l'attenzione a consolidare la collaborazione con le Università.

L'Azienda, infatti, promuove e sostiene il rapporto con le Università in una logica di integrazione e sussidiarietà nel rispetto dei principi del decreto legislativo n. 517/99.

Il D.Lgs. 502/92 all'art. 6, il D.Lgs n. 517/99 normano i rapporti tra le Università e il SSN stabilendo che, per soddisfare le specifiche esigenze del SSN connesse alla formazione degli specializzandi ed all'accesso ai ruoli dirigenziali del SSN le Università e le Regioni stipulano specifici protocolli d'intesa per disciplinare le modalità di reciproca collaborazione.

## **2 L'INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA**

### **2.1 *TELEMEDICINA***

Una grande attenzione è stata posta allo sviluppo delle nuove modalità di servizio supportate dalla telemedicina. Anche l'art. 22 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, stabilisce che i percorsi assistenziali a domicilio sono costituiti “dall’insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita”.

Per quanto riguarda le cure domiciliari l'AST di Macerata sta progettando un sistema di erogazione dei servizi anche avvalendosi della Telemedicina (televisita, teleconsulto medico, teleconsulenza medico-sanitaria, teleassistenza da professioni sanitarie, telerefertazione, teleriabilitazione, telemonitoraggio, telecontrollo medico) secondo le linee guida organizzative relative al “Modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare” di cui al D.M. 29/04/2022 ed i requisiti tecnologici e organizzativi di cui alla DGRM nr 6 del 16/01/2023.

### **2.2 *RETI CLINICHE e PDTA***

L'organizzazione delle reti cliniche e dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) all'interno dell'AST di Macerata si configura come un elemento fondamentale per garantire un'assistenza sanitaria coordinata ed efficiente. La loro istituzione risponde all'esigenza di integrare i diversi livelli di assistenza, dalla medicina territoriale fino ai servizi ospedalieri e specialistici, assicurando un continuum di cura che migliori la qualità dei servizi erogati e riduca le disuguaglianze nell'accesso alle cure, in linea con gli obiettivi del Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR).

Le reti cliniche favoriscono la condivisione delle risorse, delle competenze e delle buone pratiche tra le strutture coinvolte, migliorando l'efficacia dei trattamenti attraverso la collaborazione interdisciplinare. I PDTA, invece, rappresentano percorsi strutturati che guidano il paziente attraverso le varie fasi del processo di cura, dalla diagnosi al trattamento e al follow-up, assicurando interventi basati sulle evidenze scientifiche e su protocolli standardizzati. L'attuazione di tali percorsi permette una gestione ottimale delle patologie complesse e croniche, con l'obiettivo di migliorare gli esiti clinici, promuovere la sostenibilità del sistema sanitario e garantire un'assistenza personalizzata e di qualità.

I modelli organizzativi basati sullo sviluppo delle reti cliniche e sulla centralità dei PDTA ci hanno guidato nella progettazione dipartimentale. I suggerimenti dei responsabili organizzativi (capi dipartimento responsabili di UO) e l'orientamento allo sviluppo di reti cliniche e PDTA ci hanno permesso di elaborare una nuova configurazione dei dipartimenti sanitari e delle strutture di supporto.

### **2.3 *HTA***

L'AST di Macerata ha sviluppato un sistema Health Technology Assessment con un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia (apparecchiature biomedicali, dispositivi medici, farmaci, procedure cliniche, modelli organizzativi, programmi di prevenzione e produzione della salute), attraverso la valutazione di più dimensioni quali l'efficacia, la

sicurezza, costi, l'impatto sociale-organizzativo etc. L'HTA analizza gli effetti reali e/o potenziali della tecnologia, sia a priori sia durante l'intero ciclo di vita, nonché le conseguenze che l'introduzione o esclusione di un intervento ha per il sistema sanitario, l'economia e la società. Tale metodologia di analisi è di supporto alla complessità decisionale che caratterizza l'ambito istituzionale della tutela della salute.

A fronte di una distribuzione sempre più vasta di dispositivi medici con livello crescente di complessità tecnologica l'AST di Macerata ha implementato un percorso di Health Technology Assessment con l'obiettivo di realizzare un nuovo modello di governance delle tecnologie sanitarie che consenta di rispondere ai fabbisogni di salute dei pazienti in maniera efficace e con un utilizzo realmente efficiente delle risorse.

Nell'ambito del Programma Nazionale HTA 2023-2025, istituito con Decreto Min. Sal. del 9 giugno 2023, l'AST di Macerata ha ritenuto necessario introdurre nel proprio contesto aziendale il modello di Assessment delle nuove tecnologie tramite l'applicazione della metodologia di HTA, risultando il primo Ente della Regione Marche ad aver attuato la sua implementazione.

BOLZA

## **3 LA STRUTTURA AZIENDALE**

### **3.1 GLI ORGANI DELL'AZIENDA**

Sono organi della Azienda sanitaria territoriale di Macerata:

- il Direttore Generale;
- il Collegio di direzione;
- il Collegio sindacale.

#### **3.1.1 Il Direttore Generale**

Il direttore generale, nominato dalla Giunta regionale ai sensi e con le modalità stabilite dalla normativa statale vigente in materia, ha la rappresentanza legale dell'ente ed è responsabile della gestione aziendale.

Il direttore generale, al fine di garantire il corretto, efficace ed efficiente funzionamento dell'ente, assicura, tramite l'atto di organizzazione, un'adeguata distribuzione delle potestà decisionali, mantenendo presso la direzione aziendale le funzioni di programmazione e di gestione strategica.

È responsabile dei risultati di gestione conseguiti in riferimento agli indirizzi e agli obiettivi fissati, in termini di efficacia e di economicità dell'azione amministrativa e di ottimale utilizzo delle risorse.

Il direttore generale assicura le funzioni di direzione dell'ente previste dalla normativa vigente in materia, come da Leggi Regionali n° 16, 17, 19, 24, 32 e 33. In particolare, tra le varie funzioni citiamo:

- elabora le strategie aziendali e la loro specificazione attraverso gli strumenti di programmazione e di controllo della gestione;
- persegue il raggiungimento e il costante miglioramento di condizioni gestionali tali da garantire la uniforme ed efficace tutela della salute;
- assicura l'efficiente impiego delle risorse e il perseguimento dell'equilibrio economico dell'ente attraverso l'utilizzo dei budget assegnati, nonché attraverso azioni di efficientamento da prevedere quale obiettivo strategico all'atto della nomina;
- gestisce e valorizza il patrimonio dell'ente;
- adotta tutti i provvedimenti che si rendono necessari per la conduzione unitaria dell'ente.

Sono, inoltre, di competenza del direttore generale:

- la nomina, la sospensione e la decadenza del direttore amministrativo, del direttore sanitario e del direttore socio-sanitario, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 3 del d.lgs. 171/2016;
- la nomina dei componenti del Collegio sindacale designati secondo quanto previsto dal comma 3 dell'articolo 3 ter del d.lgs. 502/1992;
- la nomina del Consiglio dei sanitari;
- la nomina dei direttori dei dipartimenti con le modalità;
- la nomina dei direttori di distretto con le modalità;
- l'adozione dell'atto di organizzazione;
- gli atti di bilancio;
- l'adozione del Piano attuativo;

- l'approvazione del Programma delle attività territoriali;
- l'adozione della relazione sanitaria aziendale;
- l'adozione del Piano integrato di attività e organizzazione di cui all'articolo 6 del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80 (Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia), convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113;
- la nomina della delegazione trattante di parte pubblica;
- gli altri atti previsti dalla normativa vigente.

Promuove con azioni positive le pari opportunità nell'organizzazione aziendale. Il rapporto sulla situazione del personale, previsto dall'articolo 46 del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'articolo 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246), è predisposto con cadenza almeno biennale e viene trasmesso ai soggetti ivi individuati e al Presidente della Giunta regionale.

In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega dello stesso direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano di età. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione.

Il trattamento economico del direttore generale è stabilito dalla Giunta regionale secondo i parametri ed entro i limiti fissati dalla normativa statale, previo parere della Commissione assembleare competente.

Il rapporto di lavoro del direttore generale è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato di durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni. Il contratto, redatto in osservanza delle norme del libro V, titolo III, del codice civile, è stipulato dal Presidente della Giunta regionale sulla base di uno schema tipo approvato dalla Giunta medesima.

Il direttore generale non può effettuare più di due mandati consecutivi nello stesso ente.

### **3.1.2 Il Collegio di Direzione**

Il Collegio di Direzione, quale Organo tecnico consultivo costituisce la prima sede di analisi, confronto e coordinamento tra la Direzione Generale ed i Direttori e Responsabili delle strutture organizzative aziendali nell'elaborazione delle linee di sviluppo dell'Azienda/Ente. Il Collegio di Direzione, come definito dalla DGR 1628/2024, concorre al governo delle attività cliniche ed è consultato obbligatoriamente dal Direttore Generale su tutte le questioni ad esso attinenti.

Il Collegio di Direzione, inoltre:

- partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione ed alla elaborazione di soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero professionale intramuraria, in particolare per l'individuazione degli spazi per l'esercizio dell'attività;
- concorre allo sviluppo organizzativo e gestionale degli Enti, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni;
- partecipa alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati;
- esprime parere in ordine al rilascio da parte del Direttore Generale dell'autorizzazione all'esercizio della libera professione da parte di proprio personale in altra struttura dello stesso Ente o in una disciplina equipollente (ex art. 5, comma 4, del DPCM 27/03/2000).

### **3.1.3 Il Collegio Sindacale**

Il collegio sindacale:

- verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza della legge;
- accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- riferisce almeno trimestralmente alla regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa.

I componenti del collegio sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente.

Il collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal presidente della giunta regionale, uno dal Ministro dell'economia e delle finanze e uno dal Ministro della salute. I componenti del collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero di grazia e giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali.

## **3.2 DEFINIZIONE DEL SISTEMA DEI CONTROLLI INTERNI**

Il sistema dei controlli interni è uno strumento che supporta gli organi di vertice nel conseguimento degli obiettivi aziendali di efficacia efficienza, economicità e trasparenza. Ne fanno parte:

- Controllo qualità, che assicura la tutela dei cittadini e degli utenti attraverso la definizione degli standard qualitativi e la rilevazione costante di eventuali non conformità;
- Gestione del rischio clinico, attraverso il quale l'Azienda definisce i metodi per la valutazione del rischio, gli indicatori per la misurazione e gli strumenti per la rilevazione.
- Programmazione e controllo, che, attraverso un sistema di ritmico reporting garantisce la qualità del decision making e permette di modificare ed adattare il sistema budgetario di pianificazione delle attività e di attuazione dei progetti.
- Customer satisfaction che, attraverso la predisposizione di strumenti quali indagini di gradimento, sportelli informativi, questionari, interviste, ecc., constata le dinamiche del rapporto cittadini/servizi erogati, in modo da comprendere appieno i segnali negativi e di predisporre con il Sistema Qualità Aziendale le relative azioni di miglioramento;
- Controllo di regolarità amministrativa e contabile, secondo i principi generali della revisione aziendale;
- Controllo di gestione, attraverso il quale l'Azienda procede al coinvolgimento dei dirigenti nell'assegnazione o negoziazione degli obiettivi aziendali per livello di responsabilità interna e procede al monitoraggio sistemico per garantirne il loro raggiungimento;
- Internal auditing, che ricomponde e fa sintesi delle funzioni di controllo specifiche, svolte dalle articolazioni dell'organizzazione e dagli organismi aziendali sopraindicati;
- Anticorruzione e trasparenza, funzioni aziendali di coordinamento e gestione di attività ed adempimenti correlati alla L. 190/2012 e successivi provvedimenti normativi attuativi;

- Processi di misurazione e valutazione del personale: attraverso il Nucleo di Valutazione, vengono periodicamente verificati sia il sistema adottato per la valutazione della performance (organizzativa e individuala), sia la correttezza dei processi di misurazione e valutazione del personale dell'Azienda.

### 3.2.1 Controllo della Qualità

La funzione aziendale che presiede il sistema qualità intra ed extra aziendale è prevista in capo alla UOC Qualità, gestione del rischio clinico e accreditamento. Tale unità, tra le altre competenze, promuove e coordina le attività aziendali volte all'applicazione dei sistemi di qualità e miglioramento continuo.

In particolare:

- supporta la Direzione Strategica nella definizione della politica della qualità aziendale anche attraverso l'individuazione di obiettivi specifici per le articolazioni organizzative;
- svolge compiti di formazione e supporto metodologico alle unità aziendali per il miglioramento continuo e il mantenimento degli standard di qualità;
- utilizza strumenti e metodi di analisi dell'organizzazione, medicina basata sulle evidenze, formazione, conduzione di gruppi;
- promuove, pianifica, realizza e valuta progetti di miglioramento, audit, percorsi assistenziali, gestione dei rischi;
- contribuisce all'individuazione dei problemi di qualità e alla loro prioritizzazione;
- partecipa alla predisposizione degli strumenti informativi aziendali e ne garantisce l'aggiornamento;
- collabora alla validazione di metodologie e tecniche per il controllo di qualità dei processi e dei prodotti interni all'azienda per il controllo delle prestazioni e il rispetto delle procedure cliniche, curandone la divulgazione;
- garantisce il processo di certificazione e i rapporti con gli organi esterni certificatori;
- realizza audit qualità;
- I processi di controllo di qualità si avvalgono, per le analisi proattive e/o reattive, di misura di indicatori da fonti dati a diversi livelli:
  - o Internazionale (Banche dati scientifiche sia per la ricerca dei contenuti sia per la definizione di indicatori e standard);
  - o Nazionale (es. PNE- SIMES per il monitoraggio degli errori in sanità);
  - o Regionale;
  - o Aziendale (dati provenienti dai sistemi di controllo creati ad hoc –osservazioni, risultati di audit clinici o ISO, DB risk management)
- sviluppa in via ordinaria di audit clinico delle Unità Operative, distinto da quello riferito alla gestione Rischio Clinico;
- definisce requisiti di accreditamento professionale per gli operatori sanitari, a partire dall'area critica e chirurgica.

### 3.2.2 Internal Auditing

L'attività di I.A. deve essere svolta in autonomia, indipendenza di giudizio, obiettività, riservatezza e competenza in conformità agli Standard Internazionali del IIA (Institute of Internal Auditor) e si deve conformare ai principi contenuti nel Codice Etico Aziendale vigente.

L'Internal Auditing, consiste nella produzione, attraverso un approccio professionale sistematico, di analisi, valutazioni e raccomandazioni in merito al corretto disegno e all'efficace funzionamento del sistema dei controlli interni nell'ambito dei processi relativi alla gestione delle attività aziendali.

Nello specifico consiste:

- nella pianificazione e sviluppo di strumenti di controlli interno all'azienda attraverso la predisposizione del piano annuale di audit e stesura, insieme al Dirigente Responsabile della Prevenzione della Corruzione e al Referente Aziendale per la Qualità del rapporto di audit;
- nell'assistere la Direzione nel valutare il funzionamento del sistema dei controlli e delle procedure operative;
- nel proporre alla Direzione Generale l'attivazione di consulenze esterne per la pianificazione ed esecuzione degli interventi di audit, qualora lo ritenga necessario per la mancanza di competenze adeguate o di risorse all'interno della funzione, fatti salvi i vincoli di budget;
- nel coordinare e pianificare l'attività di audit;
- nell'effettuare gli audit programmati e l'esecuzione dei follow-up;
- nel coadiuvare i responsabili delle unità auditate nella mappatura ed identificazione degli ambiti soggetti a rischio e nell'individuazione di modifiche organizzative tali da mitigare il livello di rischio;
- nel favorire la comprensione dell'importanza di un processo formale, documentato e collaborativo nel quale i responsabili dei processi auditati siano direttamente coinvolti nel giudicare e monitorare l'efficacia dei controlli esistenti;
- nella tenuta dell'archivio della documentazione e delle evidenze necessarie a supporto dell'attività di audit;
- nella partecipazione a specifici corsi di formazione.

