

**DETERMINA DEL DIRETTORE DELLA  
AREA VASTA N. 2  
N. 1744/AV2 DEL 30/12/2015**

**Oggetto: ISTITUZIONE DEL PRESIDIO UNICO DI AREA VASTA 2.**

**IL DIRETTORE DELLA  
AREA VASTA N. 2**

- . . . -

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

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

**VISTE** la DGRM n. 621 del 27/07/2015 ad oggetto: “L.R. n. 13/2003 – Nomina dei Direttori di Area Vasta dell’Azienda Sanitaria Unica Regionale”, la Determina DG ASUR n. 550 del 31/07/2015 ad oggetto: “DGRM n. 621 del 27/07/2015 – Presa d’atto e conseguenti determinazioni” e la Determina DAV2 n. 1038 del 3/08/2015 ad oggetto: “Insediamento dell’Ing. Maurizio Bevilacqua quale Direttore dell’Area Vasta 2”.

**VISTA** l’attestazione del Responsabile del Procedimento della U.O. Bilancio e del Dirigente del Servizio Controllo di Gestione in riferimento al bilancio annuale di previsione;

**- D E T E R M I N A -**

1. Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. Procedere alla istituzione del Presidio Unico di Area Vasta composto dagli stabilimenti di seguito indicati:
  - Struttura di Fabriano “Engles Profili”, Via Stelluti Scala n.26;
  - Struttura di Jesi “Carlo Urbani”, Via dei Colli n. 52;
  - Struttura di Osimo, Via Giacomo Leopardi n. 5;
  - Struttura di Senigallia “Principe di Piemonte”, Via Benvenuto Cellini n. 1;
  - Ospedale di Comunità di Cingoli, Viale della Carità n. 11, relativamente alle funzioni ospedaliere ivi presenti (LD=lungodegenza cod.60);

3. Dare atto che, in esito alla qui intervenuta modificazione, si è ottemperato alla disposizioni di legge in materia e segnatamente alla DGRM 665/2015 di istituzione del ridotto Presidio Unico entro il 31.12.2015;
4. Dare altresì atto che dall'adozione della presente determinazione non deriva per l'Azienda alcun onere di spesa in quanto il presente atto ha valenza esclusivamente organizzativa;
5. Trasmettere il presente atto ai soggetti di seguito indicati: Presidenza della Regione Marche e P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione; Direzione Generale, Amministrativa e Direzione Sanitaria dell'ASUR Marche;
6. Dare atto che la presente Determinazione non è sottoposta a controllo ai sensi dell'art. 4 della L. 412/1991 e dell'art. 28 della L. 26/96, come recentemente modificata dalla L.R. 36/2013 art. 1, e che è efficace dal giorno della pubblicazione sul sito attiweb;
7. Trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i..

**IL DIRETTORE DI AREA VASTA 2**  
**Ing. Maurizio Bevilacqua**

**Per il parere infrascritto:**

**PARERI RAGIONERIA, BILANCIO E CONTROLLO DI GESTIONE:**

Le sottoscritte, visto quanto dichiarato nel presente provvedimento dal Dirigente della U.O.C. Segreteria Direzione AV2, attestano che dall'adozione del presente atto non deriva alcun onere a carico del Budget dell'ASUR – Area Vasta 2/Fabriano 2015.

SUPPORTO CONTROLLO DI GESTIONE  
Il Dirigente Amministrativo  
Dott.ssa M. Letizia Paris

UO BILANCIO AV2  
Il Resp.le del Procedimento  
Dott.ssa Maria Grazia Maracchini

La presente determina consta di n.11 pagine di cui n.0 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

**- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -**  
**U.O.C. SEGRETERIA DI DIREZIONE**  
**AFFARI GENERALI**

□ **Quadro normativo e disposizioni amministrative di riferimento:**

- D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421”*;
- L.R. 17 luglio 1996 n. 26 ad oggetto *“Riordino del Servizio Sanitario Regionale”*;
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n.229 ad oggetto *“Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”*;
- L.R. 20 giugno 2003 n. 13 ad oggetto *“Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale”* e segnatamente l’art. 15 *“Presidio ospedaliero”*;
- L.R. 20 giugno 2003 n. 13, art. 16 *“Direttore di presidio ospedaliero”*;
- Determina n. 89/DG del 10.03.2005 *“Atto Aziendale”*;
- L.R. 22 novembre 2010, n. 17 *“Modifiche alla legge regionale 20 giugno 2003, n. 13 “Riorganizzazione del Servizio sanitario regionale”*;
- D.G.R.M. 24 gennaio 2011 n. 77 ad oggetto *“Nuovo Piano di codifica delle strutture dei presidi ospedalieri”*;
- L.R. 1 agosto 2011 n. 17 ad oggetto *“Ulteriori modifiche della Legge Regionale 20 giugno 2003, n. 13: “Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale”, della Legge regionale 17 luglio 1996, n. 26: “Riordino del Servizio Sanitario Regionale” e modifica della legge regionale 22 novembre 2010, n. 17”*;
- Determina ASUR n. 1112 del 14/12/2011 ad oggetto il Regolamento di organizzazione area ATL aziendale con determinazioni al riguardo;
- Determina del Direttore Generale ASUR Marche n. 639 del 31.07.2012 di recepimento del Piano di Area Vasta 2;
- D.G.R.M. 23 luglio 2012 n. 1137 ad oggetto *“Deliberazione amministrativa n. 38 del 16/12/2011 Piano Socio-Sanitario regionale 2012/2014 - Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo - Percorso operativo per l’Implementazione del Piano in AV “*;
- D.G.R.M. 1 agosto 2012 n. 1174 ad oggetto *“Direttiva vincolante per il Direttore Generale dell’ASUR, per i Direttori di Area Vasta e per i Direttori generali degli altri Enti del servizio sanitario regionale”*;
- D.G.R.M. 31 ottobre 2012 n. 1537 ad oggetto direttiva vincolante per i Direttori generali degli Enti del SSR per l’attuazione del DL 95/2012;
- D.G.R.M. 12 novembre 2012 n. 1590 ad oggetto modifica della DGRM 1537/2012;
- L.R. 24 settembre 2012 n. 28 ad oggetto *“Modifiche alla legge regionale 17 luglio 1996, n. 26: “Riordino del servizio sanitario regionale” e alla legge regionale 20 giugno 2003, n. 13: “Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale””* e in particolare l’art. 3 contenente modifiche all’art. 15 della L.R 13/2003;
- D.G.R.M. 3 dicembre 2012 n. 1696 ad oggetto *“Direttiva vincolante per i Direttori generali degli Enti del SSR, per l’attuazione del D.L. 95/2012 convertito in Legge 135 del 7 Agosto 2012 concernente disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi dei cittadini”*;
- D.G.R.M. 3 aprile 2013 n. 478 ad oggetto *“Individuazione del numero di presidi ospedalieri per Area Vasta”*;

- D.G.R.M. 17 aprile 2013 n. 551 ad oggetto “*Articolo 12, lettera b) Patto per la Salute 2010-2012. Definizione parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli Enti del Servizio Sanitario Regionale in esecuzione della deliberazione della Giunta regionale n. 1696/2012*”;
- D.G.R.M. 20 maggio 2013 n. 735 ad oggetto “*Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012*”;
- D.G.R.M. 1 giugno 2013 n. 826 ad oggetto “*Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della Rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012. Modifiche e integrazioni*”;
- Determina del Direttore Generale ASUR Marche n. 566 del 15.07.2013 ad oggetto “*DGRM n. 735/2013 – Presa d’atto*”;
- D.G.R.M. 30 settembre 2013 n. 1345 ad oggetto “*Riordino delle reti cliniche della Regione Marche*”;
- D.G.R.M. 10 marzo 2014 n. 276 ad oggetto “*Nuovo Piano di codifica delle strutture dei presidi ospedalieri*”;
- D.G.R.M. 27 ottobre 2014 n. 1219 ad oggetto “*Modifica della deliberazione n. 1345 del 30/9/2013 concernente il riordino delle reti cliniche della Regione Marche e della deliberazione n. 551 del 17/4/2013 concernente la definizione parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli Enti del SSR*”;
- D.M. 2 aprile 2015 n. 70 ad oggetto “*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera*”;
- D.G.R.M. n. 541 del 15/07/2015 ad oggetto “*Recepimento Decreto Ministero della Salute 2 aprile 2015 n. 70: “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”(G.U. Serie Generale n. 127 del 4.6.2015)*”;
- DGRM 1183 del 22.12.2015 ad oggetto “*Richiesta di parere alla competente commissione consiliare sullo schema di deliberazione concernente “Adeguamento delle Case della Salute di tipo C, ridefinite Ospedali di Comunità, in coerenza con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera di cui al DM 70/2015. Revisione della DGR 735/2013 e DGR 920/2013 e DGR 1476/2013*”;
- Determina del Direttore Generale ASUR Marche n. 914 del 24.12.2015 ad oggetto “*Attuazione DGRM 735/2013 e s.m.i. DGRM 541/2015. Attivazione Ospedale di Comunità*”;
- D.G.R.M. n. 665 del 07/08/2015 ad oggetto “*Definizione degli obiettivi sanitari degli Enti del SSR per l’anno 2015*”;
- D.G.R.M. n. 666 del 07/08/2015 ad oggetto “*Art. 3 bis, comma 5 del D.lgs 502/92 - Art. 3 comma 2 lett. p) bis L.R. n. 13/2003 - Valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori generali dell’ASUR, dell’A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona, dell’A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord di Pesaro, dell’INRCA e dal Direttore del DIRMT rispetto agli obiettivi di budget annuali assegnati dalla Giunta regionale. Approvazione criteri anno 2015*”;
- DGRM n. 621 del 27/07/2015 ad oggetto: “*L.R. n. 13/2003 – Nomina dei Direttori di Area Vasta dell’Azienda Sanitaria Unica Regionale*”;

