

## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

Oggetto: Decreto Legislativo 19.06.1999 n. 229, art. 5\bis. Accordo di programma per il settore degli investimenti sanitari in materia di ristrutturazione edilizia ed ammodernamento tecnologico tra la Regione Marche, il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e Finanze

### LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dalla P.F. Edilizia sanitaria ed ospedaliera dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO il parere favorevole di cui all'articolo 16 bis della legge regionale 15 ottobre 2001, n° 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica del Dirigente della P.F. Edilizia Sanitaria ed Ospedaliera;

VISTA l'attestazione della copertura finanziaria, nonché il D.lgs n.118/2011 e ss.mm.ii. in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio;

VISTA la proposta del Dirigente del Servizio Tutela, Gestione e Assetto del Territorio;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata nell'allegato "Verbale di seduta";

### DELIBERA

- 1) di approvare lo "SCHEMA DI ACCORDO DI PROGRAMMA PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI - PROGRAMMA INVESTIMENTI EX ART. 20 LEGGE N. 67/88 e relativo Documento programmatico sugli investimenti sanitari", tra la Regione Marche, il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e Finanze, di cui all'Allegato A al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- 2) di stabilire che l'onere complessivo derivante dal presente Accordo di programma ammonta ad € 121.297.000,00, di cui € 104.901.558,52 a carico dello Stato ed € 16.395.441,48 a carico della Regione;



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

- 3) di imputare l'onere derivante dall'adozione del presente atto per € 16.395.441,48 a carico del capitolo 2130520201 del bilancio 2020/2022 annualità 2020, nell'ambito della disponibilità già attestata con DGR n. 746 del 15/06/2020; trattasi di risorse a carico di capitoli destinati alla sanità per i quali si applica il disposto del titolo II del decreto legislativo n. 118/2011 e ss.mm.ii, e di risorse coerenti, quanto alla natura della spesa, con le finalità di utilizzo previste dall'atto, fatte salve le variazioni finanziarie necessarie alla puntuale identificazione della spesa in base ai livelli di articolazione del piano dei conti integrato di cui al d.Lgs. n. 118/2011 e/o SIOPE”;
- 4) di stabilire che una quota pari al 15% delle risorse è destinata al potenziamento ed ammodernamento tecnologico, come disposto dall'art. 10 dell'Intesa Stato/Regioni del 23 marzo 2005, relativo all'attuazione dell'art. 1, comma 188, della legge n. 311/2004;
- 5) di demandare al Dirigente del Servizio Tutela Gestione e Assetto del Territorio, o suo delegato, la sottoscrizione dell'Accordo di Programma di cui al punto 1 per la Regione Marche, con facoltà di apportare eventuali modifiche non sostanziali che si rendessero necessarie ai fini della stipula;
- 6) di incaricare la PF Edilizia Sanitaria e Ospedaliera agli adempimenti ulteriori;
- 7) di stabilire che il puntuale svolgimento degli adempimenti per l'attuazione dell'Accordo di Programma, di competenza del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord, sarà oggetto di valutazione del Direttore medesimo da parte della Giunta Regionale.

**IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA**  
(Deborah Giraldi)

Documento informatico firmato digitalmente

**IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA**  
(Luca Ceriscioli)

Documento informatico firmato digitalmente



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

### DOCUMENTO ISTRUTTORIO

L'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e successive modificazioni, autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti per oltre 15 miliardi di euro.

L'art. 5 bis del D. Lgs. 30.12.1992 n. 502 e ss.mm.ii., dispone che il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze e d'intesa con la Conferenza Permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, e nei limiti delle disponibilità finanziarie iscritte nel bilancio dello Stato e nei bilanci regionali, può stipulare accordi di programma con le regioni e con altri soggetti pubblici interessati, nell'ambito dei programmi regionali per la realizzazione degli interventi previsti dall'art. 20 sopra richiamato.

Con vari e successivi provvedimenti finanziari statali - da ultimo con l'art. 2, comma 279, della legge finanziaria 2008, n. 244 del 24 dicembre 2007 e con l'art. 2, comma 69, della legge finanziaria 2010, n. 191 del 23 dicembre 2009 - le risorse disponibili per l'attuazione della seconda fase dell'art. 20 della L. n. 67/88 destinate agli interventi di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, sono state incrementate rispettivamente di ulteriori 8 e 1 miliardi di euro, elevando in tal modo il finanziamento complessivo del programma a 24 miliardi di euro.

Tale somma, con varie e diverse deliberazioni del CIPE, è stata ripartita alle Regioni e Province Autonome per la prosecuzione dei programmi regionali di riqualificazione strutturale e tecnologica delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale, ad eccezione dell'importo di 1 mld di euro assegnato con la "finanziaria 2010" che è destinato prioritariamente alle regioni che hanno esaurito, con la sottoscrizione di accordi, la loro disponibilità a valere su 23 miliardi di euro.

L'effettivo utilizzo di queste ultime risorse prevede la predisposizione da parte del Ministero di una proposta di riparto, che viene sottoposta alla Conferenza Stato Regioni e Province Autonome per acquisizione dell'Intesa e successivamente trasmessa al CIPE, che ne delibera l'assegnazione alle Regioni e Province Autonome.

L'art. 1, comma 555, della legge n. 145 del 30 dicembre 2018 (legge di bilancio 2019), eleva l'importo destinato al programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico, già rideterminato in 24 miliardi di euro, a 28 miliardi di euro, per la sottoscrizione di accordi di programma con le Regioni e l'assegnazione di risorse agli altri enti del settore sanitario interessati.

L'incremento è destinato prioritariamente alle regioni che hanno esaurito, con la sottoscrizione di accordi, la loro disponibilità a valere sui citati 23 miliardi di euro. L'effettivo utilizzo di dette risorse prevede la predisposizione da parte del Ministero di una proposta di riparto, che viene sottoposta alla Conferenza Stato Regioni e Province Autonome per acquisizione dell'Intesa e successivamente trasmessa al CIPE, che ne delibera l'assegnazione alle Regioni e Province Autonome.



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

La proposta di riparto è stata discussa positivamente in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 9 maggio 2019 rep. atti n. 77 ed il CIPE ha conseguentemente deliberato il riparto con deliberazione n. 51 in data 24 luglio 2019.

L'efficacia della deliberazione CIPE n. 51/2019 diviene perfezionata, dopo un articolato iter procedimentale che prevede tra gli altri la verifica sugli impatti di finanza pubblica da parte del Ministero dell'economia e delle finanze ed il controllo preventivo di legittimità della Corte dei Conti, con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale avvenuta in data 20.01.2020 (Serie Generale n. 15).

L'attuazione dei programmi di investimento dell'art. 20 avviene mediante specifici Accordi di Programma stipulati dalla Regione con il Ministero della Salute e quello dell'Economia.

Gli Accordi di programma sono strumenti di programmazione negoziata attraverso i quali il Ministero della Salute e le Regioni approfondiscono e condividono nuove priorità e nuovi traguardi, rispetto agli obiettivi generali posti dal legislatore con l'avvio del programma, in coerenza con i mutamenti normativi intervenuti nel corso degli anni e in relazione a specifici tavoli di concertazione di quei parametri fondamentali che caratterizzano l'offerta sanitaria e che si riflettono, in particolare, su sicurezza, qualità e spesa.

L'Accordo di programma è costituito dai seguenti documenti che devono essere predisposti concordemente dal Ministero della Salute e dalla Regione, Provincia Autonoma o Ente interessato (di seguito denominati soggetti interessati):

- a. Protocollo d'intesa;
- b. documento programmatico,
- c. articolato contrattuale,
- d. schede tecniche relative ai singoli interventi.

Per la stipula dell'Accordo di programma la Regione trasmette al Ministero della Salute, oltre al provvedimento di approvazione del programma regionale degli investimenti, la documentazione (documento programmatico, schede tecniche relative ai singoli interventi) relativa all'Accordo di Programma da stipulare. Le schede tecniche vengono, inoltre, trasmesse anche utilizzando l'applicativo "Osservatorio".

Tale documentazione è sottoposta alla valutazione del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della salute e, acquisito il prescritto parere, l'articolato contrattuale, il documento programmatico e le schede tecniche dei singoli interventi vengono trasmessi dal Ministero della Salute al Ministero dell'Economia e Finanze per l'acquisizione del concerto e, successivamente, alla Conferenza Stato-Regioni al fine di acquisire la prevista intesa.

A completamento dell'iter e dopo l'espressione dell'intesa da parte della Conferenza Stato-Regioni, il Ministero della Salute e il soggetto interessato sottoscrivono il Protocollo di intesa e, finalmente, si arriva alla sottoscrizione dell'Accordo.

Dalla data di sottoscrizione le Regioni hanno a disposizione 30 mesi per trasmettere al Ministero della Salute il provvedimento di approvazione del progetto da appaltare per l'ammissione a finanziamento che avviene con specifico Decreto Ministeriale.

Con tale provvedimento il Ministero "impegna" la quota concessa nel bilancio dello Stato e,



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

entro diciotto mesi dalla data di comunicazione di tale provvedimento, l'Azienda sanitaria che realizza l'intervento deve provvedere all'aggiudicazione dell'appalto dell'opera.

Il mancato rispetto di uno solo dei due termini sopra evidenziati comporta, per legge, la revoca automatica del finanziamento concesso.

A seguito dell'adozione da parte del CIPE della delibera n. 51 del 24/07/2019 con la quale ha assegnato alla Regione Marche il finanziamento di € 104.901.558,52 a valere sulle risorse ex art. 20 della L. n. 67/88, appare necessario procedere con l'approvazione del piano di riparto di tali risorse, coerentemente con il succitato programma ed al successivo invio al Ministero della Salute della presente deliberazione e dei documenti necessari per perfezionare, quanto prima, la sottoscrizione di un nuovo Accordo di Programma.

L'Accordo di programma che si propone riguarda l'intervento denominato "*Progettazione esecutiva, esecuzione dei lavori di nuova costruzione e gestione di alcuni servizi non sanitari e commerciali dell'Ospedale Marche Nord*", facente parte del programma della Regione Marche per il settore degli investimenti sanitari ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, dettagliatamente illustrato nel documento programmatico allegato all'accordo proposto, parte integrante del presente atto, redatto in collaborazione con il Servizio Sanità e l'Agenzia Sanitaria Regionale.

Per la realizzazione del suddetto intervento è stata già avviata una procedura di *project financing* ex art. 183, comma 15, del D. Lgs. 18 aprile 2016 n. 50, che ha visto la conclusione della prima fase di dichiarazione di fattibilità e di pubblico interesse della proposta presentata dalla costituenda ATI con a capogruppo Renco S.p.A., avvenuta con D.G.R. n.100 del 03/02/2020, che ha, tra l'altro, assegnato la prosecuzione del procedimento all'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord.

L'Accordo tiene conto, per quanto compatibile, della programmazione regionale e nazionale, risultando pienamente coerente con il Piano Sanitario Regionale, approvato con D.A.C.R. n. 107 del 04/02/2020, nonché con l'Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome del 09.05.2019 (rep. atti n. 77/CSR), la quale oltre a definire le modalità e le procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità, individua espressamente come linee di intervento (art. 3), pienamente recepite nel suddetto accordo:

- adeguamento alla normativa di prevenzione degli incendi;
- adeguamento sismico delle strutture sanitarie;
- ammodernamento tecnologico.

L'onere complessivo derivante dall' Accordo di programma ammonta a € 121.297.000,00, di cui: € 104.901.558,52 a carico dello Stato ed € 16.395.441,48 a carico della Regione.

L'importo a carico dello Stato per € 104.901.558,52 è stato assegnato alla Regione Marche dalla delibera CIPE del 24 luglio 2019, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale serie generale n. 15 del 20 gennaio 2020, per la copertura finanziaria dell'intervento "Progettazione esecutiva, esecuzione dei lavori di nuova costruzione e gestione di alcuni servizi non sanitari e commerciali dell'Ospedale Marche Nord".

L'importo a carico della Regione per € 16.395.441,48, è stato previsto con DGR n.746 del 15 giugno 2020 - Misura 7 "Emergenza epidemiologica COVID-19. Realizzazione nuovo ospedale Marche Nord" - e corrisponde al 13,5167740999% dell'ammontare complessivo del



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

finanziamento, conformemente a quanto previsto dall'art. 20 L. 67 dell'11 marzo 1988;

Con nota prot. n.0705308 del 02/07/2020, successivamente integrata con nota prot. n.0716795 del 03/07/2020, il Dirigente della P.F. Edilizia Sanitaria ed Ospedaliera ha trasmesso al Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria, per le valutazioni del caso, la bozza dell'Accordo di Programma (articolato e documento programmatico) per il settore degli investimenti sanitari ex art. 20 legge n. 67/88.

L'onere derivante dall'adozione del presente atto per € 16.395.441,48 è a carico del capitolo 2130520201 del bilancio 2020/2022 annualità 2020, nell'ambito della disponibilità già attestata con DGR n. 746 del 15/06/2020. Trattasi di risorse a carico di capitoli destinati alla sanità per i quali si applica il disposto del titolo II del decreto legislativo n. 118/2011 e ss.mm.ii, e di risorse coerenti, quanto alla natura della spesa, con le finalità di utilizzo previste dall'atto, fatte salve le variazioni finanziarie necessarie alla puntuale identificazione della spesa in base ai livelli di articolazione del piano dei conti integrato di cui al D.Lgs. n. 118/2011 e/o SIOPE". Trattasi di risorse vincolate, rese disponibili con LR n. 20 del 3 giugno 2020 e relative delibere attuative 737-738-739 del 15/06/2020.

Con nota ID 20480533/2020, il Dirigente del Servizio *Tutela, gestione e assetto del territorio* ha autorizzato il Dirigente della *Posizione di funzione edilizia sanitaria e ospedaliera* all'utilizzo del capitolo 2130520201.

Nelle more della valutazione del Ministero si ritiene opportuno procedere all'approvazione dello schema di Accordo di Programma da parte del competente organo regionale.

### **ESITO DELL'ISTRUTTORIA**

Per quanto sopra esposto, si propone l'adozione del presente atto.

Il sottoscritto dichiara altresì, ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000, che in relazione al presente provvedimento non si trova in situazioni anche po-tenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il responsabile del procedimento  
(Ing. *Andrea Bartoli*)

Documento informatico firmato digitalmente

### **PARERE DEL DIRIGENTE DELLA P.F. EDILIZIA SANITARIA ED OSPEDALIERA**

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica. Il sottoscritto dichiara altresì, ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000, che in relazione al presente provvedimento non si trova in situazioni anche po-tenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

IL DIRIGENTE  
(Ing. *Andrea Bartoli*)



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

Documento informatico firmato digitalmente

### PROPOSTA DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO TUTELA, GESTIONE E ASSETTO DEL TERRITORIO

Il sottoscritto propone alla Giunta Regionale l'adozione della presente deliberazione, in relazione alla quale dichiara, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse, ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

**IL DIRIGENTE**  
(Arch. Nardo Goffi)

Documento informatico firmato digitalmente

**ALLEGATI**



**SCHEMA DI ACCORDO DI PROGRAMMA  
PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI**

**PROGRAMMA INVESTIMENTI EX ART. 20 LEGGE N. 67/88**

**VISTO** l'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e successive modifiche, che autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti per l'importo complessivo di 28 miliardi di euro;

**VISTO** il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e, in particolare, l'articolo 5, bis come introdotto dall'articolo 5 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e successivamente integrato con l'art. 55 della legge 27 dicembre 2002 n. 289, il quale dispone che il Ministero della Sanità di concerto con il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano può stipulare Accordi di programma con le Regioni per la realizzazione di interventi previsti dall'articolo 20 della citata legge n. 67/88;

**VISTO** l'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 5 dicembre 1997, n. 430, come sostituito dall'articolo 3 della legge 12 maggio 1999, n. 144, che trasferisce ai Ministeri competenti i compiti di gestione tecnica, amministrativa e finanziaria già attribuita al Comitato interministeriale per la programmazione economica;

**VISTA** la deliberazione CIPE del 6 agosto 1999, n. 141, concernente il regolamento di riordino delle competenze del CIPE, che individua tra le attribuzioni da trasferire al Ministero della Sanità, le ammissioni al finanziamento dei progetti in edilizia e tecnologie sanitarie di cui all'articolo 20 della legge n. 67/88 e successive modificazioni;

**VISTO** il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 concernente il "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59";

**VISTE** le tabelle F ed E delle leggi 23 dicembre 1999 n. 488, 23 dicembre 2000 n. 388, 28 dicembre 2001 n. 448, 27 dicembre 2002 n. 289, 24 dicembre 2003 n. 350, 30 dicembre 2004 n. 311, 23 dicembre 2005 n. 266, 27 dicembre 2006 n. 296, 24 dicembre 2007 n. 244, 22 dicembre 2008 n. 203, 23 dicembre 2009 n. 191, 13 dicembre 2010 n. 220, 12 novembre 2011 n. 183, 24 dicembre 2012 n. 228, 27 dicembre 2013 n. 147 e 23 dicembre 2014 n. 190, 28 dicembre 2015 n. 208, 11 dicembre 2016 n.232, 27 dicembre 2017 n.205, 30 dicembre 2018 n.145 e 27 dicembre 2019 n.160;

**VISTA** legge 23 dicembre 1996, n. 662 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica";

**VISTO** il decreto legge 17 maggio 1996, n. 280, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 luglio 1996, n. 382;

**VISTO** il decreto legislativo 18 aprile 2016, n.50, (Codice dei contratti pubblici);

**VISTO** il decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 “Testo Unico in materia di salute e sicurezza sul lavoro” e s.m.i.;

**VISTA** la legge 15 maggio 1997, n. 127 "Misure urgenti per lo snellimento dell'attività amministrativa e dei procedimenti di decisione e di controllo";

**VISTA** la legge 7 agosto 1990, n. 241 “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi” e successive modificazioni e integrazioni;

**VISTO** il decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 "Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali";

**VISTO** il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 “Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche” e successive modificazioni e integrazioni;

**VISTO** il Decreto del Presidente della Repubblica 20 aprile 1994, n. 367 “Regolamento recante semplificazione e accelerazione delle procedure di spesa e contabili”;

**VISTA** la delibera CIPE del 21 marzo 1997, n. 53, pubblicata in G.U. 30 maggio 1997, n. 124 recante i “Criteri di avvio della seconda fase del programma nazionale straordinario di investimenti in sanità art. 20, 11/3/1988, N. 67”;

**VISTO** il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, concernente i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza;

**VISTO** il Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006, recante approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 2006-2008;

**VISTO** l’Accordo tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la “Definizione delle modalità e procedure per l’attivazione dei programmi di investimento in sanità” a integrazione dell’Accordo del 19 dicembre 2002;

**VISTA** la Delibera dell'Assemblea legislativa della Regione Marche n.107 del 04 febbraio 2020 con cui è stato approvato il piano socio-sanitario regionale 2020/2022

**VISTO** l'Accordo di programma integrativo per il settore degli investimenti sanitari stipulato il 18 marzo 2009 tra il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e la Regione Marche;

**VISTA** la delibera CIPE n. 51 del 24 luglio 2019, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale serie generale n. 15 del 20 gennaio 2020, "Riparto delle risorse per complessivi 4.695 milioni di euro a valere sulle disponibilità recate dall'art.1, comma 555, della legge 30 dicembre 2018, n. 145 e sulle risorse residue di cui all'art. 2, comma 69, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, per la prosecuzione del programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia ed ammodernamento tecnologico di cui all'articolo 20, comma 1, della legge 11 marzo 1988, n. 67", che assegna alla Regione Marche la quota di € 104.901.558,52;

**VISTA** la "L.R n. 20 del 3 giugno 2020 - Misure urgenti di competenza del Servizio Tutela, gestione e assetto del territorio a seguito dell'emergenza epidemiologica COVID-19", che tra gli interventi volti all'erogazione di contributi a fondo perduto per contrastare la crisi economica determinata dall'emergenza epidemiologica COVID-19, prevede come MISURA 7 "Emergenza epidemiologica COVID-19. Realizzazione nuovo ospedale marche nord", finalizzata al cofinanziamento della copertura finanziaria della quota regionale per avviare le procedure di gara relative alla "Concessione di progettazione, costruzione e gestione del nuovo polo ospedaliero Marche Nord" da attuare con successivi provvedimenti del Dirigente competente della PF. Edilizia Sanitaria e Ospedaliera" ed al fine di consentire l'attestazione della copertura finanziaria della quota regionale, complementare a quella statale del contributo pubblico indicato nel PEF, e quindi poter procedere con la pubblicazione del bando relativo alla "Concessione di progettazione, costruzione e gestione del nuovo polo ospedaliero Marche nord", la Regione Marche garantisce un contributo pubblico, pari a € 16.395.441,48.

**VISTA** l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della citata legge 30 dicembre 2004, n. 311;

**VISTA** l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 18 dicembre 2019, concernente un nuovo Patto per la Salute per gli anni 2019-2021;

**VISTA** la legge 23 dicembre 2005, n. 266 (finanziaria 2006) articolo 1, commi 310, 311 e 312, che detta disposizioni per l'attuazione del programma straordinario di investimenti di cui all'art. 20 della citata legge n. 67 del 1988, e successive modificazioni;

**VISTA** la nota circolare del Ministero della salute prot. n. 2749/DGPROG/7-P/I6.a.h dell'8 febbraio 2006, avente per oggetto "Programma investimenti, art. 20 legge n. 67 del 1988 – Applicazione art. 1, commi 285, 310, 311 e 312, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006)";

**VISTA** la deliberazione della Giunta regionale delle Marche n. XXXXX del XXXXXXXX recante “Decreto Legislativo 19.06.1999 n. 229 art. 5 bis – Accordo di Programma per il settore degli investimenti sanitari in materia di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico tra la Regione Marche, il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ed il Ministero dell’Economia e Finanze”.

**PRESO ATTO** che nel presente Accordo una quota pari al 15% delle risorse è destinata al potenziamento ed ammodernamento tecnologico, come disposto dall’art. 10 dell’Intesa Stato/Regioni del 23 marzo 2005, relativo all’attuazione dell’art. 1, comma 188, della legge n. 311/2004;

**VISTO** lo stato di attuazione degli interventi relativi al programma di investimenti ex art. 20 della legge n. 67/1988, presente agli atti dei Ministeri competenti;

**ACQUISITO** nella seduta del xxxxxxxxxx, il parere favorevole del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici in sanità del Ministero della Salute;

**ACQUISITA** l’Intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell’articolo 5 bis del D. Lgs. n. 502/1992, come introdotto dal D. Lgs. n. 229/1999, in data xxxxxxxxxxxxxxxx;

**STIPULANO IL SEGUENTE  
ACCORDO DI PROGRAMMA**

**Articolo 1**  
*(Finalità ed obiettivi)*

1. Il presente Accordo di programma integrativo, tenuto conto della circolare del Ministero della sanità del 18 giugno 1997, n. 100/SCPS/6.7691, è finalizzato alla realizzazione dell'intervento denominato "Progettazione esecutiva, esecuzione dei lavori di nuova costruzione e gestione di alcuni servizi non sanitari e commerciali dell'Ospedale Marche Nord".

2. L'Accordo integrativo è costituito da n. 1 intervento facente parte del programma della Regione Marche per il settore degli investimenti sanitari ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, dettagliatamente illustrato nel Documento Programmatico allegato, che costituisce parte integrante del presente accordo e che reca le seguenti indicazioni:

- a) i soggetti coinvolti nella realizzazione dell'intervento;
- b) i contenuti progettuali;
- c) il piano finanziario con indicazione dei flussi di cassa correlati all'avanzamento dei lavori, delle fonti di copertura e dell'impegno finanziario di ciascun soggetto;
- d) le procedure e i tempi di attuazione dell'intervento;
- e) la data presunta di attivazione della struttura e di effettivo utilizzo delle tecnologie;
- f) il responsabile dell'intervento.

**Articolo 2**  
*(Impegno dei soggetti sottoscrittori dell'Accordo di programma)*

1. I soggetti sottoscrittori del presente Accordo sono:

- a) per il Ministero della Salute: Dott. xxxxxxx, Direttore Generale della Programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema,
- b) per il Ministero della Economia e delle Finanze: Dott.ssa xxxxx, Dirigente Ufficio IX dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale,
- c) per la Regione Marche: xxxxxxxxxxxxxxx

2. I soggetti di cui al comma 1, ciascuno nello svolgimento delle attività di propria competenza, si impegnano a:

- a) rispettare i termini concordati ed indicati nelle schede di intervento del presente Accordo;
- b) utilizzare, nei procedimenti di rispettiva competenza, tutti gli strumenti di semplificazione e di snellimento dell'attività amministrativa previsti dalla normativa vigente;
- c) procedere periodicamente alla verifica dell'Accordo e, se necessario proporre, per il tramite del soggetto responsabile di cui all'articolo 9, gli eventuali aggiornamenti ai soggetti sottoscrittori del presente Accordo con particolare riferimento alle disposizioni di cui all'art. 5, comma 3;
- d) utilizzare appieno ed in tempi rapidi tutte le risorse finanziarie individuate nel presente Accordo per la realizzazione degli interventi programmati;

e) rimuovere ogni ostacolo procedurale in ogni fase di attuazione dell'Accordo, nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria.

