

**Claudio M. Maffei**, Già direttore sanitario INRCA, Ancona.

## **Guida alla lettura e interpretazione dell'Accordo di Programma per il nuovo Ospedale di Pesaro e del Programma di edilizia ospedaliera della Regione Marche**

### **Introduzione**

In questo documento verranno illustrati tutti i motivi per [cui l'Accordo di Programma sul nuovo ospedale di Pesaro](#) tra la Regione Marche e il Ministero della Salute di concerto con il Ministero della Economia e delle Finanze recentemente oggetto di [una Intesa Stato-Regioni](#) andrebbe considerato così com'è non valido o comunque da rivedere. Questa affermazione verrà dimostrata partendo dall'Articolo 7 (Indicatori) dell'Accordo di Programma che riporta questi due punti:

- la Regione Marche ha richiamato nell'allegato documento programmatico un sistema di indicatori per valutare l'impatto degli investimenti nel settore ospedaliero ed extra ospedaliero, in riferimento alla dotazione di posti letto, al tasso di utilizzo della capacità ricettiva, al riequilibrio fra ospedale e territorio ai fini della riduzione dei ricoveri impropri, in coerenza con gli standard nazionali previsti dalla normativa vigente;
- la Regione ha individuato gli strumenti di valutazione, rispetto agli obiettivi specifici, dell'efficacia, dell'appropriatezza e della congruità economica dell'intervento.

Si dimostrerà in modo dettagliato che:

- i contenuti dell'Accordo come tutta la programmazione regionale non rispettano uno dei punti di riferimento normativi fondamentali, e cioè il [Decreto Ministeriale \(DM\) 70 del 2015](#);
- l'accordo richiama un sistema di indicatori e un sistema di valutazione che dovevano essere presenti nel Documento programmatico della Regione Marche che invece questo non riporta;
- molti dati contenuti nel Documento programmatico della Regione Marche sono fuorvianti, carenti o sbagliati.

Per rendere più comprensiva l'analisi dell'Accordo di programma in questione, l'importanza del suo impatto e il significato più generale che esso assume nel quadro delle attualità criticità del Servizio Sanitario Nazionale, si fornirà una analisi del contesto in cui si iscrive. Questa analisi sarà utile per capire la "follia" della politica sanitaria della Regione Marche, così come è (mal)governata oggi. In allegato si riporteranno le motivazioni per cui il DM 70 del 2015 va considerato un vincolo normativo.

### **Il ruolo del programma di edilizia sanitaria e ospedaliera della Regione Marche nella campagna elettorale delle prossime regionali**

Tra qualche mese si terranno in 6 Regioni italiane le elezioni e questa [volta tocca alla Regione Marche essere definita in nuovo Ohio d'Italia](#) e cioè la Regione "vissuta come un bivio del destino". Il riferimento, notissimo, è allo Stato che fu fatale nel 2000 ad Al Gore contro Bush Jr. L'anno scorso toccò all'Abruzzo essere assimilato all'Ohio visto che in questa Regione il PD, dopo la vittoria in Sardegna, confidava nella "spallata". Le elezioni regionali nelle Marche precederanno quelle che si terranno in Campania, Puglia, Toscana (attualmente governate dal centrosinistra) e

Veneto (governato dal centrodestra). Le elezioni regionali delle Marche hanno un elevato valore simbolico, visto che questa fu la prima Regione “strappata” nel 2020 al centrosinistra da una coalizione di centrodestra a trazione (come si dice) Fratelli d’Italia. Non è certo un caso che Giorgia Meloni abbia cominciato proprio nelle Marche la sua campagna elettorale vincente del 2022.

La gestione della sanità regionale delle Marche da parte del centrodestra è stata inadeguata, come si dimostrerà più avanti, e la carta che questa coalizione sta cercando di giocare in occasione delle elezioni è quella dei cantieri ospedalieri (per lo più solo aperti) distribuiti in tutte le Province. Di questa rilevanza elettorale del programma di edilizia ospedaliera è testimonianza un Comunicato stampa del 28 maggio dal titolo “[Sanità: PNRR: interventi strutturali e grandi apparecchiature. Il Punto](#)” in cui si fornisce un elenco degli interventi sugli ospedali per un totale di 1,15 miliardi di euro (tra quelli già spesi e quelli ancora da spendere e in alcuni casi da trovare) che non hanno la copertura di una programmazione ospedaliera coerente con le norme (il DM 70 del 2015) e una valutazione di sostenibilità che tenga conto dell’insieme dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che la Regione deve garantire.

E’ anche in questo contesto che va visto l’Accordo di Programma del nuovo Ospedale di Pesaro.