- Determina DG ASUR n. 550 del 31/07/2015 ad oggetto: “DGRM n. 621 del 27/07/2015 – Presa d’atto e conseguenti determinazioni”;
- Determina DAV2 n. 1038 del 3/08/2015 ad oggetto: “Insedimento dell’Ing. Maurizio Bevilacqua quale Direttore dell’Area Vasta 2”.

□ **Excursus normativo e contesto di riferimento:**

E’ in atto, ormai da tempo, una incisiva riforma sanitaria nella Regione Marche che ha definito in via stabile il nuovo assetto organizzativo delle Aziende del SSR. Questo nuovo modulo organizzativo, in via di attuazione e profondamente incisivo, nasce da una lunga e articolata riflessione sul sistema sanitario. Occorre, dunque, brevemente contestualizzare la riforma.

**a) Analisi del territorio**

Rileva, *in primis*, l’analisi di alcuni dati fattuali. L’Area Vasta 2 è costituita da 50 Comuni, con un’estensione territoriale di 1.940 Km<sup>2</sup>, con una densità abitativa di 247 abitanti per km<sup>2</sup>. La popolazione residente nell’anno 2013 è di circa 475.000 abitanti, di cui il 48,2% di sesso maschile e il 51,8% femminile.

Nell’anno 2013 il 12,5% della popolazione aveva un’età superiore a 75 anni, il 23,20% superiore a 65. I grandi vecchi (ultranovantenni) erano 6.051 di cui 165 ultracentenari.

L’indice di vecchiaia è il seguente: la percentuale della popolazione  $\geq 65$  anni e popolazione 0-14 anni è pari a 172, in linea con la media regionale.

Sempre nell’anno 2013 (ultimo anno in cui i dati della mobilità passiva extraregione sono a disposizione) i ricoveri per i residenti nell’Area Vasta 2 sono stati complessivamente 82.907 di cui 31.378 (38%) presso strutture dell’Area Vasta 2, 37.595 (45%) presso altre strutture regionali, ivi compresi Azienda Ospedali Riuniti di Ancona e INRCA che insistono sul territorio AV2, 6.497 (8%) in mobilità passiva extraregione e 6.985 (8%) presso strutture private accreditate regionali.

**b) Disamina normativa di riferimento**

A fronte di quanto sopra, sotto l’aspetto normativo, va detto che il D.L. 6 luglio 2012 n. 95, convertito in L. 135/2012 (cd. Decreto sulla cd. *spending review* nazionale), ha previsto che le Regioni riducano il numero di posti letto al 3,7 per ogni mille abitanti, di cui lo 0,7 per riabilitazione, lungo degenza e post-acuzie.

La DGRM 1137/2012, avente ad oggetto la deliberazione n. 38 del 16.11.2011 “Piano socio sanitario 2012-2014. Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo”, ha tradotto in normativa regionale le indicazioni suesposte a livello nazionale individuando il percorso operativo per l’implementazione dei Piani di Area Vasta geograficamente intesa seguendo criteri metodologici adeguati al Piano Socio Sanitario Nazionale. Si prevede, in particolare, di organizzare i servizi ospedalieri per consentire la distribuzione dei posti letto per acuti negli ospedali di rete (anche con riconversione in posti letto di post-acuzie o riabilitazione).