### **Articolo 3** *(Copertura finanziaria degli interventi)*

1. L'onere complessivo derivante dal presente Accordo di programma ammonta a € 121.297.000,00 di opere analiticamente indicate nella scheda tecnica prevista all'art. 1, comma 2, di cui: € 104.901.558,52 a carico dello Stato, € 16.395.441,48 a carico della Regione. Il piano finanziario, dettagliatamente illustrato nella scheda richiamata, è quello di seguito riportato:

PIANO FINANZIARIO		
STATO	REGIONE	TOTALE
€ 104.901.558,52	€ 16.395.441,48	€ 121.297.000,00

2. L'importo a carico dello Stato di cui al comma 1, per un valore di € 104.901.558,52 è stato assegnato alla Regione Marche dalla delibera CIPE del 24 luglio 2019, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale serie generale n. 15 del 20 gennaio 2020, per la copertura finanziaria dell'intervento "Progettazione esecutiva, esecuzione dei lavori di nuova costruzione e gestione di alcuni servizi non sanitari e commerciali dell'Ospedale Marche Nord"

3. l'importo a carico della Regione di cui al comma 1, per un valore di € 16.395.441,48, corrisponde al 13,5167740999% dell'ammontare complessivo del finanziamento, nel rispetto dei limiti previsti dall'art.20 L. 67 dell'11 marzo 1988

4. In attuazione del suddetto intervento la Regione, dopo la sottoscrizione dell'Accordo di programma, potrà iscriverne a bilancio nell'esercizio 2020 le somme necessarie per la realizzazione dell'intervento, secondo le fonti di finanziamento esplicitate nel presente Accordo

5. Qualora le richieste complessive di liquidazione degli stati di avanzamento lavori, presentate dalla Regione Marche, superino le risorse finanziarie disponibili nell'anno, la Regione sostiene l'intervento con risorse proprie, successivamente rimborsabili.

### **Articolo 4** *(Soggetto beneficiario dei finanziamenti)*

1. I soggetti beneficiari dei finanziamenti statali e regionali di cui al presente Accordo hanno natura giuridica pubblica, come disposto dalla normativa relativa al programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie.

### **Articolo 5** *(Procedure per l'attuazione dell'Accordo di programma)*

1. L'approvazione, la modifica e l'aggiornamento del progetto oggetto del presente Accordo, nonché l'attuazione di cui all'articolo 1, comma 2, avviene nel rispetto delle disposizioni stabilite dal decreto-legge 2 ottobre 1993, n. 396, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 492, secondo la procedura stabilita dall'Accordo tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la "Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità" a integrazione dell'Accordo del 19 dicembre 2002.

2. Per l'intervento oggetto del presente Accordo la Regione inoltra al Ministero della Salute l'istanza di finanziamento prevista dalle disposizioni riportate al precedente comma 1, previa approvazione del progetto.

3. In relazione alle disposizioni di cui al precedente comma 1, le eventuali variazioni del programma, anche sostitutive, in sede di attuazione del medesimo, comprese eventuali articolazioni funzionali di un unico intervento (suddivisione di un intervento in sub interventi), devono essere comunicate al Ministero della Salute, accompagnate da una specifica relazione esplicativa, per la valutazione di competenza ministeriale sulla conformità delle variazioni agli obiettivi generali dell'Accordo. A seguito di valutazione positiva da parte della competente Direzione Generale del Ministero, la Regione procede all'adozione delle modifiche dell'Accordo stesso per le vie formali, nei modi previsti dalla normativa regionale, previa validazione dei dati relativi agli interventi, utilizzando il sistema Osservatorio.

### **Articolo 6** ***(Procedure per l'istruttoria)***

1. Per l'intervento oggetto del presente Accordo, di cui alla scheda allegata, sarà acquisita in atti, dalla Regione, al momento della valutazione del progetto per l'ammissione al finanziamento, la documentazione che ne garantisce:

- il rispetto della normativa vigente in materia di appalti e della relativa normativa europea;
- il rispetto delle norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al DPR 14 gennaio 1997 e alla normativa regionale di attuazione.

2. Dette garanzie consentono di procedere con immediatezza alla fruizione delle risorse da parte della Regione Marche o delle Aziende appositamente delegate, contestualmente alla acquisizione, da parte del Ministero della Salute, delle dichiarazioni di cui alla legge n. 492/1993.

### **Articolo 7** ***(Indicatori)***

1. La Regione ha richiamato nell'allegato documento programmatico gli 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.

### **Articolo 8** ***(Comitato Istituzionale di Gestione e attuazione)***

1. Al fine di adottare iniziative e provvedimenti idonei a garantire la celere e completa realizzazione dei progetti nonché l'eventuale riprogrammazione e riallocazione delle risorse, è istituito il "Comitato istituzionale di gestione e attuazione", composto di n. 6 membri, di cui 3 in rappresentanza del Governo e n. 3 in rappresentanza della Regione Marche.

2. Il Comitato istituzionale è presieduto dal Ministro della Salute o delegato.

3. Il Comitato istituzionale si riunisce almeno una volta l'anno sulla base della relazione predisposta dal responsabile dell'Accordo, di cui al successivo articolo 9. La convocazione è disposta dal Presidente, anche a richiesta della rappresentanza regionale.

4. Al fine di consentire l'attività di monitoraggio e di vigilanza, demandate al Ministro della Salute, la Regione trasmette allo stesso, con cadenza annuale, l'aggiornamento delle informazioni relative all'intervento facente parte del presente Accordo.

5. In caso di ingiustificato ritardo nell'attuazione dell'Accordo di programma nonché nella realizzazione e nella messa in funzione delle opere relative, fermo restando quanto previsto dall'art. 5-bis, comma 3, del D. Lgs. n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, e dall'art. 1, comma 310, della legge n. 266/2005, il Ministero della Salute assume iniziative a sostegno della Regione al fine di rimuovere le cause delle criticità riscontrate e, se necessario, adotta, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, idonee misure straordinarie, programmatiche e gestionali.

#### **Articolo 9** ***(Soggetto responsabile dell'Accordo)***

1. Ai fini del coordinamento e della vigilanza sull'attuazione del presente Accordo si individua quale soggetto responsabile dell'attuazione dell'Accordo xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

2. Il soggetto di cui al comma 1 ha i seguenti compiti:

- a) garantire il monitoraggio sullo stato di attuazione dell'Accordo, segnalando ai soggetti firmatari del presente Accordo eventuali scostamenti rispetto ai tempi, alle risorse e alle modalità di esecuzione previsti;
- b) promuovere le eventuali azioni ed iniziative necessarie a garantire l'attuazione delle opere programmate;
- c) redigere una relazione, da presentare al comitato di cui all'articolo 8, che conterrà le indicazioni di ogni ostacolo amministrativo o tecnico che si frapponga alla realizzazione del progetto, con la proposta di iniziative correttive da assumere; la relazione deve evidenziare i risultati ottenuti e le azioni svolte;
- d) segnalare ai sottoscrittori del presente Accordo eventuali situazioni di ritardo, inerzia ed inadempimento a carico di uno dei soggetti coinvolti nell'attuazione dell'Accordo medesimo;
- e) promuovere iniziative di conciliazione in caso di controversie insorte tra i soggetti coinvolti nell'esecuzione degli interventi.

La relazione, di cui al precedente punto c), indica inoltre le eventuali variazioni apportate al programma e riporta in allegato le schede di cui all'articolo 1, comma 2, conseguentemente modificate, ai sensi del citato articolo 5, comma 3.

#### **Articolo 10** ***(Soggetto responsabile dell'intervento)***

1. Per le finalità di cui al presente Accordo, nelle schede di cui all'articolo 1, comma 2, viene indicato il responsabile dell'intervento.

2. Il responsabile di cui al comma 1 è designato dal soggetto attuatore degli interventi ed ha i seguenti compiti:

- a) segnalare al responsabile dell'Accordo gli eventuali ritardi o gli ostacoli tecnico-amministrativi che impediscono la regolare attuazione dell'intervento, esplicitando eventuali iniziative correttive assunte;

- b) compilare, con cadenza annuale, la scheda di monitoraggio dell'intervento e trasmetterla al responsabile dell'Accordo;
- c) fornire al responsabile dell'Accordo qualsiasi informazione necessaria a definire lo stato di attuazione dell'intervento e comunque ogni altra informazione richiesta dal responsabile medesimo.

**Articolo 11**  
*(Disposizioni generali)*

1. Il presente Accordo di programma integrativo è vincolante per i soggetti sottoscrittori.
2. L'Accordo rimane in vigore sino alla realizzazione delle opere in esso previste e può essere modificato o integrato per concorde volontà dei sottoscrittori, salvo quanto previsto all'articolo 5, comma 3. Alla scadenza dell'Accordo, il soggetto responsabile è incaricato delle eventuali incombenze relative alla definizione dei rapporti pendenti e delle attività non ultimate.

Per:

Il Ministero della Salute: \_\_\_\_\_

Il Ministero dell'Economia e delle Finanze: \_\_\_\_\_

La Regione Marche: \_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_\_\_

**Regione Marche**  
**Accordo di programma in sanità 2020**

**Documento programmatico sugli  
investimenti sanitari**

## **Indice**

### **I QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO NAZIONALE E REGIONALE**

#### I.1 RIFERIMENTI NORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI

#### I.2 CRONISTORIA

### **II ANALISI DEL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO E DEI BISOGNI SOCIO-SANITARI**

#### II.1 INQUADRAMENTO DEMOGRAFICO

#### II.2 CONTESTO SOCIO-ECONOMICO

#### II.3 QUADRO EPIDEMIOLOGICO

##### II.3.1 Prevenzione

##### II.3.2 Stili di vita

##### II.3.3 Stato di salute della popolazione

##### II.3.4 Le principali cause di morte

#### II.4 ATTIVITÀ DI RICOVERO REGIONALE

#### II.5 COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE

#### II.6 INDICATORI QUALITÀ OSPEDALIZZAZIONE

#### II.7 MOBILITÀ SANITARIA E OSPEDALIERA

#### II.8 MOBILITÀ OSPEDALIERA: FOCUS SULL'AREA VASTA N.1

### **III STRATEGIA GENERALE E SCELTE PROGRAMMATICHE. IL PSSR 2020-2022**

#### III.1 GLI OBIETTIVI STRATEGICI DELLA PROGRAMMAZIONE

#### III.2 LE DIRETTRICI TRASVERSALI DI SVILUPPO

#### III.3 LA RETE OSPEDALIERA

#### III.4 LE EMERGENZE SANITARIE

#### III.5 CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

### **IV ARTICOLAZIONE DELL'INTERVENTO**

#### IV.1 L'INTERVENTO

##### IV.1.1 Modello funzionale

##### IV.1.2 Organizzazione del sistema edilizio e degli spazi aperti

##### IV.1.3 Caratteristiche e peculiarità del nuovo polo ospedaliero

##### IV.1.4 Progettazione e costruzione

## **V SOSTENIBILITÀ DELL'INTERVENTO**

V.1 SOSTENIBILITÀ ECONOMICA E FINANZIARIA

V.2 SOSTENIBILITÀ AMMINISTRATIVA E GESTIONALE

V.3 SOSTENIBILITÀ DI RISORSE UMANE

V.4 SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE

## **VI IL MONITORAGGIO DELL'INTERVENTO**

## **VII SINTESI DELLE INFORMAZIONI**

## **VIII. ALLEGATI: SCHEDA TECNICA**

## **I. QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO NAZIONALE E REGIONALE**

L'art. 20 della legge 11 marzo 1988 ha avviato un programma di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, da attuare su scala nazionale con una programmazione pluriennale degli interventi. Di seguito viene presentato il quadro di riferimento della normativa che da esso è scaturita. Viene successivamente indicato il percorso seguito dalla Regione Marche per l'attuazione.

### **I.1 Riferimenti normativi nazionali e regionali**

- Legge 11 marzo 1988, n. 67 (art. 20) e ss.mm.ii.: “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)”: autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti per l'importo complessivo di 30.000 miliardi di vecchie lire;
- D.M. 29 agosto 1989, n. 321: “Regolamento recante criteri generali per la programmazione degli interventi e il coordinamento tra enti competenti nel settore dell'edilizia sanitaria in riferimento al piano pluriennale di investimenti, ai sensi dell'art. 20, commi 2 e 3, della legge finanziaria 11 marzo 1988, n. 67”;
- Delibera CIPE 13 ottobre 1989 (pubblicata in G.U. 21.11.1989 n. 272): determina le quote di mutuo che le Regioni e le Province Autonome possono contrarre nel triennio 1988-1990 nell'ambito degli stanziamenti complessivi previsti dalla legge n. 67/88 (art. 20);
- Delibera del Consiglio Regionale Marche 21 marzo 1990 n. 242 concernente il Programma decennale e triennale di investimenti in campo sanitario, redatto ai sensi del D.M. n. 321/89;
- Delibera CIPE 3 agosto 1990 (pubblicata in G.U. 20.08.1990 n. 201): approva il Programma Nazionale Straordinario di investimenti in sanità per il triennio 1989-1991;
- D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e ss.mm.ii.; in particolare l'art. 5 bis, come introdotto dall'art. 5 del D. Lgs. N. 229/1999 e successivamente integrato con l'art. 55 della legge n. 289/2002, dispone che il Ministero della Sanità, di concerto con il Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica e d'intesa con la Conferenza Permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, può stipulare Accordi di Programma con le Regioni per la realizzazione degli interventi previsti dall'art. 20 della L. n. 67/1988;
- Legge 492/93 (conversione in Legge del D.L. 2 – 10 – 1993 n. 396): “Disposizioni in materia di edilizia sanitaria”;
- Decreto del Presidente della Repubblica 20 aprile 1994, n. 367, avente ad oggetto “Regolamento recante semplificazione e accelerazione delle procedure di spesa e contabili”;
- Decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626 pubblicato nel supplemento ordinario della G.U. n. 265 del 12 novembre 1994: Attuazione delle direttive 89/391/CEE ...omissis ...99/92/CE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro;
- Delibera del Consiglio Regionale Marche 13 febbraio 1996, n. 43 provvede a definire i criteri di aggiornamento del Programma Decennale e Triennale degli Investimenti in campo sanitario, approvato con precedente deliberazione n. 242/1990;
- DGR Marche n. 1173 del 23 aprile 1996 ad oggetto: “Indirizzi generali di attuazione del Piano Straordinario di investimenti in campo sanitario – 1° Triennio”;

- DGR Marche n. 2109 del 22 luglio 1996 ad oggetto: “Indirizzi generali di attuazione del Piano Straordinario di investimenti in campo sanitario – Indirizzi generali di attuazione 2° e 3° Triennio”;
- Direttiva Assessore alla Sanità Regione Marche del 24 luglio 1996, n. 2: impartisce le necessarie direttive ai Dirigenti dei Servizi Regionali interessati all’attuazione del Piano Straordinario di investimenti in campo sanitario;
- Legge 23 dicembre 1996, n. 662 “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”;
- D.P.R. 14 gennaio 1997: “Approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”;
- Delibera CIPE 21/03/97: “Disciplina della programmazione negoziata”;
- D. Lgs. 5 dicembre 1997, n. 430 ad oggetto “Unificazione dei Ministeri del tesoro e del bilancio e della programmazione economica e riordino delle competenze del CIPE, a norma dell’articolo 7 della legge 3 aprile 1997, n. 94”;
- Circolare del Ministero della Salute del 18 giugno 1997, n. 100/SCPS/6.7691;
- Delibera CIPE 6 maggio 1998 n. 52 (pubblicata in G.U. 22.07.1998 n. 169): approva il Programma Nazionale Straordinario di Investimenti in sanità, art. 20 L. n. 67/88, secondo e terzo triennio;
- Delibera CIPE 22 dicembre 1998, n. 148: Art. 20 L. n. 67/88, seconda fase – modifica dell’elenco delle opere prioritarie della Regione Marche di cui al Programma specifico per l’utilizzo delle risorse previste dalla legge 27 dicembre 1997 n. 450;
- Deliberazione CIPE del 6 agosto 1999, n. 141 “Regolamento concernente il riordino delle competenze del Cipe (Art.3 Legge n.144/1999)”;
- DGR Marche n. 410 del 28 febbraio 2000: approva l’Accordo di Programma predisposto ai sensi dell’art. 5 bis del D. Lgs. n.229/99 per il completamento della seconda fase del programma investimenti. Tra gli interventi programmati è prevista la realizzazione del 2° lotto del nuovo ospedale di Osimo;
- Legge regionale 16 marzo 2000, n. 20: recante “Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione ed all’esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private”; l’art. 24 fissava nel termine massimo di 5 anni – dall’approvazione dei requisiti da parte della Giunta regionale – l’obbligo di adeguamento delle strutture;
- Accordo di programma per il settore degli investimenti sanitari sottoscritto dal Ministero della Sanità e dalla Regione Marche in data 28 giugno 2000, che impegna la somma di 352.362 milioni di vecchie lire che rappresenta la quota residua utilizzabile della somma di 438.240 milioni di vecchie lire rese disponibili per la Regione Marche dalla delibera del CIPE n. 52 del 6 maggio 1998;
- DGR Marche n. 2200 del 24 ottobre 2000: recante “L.R. 20/2000, art.6 – Determinazione dei requisiti minimi richiesti per l’autorizzazione alla realizzazione ed all’esercizio di strutture sanitarie e socio sanitarie”;
- Legge 23 dicembre 2000, n. 388 (Finanziaria 2001): il comma 3 dell’art. 83 eleva il fondo dell’art. 20 da 30.000 a 34.000 miliardi di vecchie lire per la prosecuzione del Programma nazionale di investimenti in sanità;
- DGR Marche n. 1889 del 31 luglio 2001: recante “L.R. 20/2000, art.15 – Determinazione dei requisiti minimi richiesti per l’accreditamento e la classificazione delle strutture sanitarie e socio sanitarie”;
- Legge 16 novembre 2001 n. 405 di conversione, con modificazioni, del D.L. 18 settembre 2001 n. 347, recante interventi urgenti in materia sanitaria;

- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive integrazioni, concernente i Livelli Essenziali di Assistenza;
- Delibera CIPE 2 agosto 2002, n. 65 pubblicata in G.U. 16 ottobre 2002, n.243: concernente “Prosecuzione del Programma nazionale di investimenti in sanità, art. 20 Legge n.67/88 – art.83, comma 3, Legge n.388/00”, ha ripartito alle Regioni e Province autonome la somma residua - al netto della quota attribuita a IRCCS, Policlinici, IZS, ISS - di € 1.101.886.615,00 di cui € 35.398.109,00 alla Regione Marche;
- Decreto ministeriale 18 settembre 2002: “Approvazione della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l’esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private”; la norma è cogente per le nuove costruzioni e per le ristrutturazioni totali e stabilisce in 5 anni il termine di tempo disponibile per l’adeguamento delle altre strutture;
- Ordinanza Presidente del Consiglio dei Ministri 20 marzo 2003, n. 3274: “Primi elementi in materia di criteri generali per la classificazione sismica del territorio nazionale e di normative tecniche per le costruzioni in zona sismica;
- Legge regionale 20 giugno 2003, n. 13: recante “Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale”, istituisce l’Azienda Sanitaria Unica Regionale (A.S.U.R.), articolata in tredici Zone territoriali corrispondenti alle ex Aziende sanitarie locali;
- Delibera CIPE 10 dicembre 2004 n. 63, modificativa della sopra indicata delibera CIPE del 2002;
- Accordo tra il Governo, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla semplificazione delle procedure per l’attivazione dei programmi di investimento in sanità, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 19 dicembre 2002, sulla semplificazione delle procedure per l’attivazione dei programmi di investimento in sanità, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano; Legge 30 dicembre 2004, n. 311 (Finanziaria 2005): l’art. 1, comma 188, stabilisce che “Le regioni che alla data del 1° gennaio 2005 abbiano ancora in corso di completamento il proprio programma di investimenti in attuazione dell’art. 20 della legge 11 marzo 1988, n.67 e successive modificazioni, destinano una quota delle risorse residue al potenziamento e ammodernamento tecnologico”;
- Decreto del Direttore del Dip. Servizi alla persona ed alla comunità n.8 del 18 gennaio 2005: stabilisce di rimodulare l’intervento denominato “Ospedale di Osimo 2° lotto” - inserito nell’Accordo di programma sottoscritto il 28 giugno 2000 - integrandolo con le residue disponibilità del finanziamento assegnato nel 1° triennio e con l’apporto dei privati derivante dal perfezionamento della procedura di project financing all’epoca avviata; Legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006): all’art. 1 commi 310, 311 e 312 detta disposizioni per l’attuazione del Programma straordinario ex art. 20 L.67/88 e per la revocabilità degli impegni finanziari assunti a seguito di stipule di Accordi di programma;
- Delibera Consiglio regionale n. 163 del 19 gennaio 2005: Piano Sanitario Regionale 2003/2006 – Riordino dell’assetto ospedaliero;
- Legge regionale n. 12 del 23 febbraio 2005: all’art. 3 modifica l’art. 24 della L.R. n.20/200 stabilendo che “I termini previsti per l’adeguamento ai requisiti minimi decorrono a partire dal 31 dicembre 2005”;
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 23 marzo 2005;
- Legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006) articolo 1, commi 310, 311 e 312 disposizioni per l’attuazione del programma straordinario di investimenti di cui all’art. 20 della legge n. 67 del 1988, e successive modificazioni;
- Nota circolare del Ministero della Salute prot. n. 2749/DGPROG/7-P/I6.a.h dell’8 febbraio 2006 avente per oggetto “Programma investimenti art. 20 legge n. 67 del 1988 – Applicazione art. 1, commi 285, 310, 311 e 312, legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006);

- DGR Marche n. 292 del 22 marzo 2006: approva il Protocollo d'intesa tra Regione Marche, Comune di Ancona e AOU ospedali riuniti di Ancona concernente la realizzazione del nuovo "Salesi";
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 28 marzo 2006 (Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006-2008);
- Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006 recante approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 2006-2008;
- Decreto interministeriale 12 maggio 2006: Ricognizione delle risorse rese disponibili in applicazione dell'art. 1 commi 310, 311 e 312 della Legge n.266/05 – per la Regione Marche indica in € 84.936.011,82 l'importo complessivo degli impegni soggetti a revoca ed in € 29.727.604,14 la quota del 35% per la quale è applicabile la procedura di recupero prevista dal comma 312 della Legge n.266/05;
- Decreto Dirigente Servizio Salute n. 46 del 26 giugno 2006: la Regione Marche, in applicazione del comma 312 già citato, chiede al Ministero della Salute la risoluzione limitata dell'Accordo di programma stipulato il 28 giugno 2000 e utilizza il finanziamento non revocato;
- DGR Marche n. 843 del 17 luglio 2006: Recepimento e prima attuazione dell'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 28 marzo 2006, sul piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'art. 1, comma 280 della L. n. 266/2005;
- Intesa del 5 ottobre 2006, Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome (Patto sulla salute);
- Decreto interministeriale 12 ottobre 2006: limita la risoluzione dell'Accordo di Programma delle Marche al 65% delle risorse revocate così come richiesto dalla Regione con Decreto del Dirigente del Servizio Salute n.46/2006. Tra gli interventi mantenuti non figura il nuovo Ospedale di Osimo il cui impegno finanziario inserito nell'Accordo di programma del 28 giugno 2000 viene, pertanto, revocato;
- Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Finanziaria 2007): l'art. 1 comma 796 lettera n) eleva a 20 miliardi di euro l'importo fissato dall'art. 20 L.67/88 così come rideterminato dall'art. 8 comma 3 della Legge n.388/00;
- Legge Regione Marche 21 dicembre 2006, n. 21: "Disposizioni in materia di riordine della disciplina dell'Istituto Ricovero e Cura a Carattere Scientifico INRCA di Ancona";
- DGR Marche n. 494 del 21 maggio 2007: Integrazione alla DGR 843/2006 "Recepimento ed attuazione delle indicazioni contenute nell'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 28 marzo 2006, in merito al recepimento del piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'art. 1 comma 280 della L. n. 266/2005 in relazione alle linee guida per la certificazione degli adempimenti dei piani regionali emanate dal comitato nazionale LEA";
- Piano Sanitario Regionale 2007-2009, approvato con Deliberazione amministrativa del Consiglio Regionale n. 62 del 31 luglio 2007, suppl. n 16 al B.U.R. n. 73 del 20 agosto 2007;
- Decreto interministeriale 2 agosto 2007: Ricognizione delle risorse rese disponibili a seguito della revoca di interventi non aggiudicati entro i termini previsti, in applicazione dell'art. 1 commi 310 e 311 della Legge n.266/05 – per la Regione Marche indica in € 1.283.188,81 l'importo complessivo degli impegni soggetti a revoca;
- Determinazione del Direttore generale INRCA n. 236 del 29 ottobre 2007: istituisce l'Agenzia Nazionale per le problematiche dell'invecchiamento, precisandone obiettivi, target, metodologie operative e linee organizzative";
- Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008): l'art. 2 comma 279 eleva a complessivi 23 miliardi di euro la dotazione di risorse per la prosecuzione del Programma pluriennale di investimenti in sanità;

- Decreto Ministro Infrastrutture del 14 gennaio 2008, pubblicato in GU n. 29 del 4 febbraio 2008: “Approvazione delle nuove norme tecniche per le costruzioni”;
- Delibera CIPE 25 gennaio 2008, n. 4, pubblicata in G.U. n. 100/2008: provvede a ripartire tra le Regioni e le Province autonome le risorse finanziarie – pari a 2,425 miliardi di euro - stanziati dalla Legge Finanziaria 2007 per la prosecuzione del programma straordinario di investimenti in campo sanitario finanziato ai sensi della L.n.67/88, art. 20;
- Atto d’intesa del 7 febbraio 2008: “Convenzione tra Ministero della Salute, Regione Marche e INRCA” concernente l’attivazione e il funzionamento della suddetta struttura, in merito alla quale la Conferenza permanente per i rapporti Stato/Regione ha espresso il proprio parere favorevole nella medesima data;
- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 sulla semplificazione delle procedure per l’attivazione dei programmi di investimento in sanità, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ad integrazione del precedente Accordo del 19 dicembre 2002;
- Decreto Ministro della Salute 19 marzo 2008: prende atto dell’istituzione dell’Agenzia Nazionale per le problematiche dell’invecchiamento;
- DGR Marche n. 781 del 11 giugno 2008: Definizione del processo di budgeting delle aziende, zone territoriali, presidi di alta specializzazione, dipartimento regionale di medicina trasfusionale e dell’INRCA, anni 2008 e 2009;
- DGR Marche n. 1176 del 8 settembre 2008: “Realizzazione della nuova struttura ospedaliera nell’area a sud di Ancona – Accordo tra Regione, INRCA ed ASUR”;
- DGR Marche n. 1203 del 16 settembre 2008: “Localizzazione della nuova struttura ospedaliera nell’area metropolitana a sud di Ancona”;
- DGR Marche n. 1234 del 22 settembre 2008: “Concorso di idee a livello europeo per la realizzazione della nuova struttura ospedaliera nell’area metropolitana a sud di Ancona, ai sensi dell’art. 108 del D.Lgs.n.163/2006”;
- DGR Marche n. 1389 del 20 ottobre 2008, avente ad oggetto “D.lgs. n.229/99, art. 5 bis – Accordo di Programma per il settore degli investimenti sanitari in materia di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico tra la Regione Marche, il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali e il Ministero dell’economia e finanze”;
- Decreto Dirigente P.F. Rischio sismico ed OO.PP. di emergenza n. 79 del 3 novembre 2008: “Concorso di idee a livello europeo per la realizzazione della nuova struttura ospedaliera nell’area metropolitana a sud di Ancona. Approvazione atti di gara”;
- Delibera CIPE 18 dicembre 2008, n. 98, pubblicata in G.U. 17 marzo 2009, n.63 che modifica la deliberazione CIPE n.4/2008;
- Delibera CIPE 18 dicembre 2008, n. 97, pubblicata in G.U. 18 marzo 2009, n.64: provvede a ripartire tra le Regioni e le Province autonome le risorse finanziarie – pari a 3 miliardi di euro - stanziati dalla Legge Finanziaria 2008 per la prosecuzione del programma straordinario di investimenti in campo sanitario finanziato ai sensi della L.n.67/88, art. 20;
- Accordo di programma per il settore degli investimenti sanitari sottoscritto dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, dal Ministero dell’Economia e finanze e dalla Regione Marche in data 18 marzo 2009, che impegna per il 1° stralcio la somma complessiva di € 111.908.078,00 di cui € 91.907.935,45 a carico dello Stato; tale somma deriva: per € 154,94 dalla Delibera CIPE 6 maggio 1998 n.52, per € 18.075,02 dal minor costo degli interventi inseriti nell’Accordo di programma sottoscritto il 28 giugno 2000, per € 35.398.109,00 dalle risorse assegnate con Delibera CIPE n.65 del 2 agosto 2002 così come modificata dalla

Delibera CIPE n.63 del 10 dicembre 2004, per € 55.208.407 dalle risorse rese disponibili dalla revoca operata dal Decreto Interministeriale del 12 maggio 2006 e per € 1.283.188,81 dalle risorse rese disponibili a seguito della revoca operata con decreto Interministeriale del 2 agosto 2007;

- DGR Marche n. 696 del 27 aprile 2009, avente ad oggetto “Realizzazione della nuova struttura ospedaliera del Comune di Fermo”, che approva lo schema di Accordo tra la Regione e l’Azienda Sanitaria Unica Regionale per la realizzazione della struttura; DGR Marche n. 1306 del 3 agosto 2009, “Definizione del processo di budgeting delle aziende, zone territoriali, dei presidi di alta specializzazione, del dipartimento regionale di medicina trasfusionale e dell’INRCA per l’anno 2009”.