### **Il DM 70 e la valutazione e verifica centrale degli investimenti in edilizia sanitaria e ospedaliera**

Poche tematiche rilevanti all’interno del SSN appaiono così incomprensibilmente governate come i programmi di edilizia sanitaria. In un mondo normale i programmi di edilizia sanitaria delle dovrebbero essere preceduti da atti programmatori coerenti con le norme e basati su una lettura dei dati sulla offerta di servizi in rapporto ai bisogni della popolazione. Nel caso della edilizia ospedaliera si pone in modo particolarmente urgente visto che una programmazione sbagliata viene pagata per decenni dalla popolazione. In linea teorica se guardiamo [la pagina dedicata al Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della Salute](#) tutto è abbastanza semplice e lineare. Vi si dice infatti che il Nucleo fornisce supporto tecnico su piani e programmi: a) analisi sulla fattibilità dell’investimento evidenziandone criticità ed opportunità; b) valutazione ex ante di progetti e programmi di investimento e c) verifica e monitoraggio degli interventi approvati e valutazione in itinere dei progetti e programmi di investimento.

Il Nucleo inoltre, si legge sempre nel sito del Ministero, esprime pareri obbligatori su temi quali: a) il programma di interventi da sottoporre all’esame della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per l’acquisizione della relativa Intesa. Dovrà verificare che i contenuti dei Programmi siano coerenti con gli atti di programmazione regionali adottati o da adottare per la riorganizzazione di servizi ospedalieri, in attuazione del D.M. 2 aprile 2015, n. 70, territoriali e con le altre norme vigenti in materia e b) gli interventi di realizzazione di nuovi ospedali e progetti di ristrutturazione ivi compresi quelli realizzati mediante capitali privati (PPP).

Purtroppo, come vedremo, niente di tutto questo è stato fatto nel caso dell’Accordo di programma per il nuovo Ospedale di Pesaro e, più in generale, nella programmazione edilizia della Regione Marche.

### **Storia del progetto del nuovo ospedale di Pesaro**

La analisi dell’Accordo sul nuovo Ospedale di Pesaro deve partire dalla ricostruzione della storia di questo progetto e da una analisi del contesto in cui la sua approvazione si inserisce. La storia del

progetto nasce in occasione delle elezioni regionali nelle Marche del 2020. A queste elezioni uno dei punti cardine del programma elettorale del centrodestra (che poi vincerà le elezioni inaugurando una nuova stagione politica in una Regione governata storicamente dal centrosinistra) fu rappresentato dalla lotta ai cosiddetti “ospedali unici provinciali”, una abile invenzione propagandistica di questa coalizione. Negli anni successivi alla spending review le Giunte di centrosinistra prima riconvertirono nel 2013 come da Decreto Balduzzi buona parte dei piccoli ospedali residui (13 su 15) e poi a seguito della approvazione del DM 70 avviarono per allinearsi a questo tre progetti di integrazione strutturale di tre coppie di ospedali con un Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) molto ravvicinati tra loro e cioè i due ospedali dell’allora Azienda Ospedaliera Marche Nord di Pesaro (con due sedi) e Fano, i due ospedali di Macerata e Civitanova Marche e i due ospedali di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto. La scelta di procedere con questi tre progetti da parte della Giunta di centrosinistra allora al governo della Regione nasceva oltre che da una intenzione di applicare il DM 70, anche da una scelta di investire le risorse recuperate sui servizi territoriali storicamente penalizzati dalla frammentazione della rete ospedaliera che aveva 13 ospedali con DEA (e relative discipline con copertura attiva delle 24 ore tra cui il Pronto Soccorso con la Medicina d’Urgenza, la Cardiologia con la Unità di Terapia Intensiva Coronarica e la Terapia Intensiva). I tre nuovi ospedali non avrebbero soppresso gli altri ospedali delle tre Province interessate (Pesaro e Urbino, Macerata e Ascoli Piceno), ma il continuo richiamo nel definirli alla dizione “ospedali provinciali” fece presa nell’elettorato cui il centrodestra in campagna elettorale promise la riapertura dei piccoli ospedali riconvertiti e la cancellazione dei progetti dei tre nuovi ospedali presunti “unici provinciali”. Di questi tre progetti il più avanzato era proprio quello dell’ospedale Pesaro-Fano che al momento delle elezioni stava per essere oggetto di un Accordo di programma simile a quello di recente approvato, Accordo reso necessario dall’utilizzo di fondi cosiddetti ex art. 20.