E’ infatti da completare la riorganizzazione della rete ospedaliera, che presenta situazioni di frammentazione, duplicazione e, a livello di singole strutture, risulta di dimensioni non adeguate per rispondere efficacemente alle problematiche dei pazienti acuti e/o in urgenza-emergenza.

Viva è anche la necessità di potenziare la rete dei servizi territoriali e dei regimi di ricovero alternativi ai letti per acuti, sia per alleggerire l'area dell'emergenza urgenza dai pazienti con bisogni classificati come codici bianchi e verdi, sia per meglio gestire i pazienti dopo il ricovero ospedaliero in acuzie, in ambiti di lungodegenza, riabilitazione o residenzialità tali da trattare appropriatamente le residue condizioni di fragilità e cronicità.

La deliberazione regionale 1174/2012, preso atto della DG ASUR 639/2012 di approvazione dei Piani di Area Vasta, ha aperto la fase esecutiva, contenendo direttiva vincolante per i Direttori ASUR e di Area Vasta e degli altri Enti del SSR al fine dell'attuazione degli stessi.

La DGRM 1696/2012, pertanto, anch'essa direttiva vincolante per i Direttori generali degli Enti del SSR per l'attuazione del DL 95/2012, ha previsto azioni e misure volte a favorire la riorganizzazione del sistema sanitario regionale coerentemente con le risorse disponibili, tenendo in forte considerazione sia la funzione strategica svolta dalla singole strutture ospedaliere sia la necessità di contrastare la mobilità passiva extraregionale. L'atto prevede i settori da riprogrammare, in via prioritaria quelli dell'assistenza ospedaliera per acuti con conseguente riprogrammazione dell'intero settore dell'assistenza territoriale regionale. I risultati attesi, qui sommariamente indicati, sono:

- semplificazione della rete ospedaliera;
- riduzione dei numeri di posti letto per acuti fino al 3 per mille abitanti;
- riduzione del numero di incarichi di struttura complessa e di struttura semplice;
- riduzione della dotazione organica (dirigenza e comparto);
- riduzione del costo del personale.

Le azioni individuate consistono in verifiche strutturali e funzionali delle unità operative per singola disciplina "rete clinica", ridisegno del quadro delle UO complesse (come da DGRM 551/2013) di ciascuna rete clinica con salvaguardia dei bacini omogenei, rideterminazione della dotazione organica, ricollocazione del personale, definizione dei moduli minimi di assistenza, riorganizzazione interna degli Ospedali per intensità di assistenza.

Con Deliberazione giuntale 478/2013, la regione ha individuato il numero di presidi per Area Vasta. Più precisamente, in attuazione del D.L. 95/2012 e al fine di avviare tempestivamente i processi di razionalizzazione della DGRM 1137/2012, è stato ritenuto opportuno individuare temporaneamente un Presidio Ospedaliero Unico di Area Vasta "*in attesa della conclusione del percorso di riorganizzazione della rete ospedaliera*" (cfr. deliberato DGRM 478/2013).

Tenuto conto, quindi, del parere della Commissione consiliare in merito, come prevede l'art. 15 della LR 13/2003 che recita testualmente "La Giunta regionale, sentito il Direttore generale dell'ASUR e con parere obbligatorio della competente commissione assembleare, individua il numero dei presidi ospedalieri di area vasta", si è dato corso all'individuazione di un Presidio Ospedaliero Unico di Area Vasta, al servizio di più distretti.

Di talché, con deliberazione 551/2013 sono stati definiti i parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli Enti del Servizio Sanitario Regionale in esecuzione della deliberazione della Giunta regionale n. 1696/2012, parametri consistenti per l'ASUR Marche nel 25,8% delle

strutture complesse e del 30,3% delle strutture semplici in essere presso gli Enti del SSR, con conseguente riduzione della spesa del personale.

La successiva decisione giuntales 735/2013 si è caratterizzata per la pregnante attuazione della DGRM 1696/2012 laddove ha previsto la riduzione della frammentazione ospedaliera, con riconversione delle piccole strutture ospedaliere, integrata con la riorganizzazione della rete territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche, nonché con la costituzione delle Case della Salute anche afferenti all'Area Vasta 2. Quest'ultime sono un punto di accoglienza e orientamento ai servizi per tutti i cittadini, costituiscono un ambito nel quale erogare assistenza sanitaria in particolare per la gestione delle patologie croniche e il completamento dei principali percorsi diagnostici che non necessitano di ricorso all'ospedale.

