

# Osservatorio sui sistemi sanitari

## La situazione della Regione Marche\*

Marta Cerioni\*\*

La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?

**SOMMARIO:** 1. L'attuazione del PNRR tra DM 77/2022 e la nuova riforma sanitaria regionale. – 2. I principali atti attuativi regionali e il sito *easypnrr.it*. – 3. I contenuti principali delle Delibere regionali; 4. Conclusioni tra incertezze, *stop and go* e programmazioni.

### 1. L'attuazione del PNRR tra DM 77/2022 e la nuova riforma sanitaria regionale

Per comprendere l'attuale condizione sanitaria nelle Marche in relazione all'attuazione del PNRR nella linea della sanità territoriale di cui al DM 77/2022, occorre considerare che quest'ultima è indissolubilmente legata alla nuova riforma della sanità regionale dell'agosto 2022<sup>1</sup> che ha riorganizzato completamente tutti i servizi e le strutture.

Si è passati da un'Azienda Sanitaria Unica regionale centralizzata (ASUR) a 5 Aziende sanitarie territoriali (AST) che ricalcano le Province, a cui si devono sommare le due Aziende Autonome<sup>2</sup>: l'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche e l'INRCA, rimaste intatte dalla riforma. La prima ha mutato nome per divenire il polo delle cure di eccellenza dell'intera Regione e per rimarcare il collegamento con l'Università Politecnica delle

---

\* Lo scritto costituisce una rielaborazione dell'intervento svolto dall'Autrice nella Giornata di studio "La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?" (Milano, 26 aprile 2023), promossa dall'Università Cattolica del Sacro Cuore a conclusione della seconda edizione del Corso di perfezionamento in "Organizzazione e gestione delle Case della Comunità" e nell'ambito del PRIN 2020 "Il diritto costituzionale della salute e dell'organizzazione sanitaria dopo l'emergenza della pandemia".

\*\* Professoressa associata di Istituzioni di diritto pubblico nell'Università Politecnica delle Marche.

<sup>1</sup> La legge della Regione Marche 8 agosto 2022, n. 19 recante "Organizzazione del servizio sanitario regionale" ha rimodulato completamente l'assetto organizzativo della sanità marchigiana, disponibile in [https://www.consiglio.marche.it/banche\\_dati\\_e\\_documentazione/leggi/index.php](https://www.consiglio.marche.it/banche_dati_e_documentazione/leggi/index.php). Il presente saggio è basato sulle Delibere di Giunta rinvenibili nel medesimo sito.

<sup>2</sup> Prima erano esistenti: ASUR, Inrca, Ospedale Marche Nord e Ospedali Riuniti Torrette. Ora vi sono 7 Enti (5 AST, Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche, INRCA). Le nuove cinque Aziende sanitarie territoriali (AST) sono l'AST di Ancona; l'AST di Ascoli Piceno; l'AST di Fermo; l'AST di Macerata; l'AST di Pesaro-Urbino.

Marche e la Facoltà di Medicina di Chirurgia (con annesse funzioni integrate di didattica e di ricerca); la seconda per la specificità di IRCCS nella ricerca e nella cura delle malattie geriatriche (molto rilevanti nelle Marche, vista la composizione demografica del territorio). Le Aziende sanitarie territoriali subentrano in tutti i rapporti e in tutte le competenze in precedenza facenti capo all'Azienda sanitaria unica regionale, mentre l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" è incorporata nell'AST di Pesaro-Urbino. In altri termini, da un lato sono stati assorbiti gli Ospedali con autonomia, mutandoli in presidi ospedalieri, salvo i due di cui si è parlato, dall'altro lato, si è prodotta una parcellizzazione delle competenze delle AST nell'ottica di maggiore prossimità al cittadino (principio di sussidiarietà verticale di cui all'art. 118 Cost.) a cui viene affiancata una nuova gestione organizzativa per Dipartimenti, giudicata più efficace dal legislatore regionale. Come unica struttura centralizzata troviamo sempre l'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS) a cui vengono attribuite nuove competenze in tema di centralizzazione degli acquisti<sup>3</sup>. Sebbene la riforma – in termini formali – sia compiuta, l'organizzazione concreta della divisione territoriale delle competenze ha impegnato alacremente il periodo tra la fine del 2022 e i primi mesi del 2023, andando ad incidere anche sulla tempestività degli atti collegati all'attuazione del DM 77/2022, i cui Enti attuatori erano in corso di definizione per le deleghe loro attribuite.

## 2. I principali atti attuativi regionali e il sito *easypnrr.it*

Al fine di attuare il PNRR e il DM 77/2022, la Giunta regionale ha emanato molteplici atti<sup>4</sup> con una spiccata accelerazione operativa dall'aprile 2023.

<sup>3</sup> L'ARS ha mantenuto il precedente assetto che continua a fare riferimento all'articolo 4 della legge regionale 26/1996.