### **Il progetto dell’Ospedale di Pesaro e la struttura della rete ospedaliera della Regione Marche alla luce del DM 70**

La scelta di cancellare questi progetti e di far tornare l’orologio della sanità pubblica marchigiana a prima del DM 70 del 2015 venne formalizzata con il [Piano Socio Sanitario 2023-2025](#) (d’ora in poi PSSR) che mentre dichiarava di voler applicare il DM 70 citandolo a più riprese di fatto se ne allontanava clamorosamente, prevedendo molti più ospedali con DEA (13 destinati a diventare 14) di quelli massimi prevedibili in applicazione del DM 70 e prevedendo vistose deviazioni da questo per le due piccole strutture di Pergola e Cingoli, feudo elettorale rispettivamente dell’Assessore ai Lavori Pubblici Francesco Baldelli, per due mandati Sindaco di Pergola dal 2009 al 2019, e dell’Assessore alla Salute Filippo Saltamartini, per due mandati Sindaco di Cingoli. Sempre nel periodo 2009-2019.

Il modo in cui la Giunta ha mascherato nel PSSR, e poi nell’Accordo di Programma del nuovo Ospedale di Pesaro, il clamoroso scostamento dal DM 70 per il numero di ospedali con DEA è stato quello di nascondere il numero reale di ospedali con un proprio DEA calcolandone uno per ciascuno dei 5 Presidi Ospedalieri amministrativamente unificati di ciascuna delle cinque Aziende Sanitarie Territoriali (AST, ciascuna corrispondente ad un territorio provinciale). Il Presidio Ospedaliero Unificato è una sorta di stratagemma per far apparire nelle statistiche gli ospedali meno di quelli che sono. Prendiamo il Presidio Ospedaliero della AST di Pesaro e Urbino che ricomprende quattro stabilimenti ospedalieri strutturalmente e organizzativamente distinti di cui tre con un DEA di primo livello (Pesaro, Fano e Urbino) e uno assimilato ad un ospedale di base di area disagiata (Pergola). Se si annulla l’effetto di questo stratagemma gli ospedali veri delle 5 AST da 5 diventano 16 con 12

che dispongono di un proprio DEA. Il numero degli ospedali con DEA sale a 13 se si tiene conto della Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche con sede ad Ancona e dotata di un DEA di secondo livello. Con il suo milione e mezzo di abitanti alle Marche da DM 70 “spetterebbero” al massimo 10 ospedali con DEA di cui 1 con DEA di secondo livello. A riprova di quanto ricostruito nell’Annuario Statistico del Servizio Sanitario (vedi [quello del 2022](#)) nelle AST delle Marche risultano solo 5 ospedali, contro i 16 reali, mentre se si va nel portale statistico della Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) si scopre nella [pagina dedicata al monitoraggio delle reti tempo dipendenti](#) che nelle Marche ci sono tredici ospedali con un DEA (Urbino, Fano, Pesaro, Senigallia, Jesi, Fabriano, Civitanova Marche, Macerata, Camerino, Fermo, San Benedetto del Tronto e Ascoli Piceno con un DEA di primo livello e l’Azienda Ospedaliero-Universitaria con un DEA di secondo livello).

Contestualmente alla decisione di tornare indietro rispetto ai tre nuovi ospedali Pesaro-Fano, Macerata-Civitanova Marche e Ascoli Piceno-San Benedetto del Tronto, la nuova Giunta con il PSSR e con il suo [Masterplan di edilizia sanitaria del febbraio 2022](#) ha previsto altri due nuovi ospedali con DEA di primo livello (quelli di Macerata e San Benedetto del Tronto) e 6 nuove palazzine per il DEA di altrettanti ospedali (oltre a quella già citata dell’Ospedale di Fano sono previste quelle degli ospedali di Urbino, Senigallia, Fabriano, Civitanova Marche e Ascoli Piceno). Se si aggiungono i DEA che vengono mantenuti degli ospedali di Jesi, Camerino e della Azienda Ospedaliero-Universitaria e dell’Ospedale di Fermo (contenuto nel nuovo ospedale in costruzione e in via di completamento) ritorniamo ai 13 Ospedali con DEA. A questi va aggiunto il DEA attualmente non esistente previsto nel nuovo Ospedale dell’INRCCS INRCA in costruzione a sud di Ancona. Arriviamo così nelle Marche a 14 ospedali con DEA a fronte dei 10 da DM 70. Di questi 14 la maggioranza, e cioè 11, è oggetto di interventi edilizi in corso o di progetti edilizi già approvati in un diverso stadio di avanzamento. Tradotto in pratica il programma di edilizia sanitaria della Regione Marche renderà per decenni la rete degli ospedali pubblici delle Marche disallineata rispetto al DM 70.

E’ interessante notare che non è stata fatta alcuna analisi trasparente che consenta di capire perché sono stati previsti proprio quei tre nuovi ospedali e perché proprio in quei 6 ospedali si sia scelto di fare proprio una palazzina col DEA visto che una palazzina staccata pone più problemi di quanti non ne risolva.