Sulla base dei presupposti esaustivamente indicati nell'atto, tenuto conto della popolazione di riferimento, la DGR 735/2013 ha previsto quali sono, in ciascuna Area Vasta, i piccoli Ospedali riconvertiti in Case della Salute. Per l'AV2 sono stati individuati i piccoli ospedali di Chiaravalle, Cingoli, Sassoferrato e Loreto. Ogni struttura vede definita dalla previsione regionale la tipologia di posti letto dedicati (DS=day surgery, LD=lungo degenza/riabilitazione, CI=cure intermedie), il numero di posti letto, le funzioni, etc.

L'ASUR ha preso atto e recepito la DGRM 735/2013 con Determina del Direttore Generale n. 566/2013 e, in esecuzione delle DGRM 1696/2012 e 551/2013, ha ridefinito la Strutture Complesse e Semplici dell'ASUR *iuxta* atto n. 587/2013 e successivo n. 642/2013.

Successivamente, con DGRM 1219/2014 la Giunta regionale ha modificato la deliberazione n. 1345/2013 ad oggetto "*Riordino reti cliniche della Regione Marche*" e la deliberazione n. 551/2013 succitata avente ad oggetto la definizione dei parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti del SSR in attuazione della citata 1696/2012. La 1345/2013 aveva riordinato l'offerta sanitaria attraverso il riordino delle reti cliniche secondo una metodologia rigorosa partendo da standard assistenziali che stabiliscono un *optimum* in termini di numerosità di bacino d'utenza. Al termine di questo percorso è risultato doveroso identificare nuove codifiche delle strutture ospedaliere, nel rispetto della loro collocazione facente capo al Presidio Unico di Area Vasta anche in relazione all'obbligo di agevolare la gestione dei flussi informativi.

La deliberazione regionale 276/2014, modificativa della DGR 77/2011, ha individuato nuovi codici sostituendo la precedente codifica che individuava questi ultimi in base alle ex zone territoriali. Con la nuova codificazione il Presidio Unico di Area Vasta 2 è individuato con il codice ministeriale 11002 seguito dal suffisso 01-02-03-04 rispettivamente per il PO Senigallia, Jesi, Osimo e Fabriano, mentre il suffisso 06, per quello che qui interessa, indica la Casa della Salute di Cingoli con posti di LD.

Il decreto ministeriale n.70 del 2 aprile 2015, pubblicato nella G.U. n. 127 del 04.06.2015, infine, prevede che gli ospedali regionali siano organizzati secondo livelli gerarchici di complessità crescente che erogano prestazioni in regime di ricovero tramite un modello in rete organizzato in base alle specificità di contesto, a tal fine sono previste strutture ospedaliere classificate su tre livelli. La tipologia delle discipline allocate in ciascun ospedale è determinata in ragione: del bacino di

popolazione di riferimento; della classificazione del presidio che insiste sull'ambito territoriale (base, I livello, II livello); dalla necessità di riferire alcune patologie per approfondimenti altamente specialistici agli *HUB*.

La DGRM 541 del 15.07.2015, a seguire, che ha recepito il decreto in parola, ha invero disposto che l'adeguamento degli standard indicati deve essere completato entro il 31.12.2015 e ha dato mandato alle PF competenti nelle specifiche materie di attivare una puntuale verifica dei contenuti da confrontare con le numerose deliberazioni già assunte dalla Regione Marche al fine di individuare eventuali scostamenti e mettere in atto modifiche e/o integrazioni necessarie per assicurare la completa coerenza delle deliberazioni giuntali regionali alla normativa recepita con la medesima DGRM 541/2015.

La ultima DGRM 1183 del 22.12.2015 contiene richiesta di parere alla competente commissione consiliare sullo schema di deliberazione concernente "Adeguamento delle Case della Salute di tipo C, ridefinite Ospedali di Comunità, in coerenza con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera di cui al DM 70/2015. Revisione della DGR 735/2013 e DGR 920/2013 e DGR 1476/2013". L'allegato A della ridetta esplicita la ricognizione dello stato di adeguamento dell'assistenza ospedaliera al DM 70/2015 per la parte relativa alle Case della Salute/Ospedali di Comunità, della Continuità assistenziale, Postazioni assistenziali e delle POTES. A seguito della revisione organizzativa che conseguirà alla DGRM 1183/2015 e agli atti che verranno emanati in applicazione del DM 70/2015, verranno rivalutate le postazioni territoriali verificando l'utilità per bisogni espressi dai cittadini che, anche grazie allo sviluppo dei PDTA tempo dipendenti (Ictus, Trauma grave, Ima, etc) dovranno trovare nel sistema le migliori risposte assistenziali.