- Legge 24 giugno 2009, n. 77, in GU n.147 del 27 giugno 2009: “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 aprile 2009, n.39, recante interventi urgenti in favore delle popolazioni colpite dagli eventi sismici nella regione Abruzzo nel mese di aprile 2009”; anticipa al 30 giugno 2009 il termine previsto di scadenza del periodo transitorio di applicazione delle nuove norme tecniche approvate con D.M. 14 gennaio 2008;

- DGR Marche n. 1154 del 13 luglio 2009: “Accordo di programma per il settore degli investimenti sanitari – programma investimenti art. 20 Legge n.67/88 – Direttive per l’attuazione degli interventi”;

- Legge 191 del 23 dicembre 2009 (Finanziaria 2010);

- Decreto legislativo 23 giugno 2011 n. 118, Principi contabili;

- Decreto legislativo n. 38 del 4 marzo 2014 di “Attuazione della direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché della direttiva 2012/52/UE, comportante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro stato membro. (14G00050);

- Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70, concernente il Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;

- C.S.R. del 7 settembre 2016, Intesa sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA);

- Legge n. 145 del 30 dicembre 2018 (legge di bilancio 2019), all’art. 1, comma 555, eleva l’importo destinato al programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico, già rideterminato in 24 miliardi di euro, a 28 miliardi di euro, per la sottoscrizione di accordi di programma con le Regioni e l’assegnazione di risorse agli altri enti del settore sanitario interessati. L’incremento è destinato prioritariamente alle regioni che hanno esaurito, con la sottoscrizione di accordi, la loro disponibilità a valere sui citati 23 miliardi di euro. L’effettivo utilizzo di dette risorse prevede la predisposizione da parte del Ministero di una proposta di riparto, che viene sottoposta alla Conferenza Stato Regioni e Province Autonome per acquisizione dell’Intesa e successivamente trasmessa al CIPE, che ne delibera l’assegnazione alle Regioni e Province Autonome;

- Delibera CIPE n. 51 del 24 luglio 2019 con la quale è stato assegnato alla Regione Marche il finanziamento di € 104.901.558,52 a valere sulle risorse ex art. 20 della L. n. 67/88;

- DGR Marche n. 100 del 3 febbraio 2020 con la quale si è ritenuto conclusa la prima fase procedimentale relativa alla dichiarazione di fattibilità e di pubblico interesse della proposta di "Concessione di progettazione, costruzione e gestione del nuovo polo ospedaliero Marche nord", assegnando la prosecuzione del procedimento all’Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord;

- Piano Sanitario Regionale 2020 - 2022, approvato con Deliberazione amministrativa del Consiglio Regionale (D.A.C.R.) n. 107 del 04.02.2020;

- L.R. n. 20 del 3 giugno 2020 “Misure straordinarie ed urgenti connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19 per la ripartenza delle Marche”;
- DGR Marche n. 746 del 15 giugno 2020: “L.R n. 20 del 3 giugno 2020 - Misure urgenti di competenza del Servizio Tutela, gestione e assetto del territorio a seguito dell’emergenza epidemiologica COVID-19”, che tra gli interventi volti all’erogazione di contributi a fondo perduto per contrastare la crisi economica determinata dall’emergenza epidemiologica COVID-19, prevede come MISURA 7 “Emergenza epidemiologica COVID-19. Realizzazione nuovo ospedale marche nord”, finalizzata al cofinanziamento della copertura finanziaria della quota regionale per avviare le procedure di gara relative alla “Concessione di progettazione, costruzione e gestione del nuovo polo ospedaliero Marche Nord” da attuare con successivi provvedimenti del Dirigente competente della PF. Edilizia Sanitaria e Ospedaliera” ed al fine di consentire l’attestazione della copertura finanziaria della quota regionale, complementare a quella statale del contributo pubblico indicato nel PEF, e quindi poter procedere con la pubblicazione del bando relativo alla "Concessione di progettazione, costruzione e gestione del nuovo polo ospedaliero Marche nord", la Regione Marche garantisce un contributo pubblico, pari a € 16.395.441,48.

## I.2 CRONISTORIA

La Giunta Regionale, con deliberazione n. 1389 del 20 ottobre 2008, ha approvato l’Accordo di Programma tra Regione Marche, Ministero della Salute e Ministero dell’Economia e delle Finanze che prevede tra gli obiettivi specifici di cui al punto IV.3.1, nell’ambito dell’Area Vasta 1, la realizzazione di un Nuovo Complesso di eccellenza dell’Area Nord Regionale. L’Accordo, che riguarda il settore degli investimenti sanitari di cui all’art. 20 della L. 11/03/1988, n. 67, è stato sottoscritto tra Stato e Regione il 18/03/2009.

Il Piano socio-sanitario regionale vigente, “Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo”, approvato con D.A.C.R. n. 38 del 16/12/2011, pubblicata nel BUR n. 115 del 30/12/2011, prevede, tra l’altro, a pag. 33 *“piano degli investimenti infrastrutturali: Area vasta territoriale I: Istituzione AO Ospedali Riuniti Marche Nord Individuazione del sito per il nuovo ospedale”* e a pag. 225 *“Il complessivo piano di azioni riguarda quindi:...*

- *il consolidamento, a nord della regione, dell’Azienda Ospedaliera Ospedali riuniti Marche Nord ad integrazione delle realtà di Pesaro e Fano, con la realizzazione di una struttura unica per la copertura del bisogno di cura e assistenza al livello minimo di area vasta;”*

Con DGR n. 141 del 22/02/2016 è stato approvato lo schema di accordo tra la Regione Marche e l’Azienda Ospedaliera “Ospedali Riuniti Marche Nord” che prevede, tra l’altro, l’affidamento alla Regione Marche delle funzioni di centrale di committenza per la realizzazione della nuova struttura ospedaliera.

Con DGR n. 350 del 10/04/2017 la Regione ha modificato la DGR n. 62 del 23/01/2012 individuando la localizzazione del nuovo sito per la realizzazione della nuova struttura ospedaliera a servizio dell’Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" (AORMN) nell’area di Muraglia nel Comune di Pesaro.

In data 12/01/2017, prot. n. 284, è pervenuta una proposta ad iniziativa privata, ai sensi dell’art. 183, comma 15 del D.lgs.18 aprile 2016 n. 50, per l’affidamento del contratto di Concessione relativa alla progettazione definitiva ed esecutiva, all’esecuzione dei lavori di nuova costruzione, ed alla gestione di alcuni servizi non sanitari e commerciali dell’Ospedale “Marche Nord” formulata da ICM S.p.A.

In data 22/12/2017, prot. n. 1285483, la I.C.M. S.p.A. ha trasmesso il rinnovo della garanzia fideiussoria in conformità all’art. 93 del D.Lgs. 50/2016.

Con la D.G.R. n. 2 del 08/01/2018 la Giunta regionale ha adottato la "Revisione delle DGR n. 735/2013, n. 908/2015 e s.m.i. Applicazione del DM 70/2015 per la ridefinizione della dotazione dei posti letto della rete ospedaliera marchigiana".

In data 26/03/2018, prot. n. 326716, è pervenuta alla Regione Marche, da parte di un raggruppamento temporaneo di imprese con Renco S.p.a. quale mandataria, un’ulteriore proposta progettuale per l’affidamento

del contratto di concessione relativo all'esecuzione e alla gestione di alcuni servizi in relazione al nuovo ospedale Marche nord, ai sensi dell'art. 183, comma 15, del D.lgs. 18 aprile 2016, n.50.

Con D.G.R. n. 523 del 23/04/2018 la Giunta ha approvato lo schema di Protocollo di Intesa tra la Regione Marche ed il Comune di Fano sull'assetto delle strutture ospedaliere dopo la realizzazione del nuovo ospedale dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord".

Con decreto del Dirigente della posizione di funzione Edilizia sanitaria ed ospedaliera della Regione Marche n. 71 del 17/07/2018 è stata nominata la commissione multidisciplinare con esperti specializzati in materia sanitaria ospedaliera, nel codice degli appalti, in programmazione sanitaria regionale ed aspetti tecnici, con il compito di individuare, valutando, ognuno per quanto di specifica competenza, la migliore proposta pervenuta e valutare la candidatura più aderente al piano sanitario regionale, verificandone la fattibilità tecnica ed economica.

I lavori della suddetta commissione si sono conclusi in data 26/07/2018, come da verbale registrato al protocollo Regione Marche n. 862091 del 26/07/2018, i cui esiti sono stati condivisi sia dal Responsabile del Procedimento, sia dal Dirigente della Posizione di funzione Edilizia sanitaria ed ospedaliera della Regione Marche.

La proposta formulata dalla costituenda ATI con a capogruppo Renco S.p.A. è stata individuata come quella maggiormente aderente alle necessità ed alle aspettative dell'Amministrazione; anche in riferimento al piano sanitario regionale, alla fattibilità tecnico/economica, ai servizi offerti e alle normative di settore.

Con nota 0862883|26/07/2018|R\_MARCHE|GRM|ITE|P è stata comunicata ai due proponenti la scelta effettuata dall'Amministrazione, precisando che tale scelta non era da considerarsi come approvazione della proposta presentata, neppure in via provvisoria, dovendo completarsi la valutazione economica della stessa.

Il Partenariato Pubblico Privato per la realizzazione di opere, programmi e interventi pubblici è una competenza trasferita al Dipartimento per la programmazione e il coordinamento della politica economica della Presidenza del Consiglio dei Ministri (DIPE) dall'art. 1, comma 589, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di Stabilità 2016). La competenza del DIPE in materia consiste tra l'altro nell'assistenza gratuita alle Pubbliche Amministrazioni attraverso la prestazione di servizi di assistenza tecnica, legale e finanziaria, in tutte le fasi dei procedimenti.

Per tale motivo, con nota pec prot. n. 956542 del 30/08/2018, è stata richiesta assistenza economica, finanziaria e giuridica alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per la Programmazione Economica ai fini della valutazione della fattibilità della proposta di partenariato pubblico privato.

Con nota prot. n. 1324291|29/11/2018, questa Amministrazione ha chiesto alla costituenda ATI, avente come capogruppo RENCO S.p.a., la conferma della proposta di candidatura alla realizzazione del nuovo Ospedale Marche Nord e l'estensione della validità della stessa fino al 31 gennaio 2019.

Con nota del 29/11/2018, assunta al prot. n. 1335938 del 03/12/2018, la capogruppo della costituente ATI (RENCO S.p.a.) ha confermato la propria candidatura estendendo la validità della propria offerta fino al 31/01/2019.

Il parere contenente le analisi e le osservazioni del DIPE è pervenuto in data 30/11/2018, e registrato al protocollo n. 1332994, nello stesso parere viene precisato che le analisi e le osservazioni, ivi contenute, non debbano essere considerate vincolanti per l'amministrazione e che le relative considerazioni non possono far ritenere il procedimento immune da eventuali contenziosi o farne presumere l'esito positivo.

È quindi stato necessario, prima di accertare la fattibilità della proposta, valutare gli aspetti economici e finanziari della proposta individuata, anche in riferimento alle suddette analisi ed osservazioni formulate dal DIPE.

Per tale motivo, vista la complessità e l'alta specializzazione del compito da assolvere nonché l'entità del piano economico finanziario da analizzare, con decreto n. 2 del 24/01/2019 del Dirigente della P.F. Edilizia sanitaria ed ospedaliera è stato affidato alla società Epta Prime il Servizio di supporto al RUP per la verifica degli aspetti

economici finanziari nella fase di valutazione della fattibilità della proposta ad iniziativa privata ai sensi dell'art. 183, comma 15 del D.lgs 18 aprile 2016 n. 50 per l'affidamento del contratto di concessione relativa alla progettazione definitiva ed esecutiva, all'esecuzione dei lavori di nuova costruzione ed alla gestione di alcuni servizi non sanitari e commerciali dell'ospedale "Marche Nord".

La società Epta Prime ha inviato in data 26/01/2019 prot. N. 0102884 del 28/01/2019, un Report di valutazione del piano economico e finanziario dal quale si evincono numerosi vantaggi per la Pubblica Amministrazione nella realizzazione di iniziative in regime di Project Financing, nonché alcune osservazioni recepibili in fase di bando di gara sulla ripartizione dei rischi di costruzione e manutenzione.

Alla luce di quanto precede, ed in particolare dall'esame comparativo delle proposte pervenute, si è ricavata l'assenza di elementi ostativi alla realizzazione della proposta dell'A.T.I. Renco s.p.a. in esame e la sua rispondenza a pubblico interesse, vista l'idoneità tecnica per la realizzazione dell'intervento in questione, la fattibilità sotto il profilo costruttivo, la fattibilità economico finanziaria in termini di costi realizzativi, gestionali, durata della concessione, tempi di realizzazione e piano economico finanziario, della fattibilità della bozza di convenzione in ordine alle condizioni contrattuali della fase realizzativa e gestionale ivi riportate.

La Giunta Regionale, con Deliberazione n. 84 del 28/01/2019, ha dichiarato "fattibile", ai sensi del comma 15 art. 183 del d.lgs. 50/2016, la proposta di concessione per la progettazione, costruzione e gestione dell'ospedale "Marche Nord" presentata dalla Renco S.p.A. in qualità di capogruppo della costituenda A.T.I. tra Renco s.p.a., Siram s.p.a., Papalini s.p.a e Linea Sterile s.p.a., poiché non vi erano elementi ostativi alla sua realizzazione e rivestiva pubblico interesse.

Ai sensi della medesima Delibera le osservazioni del DIPE e di EPTA PRIME s.r.l. si sarebbero dovute recepire nelle successive fasi della procedura.

In data 25.02.2019 la Regione Marche ha chiesto al Comune di Pesaro di predisporre una variante al PRG vigente per ridefinire i parametri urbanistici relativi all'area interessata dagli interventi ai fini della prosecuzione dell'iter amministrativo propedeutico al bando di gara dell'intervento di realizzazione del Nuovo Ospedale Marche Nord.

In data 01/04/2019 il Consiglio comunale di Pesaro ha adottato la variante al Piano regolatore generale relativa all'area ospedaliera di Muraglia, preceduta da una fase di verifica di assoggettabilità a VAS che si è conclusa con l'esclusione della Variante dalla procedura di VAS con alcune prescrizioni.

Nei tempi previsti non sono pervenute osservazioni ed è stato approvato con Delibera di Consiglio Comunale n. 120 del 30/09/2019, ad oggetto "APPROVAZIONE DI VARIANTE AL P.R.G. RELATIVA ALL'AREA OSPEDALIERA DI MURAGLIA - U.M.I. 1.1.1, AI SENSI DELL'ART. 26 DELLA LEGGE REGIONALE N.34/1992 E S.M.I.", immediatamente eseguibile.

L'intervento ricade nella procedura di VIA in quanto Progetto di riassetto o sviluppo di aree urbane all'interno di aree urbane esistenti che superano i 10 ha, comportando anche la realizzazione di parcheggi di uso pubblico con capacità superiore a 500 posti auto ed in quanto collocato all'interno di un Sito di rete natura 2000.

La presentazione dell'istanza, ai sensi dell'art. 27 bis del D.Lgs. 152/2006, può essere preceduta da una fase di consultazione preliminare durante la quale vengono definiti il livello di dettaglio degli elaborati di progetto (art. 20 D.Lgs 152/2006) ed i contenuti del SIA (art. 21 D.Lgs 152/2006), che l'Autorità competente deve indicare sulla base della documentazione trasmessa dal proponente e mediante consultazione con tutte le amministrazioni e tutti gli enti territoriali, potenzialmente coinvolti, che devono formulare il proprio parere e contributo ai fini del rilascio della VIA e dei singoli titoli abilitativi.

A tale scopo, con PEC del 12/04/2019, la Regione Marche - P.F. Edilizia sanitaria ed ospedaliera ha richiesto alla Provincia di Pesaro Urbino, competente in materia, l'avvio del procedimento di definizione dei contenuti dello Studio di Impatto Ambientale ai sensi del D.Lgs. n.152/2006 ss.mm.ii. e della L.R. 3/2012. Per tale procedimento, tenuto conto della tipologia e complessità del procedimento, l'Amm. Provinciale ha ritenuto opportuno indire una prima Conferenza istruttoria ai sensi dell'art. 14 comma 1 L. 241/90 in data 28/05/2019

ed una seconda in data 11/06/2019. La Provincia di Pesaro Urbino, con Determinazione n. 691 del 09/07/2019, ha concluso il procedimento esprimendo il parere di competenza.

Prima di approvare il progetto di fattibilità tecnica ed economica e indire il bando di gara è stato necessario procedere alla verifica della proposta presentata, ai sensi dell'Art. 26 (Verifica preventiva della progettazione) del Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50.

Ai sensi del comma 6 dell'Art 26 del D.Lgs. 50/2016 l'attività di verifica va effettuata, per i lavori di importo pari o superiore a venti milioni di euro, da organismi di controllo accreditati ai sensi della norma europea UNI CEI EN ISO/IEC 17020.

È stato quindi necessario procedere con l'affidamento di un servizio di supporto al RUP per la verifica della "Proposta di iniziativa privata ai sensi dell'art. 183, comma 15 del D.lgs.18 aprile 2016 n. 50 per l'affidamento del contratto di concessione relativa alla progettazione definitiva ed esecutiva, all'esecuzione dei lavori di nuova costruzione ed alla gestione di alcuni servizi non sanitari e commerciali dell'ospedale "Marche Nord" presentata dall'ATI RENCO s.r.l..

Per ovviare a tale necessità con decreto del dirigente della P.F. Edilizia sanitaria ed ospedaliera n. 22 del 26/03/2019 è stata affidato alla RINA Check s.r.l. (organismo di controllo accreditato), sede legale Via Corsica n. 12 – GENOVA, il servizio di supporto al RUP de quo.

Il servizio di cui sopra è stato avviato in data 27/03/2019, ai sensi del comma 8, art 32 del Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 e il contratto stipulato in data 24/05/2019 (registrato al n. 457/2019).

In data 12/07/2019 al prot. n. 644943 è stato registrato il piano delle ispezioni inviato dalla Società incaricata.

In data 14/06/2019 (registrato al prot. n. 738428) la Soc. RINA CHECK s.r.l. ha inviato il Rapporto di Controllo Intermedio RC01 con allegati i relativi documenti RED00.

In data 05/07/2019 (registrato al prot. n. 854379) la Soc. RINA CHECK s.r.l. ha inviato il Rapporto di Verifica Intermedio RC02 con allegati i documenti RED rev01.

In data 12/07/2019 si è tenuta una riunione in contraddittorio tra il Progettista e il Verificatore, alla presenza del RUP.

Il progetto è stato aggiornato come da indicazione dei Rapporti Intermedi di Verifica redatti da Rina Check S.r.l. in qualità di Organismo di controllo incaricato dell'attività di verifica.

La Società RINA Check s.r.l., nell'ambito delle attività di verifica preventiva ai fini della validazione della progettazione di fattibilità tecnica ed economica, ha inviato in data 08/08/2019 (assunto da questo Ente al prot. n. 985960) il "Rapporto di controllo Conclusivo RC03b" assieme ai relativi documenti RED02.

Il Certificato di regolare esecuzione del Servizio è stato registrato al prot. n. 1106795 del 17/09/2019.

Il processo di verifica del progetto fattibilità tecnica ed economica in oggetto si è concluso con esito positivo e la validazione formale ai sensi dell'art. 26, comma 8 del DLgs n. 50 del 2016, relativo al progetto di fattibilità tecnica ed economica della "Proposta ad iniziativa privata ai sensi dell'art. 183, comma 15 del D.lgs18 aprile 2016 n. 50 per l'affidamento del contratto di concessione relativa alla progettazione definitiva ed esecutiva, all'esecuzione dei lavori di nuova costruzione ed alla gestione di alcuni servizi non sanitari e commerciali dell'ospedale "Marche Nord".

Ai sensi dell'art. 26, comma 8, del D. Lgs n. 50 del 2016 non sono stati oggetto della verifica effettuata dalla Società RINA Check s.r.l. e della conseguente validazione il Piano Economico Finanziario e lo Schema di Convenzione; nonché gli altri documenti di carattere economico-finanziario in quanto già oggetto di specifico incarico affidato alla Società Epta Prime s.r.l..

Con nota PEC prot. n. 0867589 del 09/07/2019 la P.F. Edilizia Sanitaria ed Ospedaliera è stata trasmessa alla Soprintendenza Archeologica, Belle Arti e Paesaggio delle Marche il documento di valutazione preventiva dell'interesse archeologico, redatto ai sensi dell'art. 25 del D.lgs. 50/2016, al fine dell'espressione del parere di cui al comma 8 del succitato art. 25.

Con nota pec, assunta al prot. della Regione Marche n. 1157360 del 30/09/2019, la Soprintendenza Archeologica, Belle Arti e Paesaggio delle Marche ha trasmesso il parere di competenza.

Prima di accertare la fattibilità della proposta, per minimizzare il rischio di possibili contenziosi, si è reso necessario valutare attentamente gli aspetti giuridici della proposta individuata, anche in riferimento alle suddette analisi ed osservazioni formulate dal DIPE.

Per tale motivo, vista la complessità e l'alta specializzazione del compito da assolvere, nonché l'entità del piano economico finanziario da analizzare, è stato affidato con decreto del Dirigente del Servizio Stazione unica appaltante n. 94 del 10/09/201, il servizio di supporto giuridico al:

- a) Responsabile Unico del Procedimento (RUP) per l'adeguamento dello schema di convenzione alle osservazioni del DIPE;
- b) Responsabile del Procedimento di Affidamento (RPA) durante la fase della procedura selettiva.

Con nota prot. n. 0977828 del 07/08/2019 è stato richiesto all'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord un parere tecnico ed eventuali osservazioni in relazione alla proposta in oggetto.

Con nota assunta al protocollo della Regione Marche n. 1091215 del 12/09/2019 l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord ha formulato il parere sopra richiesto fornendo indicazioni sia in merito al layout sia ai servizi sanitari oggetto della proposta.

Con successiva nota prot. n. 1221150 del 10/10/2019 è stato richiesto all'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord un approfondimento del parere formulato con nota acquisita al prot. n. 1092115 del 12/09/2019, visti i requisiti minimi indicati e le osservazioni in merito alla Centrale di sterilizzazione e in riferimento all'entità delle osservazioni presentate, anche in considerazione della complessità del servizio sanitario offerto e delle relative responsabilità.

Con nota assunta al protocollo della Regione Marche n. 1238847 del 15/10/2019, l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord ha trasmesso l'istruttoria integrativa richiesta con la quale, vista la centralità del processo di sterilizzazione, era necessario valutare attentamente l'eventuale affidamento in outsourcing della gestione completa del processo di sterilizzazione e dello strumentario chirurgico.

Con note pec prot. n. 1261334 e n. 1262910 del 21/10/2019 la Regione Marche ha trasmesso al promotore e all'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord il verbale di validazione del progetto di fattibilità tecnica ed economica e richiesto l'aggiornamento della proposta, anche ai sensi della DGR n.84 del 28/01/2019. Con la stessa nota, in riferimento alla validazione è stato richiesto l'aggiornamento degli elaborati progettuali alla luce del citato verbale. In relazione al recepimento delle prescrizioni del DIPE e delle osservazioni di Epta Prime srl, richiamate nel documento istruttorio della DGR n. 84/2019, è stato richiesto inoltre l'aggiornamento della Bozza di Convenzione, della Matrice dei rischi e del Piano Economico e Finanziario, tenendo altresì conto delle significative variazioni dei tassi di interesse nel frattempo intervenute. Il suddetto aggiornamento avrebbe dovuto riguardare anche i capitolati relativi ai servizi proposti rispetto ai quali si rendeva necessaria una maggiore definizione, anche in relazione alla necessità di meglio dettagliare gli obblighi del concessionario (come suggerito dal DIPE). È stato segnalato, infine, che con nota del 15/10/2019, assunta al prot. n. 1238847, l'Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord aveva evidenziato l'opportunità di stralciare dalla proposta il Servizio di sterilizzazione per ragioni prettamente sanitarie; è stato chiesto pertanto di valutarne la fattibilità, tenuto conto delle motivazioni di interesse generale sottese alla predetta nota.