Per quanto riguarda le strutture (ospedaliere e non) di area disagiata il PSSR e il Masterplan di Edilizia Sanitaria prevedono tre altre grossolane forzature rispetto alle indicazioni del DM 70:

- un piccolo ospedale già riconvertito nel 2013 a ospedale di comunità, quello di Cingoli, viene riconosciuto di area disagiata nonostante non ne posseda il fondamentale requisito della distanza di almeno 60 minuti dall’Ospedale con Pronto Soccorso più vicino (quello di Jesi dista 30 minuti);
- nell’ospedale di area disagiata di Pergola viene previsto un intervento di adeguamento per 38 milioni di euro (fondi europei) comprensivo di due nuove sale operatorie aggiuntive per effettuazione di interventi di chirurgia complessa e un reparto di 20 posti letto ordinari di chirurgia generale, quando in base al DM 70 questo tipo di chirurgia e questo tipo di reparto a Pergola non ci possono stare;
- per tre ospedali di comunità che gravitano nell’orbita elettorale dell’Assessore Baldelli il PSSR si inventa la dizione di ospedale di comunità di area disagiata e si prevede (in disallineamento col DM 77 del 2022 oltre che col DM 70) una funzione non meglio precisata nel sistema dell’emergenza-urgenza da gestire con personale specialista.

Detto tutto questo quanto disposto dal PSSR e poi recepito nel Masterplan di edilizia sanitaria in grave difformità dal DM 70 (DEA in più, ospedali di area disagiata inventati o “truccati”, ospedali di comunità “truccati” perché trasformati nella invenzione degli ospedali di comunità di area disagiata) in termini di struttura della rete ospedaliera pubblica e privata della Regione Marche non ha mai avuto un atto deliberativo regionale di adozione e implementazione del Piano di riorganizzazione della rete di assistenza ospedaliera ai fini dell’adeguamento degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi di cui al DM 70/2015 né ha mai avuto una verifica esterna da parte del [Tavolo per il monitoraggio dell’attuazione del DM 70/2015](#) . E di conseguenza nessuna valutazione al riguardo risulta essere stata fatta dal Nucleo di Valutazione e Verifica degli investimenti pubblici del Ministero della Salute nell’istruttoria dell’Accordo di programma per il nuovo ospedale di Pesaro.

### **Sostenibilità del progetto di Pesaro e del programma di edilizia ospedaliera della Regione Marche in rapporto alla situazione attuale della sanità delle Marche e delle scelte fatte nel Piano Socio-Sanitario 2023-2025**

Come già ricordato nella introduzione l’Accordo di programma all’articolo 7 ha preso atto che la Regione Marche avrebbe riportato nel documento programmatico: a) un sistema di indicatori per valutare l’impatto degli investimenti nel settore ospedaliero ed extra ospedaliero e al riequilibrio fra ospedale e territorio in coerenza con gli standard nazionali previsti dalla normativa vigente e b) gli strumenti di valutazione della congruità economica dell’intervento.

In realtà il documento programmatico non riporta niente di tutto questo. Si tratta di un documento corposo in cui si parla di tutto, tranne che di quello che serve per valutare l’impatto del progetto del nuovo ospedale di Pesaro. Il tema della (in)coerenza con il DM 70 è già stato abbondantemente trattato ed ecco allora una sintesi di alcune delle informazioni che sarebbero servite:

- la ipertrofia e dispersione degli ospedali pubblici delle Marche (quelli privati sono per ora residuali, ma ci si tornerà più avanti) si è tradotta in una penalizzazione evidente dei servizi territoriali quali (per ognuno riporto un link per approfondimento) [quelli della salute mentale](#), quelli (leggere [qui](#)) rivolti ai minori che necessitano di valutazione per difficoltà di apprendimento o disabilità, agli anziani non autosufficienti e con demenza e agli adulti con disabilità, [quelli relativi alle cure palliative](#), i [consultori](#) e [l’assistenza domiciliare](#);
- per quanto riguarda le strutture e i servizi previsti dal PNRR la introduzione dell’infermiere di famiglia e di comunità si può dire non ancora iniziata, mentre Case della Comunità e Ospedali di Comunità [sono nella stragrande maggioranza dei casi scatole vuote](#) destinate a rimanere vuote;
- la assistenza ospedaliera soffre in termini organizzativi per la necessità di ricorrere per la copertura dei turni medici in aree strategiche come i Pronto Soccorso, i Punti Nascita e le Anestesi e Rianimazioni a medici libero-professionisti, ai medici delle cooperative e ai turni aggiuntivi del personale dipendente (tutte soluzioni ad alto costo e bassa resa perché impediscono il funzionamento di equipe stabili). Del resto molti dei posti disponibili alle Scuole di Specializzazione in Medicina d’Emergenza-Urgenza e Anestesia e Rianimazione della Università Politecnica delle Marche rimangono vacanti (circa i tre quarti per la prima e la metà per la seconda);