Con Determina n. 914 del 24.12.2015, la Direzione Generale ASUR ha proceduto all'approvazione del riassetto organizzativo della Rete degli Ospedali di Comunità dell'ASUR in ottemperanza a quanto disposto dalla DGRM 735/2013 e s.m.i., DGRM 452/2014, DGMR 960/2014 e DGRM 665/2015, dando mandato –testualmente- *“ai Direttori delle Aree Vaste per ogni seguito e adempimento operativo di competenza da adottare in conformità alle decisioni assunte con la presente determina premenzionata e nel rispetto dei percorsi necessari a garantire la tutela della salute”*.

### **c) Il Presidio Unico di Area Vasta**

L'art. 15 della L.R. 13/2003 prevede il presidio ospedaliero (P.O.) quale articolazione organizzativa ospedaliera del distretto, dotata di autonomia gestionale, che aggrega funzionalmente tutti gli stabilimenti ospedalieri aventi sede nel medesimo distretto, con esclusione di quelli facenti parte delle Aziende ospedaliere di cui all'articolo 2, comma 1 della medesima legge.

Il presidio ospedaliero assicura la fornitura di prestazioni specialistiche, di ricovero e ambulatoriali, secondo le caratteristiche qualitative previste dalla programmazione regionale e i volumi di attività specificati dai piani di produzione negoziati con la direzione di area vasta. Le funzioni del presidio sono esercitate tramite i dipartimenti, che aggregano le unità operative presenti e assicurano l'integrazione della gestione tra più stabilimenti.



La L.R. 13/2003 prevede che sia la Giunta Regionale, sentito il Direttore Generale dell'ASUR, a individuare il numero di Presidi Ospedalieri in ogni Area Vasta.

Il Presidio Ospedaliero Unico di Area Vasta è l'articolazione organizzativa dell'assistenza Ospedaliera nell'Area Vasta, è costituito dall'aggregazione degli Stabilimenti che insistono nella stessa, con esclusione di quelli facenti parte delle Aziende Ospedaliere di cui all'art. 4 del D. Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 e quelle di cui all'art. 2, comma 1, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, nonché i Presidi specialistici individuati dalla Giunta Regionale.

La L.R. 28/2012 chiarisce che il P.O. è l'articolazione dell'assistenza Ospedaliera del Distretto.

La DGR 478/2013 individua un presidio ospedaliero unico di area vasta, al servizio di più distretti. Il presidio unico di Area Vasta, secondo la classificazione di cui al Decreto Ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015, è un presidio di 1° livello, sede di DEA di 1° livello.

In ogni Presidio Unico di AV debbono essere presenti Direzione Medica e Direzione Amministrativa di presidio oltre alle seguenti specialità:

- 1) Medicina Interna
- 2) Chirurgia Generale
- 3) Anestesia e Rianimazione
- 4) Ortopedia e Traumatologia
- 5) Ostetricia e Ginecologia
- 6) Pediatria
- 7) Cardiologia con UTIC
- 8) Neurologia
- 9) Psichiatria
- 10) Oncologia
- 11) Oculistica
- 12) ORL
- 13) Urologia
- 14) OBI
- 15) Terapia sub-intensiva anche a carattere multidisciplinare
- 16) Radiologia con TAC ed Ecografia
- 17) Laboratorio
- 18) Servizio immunotrasfusionale

Ai sensi dell'art. 16 della L.R. 13/2003 *“Il direttore del presidio ospedaliero è nominato dal direttore di area vasta tra gli specialisti in igiene e medicina preventiva con almeno cinque anni di attività come direttore sanitario aziendale, direttore di area vasta o dirigente medico di direzione sanitaria ospedaliera ed è responsabile del raggiungimento degli obiettivi igienico-organizzativi e dell'uso razionale delle risorse assegnate al presidio in sede di negoziazione del budget con il direttore di area vasta.”*

Il Direttore Medico del P.O.U. è membro di diritto del Collegio di Direzione. L'individuazione dello stesso avviene all'esito di apposito iter procedurale di conferimento di incarico, ai sensi della vigente

normativa e nel rispetto delle linee di indirizzo aziendale. Nelle more della ridetta individuazione, anche al fine dell'operatività del nuovo modello organizzativo, le attuali responsabilità, sotto ogni profilo, rimangono invariate in capo ai già incaricati Direttori Medici di Presidio.