Con nota prot. n. 1350330 del 12/11/2019 il promotore ha trasmesso l'aggiornamento degli elaborati alla luce della verifica e delle richieste sopra rappresentate relative sia delle prescrizioni del DIPE che delle osservazioni di Epta Prime srl che di quanto rappresentato dalla Regione e dall'Azienda Marche Nord. Per quanto riguarda, invece, le altre prescrizioni formulate da l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord in sede di parere tecnico agli elaborati presentati, la stessa Azienda dovrà, in sede di predisposizione degli atti propedeutici al bando di gara, procedere al loro integrale recepimento in quanto sono stati valutati positivamente dalla Regione medesima.

In data 06/12/2019, con nota assunta al prot. n. 1448062, è pervenuto il parere conclusivo in relazione al servizio di supporto al RUP per la verifica degli aspetti economici finanziari in merito alla proposta aggiornata trasmessa dal promotore in data 12/11/2019 che ha evidenziato che *“A fronte delle risultanze dell’analisi PSC che dimostra la sussistenza di un Value for money positivo pari a € 4,39 milioni nello scenario di riferimento, dei vantaggi qualitativi sopra descritti e dell’oggettività e della prudenza, caratterizzante le ipotesi alla base della analisi condotta, è possibile determinare la convenienza del perseguimento dell’iniziativa mediante modello project finance rispetto al modello appalto tradizionale”*.

In data 27/11/2019, assunto al prot. n. 1407782, è pervenuto il parere conclusivo in relazione al servizio di supporto giuridico in merito alla proposta aggiornata trasmessa dal promotore in data 12/11/2019 il quale ha rappresentato quanto segue.

È stata recepita dal promotore la revisione delle clausole negoziali verso una più corretta ed efficiente allocazione dei rischi, quale necessario presupposto dell’operazione di partenariato pubblico-privato. Tale esame era stato condotto considerando in primo luogo le osservazioni del DIPE espresse nel parere del 29.11.2018 (con specifico riguardo all’esigenza di allocare il rischio di costruzione in capo all’operatore privato) e tenendo altresì conto dei contenuti della bozza di contratto standard elaborato dal Gruppo di lavoro interistituzionale sul PPP, coordinato dal Ministero dell’Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, pubblicato nel settembre 2018.

Lo schema di convenzione trasmesso dal Proponente in data 12.11.2019 recepisce le indicazioni di cui sopra, con l’obiettivo di trasferire al concessionario i rischi di costruzione e di disponibilità e di prevedere un sistema di monitoraggio che possa garantire che i rischi restino correttamente allocati in capo alle parti per tutta la durata della concessione.

Le clausole contrattuali sono state ulteriormente riviste nell’ottica di meglio definire il perimetro delle conseguenze della risoluzione e del recesso e, quindi, il rischio in capo al concessionario, secondo i suggerimenti di Cassa Depositi e Prestiti (alla quale è stata inviata la proposta di PPP) finalizzati a favorire la bancabilità dell’operazione.

Sempre Cassa Depositi e Prestiti ha raccomandato di introdurre una disciplina di contestazione e di instaurazione del contraddittorio con il concessionario prima dell’applicazione delle penali; tale previsione, più garantista per il concessionario, non inficia comunque il meccanismo di applicazione automatica delle penali nel caso in cui il concedente ritenga comunque fondata la contestazione.

Il risultato finale delinea un quadro più completo e definito dei rischi di progettazione, costruzione e disponibilità allocati in capo alle parti del contratto, secondo le indicazioni contenute nelle Linee Guida ANAC n. 9 “Monitoraggio delle amministrazioni aggiudicatrici sull’attività dell’operatore economico nei contratti di partenariato pubblico privato” (Delibera n. 318 del 28.03.2018, pubblicate nella Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n.92 del 20.04.2018).

La “matrice dei rischi” da ultimo trasmessa risulta adeguata all’aggiornamento della convenzione, con puntuale richiamo agli articoli del contratto di PPP che definiscono il soggetto a carico del quale è posto il rischio e la portata del rischio assunto.

Ciò premesso l’attuale assetto convenzionale ha recepito – quanto alla disciplina dell’allocazione dei rischi – le indicazioni della D.G.R. n. 84 del 28.01.2019.

Cassa depositi e prestiti S.p.A. (CDP), con nota assunta al prot. n. 004997 del 14/01/2020, *ha manifestato la propria disponibilità a valutare, in complementarità con il sistema bancario, la concessione di un finanziamento in via diretta al futuro concessionario, ai sensi dell’articolo 5, comma 7, lettera a), secondo periodo, del decreto-legge 269/2003 convertito, in legge con modificazioni, dall’articolo 1 della legge 326/03 (“Finanziamento CDP”)*.

Con DGR n.100 del 03/02/2020 la Giunta regionale ha:

1. ritenuto conclusa la prima fase procedimentale relativa alla dichiarazione di fattibilità e di pubblico interesse della proposta di "Concessione di progettazione, costruzione e gestione del nuovo polo ospedaliero Marche nord" alla luce del recepimento delle indicazioni, da parte del proponente, della D.G.R. n. 84/2019;

2. assegnato la prosecuzione del procedimento all'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord e di conseguenza revocato la D.G.R. n. 141 del 22/02/2016;
3. stabilito che l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord, nel prendere atto dell'operato amministrativo finora svolto, proceda tenendo conto delle indicazioni riportate nell'Allegato A della stessa delibera, nel rispetto della L.r. n. 12/2012;
4. stabilito che l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord per la realizzazione, gestione, vigilanza, dell'intero progetto dovrà presentare alle Strutture regionali competenti il fabbisogno finanziario con l'indicazione della quota finanziata con entrate proprie;
5. preso atto che la costruenda opera è prevista nel vigente Piano socio-sanitario regionale, approvato con D.A.C.R. n. 38 del 16/12/2011, e stabilito che l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord dovrà tener conto della programmazione sanitaria regionale e dovrà inserire la struttura negli atti di programmazione ai sensi dell'art. 21 d.lgs. 50/2016.

Alla luce di quanto in precedenza illustrato, si è ritenuta conclusa la fase di dichiarazione di pubblico interesse della proposta di "Concessione di progettazione, costruzione e gestione del nuovo polo ospedaliero Marche nord" alla luce del recepimento delle indicazioni, da parte del proponente, della D.G.R. n. 84/2019 e conseguentemente è stata assegnata la prosecuzione del procedimento all'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord, prevedendo che la stessa dovrà tener conto e recepire le osservazioni già formulate dalla stessa Azienda in merito. Per quanto concerne, invece, l'espletamento delle procedure di gara telematica per l'affidamento della gara europea a procedura aperta, per l'affidamento, mediante finanza di progetto, ai sensi dell'art. 183, comma 15 del d.lgs. 50/2016 e ss.mm.ii. e per l'individuazione del soggetto di cui all'art. 26 del d.lgs. 50/2016 della: "Concessione di progettazione, costruzione e gestione del nuovo polo ospedaliero Marche nord", si dovrà tener conto di quanto previsto agli artt. 4 e 5 della L.R. n. 12/2012. La realizzazione dell'opera dovrà essere inserita dall' Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord negli atti di programmazione edilizia ai sensi art. 21 D.Lgs 50/2016.

## **II. ANALISI DEL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO E DEI BISOGNI SOCIO-SANITARI**

### **II.1 INQUADRAMENTO DEMOGRAFICO**

La popolazione residente nella Regione Marche al 1° gennaio 2018 risulta essere 1.531.753 residenti, corrispondente al 2,53% della popolazione italiana.

La popolazione residente mostra una tendenza di generale calo delle nascite ed un progressivo invecchiamento della popolazione. L'andamento percentuale delle variazioni (anno su anno) della popolazione residente nella Regione Marche, indica un delta di variazione 2014-2015 di -0,3% abitanti (un calo di -4.693 residenti). Dal 2015 la popolazione residente nella Regione Marche è calata mediamente all'anno del -0,33% una media di -5.053 residenti/anno.

La struttura per età della popolazione residente evidenzia un processo di invecchiamento rilevante.

I residenti con più di 64 e più di 74 anni risultano essere complessivamente il 24,5% e il 13,2%.

Aumenta la speranza di vita alla nascita nei maschi (da 77,8 anni nel 2000 a 81,16 nel 2017), riducendo la storica differenza con il sesso femminile che resta comunque più longevo (83,5 anni nel 2000 e 85,5 nel 2017). Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è mitigato dalla presenza degli stranieri, popolazione strutturalmente più giovane rispetto a quella italiana. L'indice di Invecchiamento per gli Italiani è pari a 191,3 (ogni 100 giovani, nella Regione Marche nel 2018 ci sono 191,3 anziani), per gli stranieri l'indice è pari a 34,4 vale a dire che ogni 100 giovani ci sono solamente 34 anziani.

La popolazione con meno di 15 anni rappresenta il 12,8% della popolazione totale. I bambini e ragazzi stranieri (0-14 anni) al primo gennaio 2018 sono 22.111 pari al 16,5% sul totale della popolazione straniera residente. Il saldo migratorio complessivo (differenza Iscritti/cancellati) è costantemente in attivo: dai primi anni 2000 è aumentato fino al 2010 (dove ha raggiunto le +8.280 unità) per scendere poi progressivamente (3.398 nel 2016). Sebbene il saldo sia ancora attivo, dal 2013 si sono avute meno iscrizioni e sono aumentate le emigrazioni per altri comuni e per l'estero.

Nello stesso periodo il saldo naturale (differenza tra nati e deceduti) è rimasto negativo, in media ultimi 5 anni di -5.724 soggetti all'anno. Nel 2017 è pari a -7.780 soggetti.

Il calo della natalità riguarda principalmente, dal 2010, le donne italiane, verosimilmente a causa di una riduzione proporzionale delle donne in età fertile, per innalzamento dell'età della popolazione femminile, e/o a un rinvio (o rinuncia) ad avere un figlio. Aumenta l'età media delle donne al parto (nel 2018 a 32,4 anni).

Il tasso di natalità nel 2017 è pari a 7 nati per mille abitanti ossia 10.669 nati. Dal 2013 si osserva anche una riduzione delle nascite da donne straniere.

La percentuale di stranieri è costantemente cresciuta fino al 2015 (percentuale sulla popolazione 9,4%) dal 2015 al 2018 la popolazione straniera residente è diminuita di -0,5 punti percentuali, nel 2018 la popolazione straniera residente è pari all'8,9% (136.045 residenti).

Le cittadinanze degli immigrati sono molto variegata, la somma degli abitanti delle prime 5 comunità più numerose (Romania, Marocco, Albania, Cina Rep. Popolare e Macedonia) rappresenta il 50,8% del totale degli immigrati.

### **II.2 CONTESTO SOCIO-ECONOMICO**

Nel 2018 nella Regione Marche il Tasso di Occupazione per la popolazione fra i 15 e i 64 anni è pari al 64,7%, aumentato rispetto all'anno precedente di quasi 3 punti percentuali nei maschi e di 2 nelle femmine. Il valore del 2018 risulta essere superiore di 7,1 punti rispetto alla media italiana (Tasso Occupazione 15-64 totale 57,6). Nella Regione Marche il Tasso di Disoccupazione nel corso del 2018 è del 9,7% nelle donne e del 6,7% negli uomini. Confrontando i dati degli ultimi due anni il Tasso di Disoccupazione è diminuito sia nel sesso Femminile (-2,7 punti percentuali) e sia nel sesso Maschile (-2,4 punti).

Il 51,8% della popolazione ha un livello di istruzione alto (scuola media superiore o laurea), il 18,4% non ha titolo di studio o solo licenza elementare.

## II.3 QUADRO EPIDEMIOLOGICO

### II.3.1 Prevenzione

I dati sulle coperture Vaccinali nel 2018 attestano un costante e progressivo miglioramento della situazione regionale, con dati di copertura ancora sotto la soglia del 95% ma significativamente migliori rispetto a quelli degli anni precedenti.

Nella Vaccinazione Morbillo Parotite e Rosolia (MPR) la Regione Marche nel 2018 ha una copertura complessiva del 92%, una crescita di 3,8 punti percentuali sul 2017 e di 9 punti percentuali sul 2016.

Nella Vaccinazione Esavalente Regione Marche nel 2018 ha una copertura complessiva del 93,9%, una crescita di 0,9 punti percentuali sul 2017 e di 1,4 punti percentuali sul 2016.

Nella Vaccinazione Antinfluenzale (popolazione  $\geq 65$  anni) la Regione Marche nel 2017 ha una copertura complessiva del 51,5%, una crescita di 1,5 punti percentuali sul 2016 e di 5,7 punti percentuali sul 2015.

Per quanto riguarda l'attività di screening, si evidenzia quanto segue:

l'estensione dello screening Mammografico rispetto alla popolazione Bersaglio (donne 50-69 anni) nel 2018 è il 96,6%, la percentuale di adesione rispetto alle invitate nel 2018 è il 54,4%.

l'estensione dello Screening Cervic Uterina rispetto alla popolazione Bersaglio (donne 25-64 anni) nel 2018 è il 107,8%, la percentuale di adesione rispetto alle invitate nel 2018 è il 42,7%.

l'estensione dello screening Coloretale rispetto alla popolazione Bersaglio (soggetti di età 50-70 anni) nel 2018 è il 98,7%, la percentuale di adesione rispetto alle invitate nel 2018 è il 36,5%.

Nel 2018 nella Regione Marche sono state protocollate 18.741 denunce infortuni sul lavoro, su un totale di 402.836 lavoratori, il 2,9% del dato nazionale. Il Tasso infortuni sul lavoro nel 2018 rileva un'incidenza di 46,49 infortuni ogni 1.000 addetti. Rispetto alla media italiana la Regione Marche registra dati più elevati del Tasso Infortunio sul lavoro ogni 1000 addetti seppur in riduzione costante dal 2013 al 2017 (un delta di -5,6 punti percentuali).

Nel 2018 Nella Regione Marche si sono registrati 23 infortuni Mortali, una riduzione del -378,9% sul 2017 (37 infortuni mortali). Il Tasso su 100.000 addetti, indica nella Regione Marche 5,71/100.000 infortuni mortali, dato inferiore alla media italiana (7,03/100.000 nel 2018).

### II.3.2 Stili di vita

La prevalenza di fumatori (24%) è inferiore al dato Pool PASSI Italia (26%); i valori sono più alti negli uomini, nelle classi d'età più giovani con valore massimo nella classe di età 25-34 anni, nelle persone con un livello socio-economico basso e nelle persone con basso livello di istruzione.

Il consumo di alcol a maggior rischio per la salute coinvolge il 18% della popolazione adulta, valore più alto di quello del Pool PASSI Italia (16,9%). Il consumo di alcol a Maggior Rischio è più diffuso tra gli uomini, nella classe 18-24 anni e si associa inoltre ad un livello socio-economico alto.

L'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) interessa più di quattro residenti su dieci (34% in sovrappeso e 8,3% obeso); i valori sono in linea con i dati Pool PASSI Italia. Il sovrappeso aumenta con l'età, è più frequente negli uomini e nelle persone con basso livello di istruzione.

Per quanto riguarda l'alimentazione, solo il 12,5% delle persone consuma 5 o più porzioni al giorno di frutta/verdura, dato superiore al Pool PASSI Italia 9,6% five a day.

La sedentarietà interessa quasi una persona adulta su cinque (24,5%); i valori sono più bassi rispetto al Pool PASSI Italia (32,5%). Aumenta all'aumentare dell'età, è più diffusa nelle donne e nelle persone con basso livello di istruzione.

Rischio Cardiovascolare, nelle Marche, complessivamente, circa 4 persone su 10 (23% della popolazione contro il 24% del valore nazionale) hanno almeno 3 fattori di rischio cardiovascolare. Circa 2 intervistati su 10 riferiscono diagnosi di ipertensione e 1 su 3 ipercolesterolemia

La Depressione colpisce il 5% della popolazione Marchigiana, In particolare, sono più colpiti i soggetti di età avanzata, di sesso femminile, con livello di istruzione basso, con molte difficoltà economiche e senza un lavoro regolare. Inoltre, sono colpiti prevalentemente i soggetti affetti da patologie croniche (9% di persone con sintomi di depressione).

Popolazione Anziana: La percezione del proprio stato di salute è una dimensione importante della qualità della vita. Nelle persone con 65 anni e più, indicatori negativi sulla percezione del proprio stato di salute sono correlati ad un rischio aumentato di declino complessivo delle funzioni fisiche, indipendentemente dalla severità delle patologie presenti. il 30% delle persone con 75 anni e più considera in modo negativo il proprio stato di salute (vs il 10% delle persone di 65-74 anni). il numero medio di giorni in cattiva salute fisica è 4,7 tra le persone nella fascia di età 65-74 anni e di 8,6 tra coloro con 75 anni e più. Il numero medio di giorni in cattiva salute psicologica è di 3,3 tra le persone nella fascia di età 65-74 anni e si attestano su 5,7 tra coloro con 75 anni e più. Nella Regione Marche, il 57,6% della popolazione ultra 64enne riferisce almeno una patologia cronica. Il numero di patologie aumenta al crescere dell'età infatti il 63% degli anziani intervistati ultr80enni dichiara di avere una o più patologie.

### ***II.3.3 Stato di salute della popolazione***

La mortalità è uno degli indicatori di carattere epidemiologico più solidi e rappresentativi dello stato di salute di un determinato territorio. La mortalità Generale nella Regione Marche nel 2003 rilevava un totale di 16.472 decessi, nel 2016 un 17.237, considerando l'aumento della popolazione  $\geq 65$  anni il Tasso STD/10.000 di Mortalità Generale è passato da 101,66/10.000 nel 2003 a 79,4/10.000 nel 2016. L'eccesso di mortalità evidenziato nel 2015 (84,94 per 10.000) che ha interessato le classi di età superiori ai 75 anni, non si è verificato nel 2016 dove il Tasso STD è ritornato a 79,4 per 10.000.

I ricoveri ospedalieri, sia in regime ordinario che in day-hospital, sono in decremento a partire dal 2011

Le malattie del sistema circolatorio rappresentano nella popolazione la principale causa di morte (37,4% dei decessi) e di ricovero (14,8%). L'andamento della mortalità è in calo, soprattutto nel sesso maschile.

I tumori, nel loro complesso, rappresentano la seconda causa di morte e di ricovero (provocano il 27,3% del totale dei decessi e il 10,5% di tutti i ricoveri). La mortalità per Tumore è in costante decremento, anche se il delta di riduzione è inferiore rispetto alla mortalità per malattie del sistema circolatorio.

Valutando il trend della mortalità per sede tumorale è più netta la tendenza alla stabilità o alla diminuzione, tranne alcune eccezioni come il polmone nelle femmine che è in aumento. Fra gli uomini il tumore con maggiore peso percentuale è quello del Polmone (20,3%) seguito dai tumori del Colon-Retto (12,3%) e dello Stomaco (7,2%). Nelle donne invece il Tumore alla Mammella ha la percentuale più alta tra tutte le morti per Tumore (15,7%), seguita dai tumori del Colon-Retto (11,9%) e del polmone (10,7%).

Le cause di morte per traumatismi restano un argomento prioritario per la prevenzione, l'emergenza, la cura e la riabilitazione provocando il 4,41% di tutti i decessi e il 6,79% di tutti i ricoveri. Rappresentano la prima causa di morte nella classe di età 15-24 e 25-44 anni, dal 2003 sono in decremento sia gli incidenti stradali totali (tendenza significativa di decremento) e sia gli incidenti stradali mortali (da n.200 nel 2001 incidenti stradali mortali a n.90 nel 2017).

La mortalità evitabile, cioè quella parte di decessi sotto i 75 anni potenzialmente evitabili con interventi di prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapie mirate, adeguate condizioni igieniche e corretta assistenza sanitaria, mostra un andamento nel tempo in diminuzione per entrambi i generi, anche se più marcato per i maschi. Nell'anno 2018 la Regione Marche è seconda con un TD (mortalità evitabile totale) di 20,87, prima il Trentino-Alto Adige e terza l'Emilia-Romagna.

La mortalità infantile ha un andamento in diminuzione statisticamente significativo (nel primo anno di vita).

### ***II.3.4 Le principali cause di morte***

La mortalità è uno degli indicatori di carattere epidemiologico più solidi e rappresentativi dello stato di salute di un determinato territorio. La mortalità Generale nella Regione Marche nel 2003 rilevava un totale di 16.472

decessi, nel 2016 17.237, considerando l'aumento della popolazione  $\geq 65$  anni il Tasso STD/10.000 di Mortalità Generale è passato da 101,66/10.000 nel 2003 a 79,4/10.000 nel 2016.

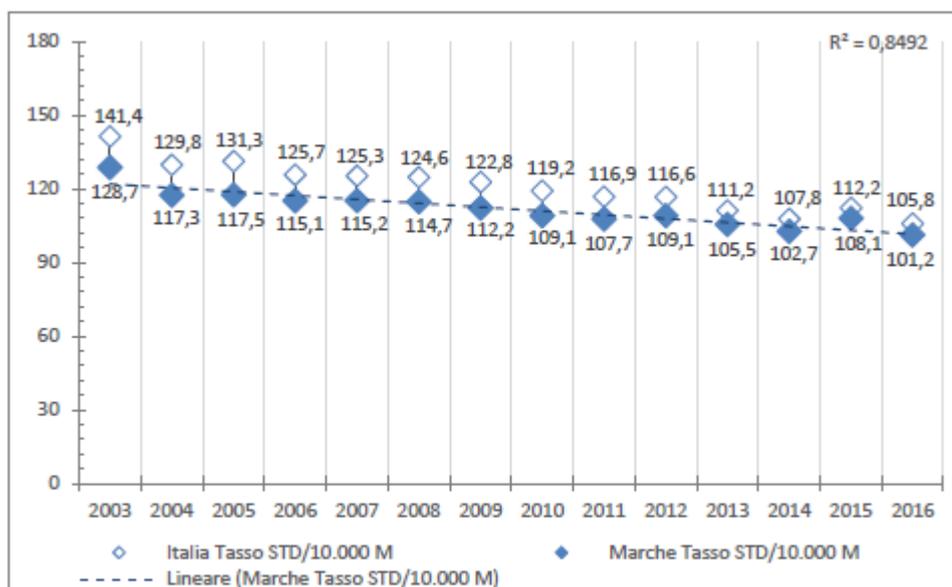
Andamento della Mortalità Generale Regione Marche, N. decessi e Tasso/10.000 per sesso, serie storica 2003-2017

Anni	Numero Decessi			Tasso STD 10.000 abitanti		
	Maschi	Femmine	Maschi + Femmine	Tasso STD Mortalità M	Tasso STD Mortalità F	Tasso STD Mortalità
2003	8174	8298	16472	128,73	81,79	101,66
2004	7600	7472	15072	117,34	72,47	91,21
2005	7724	7805	15529	117,5	73,42	91,56
2006	7782	7821	15603	115,11	70,84	89,1
2007	7891	7942	15833	115,15	70,19	88,52
2008	7982	8184	16166	114,74	71,45	89,08
2009	8020	8231	16251	112,16	70,42	87,46
2010	7877	8190	16067	109,12	68,27	84,95
2011	8032	8312	16344	107,74	67,09	83,78
2012	8227	8774	17001	109,09	68,96	85,35
2013	8101	8547	16648	105,49	66,11	81,95
2014	8125	8558	16683	102,72	64,43	79,97
2015	8632	9473	18105	108,1	69,05	84,94
2016	8298	8939	17237	101,24	64,09	79,4

Fonte ISTAT: dati.istat/index.aspx

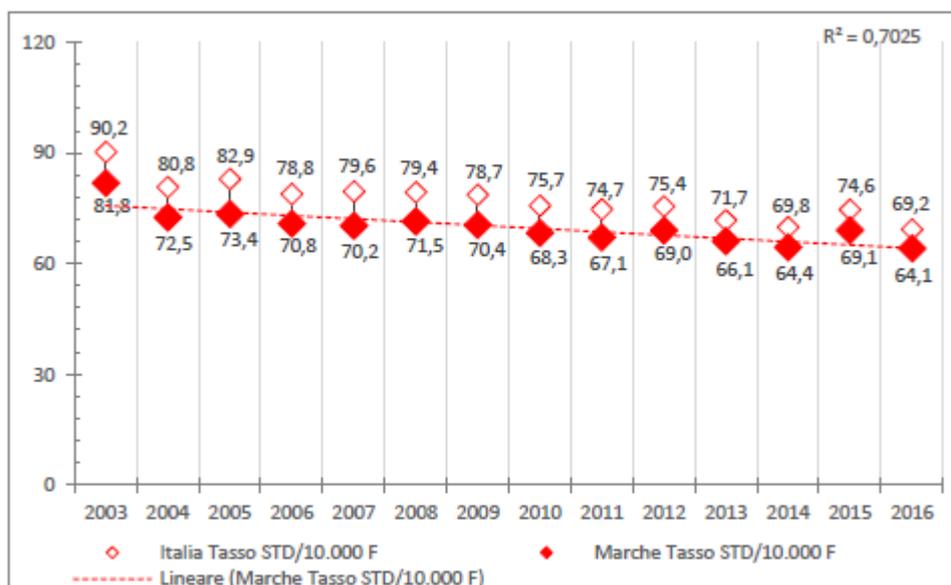
Il continuo processo di invecchiamento della popolazione ha modificato nel tempo la struttura della mortalità per causa ed età. Il decesso, sempre meno probabile in gioventù e in età adulta, è un evento che va progressivamente spostandosi verso età più elevate (il 49% di tutti i decessi nel 2016 è avvenuto tra i 65 e gli 84 anni e il 37% dopo gli 85 anni).