- molti ospedali per i problemi di personale conseguenti in parte alla frammentazione delle strutture non riescono a far lavorare a regime sia i blocchi operatori, che i reparti e i servizi diagnostici dotati di macchine “pesanti”;
- il PSSR prevede un funzionamento a regime di tutti i servizi della Regione sia ospedalieri che territoriali pur essendo evidente che senza procedere a razionalizzazioni della offerta e a riconversioni delle attività non c’è spazio per questa messa a regime.

Tutte queste criticità non trovano spazio nel Documento programmatico che si limita nel capitolo dedicato alla sostenibilità ad affermare che “L’intervento previsto non comporta sostanziali modifiche nella dimensione e nella composizione del personale presente, poiché le grandi opere di costruzione relative al nuovo ospedale vanno a sostituire strutture attualmente esistenti ed operanti, il cui personale troverà collocazione all’interno della nuova realtà. Il progetto prevede la riunificazione degli attuali due plessi dell’Ospedale di Pesaro (San Salvatore e Muraglia) in un’unica struttura con evidenti ottimizzazioni sia in termini di gestione del personale sia di logistica. “ Non c’è un solo dato a supporto a questa affermazione (fra l’altro il progetto prevede più posti letto di quelli attuali) né c’è un solo passaggio sulla integrazione funzionale con il vicino Ospedale di Fano, cui viene mantenuto ed anzi adeguato con una nuova struttura il DEA.

### **Sostenibilità del programma complessivo di edilizia sanitaria della Regione**

Nel [Comunicato stampa già citato](#) la Regione Marche ha descritto come segue il suo programma di edilizia sanitaria in corso (i dati vengono presi per buoni senza verifica). Cominciamo dalle strutture territoriali:

- 29 Case di Comunità, dotate di un finanziamento totale di 58.426.289 €, distribuite sul territorio regionale: risultano attualmente avviati e in corso 24 cantieri;
- 9 ospedali di comunità per un finanziamento totale di 28.300.187: risultano avviati tutti e 9 i cantieri;
- l’Ospedale di Comunità di Tolentino, 29 milioni, e la struttura di San Ginesio, 7,4 milioni, strutture da ricostruire dopo il sisma;
- l’ospedale di Comunità di Cagli con un investimento da 14 milioni, a cui si aggiungono 4 milioni per la ristrutturazione dell’ex struttura “Celli”.

Ed ecco la parte relativa alle strutture ospedaliere:

- a Campiglione di Fermo è in fase di ultimazione il nuovo ospedale di Fermo del valore di 159 milioni di euro;
- è in fase di completamento il nuovo ospedale INRCA (un IRCSS) di Camerano con un investimento complessivo di oltre 186 milioni di euro, a cui si sommano 15,3 milioni per le opere viarie connesse;
- sono state avviate le procedure per la realizzazione dei nuovi ospedali di Pesaro, 204 milioni di euro, Macerata, 185 milioni, e San Benedetto del Tronto, 172 milioni (parte di queste risorse vanno ancora trovate);
- a Torrette di Ancona è in costruzione il nuovo ospedale pediatrico Salesi, per un investimento di 84 milioni;
- si sta intervenendo in modo capillare sulla realizzazione dei nuovi Poli di emergenza e urgenza, per un totale complessivo di 151,15 milioni di euro, a Urbino, Senigallia e Fabriano,

Fano, Pergola e Civitanova Marche (qui c'è un errore perché manca la palazzina per il DEA dell'Ospedale di Ascoli Piceno, mentre Pergola ha un progetto "suo" di cui si è già parlato).

Di questi interventi tre erano già stati decisi dalle precedenti Giunte: Fermo, Salesi ed INRCA.

Mancano nel comunicato della Regione altri interventi quali:

- [l'hospice pediatrico](#) a Fano per un importo stimato di 7 milioni di euro;
- intervento per la manutenzione straordinaria dell'Ospedale di Cingoli;
- in un suo atto la Regione Marche ha individuato 6 nuove Case della Comunità attualmente non esistenti (fonte: [Franco Pesaresi](#)).