### **3.2.3 Prevenzione della Corruzione e Trasparenza**

La funzione della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), di cui viene incaricato un dirigente con adeguate competenze, svolge i compiti previsti dalla legge 6 novembre 2012, n.190, così come modificata, tra l'altro, dal decreto legislativo 25 maggio 2016, n.97. I compiti del RPCT sono, altresì, declinati nella delibera ANAC n.840 del 2 ottobre 2018 recante "Parere sulla corretta interpretazione dei compiti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)" e nel PNA 2019.

In particolare, il RPCT:

- predisporre -in via esclusiva- e verifica l'attuazione del Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT), con particolare riguardo alla misura della rotazione del personale negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è elevato il rischio di corruzione;
- coordina il processo di gestione del rischio corruttivo, specificando nel PTPCT i compiti dei vari attori coinvolti nella gestione del rischio interno;
- controlla, ai sensi del d.lgs. 14 marzo 2013, n.33 e s.m.i., l'adempimento, da parte della amministrazione, degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente e svolge i compiti attribuitigli dal richiamato decreto legislativo sull'esercizio dell'accesso civico semplice e generalizzato;
- ai sensi dell'art.54-bis del decreto legislativo 165/2001, così come modificato dalla legge 30 novembre 2017, n.179, riceve, prende in carico e pone in essere gli atti necessari ad una prima attività di verifica e di analisi delle segnalazioni del dipendente.

### **3.2.4 Controllo di Gestione**

Al fine di garantire la realizzazione degli obiettivi programmati e la corretta ed economica utilizzazione delle risorse, il direttore generale, avvalendosi di un'apposita unità organizzativa, effettua il controllo di gestione per verificare, mediante la valutazione comparativa dei costi, dei rendimenti e dei risultati, il grado di economicità, di efficacia e di efficienza raggiunto dall'ente nel conseguimento dei fini istituzionali.

Fermo restando quanto previsto dal comma 3 dell'articolo 6 della l.r. 47/1996, la Giunta regionale approva direttive finalizzate a disciplinare l'attività del controllo di gestione di cui al comma 1 secondo modalità e procedure uniformi.

Attraverso il controllo di gestione è costantemente verificato l'andamento dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività aziendale ed è fatta applicazione di indicatori di efficacia, efficienza ed economicità previamente definiti in coerenza con il Piano attuativo di cui all'articolo 16 e con gli indirizzi di direzione aziendale; le disfunzioni e gli scostamenti eventualmente riscontrati sono segnalati ai responsabili delle unità aziendali e alla direzione aziendale.

Il controllo di gestione si avvale dei dati contabili derivanti dalla contabilità generale e analitica e dei dati extracontabili distinti per centri di responsabilità rilevati dai flussi informativi aziendali.

### **3.2.5 Consiglio dei Sanitari**

Il Consiglio dei sanitari, come previsto dalla DGR 1582 del 2024, è un organismo elettivo previsto dalla normativa nazionale e regionale funzionale al coinvolgimento, in modo sistematico, dei professionisti nei sistemi di governo delle aziende sanitarie, preposto a svolgere, in forma collegiale, attività di consulenza tecnico-sanitaria nei confronti dei Direttori Generali degli Enti del SSR. Il Consiglio dei sanitari è presieduto dal direttore sanitario.

La Giunta regionale definisce, nel rispetto di quanto stabilito dal comma 12 dell'articolo 3 del d.lgs. 502/1992, la composizione del Consiglio dei sanitari, nonché le modalità di elezione e di funzionamento dello stesso.

Il Consiglio dei sanitari, come da indicazione all'art. 30 della LR 19/2022, esprime parere obbligatorio per gli aspetti tecnico-sanitari e di assistenza sanitaria concernenti:

- a) l'atto di organizzazione di cui all'articolo 24 e gli altri atti dallo stesso eventualmente indicati;
- b) i Piani attuativi;
- c) la relazione sanitaria di cui all'articolo 19;
- d) i programmi di acquisto degli impianti e delle attrezzature sanitarie.

Il Consiglio dei sanitari può, altresì, essere chiamato a esprimere il proprio parere a seguito di formale richiesta del direttore generale, del direttore sanitario o del direttore socio-sanitario.

Il Consiglio è tenuto a rendere i pareri di cui ai commi 3 e 4 entro trenta giorni dal ricevimento dei provvedimenti o delle richieste, decorsi i quali il parere si intende favorevole. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso.

Il Consiglio dei sanitari può formulare proposte per il miglioramento dell'organizzazione dei servizi in funzione del conseguimento di una maggiore funzionalità ed efficienza degli stessi ed esercita ogni altra funzione a esso attribuita dalle leggi e dai regolamenti.

Il Consiglio dei sanitari dura in carica tre anni.

Ai componenti del Consiglio dei sanitari non spetta alcun compenso.

### **3.2.6 Tavolo Farmaceutico**

La necessità di costruire un percorso strutturato per la scelta dei farmaci al fine di ridurre la spesa farmaceutica e ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili, ha portato all'istituzione di un Tavolo Tecnico per il controllo, la gestione e l'ottimizzazione della spesa farmaceutica. Il suddetto Tavolo ha il ruolo di:

- analizzare le attuali modalità di selezione e impiego dei farmaci oncologici;
- formulare proposte innovative e sostenibili per la riduzione della spesa farmaceutica;
- definire criteri chiari e condivisi per la scelta dei farmaci;

Tale percorso è essenziale, non solo per garantire una gestione efficiente dei costi, ma soprattutto per estendere la platea di pazienti che possono beneficiare delle cure offerte.

BOLZA

### **3.3 LA DIREZIONE STRATEGICA**

La Direzione Strategica è costituita dal Direttore Generale e dai Direttori Amministrativo, Sanitario e Sociosanitario; questi ultimi sono nominati dal Direttore Generale ed individuati nell'ambito degli appositi elenchi regionali. Con gli stessi viene stipulato un contratto di lavoro regolato dalle norme del Titolo III del Libro V del Codice Civile e dalle disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia. Per lo svolgimento delle sue funzioni, la Direzione Strategica si avvale delle unità di staff, del Collegio di Direzione e delle strutture dipartimentali ospedaliere, territoriali e amministrativa.

Il Direttore Amministrativo dirige a livello strategico i servizi amministrativi aziendali ai fini tecnico-organizzativi, svolge attività di indirizzo, coordinamento, supporto, verifica nei confronti dei responsabili dei servizi amministrativi e promuove l'integrazione dei servizi stessi. Coadiupa il Direttore Generale nell'esercizio delle sue funzioni assumendo la responsabilità delle funzioni attribuitegli e concorre, con pareri e proposte, alla formazione delle decisioni della Direzione Strategica.

Il Direttore Sanitario dirige a livello strategico i dipartimenti del settore ospedaliero ed è responsabile delle funzioni igienico organizzative di tutte le unità d'offerta dell'Azienda. Svolge attività di indirizzo, coordinamento, supporto e verifica nei confronti dei responsabili dei servizi sanitari e dei distretti e promuove l'integrazione degli stessi. Coadiupa il Direttore Generale nell'esercizio delle sue funzioni assumendo la responsabilità delle funzioni attribuitegli e concorre con pareri e proposte alla formazione delle decisioni della Direzione Strategica.

Il Direttore Sociosanitario dirige a livello strategico i percorsi di presa in carico dei pazienti e deve garantire agli stessi la continuità assistenziale delle attività che vengono erogate sia nel polo ospedaliero che in quello territoriale. Coadiupa il Direttore Generale nell'esercizio delle sue funzioni assumendo la responsabilità delle funzioni attribuitegli e concorre con pareri e proposte alla formazione delle decisioni della Direzione Strategica.

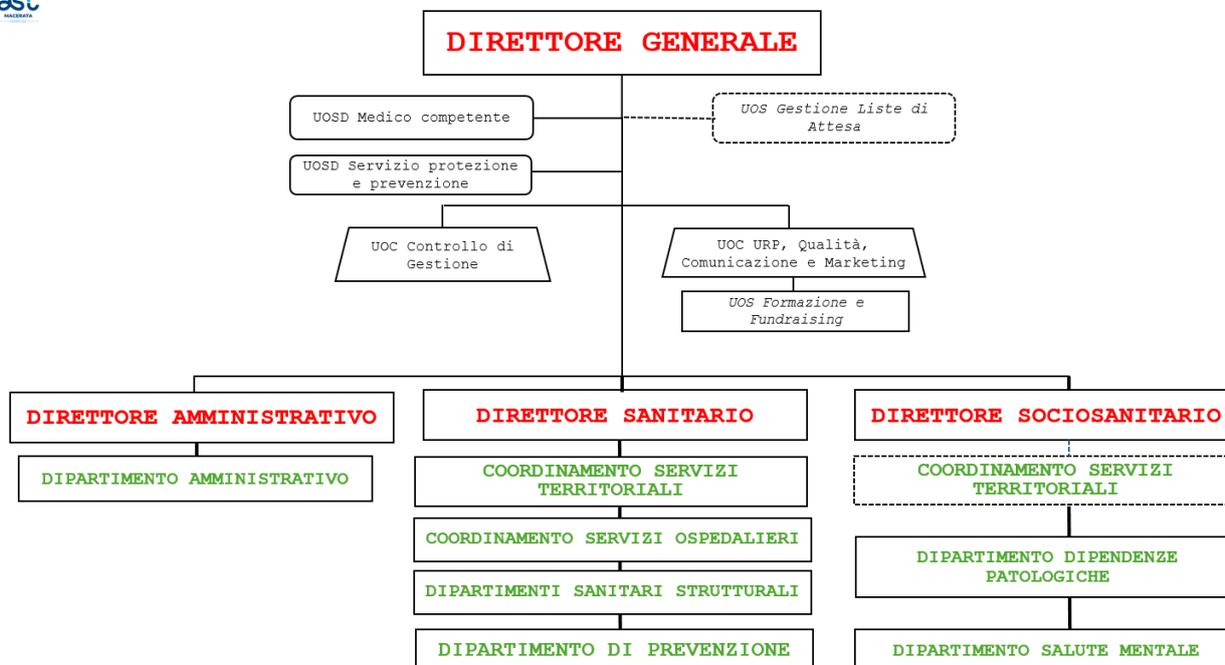
Il direttore amministrativo e il direttore sanitario coadiuvano il direttore generale nell'esercizio delle proprie funzioni. Essi coadiuvano il direttore generale nella direzione dell'azienda, con particolare attenzione alla pianificazione, al coordinamento, al monitoraggio e alla verifica dei percorsi e dei processi relativi alle aree di rispettiva competenza, assumendo diretta responsabilità delle funzioni loro attribuite e concorrendo, con la formulazione di proposte e pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale. Essi svolgono, altresì, le ulteriori funzioni di cui agli articoli 3 e 3 bis del d.lgs. 502/1992.

Nell'Azienda Sanitaria Territoriale il direttore generale è coadiuvato anche dal direttore socio-sanitario con compiti di direzione e di coordinamento delle attività di integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3 septies del d.lgs. 502/1992, con particolare riferimento agli aspetti organizzativi dei servizi sociali e socio-sanitari. Il Direttore Socio-sanitario concorre, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale, assumendo diretta responsabilità delle funzioni socio sanitarie e tecnico organizzative e avvalendosi, a tal fine, dei propri staff, delle direzioni dei distretti e delle relative unità organizzative.

Il direttore amministrativo, il direttore sanitario e il direttore socio-sanitario contribuiscono dunque alla direzione strategica dell'Azienda collaborando con il direttore generale nella definizione delle linee strategiche e delle politiche aziendali e supportando le decisioni del direttore generale in base a valutazioni di carattere sanitario, sociosanitario, amministrativo ed economico-finanziario.

Il direttore generale, nel rispetto dei requisiti e delle modalità previsti dalla normativa nazionale e regionale vigente, nomina il direttore amministrativo, il direttore sanitario e il direttore socio-sanitario attingendo obbligatoriamente agli elenchi regionali di idonei, anche di altre regioni, appositamente costituiti.

### 3.3.1 Il Direttore Generale



Le funzioni di staff investono competenze specialistiche, trasversali e strategiche, supportando la Direzione Generale, gli organi e i dipartimenti nei processi di organizzazione, di funzionamento e di pianificazione strategica, nonché in ogni altro processo avente rilevanza strategica e/o trasversale o che richiede garanzia di terzietà e indipendenza e, comunque, nei casi espressamente previsti da specifiche disposizioni normative.

Gli staff sono stati organizzati per coprire aree chiave che riflettono le priorità dell'azienda sanitaria, assicurando un approccio integrato e sistemico, in linea con quanto stabilito dalla legge regionale n. 19/2022:

- **UOC URP, Qualità, Comunicazione e Marketing:** Questa unità è focalizzata sul mantenimento e miglioramento della qualità dei servizi sanitari, con una particolare attenzione alla comunicazione interna ed esterna dell'azienda, promuovendo un'immagine positiva e garantendo una comunicazione efficace con il pubblico.
- **UOS Formazione e Fundraising:** Si concentra sulla formazione continua del personale e sulla raccolta di fondi, assicurando un costante sviluppo e adattamento dell'azienda. In particolare, la UOS coordina la progettazione e la realizzazione del PAF, del Dossier Formativo di Gruppo ed Individuale e del Piano triennale della formazione Qualità e del Rischio clinico.
- **UOC Controllo di Gestione:** Attraverso il controllo di gestione è costantemente verificato l'andamento dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività aziendale ed è fatta applicazione di indicatori di efficacia, efficienza ed economicità.
- **UOSD Medico competente:** Assicura il monitoraggio della salute del personale, garantendo che siano in grado di svolgere le loro funzioni in modo sicuro ed efficace.

- **UOSD Servizio protezione e prevenzione:** Si occupa di garantire la sicurezza e la prevenzione all'interno dell'azienda, prevenendo rischi legati alla salute e sicurezza sul lavoro.

È prevista, altresì, una funzione di Segreteria con personale dedicato.

### 3.3.2 Il Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario coadiuva il Direttore Generale nell'elaborazione della politica sanitaria aziendale, tenuto conto degli obiettivi generali e specifici di mandato attribuiti al legale rappresentante, e con riferimento alle indicazioni programmatiche del Piano Sanitario Regionale

Il Direttore Sanitario è responsabile del governo clinico dell'azienda nonché delle funzioni igienistico/organizzative aziendali.

Il Direttore Sanitario è nominato dal Direttore Generale, secondo la normativa nazionale e regionale vigente, scelto tra gli idonei presenti nell'elenco degli idonei alla direzione sanitaria, ed ha rapporto di lavoro a tempo pieno ed esclusivo regolato da un apposito contratto così come definito dalla normativa vigente.

Il Direttore Sanitario contribuisce alla direzione strategica dell'Azienda coadiuvando il Direttore generale nella definizione delle linee strategiche e delle politiche aziendali, concorrendo, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione strategica, assumendo responsabilità delle funzioni igienico sanitarie e tecnico organizzative e avvalendosi a tal fine dei propri staff, dei direttori di dipartimento e di distretto, delle direzioni di presidio e delle relative unità organizzative.

Il Direttore Sanitario più specificatamente:

- sovrintende le strutture sanitarie di propria afferenza ai fini tecnico-organizzativi ed igienico-sanitari;
- fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza devolute dall'ordinamento;
- definisce, ai fini programmatici, la domanda di assistenza sanitaria, promuovendo e verificando altresì la coerenza dell'offerta aziendale con la domanda secondo i principi di appropriatezza ed efficienza, formulando al riguardo pareri e proposte;
- svolge attività di indirizzo, coordinamento, verifica e controllo nei confronti dei responsabili di Presidio, di dipartimento, di Unità Operativa Complessa sanitaria, favorendone l'integrazione;
- propone le linee aziendali per il governo clinico e concorrere al governo economico dell'Azienda;
- è responsabile del mantenimento dei requisiti di accreditamento strutturali ed organizzativi necessari avvalendosi delle strutture preposte

Dal Direttore Sanitario gerarchicamente dipendono, per le attività sopradescritte, il **Dipartimento di Prevenzione**, i **Servizi Territoriali** e i **Sevizi Ospedalieri**, dove possono essere previste funzioni di Coordinamento, e i Dipartimenti Strutturali di seguito elencati:

- **Dipartimento Medico**
- **Dipartimento Traumatologico – Specialistico**
- **Dipartimento Onco – Ematologico**
- **Dipartimento Chirurgico**
- **Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino**

- **Dipartimento delle Emergenze**
- **Dipartimento Imaging - Medicina di Laboratorio e TrASFusionale**

### 3.3.3 Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo coadiuva il Direttore Generale nella gestione del sistema di governo economico – finanziario aziendale garantendo l'efficace ed efficiente espletamento delle funzioni di supporto tecnico – amministrativo, tenuto conto degli obiettivi generali e specifici attribuiti al legale rappresentante, perseguendo il buon andamento e l'imparzialità dell'azione amministrativa.