Tasso STD/10.000 Mortalità Generale sesso Maschile, Regione Marche e media Italia, serie storica 2003-2016



Fonte ISTAT: dati.istat/index.aspx

Tasso STD/10.000 Mortalità Generale sesso Femminile, Regione Marche e media Italia, serie storica 2003-2016



Fonte ISTAT: dati.istat/index.aspx

Il Tasso STD/10.000 di Mortalità Generale nella Regione Marche, sesso femminile, anno 2016, è risultato essere 64,1/10.000 (un delta di -17,7/10.000 sul 2003 dove risultava essere 81,8/10.000). La compliance alla Retta di Regressione Lineare della Mortalità Generale nel sesso Femminile è del 70,2% ( $R^2=0,7025$ ), descrivendo quindi una oscillazione maggiore anno su anno alla retta rispetto al sesso maschile.

Mortalità Generale M+F, Numero e Tasso STD/10.000, territori Regione Marche, serie storica 2010-2017

Anni	Pesaro e Urbino		Ancona		Macerata		Fermo		Ascoli Piceno	
	Numero	T. STD 10.000	Numero	T. STD 10.000	Numero	T. STD 10.000	Numero	T. STD 10.000	Numero	T. STD 10.000
2010	3570	83,41	4978	84,11	3483	86,39	1929	89,69	2107	83,24
2011	3707	83,71	5036	82,8	3568	85,6	1770	79,96	2263	86,56
2012	3844	85,62	5294	85,56	3799	88,88	1858	81,85	2206	82,02
2013	3801	83,44	5187	81,73	3575	82,5	1868	80,35	2217	80,61
2014	3654	78,42	5215	80,08	3636	81,77	1932	80,36	2246	79,06
2015	3961	82,93	5582	84,51	3888	85,06	2161	87,85	2513	86,61
2016	3850	78,76	5292	78,25	3659	79,25	2011	80,35	2425	82,57

Fonte ISTAT: dati.istat/index.aspx

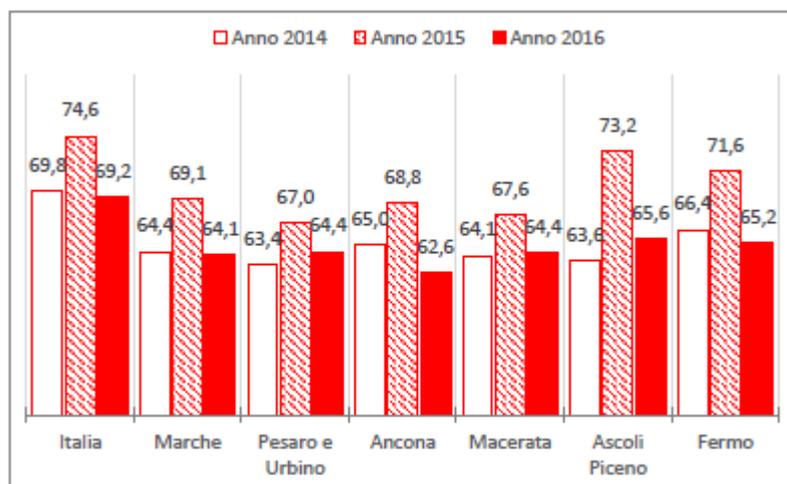
Causa iniziale di Morte, Mortalità Proporzionale (European Short list, macro), Regione Marche, anno 2016

Causa Iniziale di Morte - European Short List (Macro)	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
Malattie del sistema circolatorio	2843	33,97%	3646	40,57%	6489	37,39%
Tumori	2666	31,86%	2067	23,00%	4733	27,27%
Malattie del sistema respiratorio	702	8,39%	564	6,28%	1266	7,29%
Malattie del sistema nervoso e organi senso	409	4,89%	537	5,98%	946	5,45%
Cause di traumatismo e avvelenamento	429	5,13%	336	3,74%	765	4,41%
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	317	3,79%	415	4,62%	732	4,22%
Malattie dell'apparato digerente	326	3,90%	337	3,75%	663	3,82%
Disturbi psichici e comportamentali	226	2,70%	420	4,67%	646	3,72%
Alcune malattie infettive e parassitarie	171	2,04%	212	2,36%	383	2,21%
Malattie dell'apparato genitourinario	122	1,46%	168	1,87%	290	1,67%
Sintomi, segni, risultati anomali, cause mal def	74	0,88%	147	1,64%	221	1,27%
Altro	83	0,99%	138	1,54%	221	1,27%
<b>Totale</b>	<b>8368</b>	<b>100,00%</b>	<b>8987</b>	<b>100,00%</b>	<b>17237</b>	<b>100,00%</b>

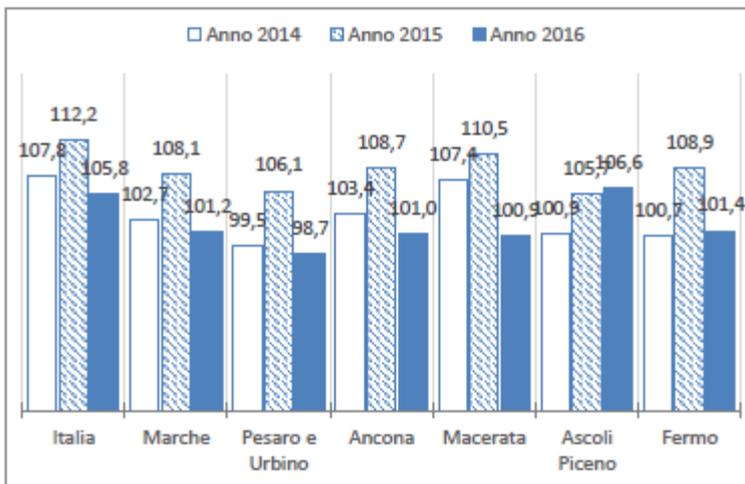
Fonte ISTAT: dati.istat/index.aspx

In questo scenario di progressivo invecchiamento della popolazione, le malattie cronic degenerative, legate al tempo di esposizione e al processo di invecchiamento dell'organismo, si confermano principali cause di morte, con un contributo ben più elevato di tutte le altre cause di decesso: le malattie del sistema circolatorio e i tumori rappresentano, ormai da anni, le prime due più frequenti cause di morte, responsabili nel 2016 di ben circa 7 decessi su 10 (11.222 su 17.237 decessi totali).

Tasso STD/10.000 Mortalità Generale F, Territoriale, anni 2014-2016

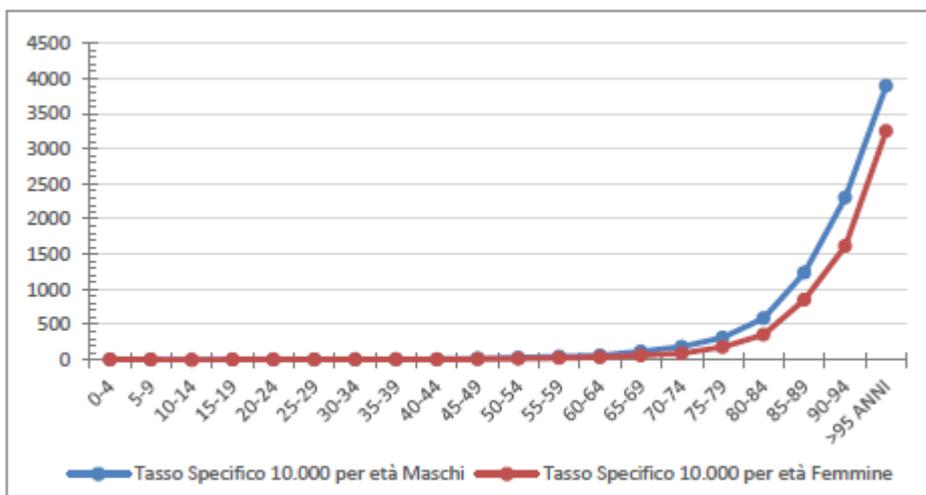


Fonte ISTAT: dati.istat/index.aspx



Fonte ISTAT: dati.istat/index.aspx

La Mortalità nel 2015 sia a livello locale e sia a livello nazionale ha subito un importante incremento (Numerico e di Tasso STD/10.000) per poi stabilizzarsi nella rilevazione del 2016 (delta 2014-2016 -0,3/10.000 decessi, Regione Marche). A livello nazionale nella classe di età ultra74enni la variazione della mortalità 2014-2015 è risultata essere particolarmente evidente, un delta 2014-15 di +43.500 decessi (+28.000 donne e + 15.500 uomini), un incremento del 10% nella classe di età  $\geq 75$  anni.



Il Tasso Specifico in base all'età indica una mortalità prevalente nel sesso maschile trasversale alle classi di età, unica eccezione la fascia di età 5-9 anni, prevalenza sia numerica e di Tasso Specifico di mortalità nel sesso femminile.

Le malattie Cardiovascolari sono la prima causa di morte in entrambi i generi (34,98/10.000 M e 23,66/10.000 F) i Tumori la seconda causa di Morte (31,63/10.000 M e 17,99/10.000 F), le Malattie Sistema Respiratorio la terza causa di morte (8,55/10.000 M e 3,8/10.000 F), i traumatismi quarta causa di morte nel sesso maschile (5,12/10.000 M) e le Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso quarta causa di morte nel sesso femminile (4,15/10.000 F).

## II.4 ATTIVITÀ DI RICOVERO REGIONALE

L'assistenza ospedaliera e la dotazione di posti letto ospedalieri è andata consolidandosi nel corso del 2017, di seguito al percorso di ridefinizione che si è concluso con l'emanazione della DGR n.2/2018.

Assistenza Ospedaliera, dotazione posti letto (DGR 2/2018 e DGR 639/2018), Regione Marche

ACUTI	Territorio	Attuale	Tasso PL/1000 ab. ATTUALE	NEW	Tasso PL/1000 ab. NEW	Δ	Δ Tasso PL/1000 ab
	Area Vasta 1	798	2,17	848	2,31	50	0,14
	Area Vasta 2	1831	3,66	1831	3,66	0	0
	Area Vasta 3	772	2,45	782	2,48	10	0,03
	Area Vasta 4	386	2,14	416	2,31	30	0,17
	Area Vasta 5	673	3,12	673	3,12	0	0
	<b>Regione Marche</b>	<b>4460</b>	<b>2,82</b>	<b>4550</b>	<b>2,88</b>	<b>90</b>	<b>0,06</b>

POST-ACUTI	Territorio	Attuale	Tasso PL/1000 ab. ATTUALE	NEW	Tasso PL/1000 ab. NEW	Δ	Δ Tasso PL/1000 ab
	Area Vasta 1	87	0,24	117	0,32	30	0,08
	Area Vasta 2	309	0,62	329	0,66	20	0,04
	Area Vasta 3	164	0,52	164	0,52	0	0
	Area Vasta 4	64	0,35	64	0,35	0	0
	Area Vasta 5	120	0,56	120	0,56	0	0
	<b>Regione Marche</b>	<b>744</b>	<b>0,47</b>	<b>794</b>	<b>0,5</b>	<b>50</b>	<b>0,03</b>

TOTALE	Territorio	Attuale	Tasso PL/1000 ab. ATTUALE	NEW	Tasso PL/1000 ab. NEW	Δ	Δ Tasso PL/1000 ab
	Area Vasta 1	1010	2,75	1090	2,97	80	0,22
	Area Vasta 2	2193	4,38	2213	4,42	20	0,04
	Area Vasta 3	1185	3,76	1195	3,79	10	0,03
	Area Vasta 4	502	2,78	532	2,95	30	0,17
	Area Vasta 5	812	3,76	812	3,76	0	0
	<b>Regione Marche</b>	<b>5702</b>	<b>3,61</b>	<b>5842</b>	<b>3,7</b>	<b>140</b>	<b>0,09</b>

Il flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (flusso SDO) è lo strumento di raccolta delle informazioni relative a tutti gli episodi di ricovero erogati nelle strutture ospedaliere pubbliche e private presenti in tutto il territorio di regionale.

Attività di ricovero regionale, numero di ricoveri, Ordinari e DH/DS, rilevazione anni 2015-2018

Numero di Ricoveri	2015	2016	2017	2018
Dimessi ordinari	182.360	178.557	174.134	177.032
Dimessi DH/DS	48.220	48.104	54.370	51.838
<b>Totale Regione Marche</b>	<b>230.580</b>	<b>226.661</b>	<b>228.504</b>	<b>228.870</b>
Valore Economico	2015	2016	2017	2018
Dimessi ordinari	655.794.719	658.163.593	670.305.393	691.964.912
Dimessi DH/DS	78.097.695	80.533.643	94.449.583	87.721.062
<b>Totale Regione Marche</b>	<b>733.892.413</b>	<b>738.697.236</b>	<b>764.754.975</b>	<b>779.685.974</b>

L'attività di ricovero regionale nel 2018 ha registrato 228.870 ricoveri complessivi, di cui 177.032 Ricoveri Ordinari (RO) e 51.838 DH/DS. Dal 2015 si è registrata una variazione di -1.710 ricoveri complessivi (-0,74%), i ricoveri Ordinari hanno registrato una flessione di -5.328 unità con una percentuale del -2,92%, i DH/DS hanno registrato un incremento dal 2015 di +3.618 ricoveri con una percentuale di crescita di +7,5%. Il delta di variazione 2017-2018 ha registrato nei Ricoveri Ordinari un incremento di +2.898 unità e nei DH/DS una flessione nell'ultimo anno di -2.532.

Attività di ricovero regionale, distribuzione territoriale, numero di ricoveri, Ordinari e DH/DS, rilevazione anni 2015-2018

Distribuzione Territoriale	2015		2016		2017		2018	
	Ordinari	DH/DS	Ordinari	DH/DS	Ordinari	DH/DS	Ordinari	DH/DS
AO Marche NORD	22.275	7.910	22.306	7.876	23.039	9.069	24.055	7.812
AO Ospedali Riuniti Ancona	32.452	12.504	33.438	12.618	34.900	13.045	34.708	13.318
INRCA	5.577	1.077	5.738	954	5.772	857	7.532	1.206
ASUR	122.056	26.729	117.075	26.656	110.423	31.399	110.737	29.502
Area Vasta 1	12.856	1.698	11.897	1.324	9.154	2.370	9.264	2.596
Area Vasta 2	33.401	6.819	32.207	6.850	32.881	6.984	31.469	6.984
Area Vasta 3	35.931	8.371	33.588	8.406	32.130	8.378	31.427	8.475
Area Vasta 4	14.102	3.558	13.755	3.594	12.895	3.757	13.041	3.308
Area Vasta 5	25.766	6.283	25.628	6.482	23.363	9.910	25.536	8.139
<b>Totale Regione Marche</b>	<b>182.360</b>	<b>48.220</b>	<b>178.557</b>	<b>48.104</b>	<b>174.134</b>	<b>54.370</b>	<b>177.032</b>	<b>51.838</b>

Attività di ricovero regionale Pubblico, distribuzione territoriale, numero di ricoveri, Ordinari e DH/DS, rilevazione anni 2015-2018

Ricoveri Pubblico								
Distribuzione Territoriale	2015		2016		2017		2018	
	Ordinari	DH/DS	Ordinari	DH/DS	Ordinari	DH/DS	Ordinari	DH/DS
AO Marche NORD	22.275	7.910	22.306	7.876	23.039	9.069	24.055	7.812
AO Ospedali Riuniti Ancona	32.452	12.504	33.438	12.618	34.900	13.045	34.708	13.318
INRCA	5.577	1.077	5.738	954	5.772	857	7.532	1.206
ASUR	99632	26.729	95039	20.744	90237	21.533	88205	21.457
Area Vasta 1	12856	1.698	11897	1.324	8915	2.178	8961	2.152
Area Vasta 2	28919	6.819	27432	5.589	27260	5.576	25529	5.279
Area Vasta 3	28708	8.371	26458	6.790	24818	6.606	24324	6.773
Area Vasta 4	11862	3.558	11277	2.931	11280	2.592	11008	2.639
Area Vasta 5	17287	6.283	17975	4.110	17964	4.581	18383	4.614
<b>Totale Regione Marche</b>	<b>159.936</b>	<b>48.220</b>	<b>156.521</b>	<b>42.192</b>	<b>153.948</b>	<b>44.504</b>	<b>154.500</b>	<b>43.793</b>

L'attività di ricovero privato nella Regione Marche nel 2018 ha registrato 30.577 ricoveri complessivi, di cui 22.532 Ricoveri Ordinari (RO) e 8.045 DH/DS. Dal 2015 si è registrata una variazione di +2.530 ricoveri complessivi (+9,01%), sia i Ricoveri Ordinari e sia i DH/DS hanno registrato rispettivamente un incremento di +108 (RO) con una percentuale del +0,48% e +2.422 (DH/DS) con una percentuale di crescita del +43,07%.

Attività di ricovero regionale Privato, distribuzione territoriale, numero di ricoveri, Ordinari e DH/DS, rilevazione anni 2015-2018

Ricoveri Privato								
Distribuzione Territoriale	2015		2016		2017		2018	
	Ordinari	DH/DS	Ordinari	DH/DS	Ordinari	DH/DS	Ordinari	DH/DS
ASUR	22.424	5.623	22.036	5.912	20.186	9.866	22.532	8.045
Area Vasta 1	-	-	-	-	239	192	303	444
Area Vasta 2	4.482	1.007	4.775	1.261	5.621	1.408	5.940	1.705
Area Vasta 3	7.223	1.553	7.130	1.616	7.312	1.772	7.103	1.702
Area Vasta 4	2.240	627	2.478	663	1.615	1.165	2.033	669
Area Vasta 5	8.479	2.436	7.653	2.372	5.399	5.329	7.153	3.525
<b>Totale Regione Marche</b>	<b>22.424</b>	<b>5.623</b>	<b>22.036</b>	<b>5.912</b>	<b>20.186</b>	<b>9.866</b>	<b>22.532</b>	<b>8.045</b>

## II.5 COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE

Sono indicati i principali indicatori standard di complessità assistenziale con distribuzione territoriale per Area Vasta, per struttura ospedaliera, per serie storica (4 anni analizzati: dal 2015 al 2018) e per valore economico.

Complessità Assistenziale, Ricoveri e Valore economico, Regione Marche, rilevazione anni 2015-2018

RICOVERI	2015	2016	2017	2018
Peso medio ricoveri ordinari	1,11	1,12	1,16	1,18
Numero ricoveri ordinari con DRG chirurgico	72.402	71.236	70.104	73.712
Numero ricoveri ordinari alta complessità	14.998	15.141	16.338	17.417
VALORE ECONOMICO	2015	2016	2017	2018
Valore economico DRG chirurgici (RO+DH)	383.860.102	386.563.353	414.816.492	426.587.047
Valore economico DRG alta complessità (RO+DH)	191.544.314	192.378.435	206.931.945	219.580.578

Complessità Assistenziale, Peso medio Ricoveri Ordinari, distribuzione territoriale, rilevazione anni 2015-2018

Peso medio ricoveri ordinari	2015	2016	2017	2018
AO Marche NORD	1,11	1,12	1,19	1,25
AO Ospedali Riuniti Ancona	1,40	1,41	1,45	1,46
INRCA	1,26	1,24	1,24	1,21
ASUR	1,02	1,03	1,05	1,07
Area Vasta 1	0,96	0,96	0,99	0,99
Area Vasta 2	0,98	1,02	1,02	1,04
Area Vasta 3	1,02	1,05	1,05	1,06
Area Vasta 4	1,07	1,05	1,09	1,10
Area Vasta 5	1,08	1,06	1,11	1,13
<b>Totale Regione Marche</b>	<b>1,11</b>	<b>1,12</b>	<b>1,16</b>	<b>1,18</b>

I ricoveri Ordinari con DRG Chirurgico riguardano nella Regione Marche complessivamente 73.712 ospedalizzazioni nel 2018, una crescita sul 2017 di +3.608 ricoveri il +5,15%, un incremento medio all'anno dal 2015 del +0,65%/anno. La distribuzione percentuale dei ricoveri con DRG chirurgico rileva: ASUR il 60,1% (AV1 2,6%, AV2 16,4%, AV3 19,8%, AV4 7,4% e AV5 14%), AO Ospedali Riuniti Ancona il 22,7%, AO Marche NORD il 14,3% e INRCA il 2,9%.

Complessità Assistenziale, Ricoveri Ordinari DGR Chirurgico, distribuzione territoriale, rilevazione anni 2015-2018

ricoveri ordinari DRG chirurgico	2015	2016	2017	2018
AO Marche NORD	8.277	8.753	9.255	10.575
AO Ospedali Riuniti Ancona	15.186	15.540	16.785	16.716
INRCA	1402	1.463	1.512	2.112
ASUR	47.537	45.480	42.552	44.309
Area Vasta 1	3.959	3.098	1.942	1.890
Area Vasta 2	11.202	11.695	12.220	12.061
Area Vasta 3	16.060	14.950	14.921	14.600
Area Vasta 4	5.725	5.687	5.074	5.469
Area Vasta 5	10.591	10.050	8.395	10.289
<b>Totale Regione Marche</b>	<b>72.402</b>	<b>71.236</b>	<b>70.104</b>	<b>73.712</b>

I ricoveri Ordinari Alta Complessità riguardano nella Regione Marche complessivamente 17.417 ospedalizzazioni nel 2018, una crescita sul 2017 di +1.079 ricoveri il +6,6%, un incremento medio all'anno dal 2015 del +5,15%/anno.

Complessità Assistenziale, Ricoveri Ordinari Alta complessità, distribuzione territoriale, rilevazione anni 2015-2018

Ricoveri ordinari alta complessità	2015	2016	2017	2018
AO Marche NORD	1.646	1.778	2.287	2.666
AO Ospedali Riuniti Ancona	4.847	4.987	5.432	5.517
INRCA	245	212	181	253
ASUR	8.260	8.164	8.438	8.981
Area Vasta 1	455	379	358	358
Area Vasta 2	2.380	2.548	2.695	2.889
Area Vasta 3	2.399	2.420	2.239	2.355
Area Vasta 4	933	865	927	981
Area Vasta 5	2.093	1.952	2.219	2.398
<b>Totale Regione Marche</b>	<b>14.998</b>	<b>15.141</b>	<b>16.338</b>	<b>17.417</b>

Il valore economico DRG chirurgici dei Ricoveri Ordinari e Day Hospital riguarda nella Regione Marche anno 2018 complessivamente 426.587.047, un incremento sul 2017 di +11.770.555 il +2,84%, dal 2015 si è registrato un incremento medio all'anno di +14.242.315 il +3,62%/anno.

Complessità Assistenziale, Valore Economico DGR Chirurgici (RO+DH), distribuzione territoriale, rilevazione anni 2015-2018

Valore economico DRG chirurgici (RO+DH)	2015	2016	2017	2018
AO Marche NORD	45.606.944	47.617.567	55.945.242	59.548.733
AO Ospedali Riuniti Ancona	118.055.970	121.724.608	133.794.843	134.479.758
INRCA	8.354.972	8.578.212	8.533.291	11.417.211
ASUR	211.842.216	208.642.967	216.543.116	221.141.344
Area Vasta 1	15.132.927	12.310.922	12.326.013	12.335.067
Area Vasta 2	51.894.485	55.775.691	57.986.858	59.490.120
Area Vasta 3	65.691.994	65.640.951	64.527.236	64.660.146
Area Vasta 4	25.645.936	24.087.530	25.232.092	24.806.688
Area Vasta 5	53.476.874	50.827.873	56.470.919	59.849.324
<b>Totale Regione Marche</b>	<b>383.860.102</b>	<b>386.563.353</b>	<b>414.816.492</b>	<b>426.587.047</b>

Il valore economico DRG Alta Complessità dei Ricoveri Ordinari e Day Hospital riguarda nella Regione Marche anno 2018 complessivamente 219.580.578, un incremento sul 2017 di +12.648.633 il +6,11%, dal 2015 si è registrato un incremento medio all'anno di +9.345.421 il +4,7%/anno.

Complessità Assistenziale, Valore Economico DGR Chirurgici (RO+DH), distribuzione territoriale, rilevazione anni 2015-2018

Valore economico DRG alta complessità (RO+DH)	2015	2016	2017	2018
AO Marche NORD	21.036.369	22.789.089	28.202.457	31.868.059
AO Ospedali Riuniti Ancona	77.523.625	79.247.617	87.807.846	90.354.429
INRCA	2.691.700	2.196.182	1.799.315	2.707.396
ASUR	90.292.621	88.145.547	89.122.327	94.650.694
Area Vasta 1	4.749.640	3.981.732	4.268.294	4.293.522
Area Vasta 2	25.593.337	26.695.169	27.059.841	28.117.275
Area Vasta 3	25.685.356	26.645.667	23.842.103	24.901.004
Area Vasta 4	9.817.896	8.287.447	9.550.846	10.068.999
Area Vasta 5	24.446.392	22.535.533	24.401.243	27.269.894
<b>Totale Regione Marche</b>	<b>191.544.314</b>	<b>192.378.435</b>	<b>206.931.945</b>	<b>219.580.578</b>

## II.6 INDICATORI QUALITÀ OSPEDALIZZAZIONE

Nell'analisi della qualità indicatori di ospedalizzazione standard sono stati inseriti: la degenza media preoperatoria, la degenza media in regime ordinario (RO), la percentuale dei DRG inappropriati sui non inappropriati, la percentuale dei DH medici diagnostici sul totale DH medici e la percentuale dei DRG medici oltre soglia nei pazienti  $\geq 65$  anni (i principali indicatori sono distribuiti per ambito territoriale e struttura ospedaliera).

Principali Indicatori di Qualità Ospedalizzazioni, Regione Marche, anni rilevazione 2015-2018

Principali indicatori qualità	2015	2016	2017	2018
Degenza media preoperatoria (gg)	1,43	1,40	1,38	1,32
Degenza media in regime ordinario (gg)	7,92	8,07	8,03	7,94
% DRG pot. inappropriati / DRG non inappropriati in RO	0,19	0,18	0,16	0,16
% DH medici diagnostici sul totale DH medici	39,0%	39,4%	38,3%	32,1%
% DRG medici oltre soglia pazienti età > 65	5,2%	5,3%	5,7%	5,2%

Il dato della Degenza Media Preoperatoria (DMPO) standardizzata può essere assunto come indicatore proxy della capacità di una struttura e di un determinato contesto organizzativo di assicurare una efficiente gestione del percorso preoperatorio. Nella Regione Marche nel 2018 la degenza media preoperatoria è di 1,53 giorni.