Questo enorme programma edilizio (del valore ben oltre il miliardo di euro tra le opere in via di conclusione, quelle avviate e quelle ancora da avviare in una fase solo progettuale) avrà i seguenti effetti:

- la necessità di trovare importanti risorse aggiuntive perché i costi iniziali previsti degli interventi aumenteranno molto come insegna la storia di tutti i progetti di edilizia sanitaria (è stato ad esempio stimato da [Franco Pesaresi](#) che i costi delle 29 Case della comunità finanziate dal PNRR siano già aumentati del 20%);
- un lungo periodo di anni (i cantieri durano di regola il doppio di quanto inizialmente previsto) in cui si dovrà garantire la manutenzione delle vecchie strutture e la costruzione delle nuove con una infinità di cantieri aperti;
- la sicura sottoutilizzazione delle nuove strutture visto che in assenza di un qualunque intervento di razionalizzazione non ci sarà mai il personale per coprire un aumento sconsiderato della offerta, visto che già oggi a titolo di esempio c'è una carenza di migliaia di infermieri;
- il continuo disinvestimento dalle attività territoriali comprese quelle nei confronti dei soggetti fragili (a partire dalla salute mentale a tutte le età e dalle condizioni neurologiche croniche come la demenza) perché il personale verrà succhiato dagli ospedali.

### **Ultime considerazioni**

L'Accordo di programma relativo al progetto del nuovo Ospedale di Pesaro è stato approvato dai Ministeri della Salute e della Economia e delle Finanze andando contro le regole (il DM 70) e contro qualunque analisi di compatibilità. E' probabile che il Documento programmatico della Regione Marche nessuno o abbia veramente letto, tanto quel che contava politicamente era la sua approvazione. Per il resto poco importa se c'erano sfrondoni o si mascheravano i dati: chi a Roma, per fare un esempio, poteva accorgersi che nel progetto del nuovo Ospedale di Pesaro c'è l'area per la Procreazione Medicalmente Assistita che nel frattempo è tornata ad Ancona o che si prevede la stroke unit con la neurologia che invece sta a Fano?

Fra l'altro il nuovo ospedale di Pesaro, come gli altri ospedali pubblici della Provincia, quando sarà completato si confronterà col fatto che nel frattempo l'offerta privata verrà fortemente aumentata quando aprirà a Villa Fastiggi [la nuova struttura con 80 posti letto di alta specialità del gruppo Villa Maria Cecilia](#) e quando Villa Montefeltro a Sassocorvaro chiederà di rendere operativi tutti i 40 posti letto autorizzati.

La chiave di lettura della impostazione della politica sanitaria di questa Giunta la dà il fatto che per fare posto alla nuova struttura si sono sloggiate la palazzina per la formazione in cui operava il Corso di Laurea per Infermieri spostato in una sede indegna e si sloggeranno o si sono già sloggiati i servizi che là insistevano e che si occupavano di salute mentale e anziani. Del resto una Regione che butta letteralmente più un miliardo per la moltiplicazione degli ospedali sta costringendo gli anziani non autosufficienti e le loro famiglie a confrontarsi con una offerta residenziale di clamorosa inadeguatezza come segnalato proprio questi giorni ancora una volta sia dal [Gruppo Solidarietà](#) che da [Franco Pesaresi](#).

La Regione che butta centinaia di milioni in ospedali che non saranno in grado di funzionare è la stessa che non mette un euro per finanziare il Fondo Solidarietà, come ricostruito dal [Gruppo Solidarietà](#). Si tratta di un fondo nato nel 2017 a sostegno dei maggiori oneri sociali a carico di utenti/Comuni nelle residenze sociosanitarie per persone con disabilità e disturbi psichici.

La programmazione ospedaliera e di edilizia ospedaliera della Regione Marche è illegittima e graverà in modo insopportabile per molti anni sui cittadini marchigiani a meno che non venga bloccata. Io ho cercato di fornire tutti gli elementi per rendersene conto.

---

## Allegato

### **Perché il Decreto Ministeriale 70 del 2015 va considerato un vincolo normativo e non un semplice “consiglio” per le Regioni**

Dal momento che una delle criticità di fondo dell'Accordo di Programma del nuovo Ospedale di Pesaro e una parte integrante della storia in cui il relativo progetto di inserisce è rappresentato dal Decreto Ministeriale 70 del 2015, occorre preliminarmente cercare di chiarire se esso debba costituire un vincolo alla programmazione ospedaliera regionale oppure le Regioni ne possano tenere conto in tutto o in parte a seconda delle valutazioni autonome delle rispettive Giunte. Qui di affronterò la questione non “in punta di giurisprudenza”, ma cercando di orientarsi tra i vari atti e strumenti regolamentari attualmente vigenti e operanti nel SSN.