Il Direttore Amministrativo è nominato dal Direttore Generale, secondo la normativa nazionale e regionale vigente, scelto nell'elenco degli idonei alla Direzione amministrativa ed ha rapporto di lavoro a tempo pieno ed esclusivo regolato da un apposito contratto così come definito dalla normativa vigente.

Il Direttore Amministrativo contribuisce alla direzione strategica dell'Azienda coadiuvando il Direttore Generale nella definizione delle linee strategiche e delle politiche aziendali, assumendo diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza e concorrendo, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale

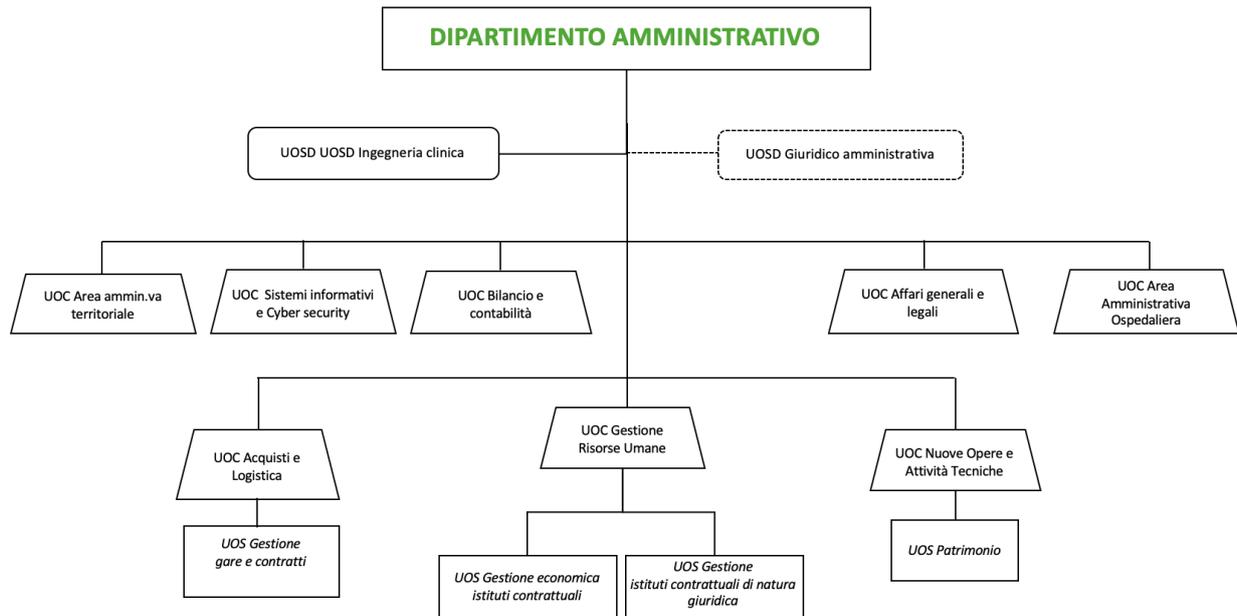
Il Direttore Amministrativo al fine di assicurare la funzione tecnico-amministrativa complessivamente intesa si avvale di una struttura dipartimentale articolata in unità in line e/o funzionali che presidiano le funzioni amministrative aziendali.

Il Direttore Amministrativo è componente del Collegio di Direzione e funge da referente del Direttore Generale nei rapporti con il Collegio Sindacale.

Il Direttore Amministrativo più specificatamente:

- concorre, con la formulazione di proposte e pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale, con particolare riferimento alla pianificazione, al coordinamento, al monitoraggio e alla verifica dei percorsi e dei processi relativi alle aree di propria competenza;
- pone in essere ogni iniziativa volta ad assicurare la maggiore speditezza procedurale agli iter istruttori e al fine di rispondere efficacemente alle esigenze espresse dalle strutture interne e dall'utenza esterna;
- svolge attività di indirizzo, coordinamento e verifica nei confronti del direttore del dipartimento amministrativo e dei responsabili delle unità operative amministrative e di supporto;
- firma, su delega del Direttore Generale, gli ordinativi di incasso e pagamento dell'AST.

Gerarchicamente, per l'assolvimento delle funzioni proprie di direzione strategica aziendale, al Direttore Amministrativo è sottoposta l'area amministrativa organizzata in **Dipartimento Amministrativo** come previsto dalle linee guida regionali.



### 3.3.4 Il Direttore Sociosanitario

Il Direttore Sociosanitario è nominato dal Direttore Generale, secondo la normativa nazionale e regionale vigente, scelto nell'elenco degli idonei alla Direzione Socio Sanitaria, per quanto attiene l'elaborazione della politica sociosanitaria e sociale aziendale, sulla base degli obiettivi generali e specifici di mandato attribuiti al legale rappresentante, avuto riferimento alle indicazioni programmatiche del Piano Socio Sanitario Regionale in merito ai servizi alla persona.

Il Direttore Sociosanitario contribuisce alla direzione strategica dell'Azienda coadiuvando il Direttore Generale nella definizione delle linee strategiche e delle politiche aziendali, concorrendo, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formalizzazione delle decisioni della direzione strategica, assumendo responsabilità delle funzioni socio sanitarie e tecnico organizzative.

Il Direttore Sociosanitario dell'AST favorisce l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie con le funzioni sociali di competenza delle autonomie locali in raccordo con la Conferenza dei Sindaci sulla base della valutazione dei fabbisogni e dei direttori dei dipartimenti.

Al Direttore Sociosanitario afferiscono, ai fini della direzione strategica aziendale, due Dipartimenti:

- **Dipartimento Dipendenze Patologiche:** Si occupa della prevenzione e cura delle dipendenze patologiche, offrendo programmi di trattamento e supporto a persone con dipendenze da sostanze o comportamentali.
- **Dipartimento Salute Mentale:** il Dipartimento di salute mentale si occupa della cura dei disturbi psichici e della promozione della salute mentale.

Inoltre, vi è una relazione funzionale con le **UOC Organizzazioni dei servizi sanitari di base – Distretti** e con i **Servizi dell'Area Territoriale**. Ciò riflette un'organizzazione volta a garantire l'integrazione tra il livello strategico e quello operativo, con un focus specifico sulla gestione dei servizi territoriali, sociali e sanitari, rivolti alla non autosufficienza, alla disabilità.

## 4 MODELLO ORGANIZZATIVO

I livelli organizzativi (Distretto e Dipartimento) dell'AST di Macerata sono stati implementati tenendo conto delle esigenze emerse dall'analisi dei dati di attività, della mobilità dei pazienti e delle specifiche richieste avanzate dai professionisti del settore. Seguendo la logica dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA), la loro creazione si è basata su un approccio integrato che ha coinvolto sia i bisogni espressi dai professionisti, attraverso interviste e questionari somministrati, sia mediante le necessità dei pazienti. Questo processo partecipativo ha permesso di delineare livelli organizzativi in grado di rispondere in modo mirato alle diverse esigenze sanitarie, migliorando la qualità dell'assistenza e garantendo una gestione più efficace delle risorse. In questo modo, si è puntato a creare un'organizzazione sanitaria che non solo ottimizzi i percorsi di cura, ma che sia anche sensibile alle esigenze reali di chi opera e di chi riceve assistenza.

### 4.1 ORGANIZZAZIONE DISTRETTUALE DELL'AST

Il Distretto Sanitario svolge un ruolo centrale nel sistema territoriale, fungendo da punto di riferimento per l'assistenza sanitaria e sociosanitaria. Al suo interno, la Casa della Comunità diventa un luogo di riferimento dove i cittadini possono ricevere assistenza tutti i giorni della settimana.

Nel Distretto sono presenti anche gli Ospedali di Comunità, con un'ampia disponibilità di assistenza infermieristica. Questi ospedali si concentrano principalmente sulla gestione dei pazienti nelle fasi successive al ricovero ospedaliero o in situazioni che richiedono assistenza vicino al domicilio del paziente. Un ruolo fondamentale sarà svolto dagli infermieri di famiglia o di comunità, impiegati nelle nuove strutture definite dal decreto.

A coordinare i diversi servizi presenti nel Distretto saranno le Centrali Operative Territoriali. Le COT, ad esempio, sono in grado di monitorare lo spostamento dei pazienti da un luogo di cura all'altro e da un livello clinico-assistenziale all'altro, le disponibilità di posti nelle strutture territoriali o ospedaliere, e di organizzare le prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Attraverso le COT vengono attivati servizi e percorsi socio assistenziali, sociali e sanitari, e gestiti i processi di transizione dei pazienti tra ospedale e territorio, territorio e ospedale, territorio e territorio.

Il decreto ministeriale costituisce una riforma degli attuali modelli di cure primarie, con il compito chiave di guidare l'impiego delle risorse del PNRR. Di seguito si richiamano i principali elementi del decreto, che definiscono le funzioni, i requisiti e gli standard delle strutture territoriali, la cui realizzazione è considerata un obiettivo prioritario per la Regione Marche.

Obiettivi Prioritari:

- Implementare nuovi modelli organizzativi per l'assistenza territoriale, come la Casa della Comunità, l'Ospedale di Comunità e la Centrale Operativa Territoriale, anche attraverso nuovi modelli di governance che prevedano un'integrazione strutturata con i servizi sociali delle Aziende Sanitarie Territoriali (AST), come il segretariato sociale e i centri servizi per le persone in condizioni di povertà o marginalità estrema, inclusi senza dimora.
- Sviluppare e implementare nuovi flussi informativi sanitari, integrati con quelli sociali, per supportare i nuovi percorsi di assistenza territoriale e monitorare i servizi attraverso cruscotti informativi.
- Attivare accordi interistituzionali tra Ambiti Sociali e Distretti Sanitari per sviluppare un modello integrato di valutazione e presa in carico dei cittadini con bisogni assistenziali complessi, integrando risorse, professionalità e strumenti dei servizi sanitari e sociali territoriali.

Nel contesto dell'AST di Macerata, l'integrazione dei servizi socio-sanitari deve rispettare e garantire questi livelli essenziali, assicurando che tutte le prestazioni siano erogate in modo uniforme e accessibile su tutto il territorio. Ciò implica una stretta collaborazione tra le diverse strutture sanitarie, i servizi sociali, i consultori familiari e le altre agenzie locali che operano nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria.

Questa sinergia si traduce in un modello organizzativo che consenta una presa in carico globale delle persone fragili, con interventi tempestivi e appropriati che coprano tutte le dimensioni del bisogno: sanitaria, psicologica, sociale e relazionale. In questo modo, i LEPS non sono solo un punto di partenza, ma anche un elemento di monitoraggio continuo per garantire che le prestazioni offerte siano adeguate, di qualità e realmente fruibili per l'utenza.

Infine, l'integrazione dei servizi socio-sanitari è accompagnata da un sistema di valutazione che permetta di misurare l'efficacia degli interventi, migliorando costantemente la qualità dei servizi e garantendo che i livelli essenziali siano mantenuti e rispettati nel tempo.

Le Case della Comunità, strutturalmente inserite all'interno del distretto, sono organizzate in modo da integrare servizi sanitari, sociali e di supporto psicologico, favorendo un approccio globale e continuativo alla salute delle persone. Queste strutture sono destinate a svolgere attività ambulatoriali, consulenze specialistiche, attività di prevenzione, e gestione delle cronicità, con un forte focus sulla promozione della salute e la cura delle persone fragili, anziani e pazienti con patologie croniche.

Ogni Casa della Comunità è organizzata in modo da ospitare una molteplicità di servizi, tra cui medici di base, pediatri, infermieri, assistenti sociali, e figure specialistiche come psicologi e fisioterapisti. Il coordinamento tra questi professionisti consente di offrire percorsi di cura personalizzati, anche per pazienti con necessità complesse. La sinergia tra servizi sanitari e sociali è essenziale per garantire che i bisogni di salute fisica, mentale e sociale siano trattati in maniera integrata e continua.

La gestione delle cronicità è una delle attività centrali delle Case della Comunità, che possono offrire sia prestazioni ambulatoriali che supporto domiciliare, attraverso l'integrazione con i servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) e la telemedicina. I percorsi di cura sono personalizzati e possono essere monitorati a distanza grazie all'utilizzo delle tecnologie digitali.

Il riconoscimento del ruolo del MMG e del PLS all'interno delle Case della Comunità rappresenta un elemento centrale della riforma delle cure primarie e della medicina territoriale, con un impatto diretto sulla qualità delle prestazioni e sulla gestione del paziente. L'AST di Macerata, attraverso l'integrazione di queste figure all'interno della rete territoriale, promuove un'assistenza più efficiente, umanizzata e vicina alle esigenze quotidiane della popolazione, con particolare attenzione alle persone fragili e a quelle con patologie croniche.

La figura dell'Infermiere di Famiglia è una delle novità introdotte dalla riforma delle cure primarie e della medicina territoriale. Si tratta di un professionista sanitario che svolge un ruolo fondamentale nella gestione integrata e continuativa della salute della popolazione, con particolare attenzione ai pazienti fragili, anziani e con patologie croniche. L'infermiere di famiglia è un punto di riferimento per i cittadini, che svolge la propria attività all'interno della comunità, collaborando strettamente con i Medici di Medicina Generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e altri operatori sanitari.

La sua funzione principale è quella di coordinare le attività di assistenza infermieristica a livello domiciliare e sul territorio, intervenendo per monitorare lo stato di salute dei pazienti, somministrare terapie, educare alla salute e sostenere

la gestione di malattie croniche. L'infermiere di famiglia è, infatti, un facilitatore che aiuta a migliorare l'accesso alle cure, ridurre l'ospedalizzazione e promuovere l'autosufficienza del paziente, svolgendo anche un'azione di prevenzione e supporto psicologico.

L'attuazione delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e delle UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie) previste dall'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale (MMG) rappresenta un passo fondamentale per l'evoluzione del sistema sanitario territoriale e per il raggiungimento degli obiettivi del PSSR (Piano Sanitario e Sociale Regionale). L'integrazione di queste strutture nel territorio, sulla base della distribuzione demografica e della densità dei residenti, permette di rafforzare il modello delle cure primarie e garantire un'assistenza sanitaria di qualità, accessibile e prossimale alla popolazione.

I due hospice all'interno dell'AST di Macerata rappresentano una componente fondamentale della rete di cure palliative destinate ai pazienti in fase terminale, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita di chi si trova in situazioni di malattia avanzata e incurabile. L'ospedale di Macerata e il territorio circostante sono supportati da una struttura hospice che offre cure mirate a lenire il dolore e i sintomi fisici, garantendo nel contempo il sostegno psicologico ed emozionale sia al paziente che alla sua famiglia.

Nel contesto dell'AST di Macerata, l'hospice si inserisce in un modello di assistenza integrato e territoriale, in cui le cure palliative sono gestite da un team multidisciplinare composto da medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, fisioterapisti e altri professionisti sanitari. Questo team lavora in stretto raccordo con le strutture ospedaliere, i Medici di Medicina Generale (MMG) e gli altri servizi sociali e sanitari del territorio per garantire continuità nell'assistenza e rispetto per la dignità del paziente.

L'integrazione dei servizi territoriali a rilevanza socio-sanitaria rappresenta un passaggio fondamentale per garantire un'assistenza complessiva e coordinata, rispondente ai bisogni della popolazione. Un aspetto cruciale di questo processo è che l'integrazione deve assicurare il rispetto dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), che costituiscono i diritti minimi garantiti a tutti i cittadini in ambito sociale. I LEPS sono definiti dalla normativa vigente e riguardano una serie di interventi e servizi destinati a garantire il benessere delle persone in situazioni di fragilità, come anziani, disabili, persone con malattie croniche e altre categorie vulnerabili.