<sup>4</sup> Riepilogo delle D.G.R.: n. 114 del 14/02/2022 "Definizione del quadro programmatico dei sub-interventi; "Case della Comunità e presa in carico della persona"; "COT, interconnessione aziendale, device" e "Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)". Identificazione dei siti idonei; n. 162 del 21/02/2022 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione)" e "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature)"; n. 271 del 14/03/2022, "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" e "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale"; n. 656 del 30/05/2022 Aggiornamento dell'elenco degli interventi di cui alla delibera n. 271 del 14/03/2022 e approvazione del Piano Operativo Regionale; n. 702 del 06/06/2022, D.M. 29 aprile 2022, Adozione linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare; n. 812 del 27/06/2022, Recepimento Contratto Istituzione di Sviluppo (Tra Ministero della Salute e Regione); n. 848 del 04/07/2022, Accordo Quadro Consip «SANITA' DIGITALE - Sistemi Informativi Clinico - Assistenziali» per l'ottimizzazione delle linee strategiche evolutive necessarie alla definizione di un nuovo modello di governance dell'innovazione tecnologica per le attività connesse all'erogazione e alla gestione dei servizi amministrativi e sanitari con orientamento specifico alla Sanità Digitale e alla definizione di un Piano regionale di eHealth. Linee di indirizzo per gli Enti del SSR; n. 970 del 27/07/2022, Approvazione delega delle attività e ripartizione risorse agli Enti del Sistema Sanitario Regionale: (ASUR, Azienda ospedaliera Universitaria; Azienda ospedaliera marche Nord; INRCA); n. 1330 del 17/10/2022, Modifica D.G.R. n. 970 del 27 luglio 2022 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute - Componenti 1 e 2: Approvazione delega delle attività e ripartizione risorse agli Enti del Sistema Sanitario Regionale". Sostituzione Allegati n. 2 e n. 3. Riallineano risorse finanziarie per anni 2022-2024 e 2025-2026; n. 1781 del 27/12/2022, Richiesta di parere alla Commissione assembleare competente sullo schema di deliberazione concernente: Prime indicazioni per l'attuazione del Decreto del Ministro della Salute del 23 Maggio 2022, n. 77 concernente "Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza

La più rilevante è la delibera n. 1781 del 27 dicembre 2022, nel rispetto del termine dei 6 mesi dalla data di entrata in vigore del DM 77, con il supporto dell’Agenzia Sanitaria Regionale.

Di precipuo interesse è l’allegato n. 1 recante le «Prime indicazioni per l’attuazione del Decreto 23 Maggio 2022, n. 77 concernente “Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale”». Si tratta del primo vero atto di programmazione dell’assistenza territoriale della Regione Marche derivante da quanto disposto dal DM stesso, anche in coerenza con gli obiettivi del PNRR<sup>5</sup>.

Tuttavia, la parte ancora da implementare è rappresentata dalla definizione di tutta l’organizzazione delle attività delle strutture previste dal DM 77, le modalità di governo e il monitoraggio delle azioni di riorganizzazione, per le quali la delibera rinvia ad altra successiva specifica, a conclusione di un percorso ampiamente inclusivo e condiviso di coprogettazione da realizzarsi attraverso gruppi di lavoro tra tutti gli *stakeholders* coinvolti, dai professionisti della sanità e dai loro rappresentanti, a quelli sociali degli ATS, alle associazioni di tutela del diritto alla salute, alla comunità in tutte le sue espressioni, dal Terzo Settore agli Enti (ad es. fondazioni bancarie) che operano per le collettività di riferimento. Il percorso, secondo la delibera, dovrebbe iniziare già dai primi giorni del 2023.

Con il medesimo percorso dovrà essere adottato il recepimento e l’integrazione delle forme organizzative dell’assistenza primaria ai sensi dell’art. 8 dell’ACN della Medicina Generale del 28 aprile 2022 in modo da coordinare le due reti che andranno a regime: sanità territoriale e medici di base.

A completamento di ciò, è stato inoltre predisposto un ulteriore documento recante le “Linee di indirizzo per l’interconnessione aziendale delle centrali operative territoriali (COT)” ovvero l’allegato n. 2, che ha l’obiettivo di dare attuazione e indirizzo all’Investimento 1.2 “Casa come primo luogo di cura e telemedicina Sub investimento 1.2.2 – Implementazione

---

territoriale del Servizio Sanitario Nazionale” e linee di indirizzo per l’interconnessione aziendale delle centrali operative territoriali. Quest’ultima, a seguito del parere favorevole del Consiglio, non è stata riproposta in Giunta. Infine, è stata predisposta un’ulteriore D.G.R. con la quale si è approvato l’aggiornamento del Piano Operativo Regionale (POR) e i nuovi provvedimenti di delega amministrativa alle istituende nuove Aziende del SSR, a seguito dell’entrata in vigore della L.R. n.19 del 8 agosto 2022 “Organizzazione del servizio sanitario regionale”. Infine, delibera n. 542 del 20/04/2023, Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 Componente 1 sub- investimento 1.2.3 “Telemedicina nell’assistenza dei pazienti con cronicità” – Sviluppo dell’assistenza sanitaria territoriale attraverso la promozione di soluzioni di Telemedicina e loro integrazione nell’ambito dei Servizi sanitari regionali. Approvazione del Piano operativo servizi di telemedicina; n. 559 del 28/04/2023, Prime indicazioni per l’attuazione del Decreto del Ministro della Salute del 23 Maggio 2022, n. 77 concernente “Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale” e linee di indirizzo per l’interconnessione aziendale delle centrali operative territoriali.