Dal punto di vista giurisprudenziale mi limito a rimandare ad [un articolo molto interessante di qualche anno fa](#) alla cui lettura rimando, un articolo che fa pensare che il DM 70 esiste e continua ad essere “valido” anche per la Corte Costituzionale che a seguito di un ricorso di una Provincia autonoma circa la obbligatorietà del rispetto degli standard relativi al numero dei posti letto avrebbe con una sua sentenza secondo l'Autore che “le Province autonome sono formalmente *esentate dall'obbligo di riduzione dei posti letto in base ai parametri stabiliti dal legislatore nel d.l. 95/2012* e tuttavia sono contestualmente obbligate all'applicazione degli altri standard relativi all'assistenza ospedaliera che risultano strettamente intrecciati con i primi ai sensi del d.m. 70/2015.”

Nel ragionare sulla validità del DM 70 in termini “formali” occorre ricordarsi della sua validità in termini “sostanziali”. DM 70 nasce come impostazione ai tempi della spending review e fornisce dei riferimenti per la razionalizzazione del macrolivello LEA della assistenza ospedaliera come prerequisito per un contestuale sviluppo degli altri due macrolivelli: prevenzione collettiva e sanità pubblica e assistenza distrettuale. Anche se spesso il DM 70 viene considerato uno strumento della politica dei cosiddetti tagli lineari, esso rappresentava (o meglio voleva rappresentare) uno strumento per riorientare la programmazione dei servizi e quindi l'utilizzo delle risorse nella

direzione della razionalizzazione e qualificazione della rete ospedaliera come premessa del potenziamento e qualificazione dei servizi territoriali. La razionalizzazione delle reti ospedaliere regionali doveva passare attraverso interventi strutturali come la riduzione del numero dei posti letto e la lotta alla frammentazione delle strutture sia attraverso la riconversione dei piccoli ospedali che la riduzione del numero di strutture per acuti che duplicavano nella stessa area le stesse funzioni. La qualificazione doveva passare (e in effetti almeno in parte è passata) attraverso lo strumento delle reti cliniche, pure introdotto dal DM 70.

Il DM 70 era in sostanza lo strumento (perfettibile ovviamente) per rendere più equilibrato il rapporto tra sanità ospedaliera e sanità territoriale, a favore ovviamente di quest'ultima. Ciò era indispensabile per andar dietro sia alla evoluzione dei bisogni sempre più concentrati nell'area della cronicità che alla evoluzione di un sistema sanitario come quello italiano sempre più caratterizzato dalla ridotta disponibilità di risorse, come è ancora oggi e come sarà per ancora quanti anni. Il DM 70 vissuto dai più come strumento di una sanità nemica dei cittadini, nasceva proprio per difendere i più deboli a cui la risposta più importante viene proprio dai servizi territoriali (si pensi ad esempio all'area della salute mentale a tutte le età). Lo stesso tema della carenza dei posti letto (resa ancora più urgente dal fenomeno del *boarding* in Pronto Soccorso) va letta non come sottodimensionamento della assistenza ospedaliera, ma come sottodimensionamento di quella territoriale, come dimostrato dalla [recente indagine della Fadoi](#), la Federazione dei medici internisti ospedalieri, su 216 unità operative sparse in tutte le regioni italiane in occasione del 30° Congresso Nazionale in corso a Torino. Se da una parte il 58% dei reparti aveva un tasso di occupazione dei posti letto oltre il 100%, mediamente un ricovero su quattro potrebbe essere evitato con una rete di assistenza territoriale più adeguata. Nel 32,87% dei reparti i letti che si sarebbero potuti liberare sono tra il 10 e il 20% del totale, nel 37% dei casi tra il 21 e il 30%, mentre nel 18,98% dei reparti si sarebbero potuti evitare tra il 31 e il 40% dei ricoveri con una migliore presa in carico dei pazienti a livello territoriale.

Se si tiene presente questa dimensione del DM 70 viene più semplice capire perché il monitoraggio della applicazione del DM 70 sia stato inizialmente previsto in più sedi, mentre è più difficile capire perché poi di questo monitoraggio si siano perse le tracce.

Innanzitutto la verifica della adozione e il monitoraggio della implementazione del DM 70/2015 è da anni inserito nel questionario ministeriale per il monitoraggio dei LEA. Nell'ultimo, [quello del 2022](#), sono previsti i due seguenti punti:

- F.2.1 Verifica dell'adozione del Piano di riorganizzazione della rete di assistenza ospedaliera ai fini dell'adeguamento degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi di cui al DM 70/2015. La verifica è a cura del Ministero della salute secondo le modalità riportate nelle Note di compilazione;
- F.2.2 Monitoraggio, ai soli fini informativi, dello stato di implementazione del Piano di riorganizzazione della rete di assistenza ospedaliera ai fini dell'adeguamento degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi di cui al DM 70/2015. Il monitoraggio è a cura del Ministero della salute secondo le modalità riportate nelle Note di compilazione.