La collocazione dei consultori familiari all'interno dell'AST di Macerata è strategica e risponde all'esigenza di fornire servizi di supporto alle famiglie, con un focus su prevenzione, assistenza e sostegno in tutte le fasi della vita.

I consultori sono distribuiti in modo da essere facilmente accessibili alla popolazione, garantendo un'integrazione tra le strutture sanitarie e sociosanitarie dell'AST. Il collegamento con altri servizi avviene tramite una rete interprofessionale che comprende medici di base, pediatri, specialisti, servizi sociali, psicologi e infermieri. Questo approccio permette ai consultori di rispondere tempestivamente alle esigenze delle famiglie, facilitando l'accesso a percorsi specifici di supporto per la maternità, la genitorialità, la contraccezione e la tutela della salute femminile e infantile.

Inoltre, i consultori operano in stretta sinergia con i reparti ospedalieri e i servizi territoriali, come ad esempio i servizi di ostetricia e ginecologia, pediatria, servizi di salute mentale e assistenza domiciliare. Questo modello di collegamento contribuisce a creare un continuum assistenziale che facilita la presa in carico della persona e della famiglia in modo integrato e coordinato, valorizzando le risorse locali e promuovendo un approccio centrato sul benessere globale della comunità.

L'efficientamento della rete dei punti di prelievo sul territorio regionale rappresenta un passaggio fondamentale per migliorare l'accesso ai servizi diagnostici e ottimizzare l'utilizzo delle risorse sanitarie. In questo contesto, l'AST di Macerata promuove un modello organizzativo che prevede una rete capillare di punti di prelievo, collegati in modo integrato con i laboratori di riferimento e un forte investimento nella digitalizzazione.

La digitalizzazione dei processi permette di facilitare l'accesso dell'utenza alle prestazioni, offrendo strumenti di prenotazione online che consentono di gestire in modo più flessibile e rapido la disponibilità degli appuntamenti. Gli utenti possono prenotare i prelievi in maniera autonoma, riducendo le attese e migliorando l'efficienza del servizio.

Parallelamente, la digitalizzazione permette di garantire anche la consegna dei referti in modalità elettronica, con sistemi sicuri e accessibili da remoto. Questo approccio non solo semplifica l'accesso ai risultati per l'utenza, ma riduce anche la necessità di spostamenti fisici, in linea con gli obiettivi di sostenibilità e inclusività dell'AST.

La definizione di un'organizzazione capace di fornire risposte integrate per la tutela della salute e della qualità della vita delle persone fragili richiede un approccio che metta in rete le risorse sanitarie, sociosanitarie e sociali per rispondere alle esigenze complesse di questa popolazione. In questo modello, l'AST di Macerata promuove una struttura organizzativa orientata all'integrazione funzionale e operativa tra diversi attori professionali e istituzionali, con l'obiettivo di garantire un'assistenza continua e mirata.

L'organizzazione deve basarsi su equipe multidisciplinari e su percorsi personalizzati, che considerano non solo gli aspetti sanitari, ma anche quelli sociali e psicologici, con particolare attenzione alle necessità specifiche di ciascun individuo. Il coordinamento tra medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi e altri operatori consente di realizzare interventi più completi e di monitorare costantemente le condizioni di salute e il benessere complessivo delle persone fragili.

Inoltre, l'organizzazione deve prevedere modalità di accesso facilitato ai servizi, tramite la semplificazione delle procedure amministrative e l'utilizzo della telemedicina per la gestione a distanza, al fine di ridurre i disagi e gli spostamenti per l'utenza. Attraverso il coinvolgimento delle famiglie e dei caregiver, si costruisce una rete di supporto che rende più agevole la gestione quotidiana delle esigenze di salute delle persone fragili e promuove un modello di assistenza più vicino al domicilio.

Questo approccio integrato assicura una presa in carico continua e coerente, in cui ogni intervento contribuisce alla salvaguardia della salute e alla promozione della qualità della vita, garantendo un supporto duraturo e sostenibile per le persone più vulnerabili della comunità.

Per l'AST di Macerata, il potenziamento delle cure domiciliari integrate rappresenta un elemento cruciale per garantire continuità assistenziale e supporto ai pazienti direttamente nel loro contesto abitativo, migliorando la qualità della vita e riducendo il ricorso ai ricoveri ospedalieri. Questo modello si basa sull'art. 22 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, che stabilisce linee guida per i percorsi assistenziali a domicilio, e sulle più recenti direttive, come il 'Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare sancito dal D.M. 29 aprile 2022.

L'integrazione delle cure domiciliari comporta un approccio multidisciplinare, con team composti da medici, infermieri, fisioterapisti e assistenti sociali che collaborano per fornire un'assistenza personalizzata e mirata alle necessità individuali dei pazienti, specie quelli cronici e fragili. Grazie alle nuove linee guida regionali (DGRM n. 6 del 16 gennaio 2023), si adottano standard tecnologici e organizzativi avanzati per garantire un'assistenza coordinata e continua. Questi standard includono tecnologie di telemedicina che permettono il monitoraggio a distanza dei pazienti, favorendo interventi tempestivi e riducendo i trasferimenti in ospedale.

L'obiettivo di prossimità dei servizi viene ulteriormente supportato da percorsi agevolati di accesso alle prestazioni e da iniziative di sensibilizzazione e informazione per avvicinare la comunità alle risorse disponibili. Così, la rete integrata offre non solo un sostegno alla gestione delle fragilità individuali e familiari, ma anche un ambiente di supporto sociale, in cui la famiglia è accompagnata in ogni fase della vita. Questo approccio si traduce in un sistema di assistenza più inclusivo, capace di rispondere in modo flessibile alle esigenze della popolazione e di favorire una vera coesione tra assistenza sanitaria e sociale.

Il rafforzamento della collaborazione con i caregiver e il supporto psicologico e sociale alle famiglie rappresentano ulteriori aspetti fondamentali del modello di cure domiciliari integrate, che si configura così come un sistema completo e flessibile, capace di rispondere alle diverse esigenze sanitarie e sociali della comunità dell'AST Macerata.

Il rafforzamento dell'integrazione tra i servizi sanitari, sociosanitari e sociali è fondamentale per garantire la prossimità dei servizi e facilitare l'accesso delle famiglie alle risorse di cui hanno bisogno. L'AST di Macerata promuove un modello integrato che pone al centro il benessere della comunità, mirando a una collaborazione sinergica tra le strutture sanitarie e i servizi sociali, con particolare attenzione alla riorganizzazione dei consultori familiari.

I consultori, in stretta connessione con gli ambiti sociali, diventano nodi essenziali della rete di assistenza, in grado di offrire un punto di riferimento immediato per le famiglie, accompagnandole con servizi di supporto psicologico, educativo e sanitario. La riorganizzazione prevede che i consultori assumano un ruolo attivo nel coordinare interventi multidisciplinari, avvalendosi della collaborazione tra medici, psicologi, assistenti sociali e altre figure professionali coinvolte. Questa integrazione permette di intercettare tempestivamente i bisogni delle famiglie e fornire risposte personalizzate e complete.

## **4.2 ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE DELL'AST**

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie.

Il direttore di dipartimento è nominato dal direttore generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle Unità Operative Complesse aggregate nel dipartimento; il direttore di dipartimento rimane titolare dell'Unità Operativa Complessa cui è preposto. La preposizione ai dipartimenti strutturali, sia ospedalieri che territoriali e di prevenzione, comporta l'attribuzione sia di responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e della prevenzione sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. A tal fine il direttore di dipartimento predispose annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento.

La regione disciplina la composizione e le funzioni del Comitato di dipartimento nonché le modalità di partecipazione dello stesso alla individuazione dei direttori di dipartimento.

Il dipartimento è un'organizzazione integrata di più unità operative omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti, pur mantenendo autonomia tecnico-professionale, nonché autonomia gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti.

I dipartimenti sanitari, in collaborazione con i distretti per quanto concerne le attività territoriali, perseguono la gestione integrata e complessiva dei percorsi di cura, garantendo la presa in carico e la continuità assistenziale, lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza, la misurazione degli esiti, la gestione del rischio clinico,

l'adozione di linee-guida e protocolli diagnostico-terapeutici, la formazione continua, il coinvolgimento e l'informazione del paziente, nonché il coordinamento e l'integrazione delle attività amministrative.

Il dipartimento è preposto alla produzione e all'erogazione di prestazioni e servizi, nonché all'organizzazione e alla gestione delle risorse a tal fine assegnate. L'organizzazione dei dipartimenti, nel rispetto delle specificità organizzative di cui all'articolo 3 del d.lgs. 517/1999 per quanto attiene all'Azienda ospedaliero-universitaria, è caratterizzata da:

- a) attribuzione di risorse e conseguente responsabilità di gestione del direttore di dipartimento;
- b) attribuzione al direttore di dipartimento di poteri e responsabilità di gestione in ordine alla razionale e corretta programmazione delle attività;
- c) condivisione di spazi, professionalità, risorse e tecnologie.

Il direttore del dipartimento è un dirigente con incarico di direzione delle Unità Operative Complesse aggregate nel dipartimento nominato, ai sensi della normativa statale vigente, dal direttore generale.

I direttori dei dipartimenti partecipano, nelle forme e con le modalità stabilite dall'atto di organizzazione, ai processi decisionali della direzione aziendale, assicurano il funzionamento del dipartimento, secondo il modello organizzativo indicato dal Comitato di dipartimento, e hanno competenza in merito a:

- a) gestione delle risorse attribuite, sentito il Comitato di dipartimento, garantendo l'utilizzo integrato delle stesse e la fruizione unitaria degli spazi e delle attrezzature comuni, al fine di migliorare i livelli qualitativi, quantitativi ed economici del sistema;
- b) promozione dell'integrazione tra le attività complementari ai fini dell'erogazione delle prestazioni, anche attraverso lo sviluppo di gruppi di lavoro orientati a progetti specifici;
- c) applicazione di metodologie e protocolli comuni per la realizzazione dei compiti affidati;
- d) verifica della conformità dei comportamenti e dei risultati agli indirizzi generali forniti dal direttore generale.

Il Comitato di dipartimento è un organismo collegiale con funzioni consultive, di indirizzo e di verifica; esprime i pareri previsti dall'atto di organizzazione e supporta il direttore di dipartimento nell'esercizio delle sue funzioni.

Il Comitato di dipartimento è presieduto dal direttore di dipartimento e composto dai responsabili delle unità operative complesse e semplici appartenenti al dipartimento, oltre ai rappresentanti delle altre componenti professionali che partecipano ai percorsi assistenziali del dipartimento stesso. Ogni ente del servizio sanitario regionale disciplina le modalità di funzionamento del Comitato attraverso un apposito regolamento che può prevedere ulteriori componenti in ragione del proprio modello organizzativo, nel rispetto delle direttive della Giunta regionale. I componenti del Comitato rimangono in carica per lo stesso periodo di incarico del direttore di dipartimento e decadono con la nomina dei loro successori.

I dipartimenti predispongono annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale.

I Dipartimenti Strutturali sono unità organizzative che aggregano Unità Operative Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali che, pur conservando la propria autonomia clinica e/o professionale, sono tra loro interdipendenti nel raggiungimento degli obiettivi e nell'utilizzo delle risorse.

Al fine di raggiungere gli obiettivi affidati, i Dipartimenti strutturali utilizzano i seguenti strumenti:

- condivisione di spazi, tecnologie e attrezzature;
- utilizzo di posti letto complessivi organizzati secondo una pianificazione che attiene al Direttore di Dipartimento;
- gestione di risorse umane finalizzata al raggiungimento degli obiettivi del Dipartimento;
- gestione del Budget Economico.

Negli ambiti o aree di servizi omogenei in cui non è possibile realizzare una articolazione dipartimentale strutturale, con le stesse logiche di miglioramento organizzativo e obiettivi di armonizzazione dei processi di cura e di equa distribuzione delle risorse, anche al fine di introdurre azioni di miglioramento e sostenere funzioni trasversali, sono previsti Coordinamenti, in particolare per i servizi ospedalieri e quelli territoriali.

*L'Allegato 1 del presente documento, denominato "Elenco delle Sedi Territoriali dell'AST di Macerata", riepiloga le sedi delle Strutture.*

#### **4.2.1 Le Unità Operative Complesse**

Le Unità Operative Complesse (UOC) sono articolazioni aziendali che posseggono i requisiti strutturali e funzionali di rilevante importanza, che necessitano di competenze pluri-professionali e specialistiche per l'espletamento delle attività ad esse conferite.

Le UOC sono individuate sulla base dell'omogeneità delle prestazioni e dei servizi erogati, dei processi gestiti e delle competenze specialistiche richieste. I fattori di complessità considerati rilevanti ai fini dell'individuazione sono i seguenti:

- strategicità rispetto alla mission dell'Ente;
- grado di complessità e di specializzazione delle materie o delle patologie trattate;
- responsabilità gestionale;
- interdisciplinarietà;
- sistema di relazioni e di servizi sul territorio.

#### **4.2.2 Le Unità Operative Semplici Dipartimentali**

Le Unità Operative Semplici a Valenza Dipartimentale (UOSD), in un'ottica di supporto trasversale, vengono collocate gerarchicamente alle dipendenze del Direttore del Dipartimento o in staff alla Direzione, al fine di rendere le prestazioni erogate dalle stesse disponibili per tutte le unità del Dipartimento, altresì la UOSD sanitaria deve mantenere una relazione stretta con l'area specialistica di appartenenza fondamentale per l'attuazione dei PDTA e per il miglioramento dei risultati clinici in termini di esiti nella logica della rete clinica.

#### **4.2.3 Le Unità Operative Semplici**

Le Unità Operative Semplici (UOS) sono unità con funzioni e responsabilità specifiche. Le UOS sono dotate di autonomia organizzativa e professionale in una relazione gerarchica con l'Unità Operativa Complessa di appartenenza.

I requisiti richiesti per la costituzione di tali unità, possono essere, ad esempio:

- dotazione di personale;
- gestione di strumentazione tecnica;
- gestione di sezioni specialistiche interne all'Unità Operativa Complessa.

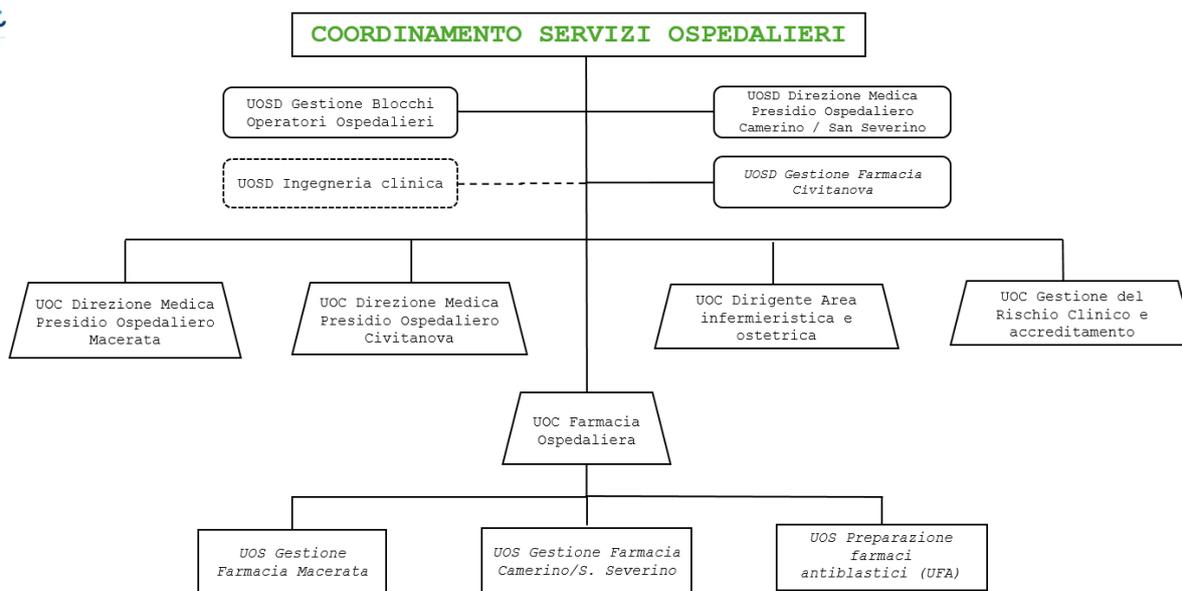
## 4.3 ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA AZIENDALE

### 4.3.1 Coordinamento dei Servizi Ospedalieri

L'Area ospedaliera avente come UU.OO. le strutture e unità operative dei dipartimenti medici chirurgici e dei servizi diagnostici, avrà un coordinamento di area per i percorsi diagnostico terapeutici ospedalieri di riferimento in ordine alle UU.OO. presenti e operanti in ambito ospedaliero e afferenti ai dipartimenti di area medica e chirurgica.