Con Determina del Direttore di Area Vasta 2 n. 1465 del 17.11.2015 è stato approvato il Regolamento di organizzazione e di funzionamento dei Dipartimenti di Area Vasta 2 all'esito del percorso descritto in seno alla ridetta.

□ **Esito dell'istruttoria:**

La D.G.R.M. n. 665 del 07/08/2015 ad oggetto "*Definizione degli obiettivi sanitari degli Enti del SSR per l'anno 2015*" ha indicato tra gli obiettivi prioritari per ASUR, entro il 31.12.2015, in attuazione della DGRM 478/2015, la produzione di reportistica attestante l'istituzione definitiva dei Presidi Unici di Area Vasta; del pari, per la macroarea ospedaliera, emergenza urgenza, è previsto il seguente indicatore: Produzione reportistica attestante l'avvenuto adeguamento, entro il 31/12/2015, dei posti letto delle strutture ospedaliere e degli ex presidi di polo riconvertiti in ogni Area Vasta agli standard della DGR 735/2013.

Nelle more della definizione dell'iter regionale di adeguamento delle Case della Salute di tipo C, ridefinite Ospedali di Comunità, in coerenza con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e qualitativi relativi all'assistenza ospedaliera di cui al DM 70/2015, occorre dare attuazione alla Determina 914/2015 della Direzione Generale ASUR di attivazione degli Ospedale di Comunità e procedere con la istituzione del Presidio Ospedaliero Unico di AV.

Per quello che riguarda l'AV2, va istituito un Presidio Unico Ospedaliero composto dagli stabilimenti ivi presenti di Fabriano, Jesi, Osimo e Senigallia oltre all'Ospedale di Comunità di Cingoli relativamente alle funzioni ospedaliere ivi presenti.

Tutto quanto sopra premesso, si propone al Direttore di Area Vasta 2 l'adozione del seguente schema di determina:

1. Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. Procedere alla istituzione del Presidio Unico di Area Vasta composto dagli stabilimenti di seguito indicati:
  - Struttura di Fabriano "Engles Profili", Via Stelluti Scala n.26;
  - Struttura di Jesi "Carlo Urbani", Via dei Colli n. 52;
  - Struttura di Osimo, Via Giacomo Leopardi n. 5;
  - Struttura di Senigallia "Principe di Piemonte", Via Benvenuto Cellini n. 1;
  - Ospedale di Comunità di Cingoli, Viale della Carità n. 11, relativamente alle funzioni ospedaliere ivi presenti (LD=lungodegenza cod.60);
3. Dare atto che, in esito alla qui intervenuta modificazione, si è ottemperato alla disposizioni di legge in materia e segnatamente alla DGRM 665/2015 di istituzione del ridetto Presidio Unico entro il 31.12.2015;
4. Dare altresì atto che dall'adozione della presente determinazione non deriva per l'Azienda alcun onere di spesa in quanto il presente atto ha valenza esclusivamente organizzativa;

5. Trasmettere il presente atto ai soggetti di seguito indicati: Presidenza della Regione Marche e P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione; Direzione Generale, Amministrativa e Direzione Sanitaria dell'ASUR Marche;
6. Dare atto che la presente Determinazione non è sottoposta a controllo ai sensi dell'art. 4 della L. 412/1991 e dell'art. 28 della L. 26/96, come recentemente modificata dalla L.R. 36/2013 art. 1, e che è efficace dal giorno della pubblicazione sul sito attiweb;
7. Trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i..

**U.O.C. Segreteria di Direzione  
Affari Generali**

**Il Responsabile del Procedimento  
Dott.ssa Michela Ninno**

**Il Dirigente  
Dott. Gabriele Colombo**

Il sottoscritto, in ordine alla proposta di provvedimento sopra formulata, esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo di legittimità e ne propone conseguentemente l'adozione al Direttore di Area Vasta 2.

**Il Dirigente U.O.C. Segreteria di Direzione AV2  
Dott. Gabriele Colombo**

**- ALLEGATI -**

**Nessuno**