Degenza Media Pre-Operatoria Pubblico, distribuzione territoriale, Regione Marche, anni rilevazione 2015-2018

Distribuzione Territoriale	2015	2016	2017	2018
AO Marche NORD	1,09	0,74	0,83	0,74
AO Ospedali Riuniti Ancona	1,87	1,78	1,64	1,66
INRCA	1,48	1,61	1,94	1,71
ASUR	1,56	1,67	1,70	1,59
Area Vasta 1	1,77	2,07	2,04	2,06
Area Vasta 2	1,61	1,79	1,68	1,34
Area Vasta 3	1,47	1,60	1,79	1,80
Area Vasta 4	1,53	1,43	1,36	1,21
Area Vasta 5	1,55	1,61	1,62	1,70
<b>Totale Strutture Pubbliche</b>	<b>1,57</b>	<b>1,57</b>	<b>1,56</b>	<b>1,53</b>

La Degenza Media Preoperatoria (DMPO) privata nel 2018 complessivamente è di 0,31gg una flessione del 30,6% sul 2015 (ASUR degenza media 0,45gg).

Degenza Media Pre-Operatoria privato, distribuzione territoriale, Regione Marche, anni rilevazione 2015-2018

Distribuzione Territoriale	2015	2016	2017	2018	$\Delta\%$ 2015-2018
Area Vasta 2	0,26	0,14	0,12	0,06	-76,5%
Area Vasta 3	0,29	0,22	0,24	0,28	-3,1%
Area Vasta 4	0,04	0,05	0,04	0,04	7,8%
Area Vasta 5	0,83	0,75	0,65	0,64	-23,0%
<b>ASUR</b>	<b>0,45</b>	<b>0,33</b>	<b>0,31</b>	<b>0,31</b>	<b>-30,6%</b>

Un indicatore sintetico di efficienza ospedaliera, calcolabile per i ricoveri effettuati in regime ordinario, è rappresentato dalla degenza media, ovvero dalla durata media della degenza ospedaliera espressa in giorni. La Degenza media pubblica nella Regione Marche è di 7,67gg, con una crescita della degenza media nelle realtà ospedaliere che sono fortemente influenzate dalla complessità di tipo sanitario e assistenziale dei casi trattati (degenza media INRCA di 11,45gg anno 2018).

Degenza Media Pubblico, distribuzione territoriale, Regione Marche, anni rilevazione 2015-2018

Distribuzione Territoriale	2015	2016	2017	2018
AO Marche NORD	6,78	6,99	6,71	6,44
AO Ospedali Riuniti Ancona	8,09	7,89	7,87	7,97
INRCA	9,36	10,49	11,11	11,45
ASUR	7,58	7,75	7,47	7,57
Area Vasta 1	7,66	8,75	7,59	8,23
Area Vasta 2	7,75	7,81	7,42	7,17
Area Vasta 3	7,51	7,77	7,46	7,45
Area Vasta 4	7,70	7,44	7,61	7,89
Area Vasta 5	7,30	7,17	7,40	7,79
<b>Totale Strutture Pubbliche</b>	<b>7,67</b>	<b>7,82</b>	<b>7,64</b>	<b>7,67</b>

La degenza media della Regione Marche nel privato risulta essere di 9,78gg (anno 2018), un Delta di variazione di +1,8% sul 2015 (degenza media privata 9,61gg anno 2015).

Degenza Media Privato, distribuzione territoriale, Regione Marche, anni rilevazione 2015-2018

Distribuzione Territoriale	2015	2016	2017	2018	Δ% 2015-2018
Area Vasta 1	30,39	30,57	29,37	27,03	-11,1%
Area Vasta 2	15,66	13,43	12,17	11,1	-29,1%
Area Vasta 3	9,34	10,84	10,5	10,77	15,3%
Area Vasta 4	5,06	4,52	6,16	5,2	2,8%
Area Vasta 5	7,27	7,78	11,14	8,28	13,9%
<b>ASUR</b>	<b>9,61</b>	<b>9,84</b>	<b>11,01</b>	<b>9,78</b>	<b>1,8%</b>

La percentuale dei DRG potenzialmente inappropriati sul totale dei DRG non inappropriati nella Regione Marche anno 2018 risulta essere lo 0,14%, una flessione dei DRG pot. Inappropriati dal 2015 del -22,2% una riduzione media di -7,98%/anno.

% DRG pot. inappropriati / DRG non inappropriati in regime ordinario - Pubblico, Regione Marche, anni rilevazione 2015-2018

Distribuzione Territoriale	2015	2016	2017	2018	Δ 2015-2018
AO Marche NORD	0,15	0,15	0,12	0,11	-26,7%
AO Ospedali Riuniti Ancona	0,19	0,18	0,18	0,18	-5,3%
INRCA	0,12	0,14	0,12	0,11	-8,3%
ASUR	0,19	0,18	0,17	0,14	-26,3%
Area Vasta 1	0,2	0,15	0,11	0,11	-45,0%
Area Vasta 2	0,21	0,2	0,2	0,18	-14,3%
Area Vasta 3	0,22	0,22	0,22	0,2	-9,1%
Area Vasta 4	0,11	0,11	0,1	0,09	-18,2%
Area Vasta 5	0,16	0,16	0,14	0,13	-18,8%
<b>Totale Strutture Pubbliche</b>	<b>0,18</b>	<b>0,17</b>	<b>0,16</b>	<b>0,14</b>	<b>-22,2%</b>

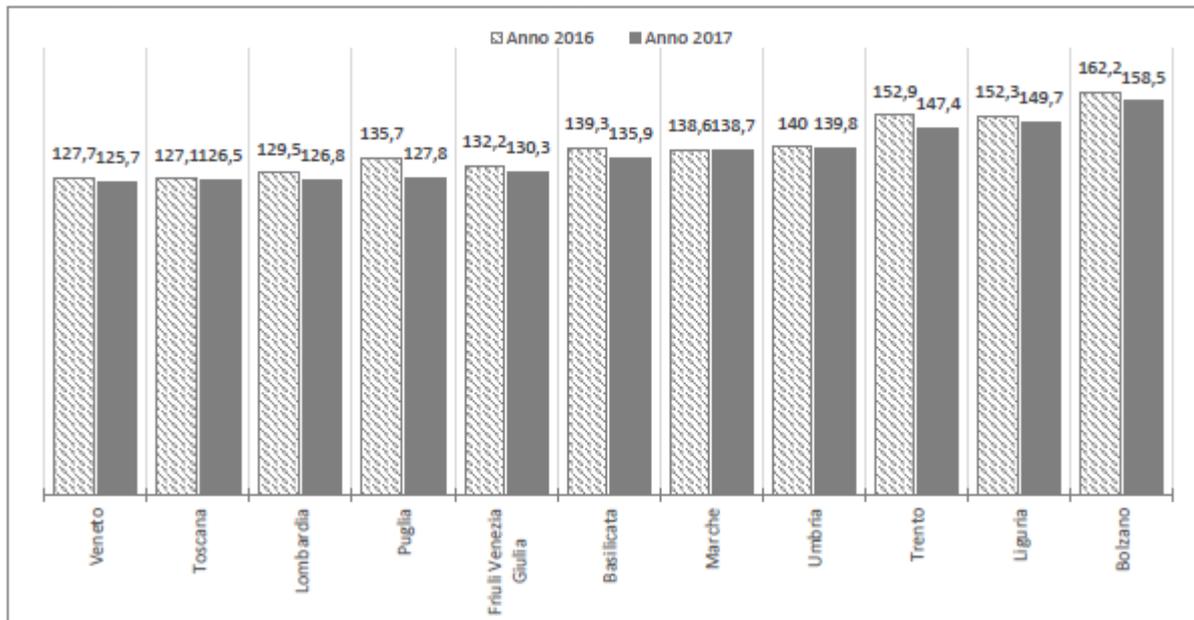
% Ric M Oltresoglia +65 / Tot Ric M +65 - Pubblico, Regione Marche, anni rilevazione 2015-2018

Distribuzione Territoriale	2015	2016	2017	2018
AO Marche NORD	4,3%	5,2%	4,5%	3,4%
AO Ospedali Riuniti Ancona	6,1%	5,8%	6,5%	6,4%
INRCA	4,1%	4,5%	5,1%	5,9%
ASUR	5,4%	5,2%	5,8%	5,2%
Area Vasta 1	1,4%	1,8%	1,6%	1,9%
Area Vasta 2	5,1%	5,8%	5,6%	3,6%
Area Vasta 3	5,6%	5,8%	7,9%	7,7%
Area Vasta 4	7,9%	6,8%	5,9%	6,2%
Area Vasta 5	6,1%	4,7%	6,0%	6,0%
<b>Totale Strutture Pubbliche</b>	<b>5,2%</b>	<b>5,2%</b>	<b>5,6%</b>	<b>5,2%</b>

Area Vasta	2015	2016	2017	2018
ASUR	5,5%	6,0%	6,7%	6,4%
Area Vasta 2	4,8%	1,3%	0,0%	1,1%
Area Vasta 3	7,1%	10,6%	9,8%	9,4%
Area Vasta 4	9,4%	4,9%	3,7%	4,0%
Area Vasta 5	3,1%	4,0%	6,4%	5,1%

La distribuzione Territoriale nella valutazione Istituto S. Anna (rilevazione 2018 con correzione dei pesi) inserisce la Regione Marche nella fascia di valutazione “Ottima, punteggio 5 su 5” con un Tasso STD/1000 inferiore a 139.

Tasso STD Ospedalizzazioni su 1.000, distribuzione Territoriale (Ita), anni 2016-2017



Fonte: Laboratorio di Management e Sanità Istituto S. Anna di Pisa - 2018

## II.7 MOBILITÀ SANITARIA E OSPEDALIERA

La mobilità sanitaria si verifica sia in ambito regionale (mobilità intraregionale) dove sono di minore rilevanza gli aspetti legati alla compensazione economica tra aree, ma diventano essenziali gli aspetti legati alla accessibilità (tempi di attesa, bacino di utenza) ed alla disponibilità dei servizi (la rete dell’offerta); sia tra Regioni (mobilità interregionale) che, oltre ad avere ricadute economiche significative evidenzia, da una parte, la conoscenza che gli assistiti hanno della quantità e qualità (reale o percepita) dell’offerta sanitaria della propria Regione e dall’altra la capacità di attrazione di strutture che riescono a richiamare utenti al di fuori del “naturale” bacino di utenza, generando, comunque, disequilibrio tra domanda ed offerta sul territorio di residenza. L’aggiornamento dei dati richiede in genere tempi lunghi per via delle attività di verifica e di confronto tra le Regioni e tra le Regioni e il Ministero.

Per quanto riguarda la mobilità interregionale i valori scambiati nel 2017 per la mobilità attiva ammontano a circa 116 milioni di euro mentre per la mobilità passiva ammontano a circa 163 milioni di euro, con un saldo negativo pari a circa -47 milioni, che rappresenta un importante elemento di criticità per la Regione ma che mostra un significativo miglioramento rispetto all’anno precedente (nel 2016, il saldo risultava pari a -56 milioni). Le voci economicamente più rilevanti - sia per la mobilità attiva che passiva - riguardano l’attività di ricovero (76,3% la passiva, 78,8% l’attiva) e la specialistica ambulatoriale (14,2% la passiva e 12,7% l’attiva).

Per quanto attiene l’attività di ricovero ospedaliera, nel 2017 si è considerevolmente ridotto il saldo negativo, passato da -46,6 milioni di euro a -33 milioni di euro, in seguito ad una riduzione della mobilità passiva di circa 3 milioni ma soprattutto ad un incremento della mobilità attiva di circa 11 milioni. In particolare, l’analisi dei dati evidenzia che il saldo negativo riguarda principalmente alcune discipline ospedaliere quali l’ortopedia e la riabilitazione-rieducazione funzionale (p.es. per sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto di arti inferiori, interventi sul ginocchio), la chirurgia generale (p.es. per interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne).

I dati di mobilità attiva e passiva mettono un saldo di mobilità per l'anno 2017 in miglioramento rispetto agli anni precedenti per effetto dell'aumento della mobilità attiva e un generale contenimento della mobilità passiva.

Mobilità Ospedaliera, Attiva, Passiva e Saldo in (€), tipologia di assistenza, Regione Marche, 2015-2017

Tipologia Assistenza	Anno 2015			Anno 2016			Anno 2017*		
	Mobilità Attiva (€)	Mobilità Passiva (€)	Δ Saldo (€)	Mobilità Attiva (€)	Mobilità Passiva (€)	Δ Saldo (€)	Mobilità Attiva (€)	Mobilità Passiva (€)	Δ Saldo (€)
Ospedaliera**	81327442	121870649	-40543207	80732460	127374211	-46641751	91305450	124372783	-33067333
<b>Totale</b>	<b>105567244</b>	<b>153843438</b>	<b>-48276194</b>	<b>105407028</b>	<b>161409128</b>	<b>-56002100</b>	<b>115905086</b>	<b>163025886</b>	<b>-47120800</b>

\*Dati Provvisori; \*\*Valore dei ricoveri

I volumi in euro di Mobilità Passiva Extraregionale individuano nella disciplina Ortopedia/traumatologia la principale dimissione ospedaliera nel flusso di mobilità passiva della regione Marche con il 24,7% sul totale, seguito dalla Chirurgia Generale con il 10,7% del totale e dalla Rieducazione funzionale con il 10,3% sul totale.

I dati in Percentuale della Mobilità Ospedaliera Interregionale, indicano nella Regione Marche una Mobilità Passiva del 13,4% e una Mobilità Attiva del 10,8%, un delta Passiva/Attiva di 2,6 punti percentuali. I dati di mobilità attiva e passiva nella distribuzione territoriale, indicano un'elevata variabilità della mobilità, nella mobilità attiva un delta di 22,4 punti percentuali (4,8% Area Vasta 1 e 27,2% Area Vasta 5), nella mobilità passiva un delta di 10,6 punti percentuali (20,4% Area Vasta 1 e 9,4% Area Vasta 2).

Mobilità Passiva extraregionale, Disciplina Dimissione e Tipologia Erogatore (Pubblico/Privato) Marche, 2015-16

Disciplina di Dimissione	Pubblico-Privato	Totale		% sul Totale 2015		Δ 2015-2016	
		Valori 2015	Valori 2016	2015	2016	Valore	%
36 - Ortopedia-Traumatologia	Privato	21950040	22682564	25,20%	24,70%	732524	3,30%
	Pubblico	8771754	8783018			11264	0,10%
	Tot. Parziale	30721794	31465582			743788	2,40%
09 - Chirurgia Generale	Privato	5286271	5593932	10,60%	10,70%	307661	5,80%
	Pubblico	7627544	8050547			423003	5,50%
	Tot. Parziale	12913815	13644479			730664	5,70%
56 - Rieducazione Funzionale	Privato	10422523	11529511	9,90%	10,30%	1106987	10,60%
	Pubblico	1615143	1534035			-81109	-5,00%
	Tot. Parziale	12037666	13063546			1025878	8,50%
08 - Cardiologia	Privato	4820792	5579671	6,40%	6,90%	758879	15,70%
	Pubblico	3025598	3148564			122967	4,10%
	Tot. Parziale	7846390	8728235			881846	11,20%
07 - Cardiochirurgia	Privato	2799516	4837059	3,50%	5,20%	2037543	72,80%
	Pubblico	1458179	1750580			292401	20,10%
	Tot. Parziale	4257695	6587639			2329944	54,70%
30 - Neurologia	Privato	2080894	2520138	3,70%	3,90%	439244	21,10%
	Pubblico	2441961	2429915			-12046	-0,50%
	Tot. Parziale	4522855	4950053			427198	9,40%
43 - Urologia	Privato	1432464	1684223	3,50%	3,60%	251759	17,60%
	Pubblico	2799399	2923832			124433	4,40%
	Tot. Parziale	4231863	4608055			376192	8,90%
37 - Ostetricia Ginecologia	Privato	1139340	1186052	3,40%	3,40%	46712	4,10%
	Pubblico	3062439	3123264			60825	2,00%
	Tot. Parziale	4201779	4309316			107537	2,60%
26 - Medicina Generale	Privato	873083	792741	3,30%	3,00%	-80342	-9,20%
	Pubblico	3107665	2976977			-130688	-4,20%
	Tot. Parziale	3980748	3769718			-211030	-5,30%
64 - Oncologia	Privato	1108507	1062544	2,50%	2,90%	-45963	-4,10%
	Pubblico	1909258	2627559			718301	37,60%
	Tot. Parziale	3017765	3690103			672338	22,30%
<b>Totale</b>		<b>87732370</b>	<b>94816726</b>	<b>72,00%</b>	<b>74,60%</b>	<b>7084355</b>	<b>8,10%</b>

## II.8 MOBILITÀ OSPEDALIERA: FOCUS SULL'AREA VASTA N.1

L'Area Vasta n.1, il cui territorio insiste nella Provincia di Pesaro Urbino, presenta un consistente flusso di mobilità passiva ospedaliera, anche per il suo essere territorio confinante con una realtà a forte capacità attrattiva. Le attività oggetto di questa mobilità meritano interventi particolari, nei termini di una ancora più mirata capacità di risposta da parte delle strutture presenti sul territorio oltre ad una maggiore attenzione all'appropriatezza.

Ricoveri Ospedalieri Area Vasta 1; anno 2017

Residenti AV1	Numero	%	Euro	%
Ricoveri In Area Vasta n.1	39.093	70,45%	119.599.085	64,50%
Flusso Intra Regionale	5.229	9,42%	22.085.941	11,91%
Mobilità Passiva	11.172	20,13%	43.747.519	23,59%
<b>Totale Residenti</b>	<b>55.494</b>	<b>100,00%</b>	<b>185.432.545</b>	<b>100,00%</b>

Valutazione mobilità Area Vasta n.1 anno 2017, residenti ricoverati in AV1 39.093 (il 70,45%), residenti ricoverati flusso intra-regione 5.229 (il 9,42%), residenti ricoverati extra-Regione "mobilità Passiva" 11.172 (il 20,13%).

Ricoveri Ospedalieri Area Vasta 1 anno 2017

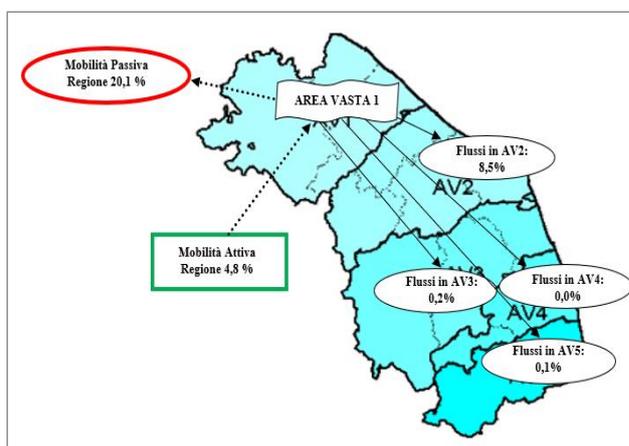


Tabella 6.11 Ricoveri Ospedalieri Area Vasta 1; distribuzione per tipologia di ricovero e DRG, anno 2017

Tipologia	DGR - descrizione	Numero
Ricoveri in Area Vasta 1	127 - Insufficienza Cardiaca e Shock	1743
	410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1726
	373 - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	1327
Flusso Intra Regionale	410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	125
	105 - Interventi valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	114
	373 - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	107
Mobilità Passiva	544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	633
	503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezioni	610
	359 - Interventi su Utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	367

### **III. STRATEGIA GENERALE E SCELTE PROGRAMMATICHE. IL PSSR 2020-2022**

Le principali esigenze che emergono dall'analisi della situazione epidemiologica e del bisogno sanitario sono riassumibili nelle seguenti:

1. al recupero della mobilità passiva non determinata da giustificate motivazioni di carattere clinico-organizzativo;
2. al miglioramento dell'appropriatezza nel trattamento dei pazienti;
3. all'aumento della qualità nell'erogazione di servizi e prestazioni, sia in termini clinico-sanitari che organizzativi e strutturali;
4. alla ulteriore riduzione dei tempi di attesa, soprattutto se legati a particolari disfunzioni o inefficienze delle strutture eroganti;
5. al potenziamento delle aree di attività non adeguatamente garantite (ortopedia, cardiovascolare, etc.) con il recupero e la valorizzazione delle risorse (strutturali, professionali) necessarie;
6. all'adeguamento delle condizioni infrastrutturali e funzionali delle strutture che operano nell'area dell'emergenza urgenza;
7. alla riorganizzazione dei servizi territoriali anche per potenziare da un lato la funzione di filtro (codici bianchi e verdi del triage, ricoveri inappropriati), e dall'altro di alleggerimento (pazienti post e sub acuti, in riabilitazione, in condizioni di fragilità/cronicità non gestibili in ambito ospedaliero) nei confronti degli ospedali per acuti e delle strutture di pronto soccorso;
8. al consolidamento delle condizioni di sicurezza delle strutture e di miglioramento dell'accessibilità, nel rispetto dei vincoli e dei requisiti previsti dalla normativa.

La transizione demografica, epidemiologica e sociale e la crisi economica che hanno caratterizzato questi ultimi anni richiedono risposte nuove ai nuovi bisogni di salute attraverso un sostanziale ripensamento organizzativo dell'assistenza sanitaria nelle sue molteplici componenti, dimensioni, specializzazioni ed ambiti di intervento.

Negli anni peggiori della crisi con la riduzione del fondo sanitario e la "spending review" la Regione ha potuto contare sullo spirito di sacrificio e sull'etica dei tanti professionisti che hanno dato del loro meglio per garantire la salute ai cittadini.

In questo panorama il nuovo contesto regionale in cui ben tre province su 5 sono state colpite in maniera significativa dal sisma, che costringe a politiche economiche, di contesto e salute maggiormente sfidanti, porta ad un ulteriore complessità della domanda e quindi delle risposte da mettere in campo.

Le principali traiettorie su cui si sviluppa la strategia di sviluppo Regionale della sanità sono relative:

- allo sviluppo della presa in carico copartecipata da parte del paziente che diviene centro del fabbisogno e contemporaneamente soggetto che concorre allo sviluppo del piano di prevenzione, del piano di cura ecc.;
- al superamento concettuale dell'ospedale come unico luogo di cura qualificato attraverso la riqualificazione delle strutture presenti nel territorio, anche grazie alle nuove regole determinate dai nuovi manuali di autorizzazione ed accreditamento istituzionale.

Grazie alle azioni intraprese dalla Regione (cfr. DGR 139/2016) la frammentazione delle strutture ospedaliere si è finalmente ridotta, consentendo contestualmente lo sviluppo degli Ospedali di Comunità, strutture dedicate alla fragilità e a coprire una parte di risposte per pazienti da seguire non più in ospedale, in lungodegenza o riabilitazione e tuttavia non ancora gestibili a domicilio e contestualmente non adeguati per alcune tipologie di strutture residenziali (RSA, RP, ecc.). Sulla distribuzione degli Ospedali di Comunità sono in programma azioni e interventi per garantire piena accessibilità ed equità su tutto il territorio regionale; lo stesso accade per le Case della Salute di tipo A e tipo B.

I servizi di telemedicina possono rappresentare, in questo senso, una parte integrante del ridisegno strutturale ed organizzativo della rete assistenziale sanitaria e sociosanitaria del territorio regionale.

Un ulteriore aspetto saliente è l'adeguamento dell'organizzazione sanitaria e sociosanitaria al fine della gestione del paziente nel territorio, da cui il paziente proviene e a cui torna dopo eventuali percorsi assistenziali ospedalieri, rivedendo l'intera filiera dei servizi, secondo il criterio dell'integrazione delle cure primarie con quelle intermedie e con l'assistenza ospedaliera. A tal fine si deve ridefinire l'assetto organizzativo strutturale e funzionale del Territorio.

L'assistenza primaria rappresenta il punto centrale dei processi assistenziali, con forti collegamenti con il resto del sistema e per realizzare questo obiettivo occorre che si strutturi un nuovo concetto di Distretto.

Lo spostamento dall'ospedale al territorio dell'asse portante degli interventi sanitari e sociosanitari, previsto dalla strategia regionale di cui anche al recente Piano Sanitario Sociosanitario Regionale 2020-2022 comporterà, necessariamente, la promozione del Distretto Sanitario come luogo di organizzazione delle risposte territoriali, riqualificandolo nel suo ruolo di valutazione dei bisogni individuali e collettivi, garantendogli una funzione di committenza chiara e valutabile, rafforzando la responsabilità e la gestione delle attività di integrazione sociosanitaria con la collaborazione sempre più strutturale e costante con gli Ambiti Territoriali Sociali. Il Distretto Sanitario, grazie al lavoro in team di professionisti che condividono strumenti di valutazione, consente equità di accesso su tutto il territorio e migliora in maniera significativa la valutazione dei fabbisogni. A tal fine risulta imprescindibile l'approccio onnicomprensivo alla persona proprio della "Medicina di famiglia" (Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), con l'univocità del rapporto di fiducia medico-paziente che la caratterizza e la sua capillare diffusione sul territorio e la modalità ordinaria "on demand" (medicina di attesa) di organizzazione del lavoro per dare risposte al cittadino quando esprime il suo bisogno di salute.

Gli obiettivi strategici, che si devono tradurre in obiettivi specifici nelle diverse aree di intervento, sono quindi raggiungibili ricorrendo in modo trasversale a specifiche direttrici di sviluppo tra loro interconnesse e che caratterizzano l'insieme di azioni, criteri e strumenti necessari a determinare lo sviluppo e la crescita del SSR in tutte le sue dimensioni e sfaccettature.