Per le stesse UU.OO. operative le funzioni e attività di coordinamento dovranno perseguire la gestione integrata e complessiva dei percorsi di cura, garantendo la completa presa in carico dei pazienti e la continuità assistenziale attraverso il passaggio dall'ospedale al territorio.

Le stesse UU.OO. i Dipartimenti di riferimento di tale area dovranno perseguire gli obiettivi aziendali in ordine alla relativa misurazione degli esiti dei progetti e delle attività ospedaliere, la gestione del rischio clinico, l'adozione di linee-guida e protocolli diagnostico-terapeutici, la formazione continua, con il coinvolgimento e l'informazione del paziente, nonché il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività clinico assistenziali e organizzative in sinergia con la area territoriale.



### 4.3.2 Coordinamento Servizi Territoriali

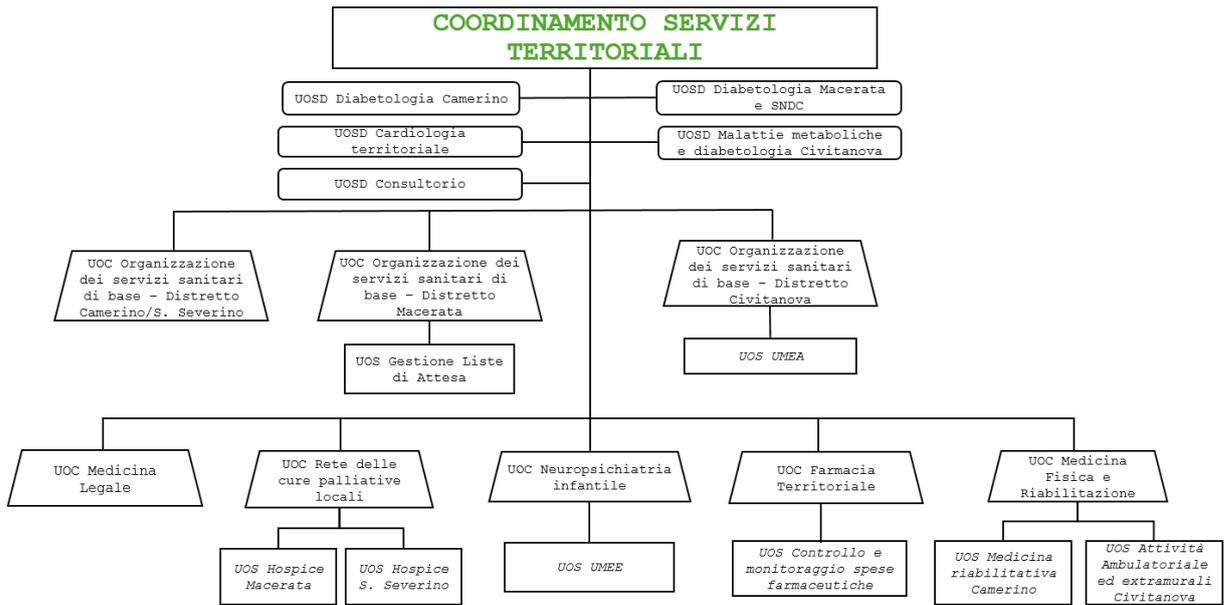
L'area organizzativa territoriale avrà un coordinamento per i PDTA di pertinenza e per la funzione di coordinamento e integrazione tra ospedale e territorio sulle UO indicate nell'atto aziendale e nell'organigramma specifico afferente alla Direttore Socio Sanitario.

I dipartimenti socio sanitari, in collaborazione con le relative UU.OO. e i distretti per quanto concerne le attività territoriali, perseguiranno la gestione integrata e complessiva dei percorsi di cura, garantendo la completa presa in carico dei pazienti e la continuità assistenziale, dall'ospedale al territorio. I dipartimenti e UU.OO. di riferimento definiranno e svilupperanno tutte le procedure istruzioni operative e protocolli clinico-assistenziali e organizzativi necessari basati sull'evidenza scientifica.

Gli stessi protagonisti referenti e responsabili delle aree dipartimentali interessate e coinvolte a livello territoriale promuoveranno la relativa misurazione degli esiti dei progetti e delle attività territoriali, la gestione del rischio clinico, l'adozione di linee-guida e protocolli diagnostico-terapeutici, la formazione continua, con il coinvolgimento e l'informazione del paziente, nonché il coordinamento e l'integrazione delle attività amministrative correlate al territorio.

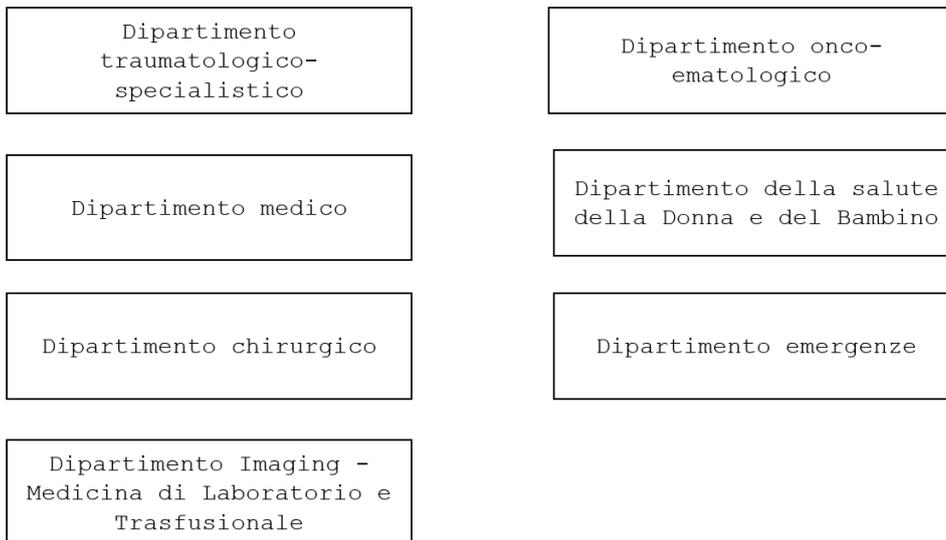
Si riporta di seguito l'elenco dettagliato delle Unità Operative afferenti all'Area Territoriale

- **UOC Farmacia Territoriale:** Questa sezione garantisce la disponibilità e la distribuzione dei farmaci necessari per i servizi sanitari sul territorio, coordinando le attività con le farmacie ospedaliere e i presidi sanitari locali.
- **UOS Controllo e monitoraggio spese farmaceutiche:** Focalizzata sulla gestione e ottimizzazione delle spese farmaceutiche, questa sezione assicura che le risorse destinate all'acquisto di farmaci siano utilizzate in modo responsabile ed efficace.
- **UOC Medicina Legale:** Questa struttura si occupa di tutte le attività legate alla medicina legale, come certificazioni mediche e autopsie, garantendo il rispetto delle normative legali e sanitarie.
- **Dipartimento Dipendenze Patologiche:** Si occupa della prevenzione e cura delle dipendenze patologiche, offrendo programmi di trattamento e supporto a persone con dipendenze da sostanze o comportamentali.
- **UOC Rete delle Cure Palliative Locali**
- **UOS Hospice Macerata**
- **UOS Hospice San Severino**
- **UOC Medicina Fisica e Riabilitazione**
- **UOS Medicina Riabilitativa Macerata**
- **UOS Attività Ambulatoriale ed extra murale Civitanova**
- **UOSD Diabetologia Camerino**
- **UOSD Diabetologia Macerata e SNDC**
- **UOSD Consultorio**
- **UOSD Cardiologia Territoriale**
- **UOS Malattie Metaboliche e Diabetologia Civitanova**



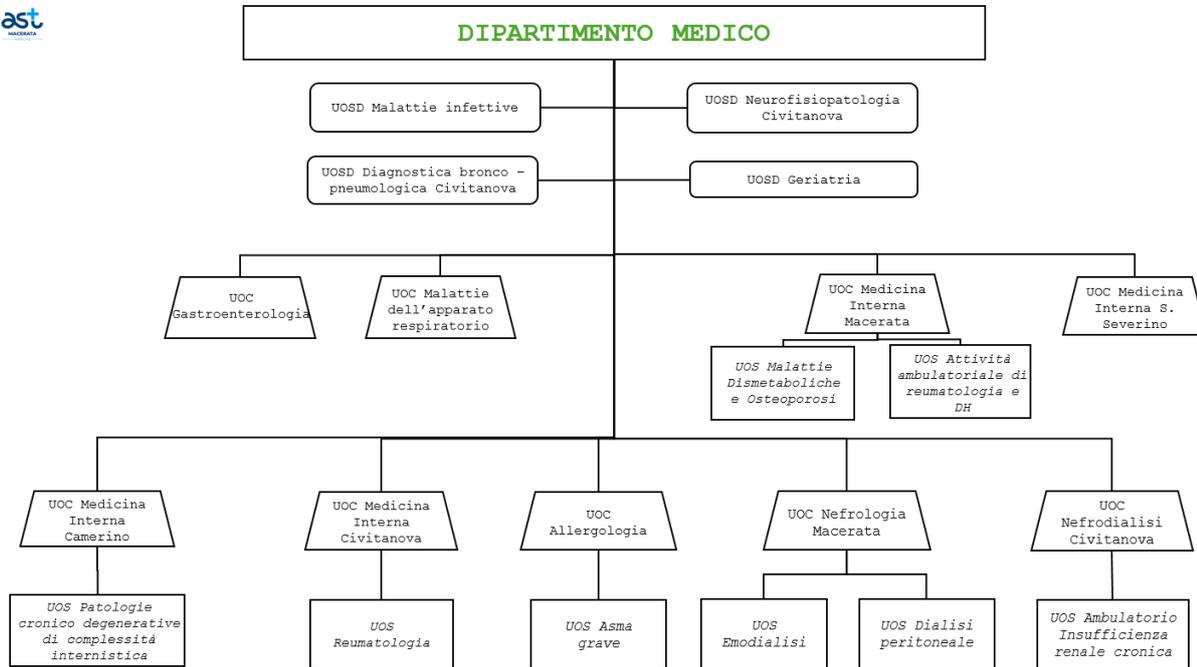
### 4.3.3 Dipartimenti strutturali

#### DIPARTIMENTI SANITARI STRUTTURALI

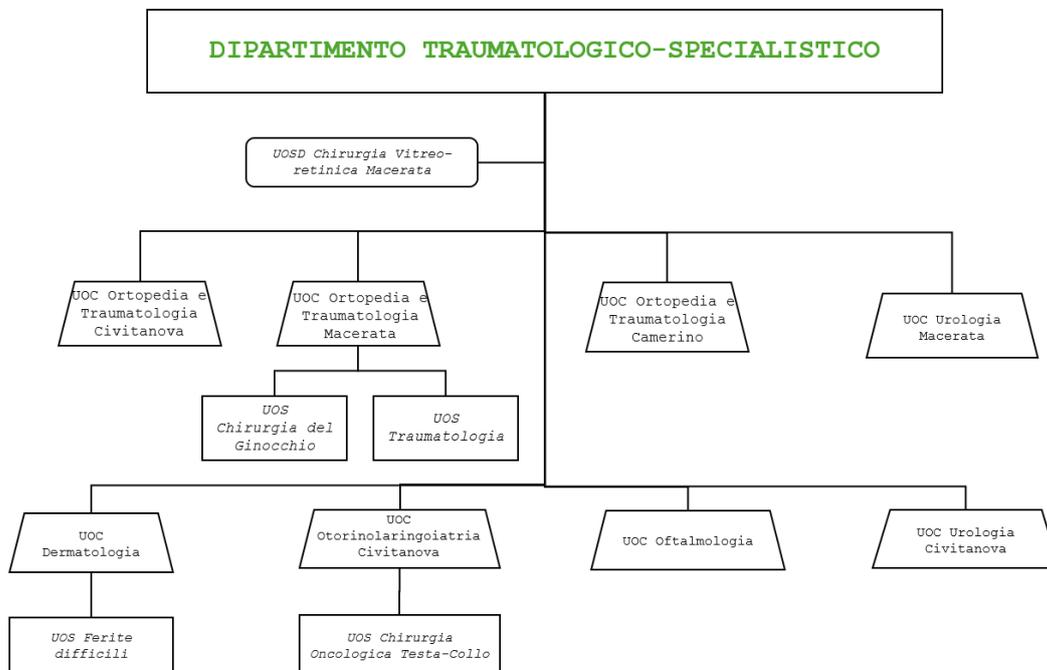


### 4.3.4 Dipartimento Medico

Il Dipartimento medico nasce dalla suddivisione preesistente che prevedeva un dipartimento medico e un dipartimento delle medicine specialistiche. In questa configurazione abbiamo inserito le medicine interne e le medicine specialistiche che condividono le principali reti cliniche mediche.



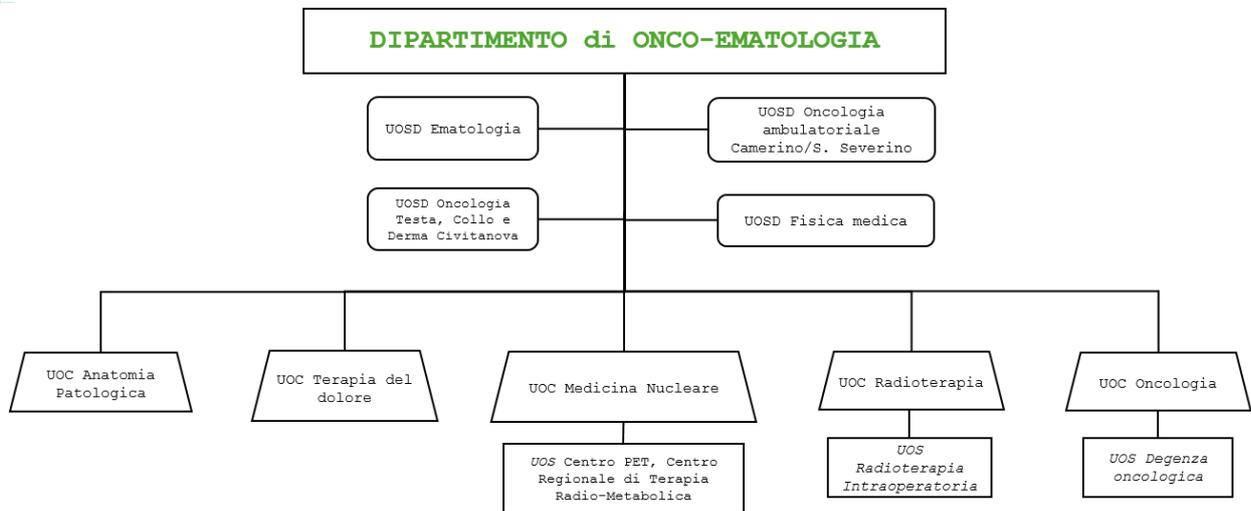
### 4.3.5 Dipartimento Traumatologico - Specialistico



La creazione di un Dipartimento Traumatologico Specialistico è motivata dalla necessità di fornire un approccio integrato e multidisciplinare alla gestione dei pazienti che hanno subito traumi o interventi chirurgici specialistici.

