



**IA IN CORSA, PAZIENTI IN CODA: IL PARADOSSO DIGITALE DELLA SALUTE**

**Dall'ASUR alle AST:  
3 anni dopo**

**Camerano, 17 Aprile 2026**

# ASUR Obiettivi

- Uniformità e standardizzazione delle procedure, delle prassi operative, dei servizi offerti dalle differenti ex USL
- Gestione unica e conseguenti razionalizzazioni della spesa e ottimizzazione delle risorse
- Equità d'accesso
- Integrazione territoriale

**Anni 2010-2019, la cosiddetta stagione dei tagli, nella quale furono sottratti alla sanità pubblica oltre 37 miliardi, considerato che l'aumento complessivo del fondo fu di 8,2 mld in quei 10 anni con una crescita media di 0,9% annuo, a fronte di un tasso di inflazione medio annuo dell'1.2%.**

# Atti di riorganizzazione

- Area ATL aziendale: centralizzazione delle funzioni di bilancio, controllo di gestione, servizio affari legali, provveditorato e unico dipartimento amministrativo aziendale → riduzione di più del 50% delle 116 posizioni dirigenziali preesistenti.
- Analogamente furono ridotte le direzioni dei distretti sanitari, dei dipartimenti di prevenzione, di salute mentale, delle dipendenze patologiche e dei presidi ospedalieri unici di area vasta, consentendo il rispetto dei vincoli posti dalle leggi finanziarie sul costo del personale.
- Gestione diretta rischio clinico e copertura assicurativa → risparmio di milioni di euro

# Atti di riorganizzazione

- Decreto legislativo 118/2011: parifica del bilancio regionale nel 2012
- Anticipata riorganizzazione prevista dalla bozza del cosiddetto decreto Balduzzi, già con la delibera 1696 del dicembre 2012

# Atti di riorganizzazione

Presidi ospedalieri unici di area vasta

Riduzione dei posti letto al 3,7 per mille

Riordino delle reti cliniche ospedaliere

Soppressione dei punti nascita sotto i 500 parti l'anno

Centralizzazione in Asur delle centrali operative 118

Attivazione del sistema di trasporto assistenza e sistema di trasporto emergenza neonatale

Riduzione del numero di strutture complesse e semplici



# Atti di riorganizzazione

Riconversione dei 13 piccoli ospedali in Case della salute

Istituzione dei punti di primo intervento territoriale

Adozione degli standard assistenziali della residenzialità e semi residenzialità per anziani non autosufficienti, disabili e salute mentale

Linee guida per l'organizzazione delle case della salute

Regolamentazione delle cure intermedie

Organizzazione delle cure domiciliari

Definizione della rete regionale delle cure palliative.



# Giunta Acquaroli Obiettivi

- Riequilibrio territoriale e quindi una sanità più vicina ai bisogni dei cittadini.

**La pandemia legata al Covid, tra le altre cose, evidenziò quanto fosse debole un'organizzazione basata troppo sugli ospedali e poco sulle strutture territoriali.**

**Il contesto economico si modificò, con la fine della stagione dei tagli: dal 2020 al 2022 il fondo è cresciuto complessivamente di 11,6 miliardi con una media di 3,4% annuo e, inoltre, tra Marzo 2020 e settembre 2022, furono stanziati anche 11,5 miliardi per la gestione delle emergenze Covid e per sostenere i maggiori costi energetici.**



# RIEQUILIBRIO TERRITORIALE

## ■ RETE OSPEDALIERA

non avrebbe dovuto essere oggetto di incremento sulla base delle disposizioni del decreto 70 e semmai si sarebbe dovuta completare la riorganizzazione raggiungendo i 10 Ospedali di I e II livello complessivi previsti dal richiamato decreto. La Giunta precedente aveva avviato la valutazione per la riduzione degli ospedali di I livello, quelli che hanno i DEA e tutti i servizi essenziali, con bacino di riferimento di 150-300.000 abitanti, prendendo in esame le situazioni di Pesaro-Fano, Civitanova-Macerata-Camerino, Ascoli-San Benedetto ma la nuova Giunta ha abbandonato questa strada, mantenendo 14 Ospedali di I e II livello, cui si aggiungono gli ospedali di aria disagiata già esistenti, Amandola e Pergola e aggiungendone un altro Cingoli, tutte strutture che devono avere un pronto soccorso con funzione nelle 24 ore e personale fornito dal DEA di riferimento.

# RIEQUILIBRIO TERRITORIALE

- **OSPEDALI DI COMUNITA'**

Previste 21 strutture, delle quali molte erano i piccoli ospedali già riconvertiti dalla precedente Giunta con 511 posti letto. Complessivamente 37 posti letto per 100.000 abitanti, contro uno standard di 20 posti letto, ma non è certo che ci siano le risorse umane per poterli rendere effettivamente utilizzabili.

Distribuzione dei posti letto incongrua: nella AST di Ascoli Piceno abbiamo 18 posti letto per 100.000 abitanti e nella AST di Macerata 58,3 per 100.000. Il distretto di Jesi ha solo 15,5 posti letto per 100.000 abitanti, quello di Urbino 91,2 per 100.000 abitanti, quello di Camerino 93,3.

Quindi un'occasione per una redistribuzione, un riequilibrio territoriale che poteva essere data anche dai finanziamenti del PNRR, non è stata al momento del tutto sfruttata.