### III.1 GLI OBIETTIVI STRATEGICI DELLA PROGRAMMAZIONE

Gli obiettivi strategici della Regione per i prossimi anni, in coerenza con le indicazioni del livello centrale e con le esigenze emergenti in ambito regionale, necessari per rispondere ai bisogni dei cittadini, così come sono declinati dal recente Piano Socio Sanitario Regionale 2020-2022, riguardano:

- **Sostegno a fragilità e cronicità dal neonato all'anziano** (per intervenire dove si presentano le condizioni di maggiore criticità a causa di particolari patologie o di specifiche condizioni socio-economiche): potenziamento della risposta al bisogno di salute delle persone che per fragilità, temporanee o permanenti, congenite o acquisite (minore età, disabilità, disagio psichico, patologie geriatriche, dipendenze...) non sono in grado, totalmente o parzialmente, di provvedere ai propri bisogni;
- **Incremento di qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti** (per fornire prestazioni di alta qualità in modo appropriato e coerente con il contesto demografico ed epidemiologico e con la domanda e i bisogni dei pazienti): l'efficacia, l'efficienza e l'equità del SSR dipendono in larga misura dalla capacità di determinare e identificare le cure necessarie, per fornire prestazioni di alta qualità in modo appropriato e coerente con il contesto demografico ed epidemiologico e con la domanda e i bisogni dei pazienti;
- **Miglioramento di accessibilità e prossimità** (per rendere disponibili servizi e trattamenti in modo diffuso e in tempi ragionevoli, con lo sviluppo dei servizi territoriali e con una presenza capillare in tutta la regione, riducendo la mobilità sanitaria): migliorare l'accessibilità per tutti i cittadini e a tutti i servizi presenti nel Servizio Sanitario Regionale (SSR) significa eliminare le barriere, reali o virtuali, che rendono difficoltosa la fruizione dei servizi sanitari sul territorio regionale, garantendo una diffusione capillare dei servizi, migliorando i tempi di accesso, riducendo la mobilità sanitaria;
- **Rafforzamento dell'equità del sistema** (per ridurre se non eliminare eventuali differenze nell'erogazione dell'assistenza, legate ai territori, al genere, all'età, alla provenienza): superare le differenze nell'erogazione dell'assistenza sanitaria, legate ai territori, al genere, all'età, alla provenienza, indotte da

ragioni storiche, culturali e politiche, oltre che da interessi localistici, facendo prevalere una logica di governo e di governance unitaria e coerente, rispettosa delle diversità dei bisogni;

- **Perseguimento della sostenibilità del sistema** (per il miglior uso delle risorse finanziarie disponibili - comunitarie, statali, regionali - a copertura del fabbisogno sanitario, nel rispetto dell'equilibrio economico): la sostenibilità non è solo un problema economico di disponibilità delle risorse, bensì concerne il soddisfacimento degli effettivi bisogni di salute della popolazione nelle sue varie manifestazioni e che vanno garantiti attraverso una efficiente ed efficace allocazione delle risorse disponibili.

### III.2 LE DIRETTRICI TRASVERSALI DI SVILUPPO

Gli obiettivi strategici, che si devono tradurre in obiettivi specifici nelle diverse aree di intervento, potranno essere raggiunti ricorrendo in modo trasversale a direttrici di sviluppo riguardanti:

- **partecipazione, responsabilità e trasparenza**; il percorso di sviluppo e consolidamento della sanità passa attraverso il *coinvolgimento* di tutti gli interlocutori, pubblici o privati, che, singolarmente o in modo collettivo, possono partecipare ai processi decisionali, di gestione del cambiamento e di diffusione delle conoscenze;
- **consolidamento dell'assetto istituzionale**; rafforzamento delle funzioni di *coordinamento* del SSR, a tutti i livelli istituzionali, per lo svolgimento delle azioni di governo e indirizzo, programmazione, monitoraggio e controllo, nonché completamento dell'*integrazione* tra i diversi attori, pubblici e non, che lo compongono;
- **integrazione organizzativa**, per un efficiente ed efficace raccordo tra strutture, operatori e cittadini, potenziando il territorio attraverso servizi diffusi e differenziati; l'integrazione organizzativa riguarda la capacità di coinvolgere, nei diversi processi, aree governate da strutture e uffici diversi, sia a livello regionale che territoriale, e che di fatto *congiuntamente* hanno un impatto sulla salute del cittadino (rapporto ospedale - territorio, presa in carico del paziente, pubblico - privato, etc.);
- **adeguamento strutturale e tecnologico**; l'adeguamento strutturale e tecnologico consente di portare le strutture ai più *elevati standard* di *funzionamento* e di *sicurezza* in chiave organizzativa, strutturale, tecnica e logistica, nel rispetto dei requisiti richiesti per l'autorizzazione e l'accreditamento necessari per l'erogazione di prestazioni nel SSR;
- **innovazione e info-telematica**; gli *sviluppi della medicina* per far fronte alla crescente *complessità* dei bisogni di salute, ruotano intorno alla robotica, alla medicina digitale e alla genomica, volta alla medicina personalizzata, ed è orientato all'integrazione tra imaging, telemedicina digitale e intelligenza artificiale ed al correlato sviluppo di nuovi modelli organizzativi ed operativi;
- **qualificazione scientifica e professionale**; il miglioramento della qualità dell'assistenza, lo sviluppo di nuove modalità assistenziali, la medicina proattiva sul territorio e nei distretti, la sperimentazione di modelli organizzativi maggiormente efficaci, può realizzarsi grazie ad una adeguata qualificazione scientifica e *formazione continua* nonché ad una attenta e profonda riqualificazione professionale.

Il disegno strategico del piano complessivo di interventi, trova le sue fonti ispiratrici negli indirizzi nazionali e nei precedenti piani sanitari regionali, in particolare laddove viene indicato nella realizzazione di un sistema integrato in rete il criterio che consenta il collegamento tra le strutture ospedaliere di alta specializzazione con i presidi ospedalieri di livello locale e con strutture territoriali “per la realizzazione di modelli organizzativi finalizzati alla presa in carico del paziente, alla realizzazione di percorsi sanitari appropriati, alla garanzia della continuità delle cure e dello sviluppo dell'accessibilità da parte dei cittadini”.

Gli orientamenti che emergono riguardano lo sviluppo e l'implementazione delle reti ospedaliere e dei processi assistenziali quali adempimenti essenziali per la razionalizzazione delle reti dei servizi sul territorio, al fine di evitare duplicazioni, di potenziare l'alta specialità e l'innovazione tecnologica, di perseguire le economie di scala. La riorganizzazione della rete ospedaliera si è accompagnata alla riconversione dei piccoli ospedali, prevedendo per loro lo sviluppo di una duplice integrazione, verso gli ospedali maggiori e verso le funzioni assistenziali distrettuali. L'obiettivo finale è quello di accompagnare gli interventi di ristrutturazione, da operare con gradualità, con azioni di potenziamento e riorganizzazione dei servizi territoriali, in modo da

garantire che la rete di assistenza sanitaria e socio sanitaria complessiva possa offrire servizi mirati, equi e di qualità, diffusi sul territorio.

Il PSSR 2020-2022 pone la sua strategia in linea con tali indicazioni e stabilisce che la programmazione regionale deve essere rivolta ad “un obiettivo di rimodulazione e di revisione dei modelli di programmazione stessa, orientandola principalmente all’integrazione funzionale al fine di ottimizzare le risorse disponibili per:

- superare la frammentarietà dei servizi;
- garantire dimensioni e caratteristiche delle Unità Operative dal punto di vista della funzionalità e dell’economicità, correlandole ad un bacino di utenza sufficiente/necessario per garantirne la qualità in termini di risultati (elevata casistica, elevate prestazioni e, di conseguenza, elevate esperienze professionali);
- assicurare un’offerta di servizi sanitari equa ed omogenea per ogni cittadino marchigiano.

Lo strumento per rispondere a questi criteri di rimodulazione e riprogettazione funzionale del sistema, e quindi di un corretto equilibrio tra diffusione dei servizi, competenze, capacità professionali, garanzia di alti volumi di attività, obiettivi clinici della continuità e della globalità dell’approccio assistenziale ed esigenze economiche, è quello delle Reti Integrate dei Servizi, con l’individuazione di specifiche realtà di alta specializzazione che rappresentano il punto di riferimento per il funzionamento della rete.

A tal proposito, e per dare attuazione agli indirizzi del Piano, la Regione si è attivata dando luogo ad una serie di interventi di carattere normativo che hanno rappresentato in alcuni casi la premessa o, comunque, la cornice di riferimento, per la definizione degli interventi previsti dal presente accordo.

### **III.3 LA RETE OSPEDALIERA**

Un’attenta analisi dei parametri di efficienza ospedaliera (tasso di occupazione dei posti letto, della durata della degenza media e tasso di ospedalizzazione, Piano Nazionale Esiti, ecc.) consentiranno, in alcuni casi, un recupero della produttività delle strutture di ricovero, con conseguente miglioramento dell’efficienza del SSR.

Il DM 70/2015 ha definito gli standard di riferimento relativamente alla rete ospedaliera per la garanzia della sicurezza e appropriatezza della presa in carico, anche attraverso strumenti che favoriscano l’integrazione organizzativa, la qualificazione scientifica e professionale, l’adeguamento strutturale e tecnologico, l’innovazione info-telematica, l’*empowerment* del cittadino e programmi di formazione continua del personale.

La Regione provvede, pertanto, alla riclassificazione delle strutture ospedaliere secondo livelli organizzativi a complessità crescente, e ridefinire il sistema ospedaliero sulla base del livello organizzativo, del ruolo all’interno della rete assistenziale, della posizione geografica e dei volumi di attività. Tale processo riorganizzativo includerà anche il sistema dell’emergenza-urgenza, sia ospedaliera che territoriale, attraverso la revisione della legge regionale 36/1998 (sistema di emergenza sanitaria). La strumentazione tecnologica sanitaria, valutata in modalità HTA, verrà potenziata sulla base della revisione delle reti cliniche, il cui funzionamento verrà garantito con i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA).

Le strutture regionali di ricovero per acuti verranno sottoposte ad interventi di riqualificazione mediante:

- a) ridisegno organizzativo e funzionale delle strutture, delle attività e degli spazi;
- b) promozione di interventi per l’innovazione strutturale e tecnologica, a supporto della riorganizzazione e redistribuzione dei posti letto e delle specialità/attività;
- c) definizione di strategie per la valorizzazione e potenziamento dei centri di eccellenza di riferimento regionale;
- d) definizione ed applicazione di percorsi di riorganizzazione, redistribuzione ed ammodernamento della diagnostica strumentale;
- e) definizione ed adozione di modelli organizzativi innovativi, quale risposta ad obiettivi di ottimizzazione sia dei percorsi clinico-assistenziali che degli aspetti economico-gestionali.

La rete marchigiana delle strutture di ricovero ospedaliero per acuti, a ciclo diurno e continuativo, pubblica e privata convenzionata, prevede lo sviluppo di modelli organizzativi integrati, secondo la logica *Hub & Spoke*, per ambiti di competenza/specializzazione, volumi di attività e complessità della casistica, su 3 livelli per la garanzia del rispetto dei livelli ottimali di accessibilità ed appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri,

efficacia ed efficienza del sistema. Partendo dalla ricognizione dell'attuale offerta dei servizi ospedalieri, sarà possibile disegnare una rete ospedaliera che sia sempre più rispondente ai bisogni del territorio di riferimento (dimensionamento del sistema), volano per la promozione di qualità, sicurezza ed innovazione strutturali e tecnologiche. Tale percorso non può ovviamente prescindere dalla riorganizzazione delle reti cliniche regionali il cui funzionamento verrà garantito dall'implementazione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali per specifiche patologie (es. neoplasie colon-retto, neoplasie dell'apparato genitale femminile, Infarto miocardico acuto, malattie neurodegenerative, ecc.).

La classificazione della rete ospedaliera su 3 livelli a complessità crescente prevede la presenza del presidio ospedaliero DEA di II livello nel quale sono disponibili, oltre a quelle presenti negli altri livelli organizzativi, discipline a particolare complessità: cardiologia con emodinamica interventistica h24, neurochirurgia, cardiocirurgia e rianimazione cardiocirurgica, chirurgia vascolare, chirurgia toracica, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica, endoscopia digestiva ad elevata complessità, broncoscopia interventistica, radiologia interventistica, rianimazione pediatrica e neonatale, medicina nucleare e altre eventuali discipline di alta specialità. Sono inoltre disponibili h24 i servizi di radiologia con TAC ed ecografia (con presenza medica), laboratorio, servizio immunotrasfusionale. Le attività di emergenza-urgenza prevedono la strutturazione di Trauma Center regionale per la realizzazione di particolari attività interventistiche di stabilizzazione e cura del paziente (es. chirurgia d'urgenza) e di ricovero, in maniera da dare una risposta a tutti i bisogni sanitari complessi della popolazione. Per le patologie complesse, in cui il presidio ospedaliero funga da hub regionale, verranno sviluppati e implementati protocolli di consultazione e trasferimento delle immagini oltre che di centralizzazione e decentralizzazione dei pazienti sulla base delle necessità clinico-assistenziali. La rete di teleconsulto, inoltre, rappresenta un utile supporto alle reti specialistiche di emergenza, in quanto, essendo connessa alle centrali operative 118, permette flussi informativi e trasporto dei dati tecnici fra tutti i centri collegati, con la possibilità di anticipare informazioni sui pazienti in arrivo in ospedale e ricevere dati sulla disponibilità dei posti letto. Attualmente l'unica struttura di II° livello dotata dei requisiti previsti dalla normativa nazionale in vigore è l'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona. L'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord rappresenta un centro di riferimento che sarà ancor più valorizzato a seguito della realizzazione dell'Ospedale Unico.

Altro livello organizzativo delle strutture ospedaliere è rappresentato dai Presidi di I Livello, dotati di servizi di base e specialistici di complessità medio-alta tra cui medicina interna, chirurgia generale, anestesia e rianimazione, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia (se prevista per numero parti/anno), pediatria, cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC), neurologia, psichiatria, oculistica, oncologia, ORL, urologia, con servizio medico di guardia attiva o di reperibilità oppure in rete. Le attività di emergenza-urgenza sono presenti con l'osservazione breve intensiva e la medicina d'urgenza. Sono inoltre presenti o disponibili h24 i servizi di radiologia con TAC ed ecografia, laboratorio, servizio immunotrasfusionale, consultazione e trasferimento di immagini.

Infine, i presidi ospedalieri di base, dotati di pronto soccorso con osservazione breve intensiva, garantiscono attività di ricovero in medicina interna, chirurgia generale, ortopedia, anestesia e attività H24, in pronta disponibilità, di radiologia, laboratorio, emoteca.

Secondo il nuovo PSSR 2020-2022, quindi, lo sviluppo della rete ospedaliera marchigiana prevede la costruzione di nuove strutture ospedaliere che rappresentano, per la dotazione di risorse strumentali e professionali, nodi ancor più qualificati per l'assistenza ospedaliera nelle aree geografiche di competenza: Nuovo Ospedale Materno-Infantile Salesi di Ancona, Nuovo Ospedale Marche Nord, Ospedale Unico Ancona Sud INRCA Ancona-Osimo, Nuovo Ospedale di Fermo, Nuovo Ospedale Area Vasta 3, Nuovo Ospedale Area Vasta 5, comunque nel rispetto dei vincoli sui posti letto fissati dalla normativa vigente.

Le reti cliniche rappresentano un nodo strategico per l'incremento della qualità dell'assistenza ospedaliera; nei prossimi anni verranno completate e messe a regime le attività di implementazione delle reti già istituzionalizzate (breast unit, rete per ictus acuto, trauma grave, oncologica, trapiantologica, ecc.) e dato ulteriore impulso a quelle in fase di realizzazione (rete per le emergenze cardiologiche, per le malattie vascolari, medicine specialistiche, ad esempio nefrologia con particolare attenzione allo sviluppo nel territorio della dialisi in assistenza domiciliare, ecc.), consentendo una connessione efficace tra ospedale e territorio per la garanzia di continuità assistenziale e di presa in carico globale del paziente in tutte le fasi di malattia.

L'evoluzione dell'assetto organizzativo del sistema sanitario regionale che ha caratterizzato l'ultimo decennio evidenzia inoltre la necessità di un adeguamento del sistema di emergenza-urgenza regionale. Una attenta e

completa revisione della l.r. 36/1998, che a tutt'oggi regola tale sistema, permetterà di adeguare alle reali necessità della popolazione marchigiana l'organizzazione del sistema emergenza-urgenza, oltreché adempiere alle indicazioni normative fornite a livello comunitario e nazionale.

Aspetto cardine e centrale della revisione della l.r. 36/1998 dovrà essere quello di razionalizzare le risorse ed uniformarne gestione e procedure, attraverso una "governance" unitaria del Sistema di emergenza – urgenza che permetta di sviluppare un'efficace integrazione tra l'assistenza intra ed extra ospedaliera, garantendo contestualmente un coordinamento univoco dei soggetti coinvolti.

Questo potrà essere perseguito attraverso l'unificazione sotto un'unica Struttura di Direzione dell'intero sistema di emergenza – urgenza a cui dovranno essere aggregati tutti gli interlocutori coinvolti (CUR NUE 1-1-2, C.O. 118, PoTES [Postazioni Territoriali di emergenza Sanitaria], Elisoccorso, Trasporti sanitari, ecc.). La revisione della l.r. 36/1998, nell'ottica di "gestione unitaria" dell'emergenza – urgenza, dovrà garantire e prevedere un modello organizzativo idoneo alle reali necessità della popolazione regionale, che permetta rapporti funzionali tra la "governance" e le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere regionali, e gli altri soggetti coinvolti nell'assistenza sanitaria di emergenza-urgenza.

La missione del nuovo soggetto unitario dell'emergenza–urgenza, sarà quella di garantire, implementare, uniformare ed organizzare il soccorso sanitario di emergenza (anche per la gestione di maxi – emergenze) in tutti i suoi aspetti, in raccordo con tutte le altre strutture/enti coinvolti.

### **III.4 LE EMERGENZE SANITARIE**

A fianco delle tradizionali aree di intervento che rispecchiano quanto previsto dalla normativa in materia di Livelli Essenziali di Assistenza, è di fondamentale importanza dare rilievo alle situazioni di emergenza sanitaria: a questo aspetto deve essere data tutta l'evidenza necessaria a causa della caratteristica geomorfologica del territorio regionale che in più casi è stato devastato da calamità naturali come il sisma, le inondazioni, ecc. e da emergenze sanitarie in senso stretto come focolai epidemici, contaminanti ambientali e alimentari e disastri causati dall'uomo. A questo si aggiungono le specificità dell'impianto regionale orogeografico che è caratterizzato da aree montane meno servite a maggiore dispersione territoriale e che tuttavia manifestano maggiori bisogni assistenziali a causa della presenza di popolazione prevalentemente anziana

In particolare, con l'emergenza sanitaria da Covid-19, si è determinato un impatto straordinario sulla capacità di risposta della sanità regionale, delle sue strutture e dei suoi operatori a fronte di un evento improvviso e di vaste dimensioni.

L'impianto generale della programmazione sanitaria, aldilà delle misure già previste precedentemente, ma soprattutto in ragione delle necessità emerse nel corso della pandemia, richiederà quindi una revisione generale che consenta all'intero sistema di offerta un adeguamento organizzativo, strutturale e tecnologico che deriverà dalla predisposizione di piani di intervento in corso di predisposizione alla luce delle disposizioni normative recentemente entrate in vigore.

### **III.5 CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE**

Alla luce dell'analisi e delle valutazioni precedenti, risulta evidente che le direttive principali di sviluppo della Regione Marche prevedono la ridefinizione delle modalità organizzative e strutturali del SSR per un ottimale soddisfacimento dei bisogni sanitari, mediante il rafforzamento dell'assistenza territoriale che avverrà in stretta sinergia e integrazione con la riorganizzazione della rete ospedaliera. Nell'ottica di garantire maggiore appropriatezza della risposta all'acuzie, le strutture ospedaliere necessitano di una riqualificazione per poter lavorare in rete attraverso nodi di riferimento in cui, in modo flessibile e tempestivo, sono soddisfatte le richieste per le casistiche a maggiore complessità.

La situazione di emergenza determinata dalla pandemia di Covid-19 ha ulteriormente evidenziato la necessità di rivedere gli assetti organizzativi e strutturali della sanità regionale, mediante il potenziamento della dotazione dei posti letto, in particolare per ciò che attiene la terapia intensiva e le aree mediche a più complessa attività assistenziale.

La costruzione del nuovo ospedale per l'AO Ospedali riuniti Marche Nord, rappresenta quindi una opportunità fondamentale nella strategia generale di sviluppo della sanità regionale, in particolare tenendo conto dei seguenti elementi:

- qualificazione dell'assistenza in un centro di dimensioni adeguate in cui è possibile concentrare competenze, risorse umane e tecnologie in grado quindi di offrire risposte ad alto valore aggiunto e completare, in un'unica struttura, tutto il percorso di presa in carico del paziente, evitando la duplicazione dei servizi;
- garanzia di una maggiore offerta di servizi sanitari e prestazioni che consentano di recuperare parte della mobilità sanitaria dei residenti oltre che contribuire alla riduzione dei tempi di attesa;
- forte integrazione con i servizi territoriali in qualità di struttura di riferimento nell'ambito di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali fra ospedale e territorio per una maggiore appropriatezza delle cure;
- possibilità di riorganizzare i servizi ospedalieri, in particolare le terapie intensive, le semintensive, reparti Covid, etc., in una nuova struttura in grado di disporre di spazi adeguati e percorsi definiti e riservati, secondo i migliori e più recenti standard organizzativi, strutturali e tecnologici.

## IV. ARTICOLAZIONE DELL'INTERVENTO

### IV.1 L'INTERVENTO

Il Nuovo Polo Ospedaliero Marche Nord, sarà in grado di cogliere le esigenze dei presidi esistenti di Pesaro e Fano in un unico contenitore moderno ed efficiente, aggregato alla struttura esistente di Muraglia, a costituire un nuovo polo di riferimento per tutta la Regione e non solo.

Un ospedale dove integrazione sarà ovunque la parola chiave: integrazione delle cure e delle loro diverse intensità all'interno dell'ospedale, integrazione delle attività con le altre strutture sanitarie del territorio, un ospedale che assicuri continuità e appropriatezza delle cure, integrazione con la città e che favorisca virtuosamente il suo sviluppo socio-economico.

Un ospedale in rete orizzontale con gli altri ospedali della provincia che si colloca come nodo fondamentale in una rete anche verticale che ricomprenda e attui stretta collaborazione integrata e sinergica con tutte le altre strutture sanitarie e di assistenza sociale del territorio.

Un ospedale progettato, costruito e gestito per dare le migliori cure al singolo ma anche per rispettare le esigenze della collettività e dell'ambiente.

Una struttura che tiene conto delle grandi innovazioni in atto, scientifiche, tecnologiche, sociali ed etiche, pronta a modificarsi facilmente e senza disagi per affrontare le sfide della medicina di oggi e di domani.

Un ospedale che ha ben chiaro ciò che deve e vuole fare, la sua mission, e l'immagine che vuole avere, la vision, e si struttura in base a queste per garantire l'ospitalità, l'efficacia e l'efficienza, la qualità e la sostenibilità ambientale ed economica.

Partendo dal concetto di umanizzazione inteso come non solo attenzione alle esigenze di soddisfare bisogni e desideri di malati e utilizzatori ma anche come nuova modalità di organizzazione e gestione, basata su processi interdisciplinari integrati centrati sulla persona singola e specifica, abbiamo definito un insieme organico che consenta di funzionare bene e al contempo sia inserito nel suo territorio con specifici richiami anche formali, rispettandolo e valorizzandolo, la cui architettura piacevole e non incombente suscita attenzione e fiducia.

È un progetto integrato che realizza una struttura che facilita e ottimizza le attività da svolgere in spazi non solo funzionali ed efficienti ma anche architettonicamente ed esteticamente pregevoli: che concilia così il far funzionare bene la "macchina" tecnologicamente avanzata e assai complessa, con il messaggio forte dato dall'architettura che parla direttamente all'osservatore di umanità, ospitalità e accoglienza, di rispetto dell'ambiente, che genera serenità nell'affidarsi, a maggior ragione in momenti di fragilità e difficoltà.

I principi guida applicati sono così sintetizzati:

- ✓ **Umanizzazione:** conciliare complessità ospedaliera e dimensione umana
- ✓ **Urbanità:** integrare l'ospedale con il territorio e la città
- ✓ **Socialità:** rendere tangibile l'appartenenza dell'ospedale alla comunità e lo spirito di solidarietà
- ✓ **Organizzazione:** perseguire efficienza, efficacia e benessere percepito
- ✓ **Interattività:** programmare continuità e completamento assistenziale con i servizi socio-sanitari territoriali
- ✓ **Appropriatezza:** praticare la correttezza delle cure e dell'uso delle risorse
- ✓ **Affidabilità:** far percepire sicurezza e tranquillità ai degenti
- ✓ **Innovazione:** puntare sul rinnovamento tecnologico diagnostico, terapeutico e informatico
- ✓ **Ricerca:** dare impulso all'approfondimento intellettuale e clinico-scientifico
- ✓ **Formazione:** alimentare l'aggiornamento professionale e culturale

Un ospedale per acuti ad alta tecnologia e alta assistenza che dovrà essere nodo fondamentale e ossatura portante del rinnovato sistema della sanità per la salute, con affiancati, in una rete orizzontale di strutture ospedaliere a diversa complessità (altri hub con differenti alte specializzazioni, altri ospedali per acuti, ospedali

di insegnamento, istituti o centri di ricerca avanzata di riferimento) e in una rete verticale di tutti gli altri operatori per la sanità sul territorio.

La nostra proposta progettuale quindi consente di realizzare e gestire un nuovo “modello” di ospedale “*a cure integrate*” pronto per le sfide del terzo millennio che derivano dai cambiamenti epidemiologici, demografici e sociali, dalle aspettative crescenti dei cittadini, dalle innovazioni tecnologiche, dai progressi della medicina e dalla necessità di ridare centralità al paziente, che impongono un forte ripensamento dell’ospedale e del sistema sanitario.