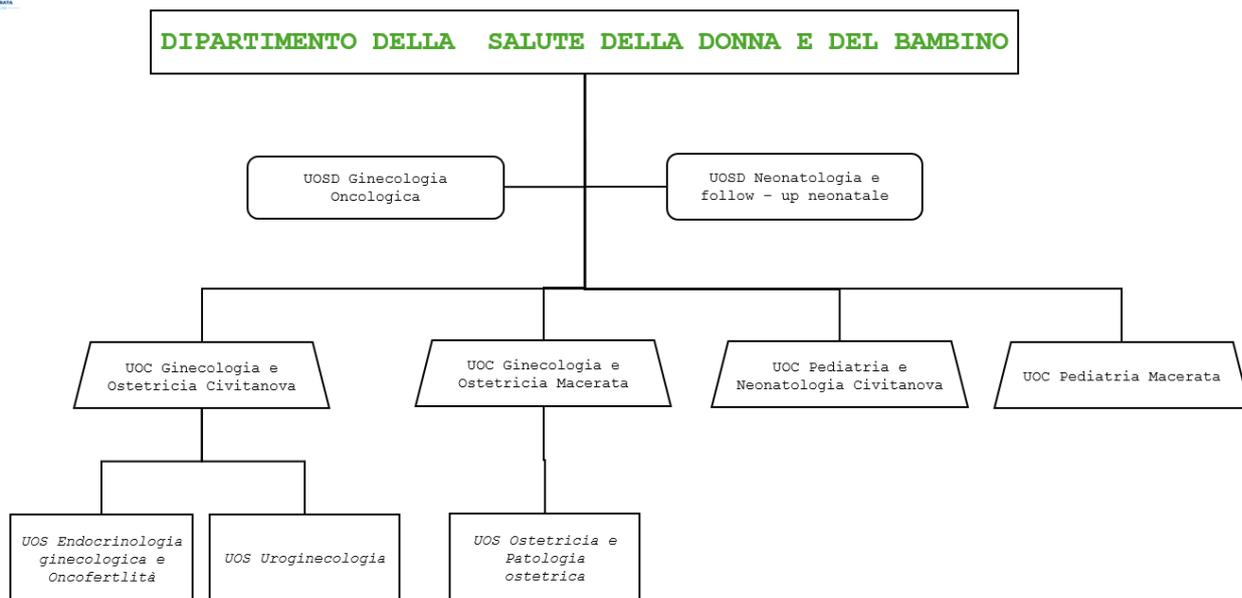
Il dipartimento nasce specificatamente dai bisogni espressi dai professionisti di area chirurgica specialistica di fare integrazione tra le risorse utilizzate al fine di una migliore gestione efficiente ed efficace delle stesse.

### 4.3.6 Dipartimento Onco-Ematologico



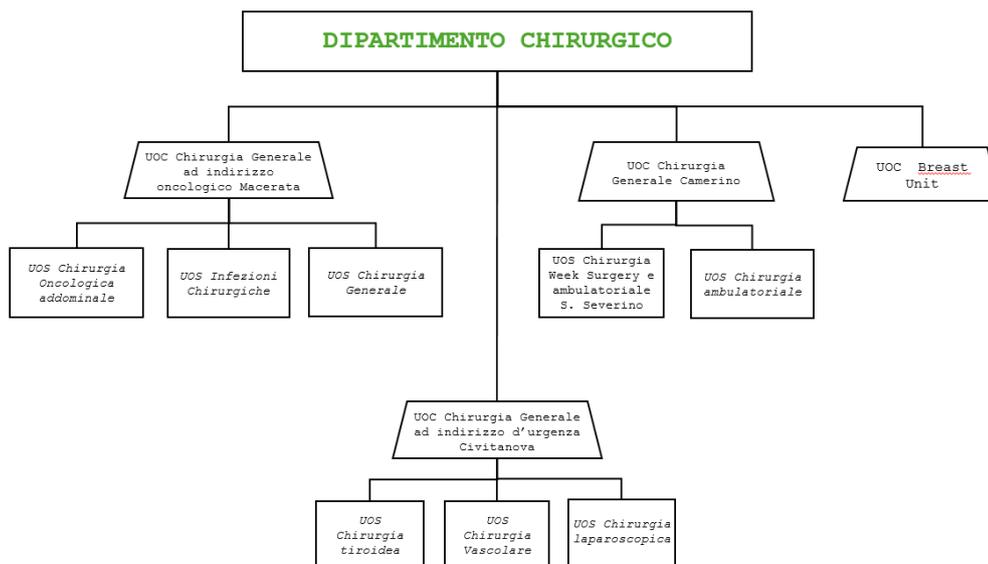
La creazione di un Dipartimento Onco-Ematologico è motivata dall'esigenza di affrontare in maniera integrata e specializzata le patologie oncologiche ed ematologiche, offrendo un percorso di cura multidisciplinare che copra tutte le fasi della malattia, dalla diagnosi alla terapia, fino al follow-up e alla riabilitazione. Questo dipartimento rappresenta un punto di riferimento per i pazienti, offrendo trattamenti innovativi e personalizzati, basati su un approccio che combina la ricerca clinica con l'assistenza medica avanzata.

### 4.3.7 Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino



La creazione di un Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino risponde all'esigenza di fornire cure specialistiche e integrate per due gruppi di popolazione con bisogni sanitari specifici e interconnessi: le donne, in particolare durante le fasi della gravidanza e del parto e i bambini, dalla nascita fino all'adolescenza. Questo dipartimento è strutturato per garantire un'assistenza continua e multidisciplinare, promuovendo la salute e il benessere sia della donna che del bambino.

### 4.3.8 Dipartimento Chirurgico



La creazione del Dipartimento Chirurgico si basa sulla necessità di migliorare l'efficienza e la qualità delle prestazioni chirurgiche. Unendo diverse specialità sotto un'unica struttura, il dipartimento facilita la collaborazione tra professionisti,

ottimizza l'uso delle risorse e assicura percorsi assistenziali più fluidi per i pazienti. Questo approccio integrato consente di rispondere in modo più efficace alle esigenze sanitarie della popolazione, garantendo trattamenti chirurgici tempestivi e di alta qualità.

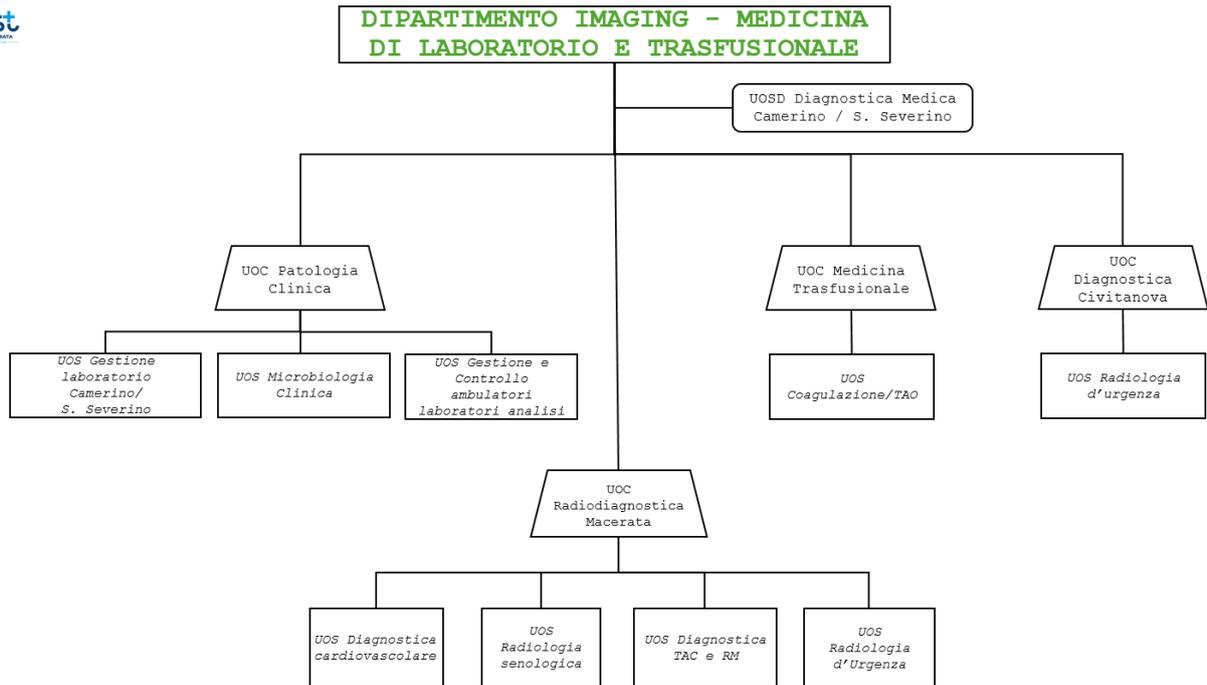
### 4.3.9 Dipartimento Emergenze



La creazione del Dipartimento delle Emergenze risponde alla necessità di strutturare e coordinare in modo efficiente la gestione delle emergenze sanitarie, con l'obiettivo di garantire un intervento tempestivo e qualificato in situazioni critiche che possono mettere a rischio la vita dei pazienti. La ratio che ne giustifica l'istituzione risiede nella crescente complessità e diversificazione delle emergenze mediche, che richiedono una risposta organizzativa integrata e altamente specializzata.

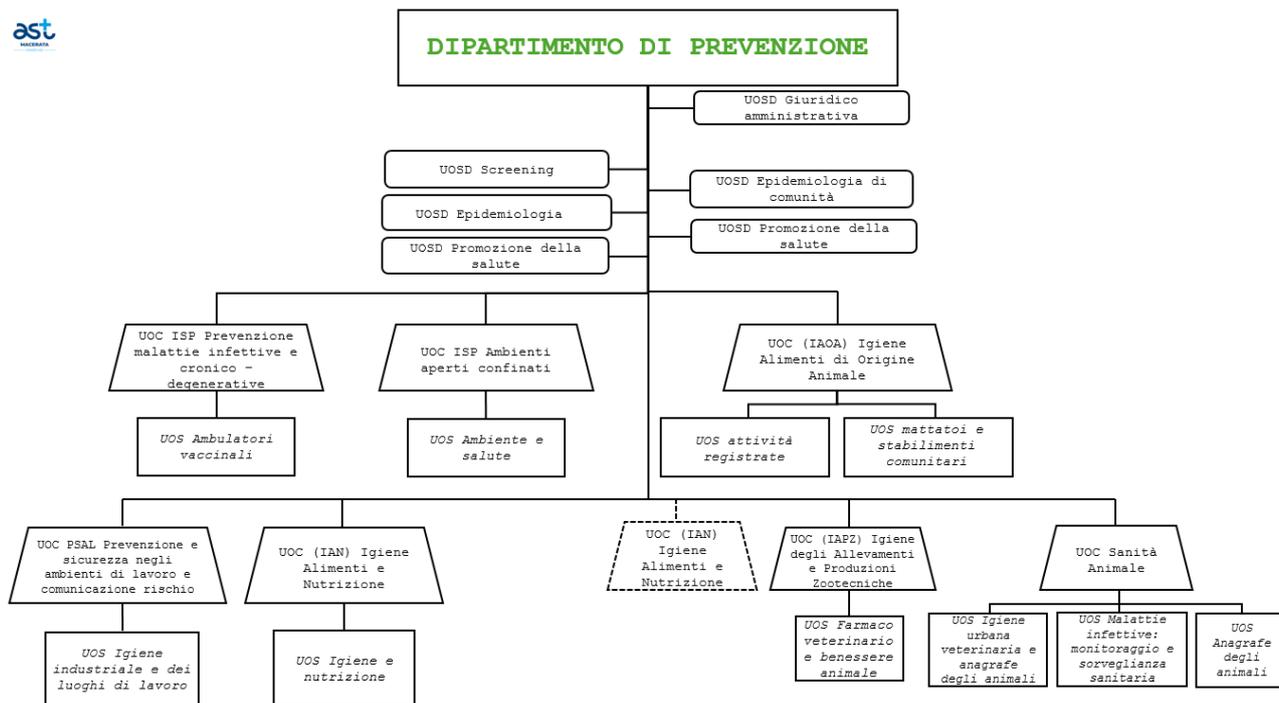
Il dipartimento permette di concentrare in un'unica struttura le risorse umane, tecnologiche e logistiche necessarie per affrontare le urgenze, ottimizzando la presa in carico del paziente, dalla prima fase di triage fino ai trattamenti intensivi o specialistici.

### 4.3.10 Dipartimento Imaging - Medicina Di Laboratorio E Trasfusionale



La creazione di un Dipartimento di Imaging - Medicina Di Laboratorio E Trasfusionale è motivata dalla necessità di fornire un servizio integrato e specializzato per la diagnostica per immagini e per i test di laboratorio. Questo dipartimento svolge un ruolo cruciale nella diagnosi, nel monitoraggio e nel follow-up delle malattie, utilizzando tecnologie avanzate e approcci multidisciplinari per garantire un'assistenza di alta qualità ai pazienti.

### 4.3.11 Dipartimento Prevenzione



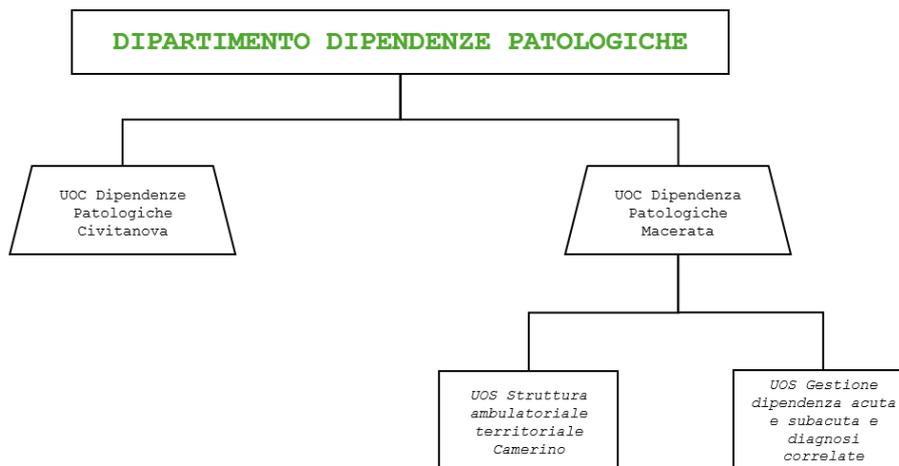
Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura dell’Azienda Sanitaria Territoriale incaricata di tutelare la salute pubblica e migliorare la qualità della vita, attraverso azioni volte a prevenire infortuni, malattie e disabilità. In linea con l’art. 34 della L.R. 19/2022, il dipartimento attua il Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 e il Piano strategico-operativo di preparazione e risposta a una pandemia influenzale, integrando unità operative affini per perseguire obiettivi comuni.

Le sue aree operative includono:

- Sanità Umana: epidemiologia, prevenzione, sicurezza sul lavoro e promozione della salute.
- Veterinaria e Sicurezza Alimentare: vigilanza su alimenti, benessere animale, igiene della nutrizione, in linea con le normative europee.

Il dipartimento promuove un modello organizzativo integrato e collaborativo, con particolare attenzione ai rischi ambientali, climatici e alimentari, potenziando le competenze territoriali e garantendo la sicurezza in ambito lavorativo e alimentare. Si riconosce, nell'ambito del Dipartimento, una specificità dell'Area Veterinaria che dovrà essere gestita in un contesto omogeneo di settore.

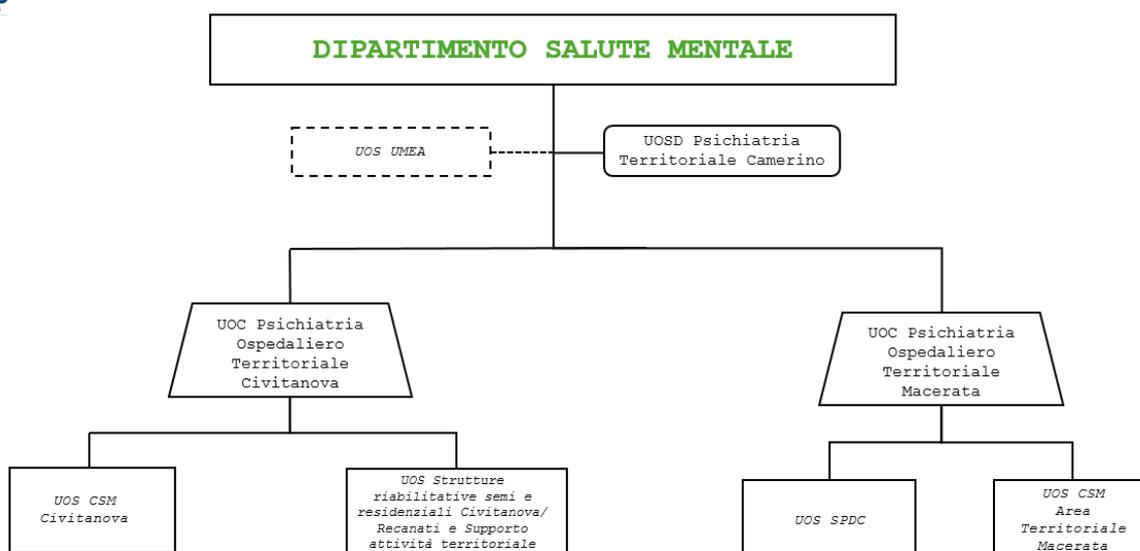
### 4.3.12 Dipartimento Dipendenze Patologiche



Il Dipartimento per le dipendenze patologiche è tenuto, ai sensi dell’art. 33, comma 12) della L. R. 19/2022, a garantire l'integrazione socio-sanitaria con i soggetti ausiliari accreditati, con gli ambiti territoriali sociali e con gli enti del terzo settore e, comunque, il costante raccordo con le diverse realtà istituzionali, culturali e sociali presenti a livello regionale e territoriale per garantire un sistema di intervento complessivo e sinergico.