Nelle note di compilazione si trova che:

- F.2.1 La verifica dell'adozione del Piano di riorganizzazione della rete di assistenza ospedaliera ai fini dell'adeguamento degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e

quantitativi di cui al DM 70/2015 è a cura del Ministero della Salute. Le regioni che non hanno ancora adottato il Piano di riorganizzazione della rete di assistenza ospedaliera ai fini dell'adeguamento degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi di cui al DM 70/2015, non accedono alla valutazione;

- F.2.2 Il monitoraggio dello stato di implementazione della rete ospedaliera è a cura del Tavolo tecnico di cui al Decreto 2 aprile 2015, n. 70.

La pagina del Ministero della Salute da cui è stato tratto il questionario è aggiornata al 14 gennaio 2025.

Fa riferimento al DM 70 anche la metodologia per il calcolo del fabbisogno del personale messa a punto dall'Agenas e approvata dalla [Conferenza Stato-Regioni](#). Vi legge infatti che la "metodologia è stata sviluppata in coerenza con la riorganizzazione della rete ospedaliera di cui al DM 2 aprile 2015, n. 70 recante il "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

Purtroppo, dopo che per alcuni anni l'attenzione al DM 70 da parte delle Regioni e degli organi centrali è stata alta, con la pandemia l'attenzione si è fortemente abbassata, come testimoniato dal rallentamento nel suo adeguamento, tanto che [la revisione del DM 70](#) che pure era in dirittura d'arrivo non ha mai completato il suo iter. A testimonianza della perdita di attenzione ministeriale nei confronti della verifica della attuazione del DM 70 da parte delle Regioni da alcuni anni nell'Atto di indirizzo del Ministero della Salute ([vedi quello del 2025](#)) viene scritta a proposito del DM sempre la stessa cosa: "In attuazione di quanto previsto dalla scheda 15 del Patto per la Salute 2019-2021, al fine della revisione del decreto interministeriale 2 aprile 2015, n. 70 ("Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"), sono in corso attività volte a rilevare le criticità emergenti dall'attuazione di tale Regolamento, nonché di quelle derivanti dall'attuazione del Regolamento dell'assistenza territoriale (decreto interministeriale 23 maggio 2022, n.77)." In altri termini prima di tornare a occuparsi di DM 70, o meglio del suo impatto sulla struttura della assistenza ospedaliera nelle Regioni, il Ministero sembrerebbe voler aspettare la fine dei lavori [di quel tavolo tecnico, pletorico e inutile, che da due anni dovrebbe star lavorando sulla revisione dei due Decreti 70 e 77](#).

---

Dello stesso autore su questo sito vedi anche

- [La programmazione sanitaria della regione Marche e il progetto del nuovo ospedale di Pesaro](#)
- [Il progetto del nuovo ospedale di Pesaro a rischio bocciatura da parte del Ministero?](#)
- [Delibere della Regione Marche: forma tanta, lunghezza infinita, sostanza poca](#)
- [Gli effetti su salute e servizi della politica sanitaria della regione Marche](#)
- [Programma edilizia ospedaliera della Regione Marche: un invito a fermare i motori](#)
- [La programmazione ospedaliera nel Masterplan delle Marche. Guida alla lettura](#)
- [PNRR, Missione Salute. Come verificare i prossimi progetti della Regione Marche?](#)

- [Conteggio posti di terapia intensiva fatta dalla regione Marche. Una \(brutta\) storia](#)
  - [Marche. DEFR 2022-24 La preoccupante Proposta sulla sanità della giunta](#)
  - [Nuovo Ospedale Marche Nord: una vicenda intricata che vale la pena ricostruire](#)
  - [Posti di terapia intensiva nelle Marche. Le inesattezze regionali](#)
  - [Bilancio della giunta sulla legislatura: lettura tecnica del capitolo sanità](#)
  - [Rete ospedaliera COVID-19 e Fiera Hospital. Analisi e proposta](#)
  - [Sulle politiche sanitarie nelle Marche](#)
- 

[LA RICHIESTA DI SOSTEGNO](#) del Gruppo Solidarietà

Altri materiali nella sezione [documentazione politiche sociali](#).

La gran parte del lavoro del Gruppo è realizzato da volontari, ma non tutto. Se questo lavoro ti è utile [PUOI SOSTENERLO CON UNA DONAZIONE](#) e [CON IL 5 x 1000](#).

[Clicca qui per ricevere la nostra newsletter](#).