Il progetto per il Nuovo Polo Ospedaliero Marche Nord è concepito come un sistema articolato di corpi di fabbrica che si inseriscono nel paesaggio costruito e naturale rispettandone i caratteri e i criteri di organizzazione morfologica e orografica.

Non un grande contenitore alieno al contesto in cui è inserito, ma un insieme di volumi e spazi che ricercano relazioni, di scala, di misure e d’uso, con l’intorno urbano e naturale.

Lungo via Lombroso si attesta un corpo a piastra multipiano forato da patii dall’andamento lineare e con altezze contenute, destinato prevalentemente alle funzioni di diagnosi e terapia.

Verso la retrostante collina quattro corpi per le degenze si aprono sullo spazio del parco accogliendo il verde all’interno dei cortili fino alle facciate degli edifici.

I due sistemi sono affiancati ai due lati di una galleria di accoglienza e distribuzione che funziona da strada interna per tutto il complesso edilizio, collegando gli ingressi ai due estremi: l’ingresso principale dell’ospedale sul lato sud-est e l’ingresso dell’emergenza sul lato nord-ovest.

L’asse della galleria prosegue nell’area a sud-est antistante l’ingresso principale organizzando lo spazio aperto di accesso all’ospedale e di collegamento con gli altri edifici esistenti, di progetto e di futura espansione come un boulevard in parte a verde in parte protetto da una lunga pensilina.

Sull’altro lato, lo slargo di accesso al pronto soccorso si configura come piazza di snodo tra il tessuto urbano proveniente dal centro storico della città di Pesaro e il rinnovato complesso ospedaliero.



*Vista dell’ospedale da ovest*

#### **IV.1.1 Modello funzionale**

La soluzione adottata si fonda sulla scelta di affiancare sullo stesso livello gli spazi a degenza e gli spazi di diagnosi e cura di più diretta pertinenza delle singole specialità, riducendo così i percorsi e l'uso dei collegamenti verticali.

Tale complanarità si realizza in particolare al piano secondo, tramite la contiguità tra i reparti di chirurgia, l'area intensiva e i blocchi operatori generale e di day-surgery, e al piano quarto dove sono sullo stesso livello degenze e servizi di diagnosi e cura del dipartimento materno-infantile.

Sono invece raggiungibili tramite percorsi verticali i servizi sanitari e logistici comuni ai pazienti interni ed esterni o accessibili dall'esterno posti ai piani 0 e -1 dell'edificio, in particolare la diagnostica per immagini, il pronto soccorso e i vari servizi generali e logistici.

La circolazione lungo i vari livelli della galleria di distribuzione separa i percorsi e i flussi sanitari da quelli dei visitatori agendo sulla orizzontalità e sulla verticalità degli stessi.

Visitatori e pazienti diurni si distribuiscono orizzontalmente lungo tutto il livello di ingresso (piano 1) mentre raggiungono reparti e servizi degli altri piani in modo puntuale tramite percorsi verticali dedicati.

I flussi sanitari si distribuiscono invece in orizzontale ai vari livelli, spostandosi in verticale tramite percorsi dedicati separati da quelli dei visitatori.

Lo schema è inoltre funzionale ad una crescita nel tempo lungo l'asse della galleria di distribuzione che potrà avvenire senza modifica dei criteri organizzativi complessivi di progetto.

#### **IV.1.2 Organizzazione del sistema edilizio e degli spazi aperti**

Il complesso edilizio del nuovo polo ospedaliero si articola in complessivi otto piani, dei quali uno completamente interrato destinato all'autorimessa (livello -2) e uno seminterrato (livello -1).

Sono inoltre previsti un piano di volumi tecnici in copertura (livello 6) e un piano tecnico sottostante ai fabbricati (livello -3) dove hanno sede gli isolatori sismici della struttura.

Al livello della copertura dei volumi tecnici è prevista la piazzola destinata all'elisuperficie.

Il complesso, nella parte fuori terra rispetto alla quota di via Lombroso (livelli 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6), è costituito da un corpo a piastra multipiano, da quattro fabbricati lineari a corpo quintuplo e dalla galleria posizionata tra i due sistemi.

Il sistema dei percorsi interni all'ospedale è incentrato sulla galleria in cui è collocata la circolazione generale orizzontale e verticale principale tramite la quale sono messe in relazione tutte le parti del complesso edilizio.

Altri percorsi più specificatamente riferiti a singoli settori o a particolari funzioni sono previsti nei singoli corpi di fabbrica dei corpi degenze e della piastra.

Nella galleria sono previsti tre nuclei di percorsi verticali principali ciascuno dotato di tre coppie di elevatori ciascuna delle quali è dedicata ad uno specifico flusso: due montalettighe per i flussi sanitari che sono anche del tipo antincendio, due ascensori per il personale, due montacarichi per i materiali dei quali uno per lo sporco uno per il pulito.

Dei tre nuclei, due sono collocati al centro della galleria, uno, posto in prossimità dell'ingresso dell'ospedale, anziché al centro è posizionato sul lato in modo da non ostruire l'entrata. In tale nucleo uno dei due montalettighe antincendio è sostituito da un ascensore di soccorso ad uso dei vigili del fuoco. Esso è accessibile direttamente dall'esterno nei pressi dell'ingresso principale.

Dei tre nuclei sopra citati, i montalettighe e gli ascensori per il personale sono a servizio di tutti i settori dell'ospedale (piastra e corpi degenze), mentre i montacarichi sono a servizio dei settori funzionali della piastra, in quanto all'interno dei corpi degenza sono previsti altri montacarichi dedicati.

Sempre affacciati sulla galleria centrale, ma sul suo perimetro, sono previste cinque coppie di ascensori per i visitatori, tre a servizio dei corpi degenza (uno per ciascuno dei corpi 3 e 4, uno solo per i corpi 1 e 2 che sono affiancati di spigolo), due a servizio delle funzioni accessibili al pubblico interne alla piastra.

La separazione ai piani dei flussi sanitari da quelli del pubblico avviene tramite il diverso uso dei percorsi orizzontali. La circolazione orizzontale principale a tutti i piani, esclusa la main street a piano 1, è destinata ai flussi sanitari, mentre il pubblico arriva puntualmente ai piani nei pressi degli ingressi ai reparti e ai servizi ed entra direttamente in essi senza muoversi in orizzontale.

In ciascuno dei quattro corpi degenze è prevista una coppia di montacarichi sporco/pulito.

Nella piastra è prevista una coppia di montalettighe dedicata all'emergenza che mette in collegamento il pronto soccorso al piano 0 con il piano 1 (endoscopia), il piano 2 (area intensiva e blocco operatorio) e il piano 4 (area intensiva neonatale e blocco parto).

Sono previsti inoltre tre montacarichi, due per lo sterile, uno per lo sporco, che mettono in collegamento il servizio di sterilizzazione posto al piano -1 con i vari reparti e servizi dei piani superiori della piastra.

Il progetto prevede anche la realizzazione di diverse aree di parcheggio, sia a raso sia interrate, a servizio del plesso ospedaliero. Queste sono state posizionate in corrispondenza dei diversi accessi per permettere una migliore fruizione dell'edificio da parte dei visitatori.

Due aree di parcheggio sono previste entro la sagoma dell'edificio con accessi diversificati per le diverse utenze. Entrambe queste due aree si trovano nei piani interrati dell'ospedale. Il livello -2 presenta due accessi, uno da via Barsanti ed uno dalla rotatoria situata su via Cesare Lombroso mediante rampe a doppio senso di marcia: questo parcheggio risulta essere ad uso esclusivo del personale sanitario e conta 999 utenti divisi tra 699 posti auto di cui 14 posti disabili e 300 posti moto, per una superficie complessiva di mq. 23.818. Il parcheggio del livello -1, posto al di sotto del piazzale del pronto soccorso ed accessibile mediante una rampa a doppio senso di marcia da via Barsanti, è a servizio di 105 utenti della morgue e prevede 71 posti auto di cui 2 per disabili e 34 posti moto, per una superficie complessiva mq. 3.333.

Per quanto riguarda i parcheggi a raso, al livello 0 in prossimità del pronto soccorso è prevista un'area di sosta breve per utenti del pronto soccorso di superficie mq. 1225, in cui si contano 30 posti auto, di cui 2 posti per disabili. In adiacenza al pronto soccorso è previsto un parcheggio ambulanze. Di fronte a questa zona di sosta breve, è prevista un'ulteriore area di parcheggio dedicata agli utenti del pronto soccorso, sempre accessibile da via Barsanti con 103 posti auto di cui 3 per disabili.

Sul fronte opposto del plesso ospedaliero nelle vicinanze della main street, quest'ultima raggiungibile mediante una rampa pedonale, si trova un parcheggio ad uso esclusivo degli utenti in dialisi con 45 posti auto.

Per soddisfare la domanda di posti auto richiesta è prevista la realizzazione anche di una struttura multipiano, con 3 piani interrati ed un piano a raso, a servizio dei visitatori; che occupa complessivamente una superficie di mq. 31.888. L'ingresso al parcheggio è raggiungibile dalla rotonda interna all'area di intervento e, mediante una rampa a doppio senso di marcia, si accede al piano a raso del parcheggio. Il progetto prevede l'accesso per 1225 utenti suddivisi in 1113 posti auto totali di cui 24 destinati ai disabili e di 112 posti moto.

Per quanto riguarda il progetto della viabilità ciclo-pedonale si intende valorizzare l'accessibilità nell'area di intervento, prevedendo percorsi privilegiati per raggiungere gli ingressi e le uscite del nuovo polo ospedaliero.

### **IV.1.3 Caratteristiche e peculiarità del nuovo polo ospedaliero**

Il progetto del Nuovo Polo Ospedaliero Marche Nord è stato pensato e sviluppato secondo una filosofia che ruota intorno al malato e si focalizza sulla soddisfazione dei suoi bisogni di persona unica e inscindibile.

Un ospedale adatto ad ospitare tecnologie, comfort e logistica indispensabili oggi e pronto a recepire quelle di domani, che, grazie alla sua flessibilità, porterà a “rifondare” il sistema ospedaliero dell’area.

Per il Nuovo Polo Ospedaliero sono previsti 612 posti letto (oltre a 71 posti letto tecnici) per una superficie complessiva di mq. 102.651 per aree funzionali di degenza, diagnosi e cura, servizi generali sanitari e non sanitari, circolazione generale e centrali impianti (quindi al netto di parcheggi per ulteriori 63.609 mq, viabilità interna all’area per 15.933 mq, spazi tecnici e logistico manutentivi esterni al fabbricato 4.070 mq ed aree a verde attrezzate interne ed esterne per 15.898 mq. Il parametro dimensionale convenzionale di progetto quindi si attesta su un valore di 168 mq/pl. Si tratta di un valore dimensionale al di sopra della media dei più recenti interventi di prestigio e di chiara rilevanza a livello nazionale (tutti compresi tra 125 e 160 mq/pl).

Nel Nuovo Polo Ospedaliero Marche Nord quindi non si entra necessariamente per mettersi a letto. Il malato non deve essere inutilmente recluso, costretto a stare disteso e in pigiama, e non vanno sprecate le risorse: si dà sempre maggior spazio a day hospital, day-surgery, ai trattamenti ambulatoriali e alla continuità delle cure sul territorio.

La gestione moderna efficace e efficiente, per processi e non in base ai reparti, è facilitata dalla progettazione attenta di percorsi, flussi e dimensionamenti razionali e ottimizzati e dalla collocazione in corretta contiguità o vicinanza delle facilities attraversate per i principali percorsi di cura.

Le unità di degenza non sono separate per specialità, ma aggregate in gruppi graduati per intensità, tipologia, complessità e durata dell’assistenza in base alle esigenze dei malati.

Tutti i settori ad alta tecnologia, come le sale operatorie, l’imaging, i laboratori e i servizi logistici sono centralizzati per essere utilizzati al meglio.

Gli studi dei medici sono collocati fuori dall’area degenze e dai settori di diagnosi e cura, e aggregati per facilitare lo scambio di conoscenze e pareri tra clinici.

L’esigenza di flessibilità dell’organismo ha avuto un’influenza diretta sulle scelte tipologiche e formali poiché l’adeguamento ai processi di modificazione e di crescita può essere affrontato in modo soddisfacente solo se si prevede una struttura organizzativa e formale capace di supportare la variabilità continua e contemporanea delle parti e dell’insieme.

Il requisito di flessibilità non può risolversi infatti unicamente in un processo additivo, dal momento che le variazioni con aggiunte non previste all’origine modificano inevitabilmente il modello iniziale (specie se si rivela troppo rigido per supportare modifiche) spesso rovinandone la coerenza generale e diminuendo efficacia e leggibilità di funzioni/spazi.

Il progetto prevede un elevato grado di flessibilità legato alla modularità e interscambiabilità di molti settori degli edifici che consentono differenti possibili combinazioni e utilizzi. Derivano anche possibilità di ampliamenti già previsti che non stravolgono o compromettono il palinsesto del progetto originario.

Il nuovo polo ospedaliero è organizzato su due elementi: la Piastra tecnologica e i quattro corpi di degenza.

La collocazione delle funzioni diagnostiche e interventistiche e delle degenze di competenza sul medesimo livello rappresenta uno dei punti di forza del progetto. Questa scelta è volta a migliorare e ottimizzare il processo gestionale limitando i trasferimenti tra i piani e conseguentemente il numero di montalettighe necessario, semplificando il lavoro al personale e limitando i disagi per i pazienti.

#### **IV.1.4 Progettazione e costruzione**

La fase di costruzione comprende, oltre ai lavori di realizzazione dell'opera e la fornitura di attrezzature elettromedicali, le attività tecniche (progettazione, coordinamento sicurezza in fase di progettazione), il collaudo e l'attivazione dell'opera.

In particolare si prevede la realizzazione delle Opere in due fasi:

- La Fase 1 che prevede la realizzazione dell'ospedale e del parcheggio pluripiano (durata circa 4 anni);
- La Fase 2 che prevede il completamento della viabilità e delle aree esterne (durata circa un anno).

Le spese tecniche e i costi per la realizzazione dell'opera ammontano complessivamente a circa 212 milioni di euro (IVA esclusa).

La partecipazione finanziaria pubblica è stata considerata pari a 110.270.000,00 euro (IVA esclusa), ovvero € 121.297.000,00 (IVA compresa) di cui € 104.901.558,52 Delibera CIPE 51 del 24/7/2019 ed € 16.395.441,48 fondi regionali.

Tale importo rappresenta il 48,25% del costo dell'investimento complessivo, comprensivo di eventuali oneri finanziari (cfr. art. 180, comma 6, D.lgs. 50/2016).

L'erogazione del Contributo Pubblico avverrà secondo le seguenti modalità:

- il 95% in occasione di ogni stato di avanzamento dei lavori (S.A.L.), nella stessa percentuale che il singolo SAL ha rispetto al valore delle opere realizzate;
- il 5% al collaudo.

Si intende evidenziare che tale modalità di corresponsione del Contributo strettamente proporzionale all'avanzamento dei lavori viene proposta in quanto certamente più conveniente per il Concedente, vista l'apprezzabile differenza tra gli interessi attivi che lo stesso maturerebbe sulle giacenze attive e gli oneri finanziari sottesi al finanziamento privato.

## **V. SOSTENIBILITA' DELL'INTERVENTO**

### **V.1 SOSTENIBILITÀ ECONOMICA E FINANZIARIA**

L'onere complessivo derivante dal presente Accordo di programma ammonta a € 121.297.000,00 di cui: € 104.901.558,52 a carico dello Stato, € 16.395.441,48 a carico della Regione.

L'importo a carico dello Stato, per un valore di € 104.901.558,52, costituisce l'integrale utilizzo delle risorse disponibili derivanti dal finanziamento assegnato alla Regione Marche dalla delibera CIPE del 24 luglio 2019, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale serie generale n. 15 del 20 gennaio 2020, per la copertura finanziaria dell'intervento "Progettazione esecutiva, esecuzione dei lavori di nuova costruzione e gestione di alcuni servizi non sanitari e commerciali dell'Ospedale Marche Nord".

La definizione del quadro complessivo di riferimento di attuazione del medesimo Accordo è, pertanto, riconducibile ai seguenti elementi:

- a. il finanziamento del Programma di investimenti in sanità;
- b. le risorse finanziarie regionali.

#### **a. Il finanziamento del Programma di investimenti in sanità**

Il quadro finanziario complessivo delle risorse utilizzabili prende in considerazione innanzitutto gli stanziamenti previsti:

- dall'art.2, comma 69, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (legge finanziaria 2010) con il quale vengono incrementate da 23 a 24 miliardi di euro le risorse destinate al proseguimento del programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico di cui al citato art. 20 della legge n. 67/198
- dall'art. 1, comma 555, della legge 30 dicembre 2018, n.145, che eleva a 28 miliardi di euro complessivi l'importo precedentemente determinato in 24 miliardi di euro per l'attuazione del programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico fermo restando, per la sottoscrizione di accordi di programma con le regioni e l'assegnazione di risorse agli altri enti del settore sanitario interessati, il limite annualmente definito in base alle effettive disponibilità di bilanci

In applicazione delle norme citate il CIPE ha provveduto, con proprie deliberazioni, ad assegnare alle Regioni le quote rispettivamente spettanti che, per la Regione Marche vengono individuate in € 104.901.558,52 dalla delibera CIPE del 24 luglio 2019, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale serie generale n. 15 del 20 gennaio 2020, per la prosecuzione del programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia ed ammodernamento tecnologico di cui all'articolo 20, comma 1, della legge 11 marzo 1988, n. 67.

#### **b. Risorse finanziarie regionali**

La Regione Marche sosterrà l'attuazione del presente Accordo con una somma pari a € 16.395.441,48, che corrisponde al 13,5167740999% dell'ammontare complessivo del finanziamento, nel rispetto dei limiti previsti dall'art.20 L. 67 dell'11 marzo 1988.

## Quadro riepilogativo

a. Risorse derivanti dal finanziamento del Programma	€	104.901.558,52
b. Risorse finanziarie regionali	€	16.395.441,48
<b>Importo complessivo utilizzabile</b>	<b>€</b>	<b>121.297.000,00</b>

## V.2 SOSTENIBILITÀ AMMINISTRATIVA E GESTIONALE

La realizzazione dell'intervento previsto nel presente documento programmatico richiede la predisposizione di un percorso procedurale che definisca i modi, i tempi e gli attori per le fasi attuative e di gestione. In particolare tale percorso è indispensabile nel caso di interventi di grande rilevanza, quali la realizzazione di nuove strutture ospedaliere, che contribuiscono a ridisegnare il quadro complessivo dell'offerta sanitaria all'interno del sistema regionale. A tal proposito, la costruzione di questo percorso è stata disciplinata, con una attenta azione della Regione, in una serie di atti normativi che stabiliscono le modalità attuative e delineano il processo realizzativo. In particolare, pur rimandando al capitolo contenente il quadro normativo di riferimento, è possibile ricordare i seguenti atti: DGR n.100 del 03/02/2020 conclusione della prima fase procedimentale relativa alla dichiarazione di fattibilità e di pubblico interesse della proposta di "Concessione di progettazione, costruzione e gestione del nuovo polo ospedaliero Marche nord".

## V.3 SOSTENIBILITÀ DI RISORSE UMANE

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. Eventuali difformità che si prefigurassero in fase esecutiva relativamente alla distribuzione, alla numerosità ed alle competenze delle professionalità da impiegare, sia nell'ambito delle nuove strutture sia all'interno delle reti presenti, si ritiene che potranno essere risolte attraverso il ricorso a figure professionali già presenti nel sistema o, in second'ordine, con l'acquisizione di nuove figure, coerentemente con quanto stabilito dalla normativa vigente.

## V.4 SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE

La localizzazione del nuovo ospedale deve puntare alla massima fruibilità sia in condizioni normali sia in emergenza, ottimizzando i fattori che concorrono a garantire gli obiettivi di sostenibilità ambientale. L'individuazione e l'adozione di criteri che soddisfino tali esigenze costituiscono un momento fondamentale dei percorsi realizzativi in atto nella Regione. In particolare, i criteri utilizzati dalla Regione Marche per valutare l'intervento previsto in questo documento riguardano: l'accessibilità; la sicurezza del sito; l'integrazione paesaggistica.

### Accessibilità

L'accessibilità dell'area prescelta per l'insediamento del nuovo ospedale è un fattore di primaria importanza che richiede una attenta valutazione dei seguenti aspetti: disponibilità delle infrastrutture e dei mezzi di trasporto pubblico (ferrovie, linee automobilistiche extra urbane ed urbane, taxi), struttura della viabilità di servizio, disponibilità delle infrastrutture e delle reti tecnologiche. Fondamentale è l'analisi dell'area sulla quale si va ad inserire il nuovo edificio. Di conseguenza, l'area scelta è stata valutata attentamente in base a:

dimensione (superficie disponibile), morfologia (variazione di quota), conformazione (forma). Deve essere garantita una viabilità separata per: out-patient e visitatori (ingresso principale), emergenza (autoambulanze ed elisuperficie), merci e personale (ingresso di servizio). Devono essere analizzate le reti tecnologiche presenti a cui allacciarsi per la: fornitura delle varie utenze, presenza di possibili sostanze inquinanti, necessità di bonifica.

#### Sicurezza del sito

Particolare attenzione deve essere posta alla valutazione della sicurezza del sito dal punto di vista degli aspetti geo-morfologici e dei rischi naturali, ad esempio nei riguardi dei fattori che possono incrementare il rischio idrogeologico e/o sismico. Va attentamente valutata la: vulnerabilità e idoneità geomorfologica (Indagini ed approfondimenti di ordine geologico, idrologico, geotecnico), rischio idro-geologico, compatibilità con gli strumenti di programmazione e di sviluppo del territorio. La scelta del sito è stata oggetto di una valutazione preliminare ad alto spettro. E' stata valutata la sicurezza in base a: rischio di esondazioni, rischio di frane, rischio sismico. E' stata eseguita una valutazione della vulnerabilità e idoneità geomorfologica con indagini ed approfondimenti di ordine: geologico, idrologico, geotecnico. E' stata analizzata la normativa urbanistica per avere un quadro di riferimento delle potenzialità edificatorie in base a: indici urbanistici, dati catastali, vincoli o servitù, e approvata la relativa variante rispetto agli strumenti urbanistici. Non necessitano espropri essendo l'area di proprietà pubblica.

#### Integrazione paesaggistica

Un'attenzione particolare è stata posta anche all'inserimento e all'integrazione del nuovo ospedale nel contesto ambientale sia in senso strettamente morfologico, sia in senso energetico ed ecocompatibile. E' stato attentamente valutato: il contesto ambientale, la tipologia architettonica, la sostenibilità ambientale. Affermare un'idea nuova di "salute" attraverso la realizzazione di un ospedale di concezione innovativa ha anche un'implicazione in termini di sostenibilità. E' stata quindi eseguita un'attenta analisi del contesto ambientale per avere un quadro delle preesistenze di interesse storico e paesaggistico nonché delle possibili relazioni con la nuova struttura. E' stata effettuata una scelta tipologica-architettonica orientata a: struttura a prevalente sviluppo orizzontale, altezza contenuta, integrazione nel paesaggio. Sono state operate scelte energetiche in grado di migliorare la qualità ambientale complessiva con: cogenerazione, contenimento dei consumi, abbattimento delle emissioni in atmosfera.

## **VI. IL MONITORAGGIO DELL' INTERVENTO**

In coerenza con quanto espresso nel Documento sulle “Modalità e procedure per l’attivazione dei programmi di investimento in sanità, attraverso gli accordi di programma di cui all’art. 5bis del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. e accordi di programma quadro art.2 della l. n.662/1996” di cui all’Allegato A dell’Accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome del 28 febbraio 2008 per la Definizione delle modalità e procedure per l’attivazione dei programmi di investimento in sanità, il monitoraggio dell’attuazione del presente Piano di Investimenti sarà effettuato mediante la trasmissione con cadenza annuale per via telematica dei modelli standardizzati, attraverso il sistema predisposto dal Ministero della Salute “Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità”:

- monitoraggio procedurale, relativo all’efficienza delle procedure di attuazione del Programma (MODULO “A”): verifica l’avanzamento dell’iter procedurale per interventi di una certa complessità e rilevanza strategico-finanziaria, che coinvolgono più amministrazioni, necessitano di raccordo, concertazione e verifica mediante l’utilizzo del Modulo “A” per la richiesta di ammissione a finanziamento dell’intervento;
- monitoraggio finanziario, relativo al livello di realizzazione della spesa dell’intervento programmato (MODULO “B”): i dati finanziari rilevati, in corso di attuazione, dovranno essere aggregati a livello di Programma. Saranno indicate le modalità con cui autonomamente la Regione raccoglie ed analizza i dati che si riferiscono alla spesa effettivamente sostenuta dai beneficiari finali, cioè dagli organismi responsabili della committenza delle operazioni, e li confronta con le previsioni sull’andamento della spesa relativamente all’intervento contenute nei documenti di programmazione;
- monitoraggio fisico, relativo al livello di realizzazione fisica dell’intervento programmato (MODULO “C”): il monitoraggio fisico ha lo scopo di fornire un’informazione circa l’apertura del cantiere e lo stato di avanzamento dei lavori. La rilevazione dei dati fisici dovrà essere fatta con riferimento ad un arco di tempo semestrale o annuale, coerentemente con quanto previsto dall’articolato dell’Accordo di programma.

La suddetta trasmissione annuale sarà corredata da una relazione sulle cause che hanno generato scostamenti o ritardo nello sviluppo dell’intervento.

## **VII. SINTESI DELLE INFORMAZIONI**

### ***Riferimenti assunti dalla programmazione regionale degli investimenti:***

i riferimenti normativi assunti dalla Regione Marche per la programmazione degli investimenti sono contenuti nel **capitolo I** del presente documento.

In particolare è opportuno mettere in evidenza che la principale fonte di indirizzo degli interventi previsti dal presente accordo di programma è il Piano Sanitario Regionale 2020-2022, come ampiamente citato nel documento.

## **VIII. ALLEGATI: SCHEDA TECNICA**

In allegato è riportata la scheda dell’intervento previsto nell’Accordo di programma della Regione Marche. La scheda è stata prodotta e validata attraverso il sistema dell’Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità, presente nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute.