Un obiettivo importante da perseguire è rappresentato dal rafforzamento della collaborazione e dell’azione sinergica tra i Dipartimenti per le Dipendenze patologiche ed i Dipartimenti di Prevenzione per una efficace integrazione delle azioni (come meglio precisato dal PSSR al paragrafo 4.1.1 Area Promozione della Salute - Programma 4: Dipendenze).

### 4.3.13 Dipartimento Salute Mentale



Il Dipartimento di Salute mentale, da cui dipendono funzionalmente i servizi psichiatrici di diagnosi e cura dei presidi ospedalieri, rappresenta articolazione organizzativa strategica per assicurare, attraverso una gestione unitaria dei diversi

aspetti della salute psichica, la connessione tra ospedale e territorio. La creazione di un Dipartimento di Salute Mentale è fondamentale per garantire un'assistenza adeguata e integrata per le persone con disturbi mentali. Questo dipartimento ha l'obiettivo di fornire un servizio completo che risponda ai bisogni di salute mentale della popolazione, promuovendo la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione.

Il Dipartimento di Salute mentale si articola in diverse strutture e servizi volti a garantire un'assistenza integrata e multidisciplinare. Tra le principali componenti del dipartimento rientrano:

- SPDC (servizio psichiatrico di diagnosi e cura): struttura ospedaliera dotata di posti letto per la degenza finalizzata alla gestione dei casi acuti di salute mentale che richiedono un ricovero temporaneo;
- CSM (Centro di salute mentale): centro territoriale che eroga prestazioni ambulatoriali e di consulenza psichiatrica con un ruolo di coordinamento delle attività extraospedaliere e di continuità assistenziale, offrendo supporto sia ai pazienti sia alle loro famiglie;
- SerT (Servizio per le tossicodipendenze:) dedicato alla prevenzione, cure e riabilitazione delle persone con problemi di dipendenza patologica, attraverso interventi personalizzati e integrati sul territorio.

BOLLA

#### **4.4 MODALITÀ DI CONFERIMENTO DELEGHE ED AMBITO DELLE STESSE, ATTI E DECISIONI DEI DIRIGENTI CHE IMPEGNANO L'AMMINISTRAZIONE VERSO L'ESTERNO**

Il potere di indirizzo, programmazione strategica e controllo, nonché di verifica della rispondenza dei risultati dell'attività rispetto agli indirizzi ed obiettivi stabiliti, è proprio del Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Sociosanitario nel rispetto dei ruoli e delle specifiche responsabilità.

L'atto aziendale individua, nel rispetto delle disposizioni legislative statali e regionali e nel perseguimento degli obiettivi di efficacia ed efficienza delle attività aziendali nel loro complesso, soluzioni organizzative finalizzate all'attuazione del principio di separazione tra le funzioni di indirizzo, programmazione e controllo e le funzioni prettamente gestionali ed operative che possono essere gestite in autonomia dai Dirigenti incaricati di Unità Operativa Complessa.

Per le funzioni di sua competenza il Direttore Generale può adottare specifici atti o provvedimenti con rilevanza verso l'esterno, muniti di completa istruttoria procedimentale e dettagliata motivazione proveniente dalla struttura amministrativa proponente. Gli atti di competenza del Direttore Generale rivestono la forma prevista dal sistema regionale e sono adottati acquisendo i pareri del Direttore Sanitario, del Direttore Amministrativo, del Direttore Socio Sanitario per quanto di rispettiva competenza e del Consiglio dei Sanitari ove necessario.

In attuazione del principio di separazione/distinzione delle predette funzioni i dirigenti di Unità Operativa Complessa sono delegati dal Direttore Generale all'adozione degli atti e dei provvedimenti che impegnano l'Azienda verso l'esterno, nei limiti delle competenze proprie della struttura cui gli stessi sono preposti con specifico incarico. Tale sistema di deleghe è approvato con provvedimento che ne specifica contenuto e limiti e con successivo provvedimento può essere variato o revocato.

I provvedimenti dei dirigenti che impegnano l'Azienda verso l'esterno, conferiti in base alle regole della rappresentanza organica, e secondo le funzioni attribuite dal piano di organizzazione aziendale, rivestono forma della "determina".

Il Direttore Generale, nell'ambito dell'esercizio del potere generale di controllo, può costituire un Nucleo Controllo Atti aziendale con il compito di esaminare le determine assunte sia dalla Direzione Generale che dai Dirigenti delegati, con una verifica sia sotto il profilo giuridico-amministrativo che economico-finanziario nonché della rispondenza delle stesse agli indirizzi aziendali. Per le determine dirigenziali la verifica ha ad oggetto anche il rispetto agli ambiti della delega ricevuta.

L'AST di Macerata, nell'ottica di attuare un efficace modello organizzativo di gestione della salute e sicurezza sul lavoro ai sensi del D. Lgs. 81/08 e s.m.i. ha approvato con deliberazione del Direttore generale il PCR "Piano delle Competenze e delle Responsabilità AST di Macerata" definendo i ruoli, le competenze e gli strumenti per l'attuazione delle disposizioni di legge in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro e antincendio nonché le modalità di realizzazione dell'istituto della delega di funzioni per la gestione e l'adempimento dei relativi obblighi.

## **4.5 MODALITÀ DI AFFIDAMENTO DELLE UNITÀ AI DIRIGENTI**

L'AST di Macerata, mediante politiche di sviluppo del personale e iniziative mirate alla valorizzazione delle competenze professionali, ha strutturato un proprio sistema di gestione del capitale umano in modo sempre più dinamico e responsabile. In questo scenario, la funzione di amministrazione e gestione delle risorse umane assume un ruolo cruciale, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi istituzionali e strategici, con un'attenzione particolare all'efficienza economica e alla realizzazione degli obiettivi di salute.

### **4.5.1 Il reclutamento del personale**

Il sistema di gestione del personale si occupa della rilevazione, in termini qualitativi e quantitativi, dei fabbisogni professionali in coerenza con gli obiettivi strategici dell'Azienda e nel rispetto del vincolo delle disponibilità economiche. Nell'ambito del PIAO viene predisposto il piano triennale dei fabbisogni del personale (PTFP), approvato dagli organi competenti. Il PTFP rappresenta uno strumento strategico per individuare le esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali ed agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi resi all'utenza.

Contenuto nel PIAO, il PTFP è quindi lo strumento programmatico, modulabile e flessibile, finalizzato a rilevare realmente le effettive esigenze dell'Azienda Sanitaria Territoriale

Le conseguenti procedure di reclutamento del personale devono quindi poter tener conto dell'introduzione, sul piano normativo, degli strumenti di flessibilità del lavoro nelle amministrazioni pubbliche in un contesto, comunque, di contrasto alle forme di precariato ed in cui alle tradizionali modalità di assunzione a tempo indeterminato e mobilità, trovano idonea collocazione anche le diverse forme contrattuali flessibili di assunzione.

L'assegnazione è funzionale alla soddisfazione di esigenze organizzative e programmatiche, nel pieno rispetto dei diritti sanciti contrattualmente e in modo adeguato alla natura delle competenze professionali.

### **4.5.2 L'attribuzione degli incarichi**

Rientrano in questa competenza l'adozione e la relativa gestione degli atti e delle procedure finalizzate:

- alla regolamentazione delle differenti tipologie contrattuali;
- alla regolamentazione dell'attribuzione degli incarichi previsti dai vigenti C.C.N.L., "Incarichi di Funzione" per l'area del comparto e "Incarichi dirigenziali" per il personale afferente alle aree della dirigenza.

L'attribuzione dei suddetti incarichi richiede un chiaro e deciso impegno del management aziendale nel processo di cambiamento delle logiche d'organizzazione aziendale, ma soprattutto nelle scelte legate allo sviluppo delle risorse umane.

Infatti, non ci troviamo solo di fronte ad un'ulteriore tappa dell'importante percorso di aziendalizzazione e valorizzazione dell'apporto individuale ma anche di crescente correlazione tra obiettivi aziendali, sistema delle professionalità e retribuzione.

In tal modo viene sottolineata la necessità del diretto coinvolgimento degli operatori interessati negli stessi processi organizzativo – decisionali che stanno a monte.

Per la disciplina inerente all'attribuzione dei suddetti incarichi si rimanda, per il personale afferente all'area del comparto, al regolamento per gli incarichi di funzione approvato a livello aziendale.

Per il personale afferente alle aree della dirigenza, si rimanda ai regolamenti aziendali in materia di graduazione, affidamento, valutazione e revoca di incarichi dirigenziali.

#### Dirigente Medico e Dirigente Ruolo Sanitario

L'Azienda procede all'attribuzione dell'incarico di direzione di Unità Operativa Complessa mediante espletamento delle procedure previste dal DPR n° 484/1997 rispettando il limite di posizioni previste dall'atto aziendale.

#### Dirigente dell'Area delle Funzioni Locali (professionale, tecnico ed amministrativo)

L'Azienda conferisce l'incarico di direzione di Unità Operativa Complessa ai dirigenti amministrativi, tecnici e professionali, con la procedura Aziendale e nel rispetto delle linee guida regionali.

#### Direttore di Dipartimento

Il direttore di Dipartimento è nominato dal direttore generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento; il direttore di dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui è preposto.

Le procedure di nomina sono quelle definite dalla disciplina nazionale e regionale in materia, nel rispetto di quanto previsto all'art.33 della L.R. n.19/022..

I criteri utilizzati per la nomina tengono conto di:

- competenze organizzativo-gestionali documentabili nel curriculum personale;
- esperienza professionale e capacità di leadership;
- obiettivi assegnati al Dipartimento.

La durata dell'incarico è triennale e rinnovabile. Non può, comunque, superare il periodo dell'incarico del Direttore Generale e cessa in caso di decadenza di quest'ultimo.

Il Direttore di Dipartimento resta comunque in carica fino alla nomina del nuovo Direttore di Dipartimento. Mantiene la titolarità dell'Unità Operativa Complessa.

#### Altri incarichi

Al dirigente neo assunto, a seguito del superamento positivo del periodo di prova, è conferito un incarico dirigenziale, in relazione alla natura e alle caratteristiche dei programmi da realizzare nonché alle attitudini e capacità professionali del singolo dirigente.

## **4.6 *REGOLAMENTAZIONE DEI CONTRATTI DI DIRITTO PRIVATO DEI DIRIGENTI – OBIETTIVI E VALUTAZIONI DIRIGENZIALI***

### **4.6.1 *La regolamentazione dei contratti***

Viene assicurata la corretta e tempestiva applicazione di tutti gli istituti giuridici ed economico - previdenziali disciplinati dalla contrattazione collettiva, sia nazionale che integrativa, nonché dalle vigenti disposizioni legislative. Tali istituti hanno assunto una sempre maggiore complessità alla luce dell'avvenuta evoluzione del sistema retributivo - anche in considerazione dei limiti imposti dalla normativa attualmente vigente - e dell'abbandono definitivo della progressione economica per automatismi.

L'Ufficio Previdenziale provvede alla tempestiva trasmissione delle informazioni che permettono all'I.N.P.S./Gestione ex I.N.P.D.A.P e altre tipologie di gestione e convenzionamenti di erogare il corretto trattamento pensionistico maturato dal dipendente.

### **4.6.2 *Contratti Individuali***

**Dirigenti assunti a tempo determinato/indeterminato:** stipulazione del contratto individuale come stabilito dal CCNL di riferimento.

Per i dirigenti neo-assunti, superato il periodo di prova, il contratto individuale è integrato con la specifica dell'incarico conferito, del trattamento economico correlato alla graduazione della funzione nella misura prevista dagli accordi decentrati vigenti nel tempo, gli obiettivi da conseguire, la durata, le modalità di effettuazione delle verifiche.

**Responsabili di Unità Operativa Complessa:** stipulazione del contratto individuale di lavoro che oltre a definire tutti gli elementi di cui al punto precedente, formalizza la costituzione del rapporto di lavoro a tempo indeterminato nell'ipotesi di soggetto esterno all'Azienda.

## **4.7 *LA VALUTAZIONE***

### **4.7.1 *L'OIV e il Collegio Tecnico***

L'OIV, Organismo indipendente di valutazione della performance, sostituisce i servizi di controllo interno ed esercita, in piena autonomia, le attività di controllo strategico e riferisce, in proposito, direttamente all'organo di indirizzo politico-amministrativo.

L'Organismo indipendente di valutazione è costituito da un organo monocratico ovvero collegiale composto da 3 componenti. I componenti dell'organismo indipendente di valutazione sono nominati da ciascuna amministrazione, singolarmente o in forma associata, tra i soggetti iscritti all'Elenco nazionale dei componenti degli organismi indipendenti di valutazione, tenuto dal Dipartimento.

L'Organismo indipendente di valutazione della performance:

- a) monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso;
- b) comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei conti;

- c) valida la Relazione sulla performance e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione;
- d) garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché dell'utilizzo dei premi di cui al Titolo III, secondo quanto previsto dal presente decreto, dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni all'amministrazione, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
- e) propone all'organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi;
- f) è responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti;
- g) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità di cui al presente Titolo;
- h) verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

Il Collegio Tecnico – introdotto dall'art. 31 dei CC.CC.NN.LL. 08.06.2000 e poi confermato nel CCNL successivo – con particolare riferimento a quello del novembre 2005 - è chiamato ad esprimere un giudizio “complessivo” pluriennale, successivo alla valutazione di prima istanza effettuata dal diretto responsabile gerarchico.

Il Collegio Tecnico procede, quindi, alla verifica delle attività professionali e/o organizzative svolte e dei risultati raggiunti:

- di tutti i dirigenti titolari di incarico, alla scadenza dello stesso;
- dei dirigenti di nuova assunzione, al termine del primo quinquennio di servizio;
- dei dirigenti che raggiungono l'esperienza professionale ultra quinquennale in relazione all'indennità di esclusività.

I giudizi definitivi conseguiti dai dirigenti sono parte integrante degli elementi di valutazione per la conferma o il conferimento di qualsiasi tipo di incarico o per l'acquisizione dei benefici economici riguardanti l'indennità di esclusività.

## 5 DISPOSIZIONI TRANSITORIE

Fino alla data di entrata in vigore dei regolamenti interni previsti dal presente Atto nonché da specifiche disposizioni di legge statali e/o regionali, il funzionamento aziendale è disciplinato da appositi provvedimenti del Direttore Generale atti a garantire lo svolgimento delle attività istituzionali senza soluzione di continuità.

Nella fase di prima operatività dell'Atto aziendale, mantengono validità ed efficacia gli atti di normazione interna (Regolamenti, Atti generali, Codici, Accordi sindacali, Circolari e relative disposizioni di attuazione) adottati e vigenti (inclusi, ove previsto, quelli ex ASUR-AV3) per il tempo strettamente necessario al doveroso adeguamento regolatorio secondo le caratteristiche organizzative e funzionali dell'AST di Macerata.

La definizione di un quadro disciplinare unitario, certo e trasparente, rappresenta obiettivo primario dell'Azienda nei confronti dei terzi e del proprio personale.

Gli incarichi dei Direttori di Dipartimento in essere alla data di adozione del presente Atto sono prorogati fino alla nomina dei nuovi Direttori.