# RIEQUILIBRIO TERRITORIALE

## ■ CASE DI COMUNITA'

Programmazione poco comprensibile: un primo atto, la DGR 114 del 2022 ne individuava 29 senza alcun equilibrio territoriale, tanto che con la delibera 403/2025 sono state aggiunte altre 11 case della Comunità, tenendo conto che nella precedente città significative come Urbino, Senigallia, Osimo, Fermo, non erano stati individuate. E, inoltre, con la delibera 1281/2025 ne sono state aggiunte altre 7, alcune comprensibili per inserire una struttura a Fano fino ad allora dimenticata, altre con una logica meno comprensibile.

Complessivamente ora sono previste 47 Case della Comunità, di cui 36 hub e 11 spoke. Le 36 hub sono circa una ogni 42.000 abitanti, nel rispetto della programmazione che ne prevede 1 tra 40 e 50.000 (anche se nel distretto di Civitanova Marche, serve 62.000 abitanti, mentre nel distretto di Fermo 29.000 abitanti). Le spoke, che non hanno un bacino di riferimento, sono distribuite con criteri non comprensibili, come 5 nella AST di Ancona e 1 nella AST di Macerata, ad esempio.

# RIEQUILIBRIO TERRITORIALE

Ancora non ci sono atti che riguardano la parte più numerosa e significativa delle strutture residenziali, **RSA e RESIDENZE PROTETTE**, storicamente tuttora distribuite in modo fortemente disomogeneo sul territorio regionale e fortemente deficitarie.

Il Gruppo Solidarietà qualche mese fa ha pubblicato dati regionali complessivi di persone in lista d'attesa di 7.650, 1015 nella RSA, 6635 nelle residenze protette e tra queste 1.668 per demenze.

Anche le altre funzioni previste dalle PNRR, le **CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI**, le **quote di INFERMIERI DI FAMIGLIA DI COMUNITA'**, la **TELEMEDICINA** hanno avuto uno sviluppo molto debole e tutto questo continua a scaricare i problemi dei cittadini sul pronto soccorso che continua ad essere il punto debole di tutto il sistema

# FATTORE DECISIVO

Il personale è il vero punto di svolta. In senso positivo o negativo per la realizzazione di qualsiasi riforma.

# CONDIZIONI DI LAVORO

- Una programmazione errata negli accessi alla facoltà e alle scuole di specializzazione che non ha tenuto conto di quanto Anaaò diceva sulla gobba pensionistica e quindi abbiamo avuto una carenza di specialisti e ora ci stiamo avviando con delle riforme, anche queste non lungimiranti, ad avere tra breve una pleora medica, che tuttavia non risolverà la carenza specialistica soprattutto nelle specialità che sono più a rischio.
- Un aumento dei carichi di lavoro legato anche all'invecchiamento della popolazione con la presenza di multiple patologie croniche
- Una mancata integrazione ospedale territorio che sovraccarica in modo improprio gli ospedali di attività che dovrebbero essere svolte in altri setting assistenziali
- Un aumento del contenzioso legale che seppure si risolve nella stragrande maggioranza dei casi con l'assoluzione dei sanitari provoca in essi un quadro morboso definito di seconda vittima

# Terza Survey sulle problematiche connesse alle condizioni di lavoro tra i medici operanti nella sanità pubblica ANAAO, Novembre 2023.

- L'87% dei medici coinvolti nel sondaggio ha dichiarato di non riuscire ad avere una vita personale soddisfacente
- Il 96,5% reputa di essere sottoposto a un eccessivo carico lavorativo.
- Il 72% ha pensato di lasciare l'attuale posto di lavoro nel servizio sanitario per andare all'estero, passare alla medicina generale, andare a lavorare nel privato

# LA SVOLTA

- ❖ Abbattere il tetto alla spesa del personale
- ❖ Introdurre una flessibilità oraria per i giovani genitori anche riducendo i giorni settimanali lavorati da 6 a 5
- ❖ Ridurre il numero di notti, festivi lavorati, pronte disponibilità attive e passive
- ❖ Limitare la procedibilità in ambito penale per danni alle persone derivanti dal lavoro medico e sanitario con conseguente abbattimento degli esorbitanti costi della medicina difensiva, corrispondente a miliardi di euro/anno, e conseguentemente ridurre le liste di attesa per esami non prettamente indispensabili

# LA SVOLTA

- ❖ Riformare la medicina territoriale per ridurre la pressione sui Pronto Soccorso dei codici a bassa priorità e favorire una rapida presa in carico dei pazienti dimissibili dagli ospedali
- ❖ Riformare la governance delle aziende sanitarie per riportare i medici, e non chi governa il sistema, a decidere sulle necessità del malato
- ❖ Prevedere un benefit previdenziale ed economico per le specializzazioni più faticose, quali il pronto soccorso e la rianimazione.

# LA SVOLTA

- ❖ Finanziare, secondo le indicazioni della FEMS, programmi nazionali di sorveglianza sanitaria e supporto psicologico per il personale sanitario, soprattutto in vista dei dati MeND “monitoring and reporting of health-worker well-being”, che mostrano l’allarme sulla salute mentale negli operatori
- ❖ Predisporre strutture aziendali di monitoraggio del benessere del personale, come quelli illustrati nel convegno recente organizzato presso la FNOM di Roma sul «Professionista sanitario la seconda vittima all’interno del contenzioso» con l’utilizzo di metodiche raccomandate dall’OMS come l’EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

# LA SVOLTA

Benessere degli operatori e sicurezza del  
paziente

due facce della stessa medaglia