Entro 60 giorni dalla data di esecutività dell'Atto Aziendale, con provvedimento formale si dà atto della intervenuta decadenza dei precedenti Dipartimenti e dell'operatività dei nuovi con contestuale cessazione dei corrispondenti incarichi. Conseguentemente il direttore generale provvederà in via transitorie temporanea nelle more dell'espletamento delle procedure per l'insegnamento di comitati di dipartimento.

I Direttori di dipartimento nominati per il suddetto periodo transitorio dovranno garantire, pur in assenza del Comitato di dipartimento, la piena condivisione delle decisioni di competenza con i Direttori/Responsabili di Struttura afferenti al Dipartimento stesso.

La copertura delle posizioni contrattuali istituite con il presente Atto è comunque subordinata alla disponibilità di risorse a valere sul fondo della retribuzione di posizione nonché alle compatibilità complessive di bilancio e verrà attivata progressivamente entro i suddetti limiti.

## **6 NORMA FINALE E DI RINVIO**

A seguito della piena operatività dell'assetto organizzativo previsto dal presente Atto aziendale, cessa di avere efficacia ogni disposizione, regolamentare ed organizzativa, in contrasto.

Relativamente alla disciplina del rapporto di lavoro alle dipendenze dell'Azienda trovano applicazione le disposizioni definite in sede di contrattazione collettiva.

Il Direttore Generale provvede, con propria motivata determina, agli adeguamenti di specifiche disposizioni dell'Atto aziendale necessari per conformarsi a sopravvenute disposizioni normative e/o amministrative, statali e/o regionali, ovvero a dettagliate previsioni di strumenti pianificatori/programmatori regionali.

Parimenti il Direttore Generale provvede, con propria motivata determina, all'adozione di ogni misura organizzativa che dovesse rendersi necessaria e/o opportuna per il conseguimento delle finalità e degli obiettivi definiti dall'Atto aziendale, sempre che non comporti, anche indirettamente, modifiche sostanziali all'assetto organizzativo aziendale. In tale ultimo caso, l'atto del Direttore Generale è sottoposto all'approvazione della Giunta regionale con le stesse modalità e termini previsti per l'adozione dell'Atto aziendale.

BOLLETTINO

## Elenco delle Sedi Territoriali dell'AST di Macerata

L'Allegato 1 del presente documento, denominato "Elenco delle Sedi Territoriali dell'AST di Macerata", riepiloga le sedi delle Strutture.

<b>DISTRETTO DI CIVITANOVA MARCHE</b>					
<b>DENOMINAZIONE</b>	<b>LOCALITA'</b>	<b>COMUNE</b>	<b>ATTIVITA'</b>	<b>DETTAGLI ATTIVITA'</b>	<b>GUARDIA MEDICA o PUNTO SALUTE</b>
C.S.M. Gruppo appartamenti	Via Silvio Pellico 41	Civitanova Marche	Residenza		
STDP Civitanova Marche	Via D'Annunzio	Civitanova Marche	Attività Ambulatoriale		
Dip. Prevenzione Civitanova Marche	Via Ginocchi, 1	Civitanova Marche	Attività amministrativa, vigilanza e sanitaria		
Sede Amministrata Civitanova Marche	P.zza Garibaldi, 8	Civitanova Marche Alta	Attività Amministrativa		
Poliambulatorio Civitanova Marche	Via Abruzzo, 1	Civitanova Marche	Attività Ambulatoriale	ADI, Punto Prelievi, CUP, Ambulatorio Infermieristico. Ambulatori di: ferite difficili, Dermatologia, Oculistica, Cardiologia, Fisiatria, Fisioterapia, Ortopedia, Urologia, Neurologia, Odontoiatria. Consultorio, Psichiatria, COT.	
Centro Salute Mentale Civitanova Marche	Via Ginevri, 1	Civitanova Marche	Attività Ambulatoriale		
Ospedale Civitanova Marche	Via Ginevri 1	Civitanova Marche	Attività sanitaria, degenza, diagnostica, ambulatori		GUARDIA MEDICA
CSA Monte San Giusto	Via Monti Sala snc	Monte San Giusto	Attività Ambulatoriale	ADI e Ambulatorio Infermieristico.	previsto PUNTO SALUTE
CSA Montecosaro Scalo	Via Roma, 133	Montecosaro Scalo	Attività Ambulatoriale	ADI e Ambulatorio Infermieristico.	
CSA di Montefano	Via Pallotta, 8	Montefano	Attività Ambulatoriale	ADI e Avis per le donazioni.	previsto PUNTO SALUTE
CSA di Montelupone	Via Vecchiotti, 25	Montelupone	Attività Ambulatoriale	ADI e Ambulatorio Infermieristico.	
CSA di Porto Recanati	P.zza del Borgo	Porto Recanati	Attività Ambulatoriale	Consultorio, ADI, Ambulatorio Infermieristico. Ambulatori di: Cardiologia, Dermatologia, Odontoiatria.	GUARDIA MEDICA
Poliambulatorio di Potenza Picena	Via delle Fonti	Potenza Picena	Attività Ambulatoriale	ADI, Punto Prelievi, Ambulatorio Infermieristico, CUP. Ambulatori di: Radiologia, Dermatologia, Urologia, Oculistica, Odontoiatria, Fisioterapia, Ortopedia.	GUARDIA MEDICA
Dip. Prevenzione di Recanati	Via Bonfini, 2	Recanati	Attività amministrativa, vigilanza e sanitaria		
Ospedale di Comunità Recanati + Poliambulatorio	P.le Andrea da Recanati 1	Recanati	Attività sanitaria, degenza, diagnostica, ambulatori	Ambulatori di: Cardiologia, Dermatologia, Odontoiatria, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Neurologia, Diabetologia, Endoscopia Digestiva, Fisiatria e Fisioterapia. Consultorio, ADI, Punto Prelievi, PPI, Cure Intermedie 20 posti, CUP, Medicina Legale Reparti Ospedalieri: Urologia, Chirurgia della mano, Ortopedia, Radiologia (TAC).	GUARDIA MEDICA e PUNTO SALUTE
C.S.M. di Recanati	Via Madonna Cupa da Varano	Recanati	Attività Ambulatoriale		
RSA Recanati	Via XX Settembre 1	Recanati	Degenza		
Centro HALZAIMER	Via XX Settembre 1	Recanati	centro diurno residenziale	20 posti letto	
SRR Recanati	Via Piaggia Castelnuovo	Recanati	Degenza	9 posti	
Poliambulatorio Trodica di Morrovalle	V.le Tiziano	Trodica di Morrovalle	Attività Ambulatoriale	ADI, Punto Prelievi, CUP, Ambulatorio Infermieristico. Ambulatori di: Cardiologia, Odontoiatria, Oculistica, Ginecologia, Fisioterapia.	GUARDIA MEDICA

<b>DISTRETTO DI MACERATA</b>					
<b>DENOMINAZIONE</b>	<b>LOCALITA'</b>	<b>COMUNE</b>	<b>ATTIVITA'</b>	<b>DETTAGLI ATTIVITA'</b>	<b>GUARDIA MEDICA o PUNTO SALUTE</b>
Distretto Caldarola	Via Rimessa, 11	Caldarola	Attività Ambulatoriale	Punto Prelevi.	GUARDIA MEDICA
Distretto Corridonia	Via Italia, 4	Corridonia	Attività Ambulatoriale	ADI, Ambulatorio Infermieristico, Punto Prelevi. Ambulatori di: Fisioterapia, Ostetricia.	GUARDIA MEDICA
Distretto R.S.A. Corridonia	Viale Italia, n. 4	Corridonia	Degenza		
Ospedale Macerata	Via S. Lucia, n. 2	Macerata	Attività sanitaria, degenza, diagnostica, ambulatori		
Ospedale Macerata: Palazzina SPDC	Via S. Lucia, n. 2	Macerata	Attività sanitaria, degenza, diagnostica, ambulatori		
Ospedale Macerata: Palazzina 118 - Anatomia Patologica	Via S. Lucia, n. 2	Macerata	Attività sanitaria, diagnostica		GUARDIA MEDICA
Ospedale Macerata: Palazzina ex scuola infermieri	Via S. Lucia, n. 2	Macerata	Attività Ambulatoriale		
Direzione Amministrativa Ospedaliere-Fisioterapia	Via Beniamino Gigli 15	Macerata	Attività Amministrativa e ambulatoriale		
Servizio Veterinario - Farmacia Territoriale (Padiglione Bianchi)	Via Belvedere R. Sanzio, 1	Macerata	Attività Ambulatoriale		
Distretto Sanitario Macerata (Padiglione Mingazzini)	Via Belvedere R. Sanzio, 1	Macerata	Attività Ambulatoriale	ADI, Punto Prelevi, COT, UMEA, UMEE, Consultorio. Ambulatori di: Cardiologia, Dermatologia, Oculistica, Odontoiatria, Otorinolaringoiatria, Neurologia, Chirurgia, Ferite Difficili, Urologia.	
Palazzina Morselli	Via Belvedere R. Sanzio, 1	Macerata	Attività Ambulatoriale		
Direzione e Dipartimento prevenzione	Via Cluentina 35/B	Macerata	Attività Ambulatoriale e amministrativa		
SRR Macerata	Via Verga	Macerata	Degenza		
Comunità "ZERO" - SERT	Via Alberotondo	Macerata	centro diurno riabilitativo		
Distretto Mogliano	P.le San Michele snc	Mogliano	Attività Ambulatoriale	Punto Prelevi, Ambulatorio Infermieristico, Odontoiatria.	PUNTO SALUTE
Lungodegenza psichiatrica Montecassiano	P.le R. Giorgi	Montecassiano	Degenza		
Distretto Sanitario Montecassiano	P.le R. Giorgi	Montecassiano	Attività Ambulatoriale	Punto Prelevi, Ambulatorio Infermieristico.	previsto PUNTO SALUTE
Casa di Riposo del Comune	Via Beato Giovanni 36	Penna San Giovanni	Attività Ambulatoriale		GUARDIA MEDICA
Distretto Petriolo	Via del Pino 12	Petriolo	Attività Ambulatoriale		
Servizi Amministrativi - ISP- Vaccini	Via Annibali 31	Piediripa di Macerata	Attività amministrativa, vigilanza e sanitaria - studi medici		
Distretto Pollenza	Via G. Leopardi	Pollenza	Attività Ambulatoriale	Punto Prelevi, Ambulatorio Infermieristico.	
Distretto San Ginesio	Via P.zza Gioberti	San Ginesio	Attività Ambulatoriale	Punto Prelevi, Ambulatorio Infermieristico, Ambulatorio di Dermatologia.	
Distretto Passo S. Angelo	Via Faleriense	Sant'Angelo in Pontano	Attività Ambulatoriale	Punto Prelevi, Ambulatorio Infermieristico, Ambulatorio Ostetrico.	GUARDIA MEDICA
Distretto Samano - farmacia	Via Pierucci	Samano	Attività Ambulatoriale - farmacia territoriale	ADI, Ambulatorio Infermieristico, Punto Prelevi, Consultorio. Ambulatori di: Otorinolaringoiatria, Dermatologia, Odontoiatria, Ortopedia.	GUARDIA MEDICA
Ospedale Tolentino	Viale della Repubblica, n. 18	Tolentino	Attività sanitaria, degenza, diagnostica, ambulatori	CUP, ADI, Punto Prelevi, UMEE, Consultorio. Ambulatori di: Diabetologia, Senologia, Oculistica, Odontoiatria, Otorinolaringoiatria, Cardiologia, Dermatologia, Ortopedia, ferite difficili, Fisiatria, Fisioterapia, Chirurgia.	PPI
Ambulatori - Servizio Veterinario - Radiologia (ex Farmacia comunale)	Viale della Repubblica, n. 18	Tolentino	Attività Ambulatoriale		
Centro Diurno DSM	Via Forlanini, 1	Tolentino	Attività Ambulatoriale		
Consultorio	"Cittadella Sanitaria"	Tolentino	Attività Ambulatoriale		
R.S.A. e Casa della Salute - Lungo Degenza Distretto Treia	Via Leopardi	Treia	Degenza-Ambulatori	ADI, Punto Prelevi, MOC. Ambulatori di: Osteoporosi, Dermatologia, Odontoiatria, Ostetricia, Otorinolaringoiatria, Cardiologia, Oculistica.	GUARDIA MEDICA
Distretto Urbisaglia	Via Buccolini	Urbisaglia	Attività Ambulatoriale	Punto Prelevi.	

<b>DISTRETTO DI CAMERINO</b>					
<b>DENOMINAZIONE</b>	<b>LOCALITA'</b>	<b>COMUNE</b>	<b>ATTIVITA'</b>	<b>DETTAGLI ATTIVITA'</b>	
Ospedale di Camerino	Loc. Caselle	Camerino	Attività sanitaria, degenza, diagnostica, ambulatori		
Distretto di Camerino e Sede amministrativa AV3 (adiacente Ospedale)	Loc. Caselle	Camerino	Attività Ambulatoriale	ADI, Punto Prelievi, Consultorio, UMEE. Ambulatori di: Ortopedia, Chirurgia, Neurologia, Odontoiatria, Allergologia, Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Dermatologia. Ambulatorio Infermieristico, PROGETTO x Casa della Comunità, Avis	GUARDIA MEDICA
SERT e Dipartimento Prevenzione	Via Emilio Betti	Camerino	Attività Ambulatoriale		
Ambulatorio e CSM	Via G. Leopardi, 63	Camerino	Attività Ambulatoriale		
Servizio veterinario / DSM (gruppo appartamento) + Punto salute	Strada Camerte, 1	Castelraimondo	Attività Ambulatoriale		
Ambulatorio Esanatoglia	Via Spiazze	Esanatoglia	Attività Ambulatoriale	Punto Prelievi.	
Ambulatorio Fiastra	s.n.c. - container CAMPO	Fiastra	Attività Ambulatoriale		GUARDIA MEDICA
Ambulatorio Distretto Fiuminata	Via Leopardi	Fiuminata	Attività Ambulatoriale	Punto Prelievi.	PUNTO SALUTE
S.R.R. Psichiatrica	Via Bergoni, 40	Gagliole		Posti Letto riabilitazione Psichiatrica.	
Casa di Comunità di Matelica	Viale Europa	Matelica	Attività sanitaria, degenza, diagnostica, ambulatori	Cure intermedie (previsto Ospedale Di Comunità). Ambulatori di: Cardiologia, Odontoiatria, Otorinolaringoiatria, Dermatologia, Ginecologia, Neurologia, Diabetologia, Ortopedia, Radiologia, Riabilitazione. ADI, Punto Prelievi, Consultorio, UMEE, Medicina del Lavoro, PAT (punto assistenza territoriale), Avis, Guardia Medica, Ambulatorio infermieristico.	GUARDIA MEDICA e PUNTO SALUTE
Ambulatorio Distretto di Pievevitorina	s.n.c. - container CAMPO	Pievevitorina	Attività Ambulatoriale		GUARDIA MEDICA
Ambulatorio Distretto Pioraco	P.zza D. Alighieri, 1	Pioraco	Attività Ambulatoriale	Punto Prelievi.	
Ospedale di San Severino	Via del Glorioso, 8	San Severino Marche	Attività sanitaria, degenza, diagnostica, ambulatori		
Distretto SSM	Via del Glorioso, 8	San Severino Marche	Attività Ambulatoriale	Ambulatori di: Oculistica, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Terapia del Dolore, Odontoiatria, Neurologia, Diabetologia. Ambulatorio infermieristico, ADI, Punto Prelievi, Hospice, Avis, UMEE, UMEA, Consultorio.	GUARDIA MEDICA
Ambulatorio Salute Mentale - centro diurno	Via B. Eustachio, 101	San Severino Marche	Attività Ambulatoriale		
Ambulatorio Sefro	Piazza Ballanti, 1	Sefro	Attività Ambulatoriale	Punto Prelievi.	
Poliambulatorio Serravalle del Chienti	Viale Chienti, 1	Serravalle del Chienti	Attività Ambulatoriale	Punto Prelievi.	
Ambulatorio Distretto Visso	Via Valnerina, 67	Visso	Attività Ambulatoriale	Punto Prelievi.	GUARDIA MEDICA