<sup>5</sup> La delibera stessa spiega gli atti prodromici a cui si ispira ovvero: «Alla sua elaborazione concorrono gli atti regionali emanati in attuazione del PNRR, la documentazione prodotta da AGENAS a riguardo e, quadro peculiare per la Regione Marche, la Legge regionale 8 agosto 2022, n. 19 “Organizzazione del servizio sanitario regionale” che ridisegna il SSR e che influenza, da un punto di vista organizzativo, anche la programmazione dell’assistenza territoriale».

Centrali Operative Territoriali (COT) – Action Plan”, limitatamente all’ambito dell’Interconnessione Aziendale.

Le linee di indirizzo preliminari trattano, attraverso la definizione di casi d’uso, gli attuali strumenti tecnologici a disposizione e gli eventuali scenari evolutivi e mirano ad individuare il livello e la tipologia di supporto informativo necessario allo svolgimento delle attività in capo alle Centrali Operative Territoriali (COT).

In coerenza con la normativa nazionale, le linee guida vorrebbero promuovere lo sviluppo uniforme delle COT in termini organizzativi e di dotazione tecnologica, assicurando, come espresso nel Piano Operativo Regionale (POR), l’adempimento al Target finale posto dall’Unione Europea che prevede “Centrali operative pienamente funzionanti” entro il T1 2024.

### 3. I contenuti principali delle Delibere regionali

Nell’allegato A “Prime indicazioni per l’attuazione degli standard previsti dal DM 77/2022” si riprendono i target regionali ovvero la realizzazione di 29 Case della Comunità sul territorio per un importo di € 42.494.802,81; di 15 Centrali Operative Territoriali (COT) tecnologicamente attrezzate, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l’interfaccia con gli Ospedali e la rete di emergenza-urgenza, per un importo complessivo di € 5.112.939,71, di cui € 2.596.125,00 per la parte strutturale delle COT, € 1.066.071,88 per l’interconnessione aziendale delle COT e € 1.450.742,83 per i *Device* (dispositivi medici) in utilizzo nelle COT; di 9 Ospedali di Comunità per un importo di € 23.178.983,35.

Vi è, altresì, l’analisi di contesto, la stratificazione della popolazione per comprendere bene le patologie e i territori correlati alla demografia.

Oltre all’edilizia di cui sopra, vi sono i servizi. Attualmente, le cure primarie nelle Marche si articolano secondo una scelta organizzativo-funzionale che ha portato alla formazione delle *Équipes* Territoriali (ET)<sup>6</sup>, mentre nella nuova attuazione del decreto 77 tutto si concentrerà nel Distretto.

Il Distretto è un’articolazione organizzativo-funzionale dell’Azienda sanitaria locale (AST per le Marche in base alla L.R. 19/2022). Come previsto dalla normativa vigente, l’articolazione in distretti è disciplinata dalla legge regionale, garantendo una popolazione minima

---

<sup>6</sup> Come previsto dalla DGR n. 751 del 2007. L’Equipe Territoriale è un organismo operativo funzionale, opera in un’area geografica infra-distrettuale (individuata dal Direttore di Distretto, di concerto con gli Uffici di Coordinamento delle Attività Distrettuali-UCAD, formalizzata dal Direttore di Zona) attraverso la costituzione di 56 Unità Professionali diffuse su tutto il territorio marchigiano e rappresenta: uno strumento attuativo della programmazione sanitaria regionale; un momento organizzativo della medicina generale e delle altre discipline presenti nel distretto per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale (per la erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza).

di almeno sessantamila abitanti. Qui si inserisce la prima problematica in quanto in alcuni territori interni l'ammontare degli abitanti si spalma su ampie zone, spesso mal collegate e quindi molto distanti fra loro. L'ampiezza territoriale potrebbe inficiare l'efficacia dell'azione degli operatori sanitari che potrebbero risultare insufficienti per quella popolazione anziana<sup>7</sup>.

Indipendentemente dalla riforma sanitaria, i Distretti della Regione cambiano la loro appartenenza in termini di appartenenza aziendale per un totale numero di 13<sup>8</sup>.

Su tali aspetti, si interseca l'Ambito territoriale sociale che non ha la stessa conformazione dei distretti sanitari. Anche tale profilo potrebbe costituire una criticità qualora non vi siano sufficienti informazioni di scambio fra gli Enti. Insomma, una fragilità del sistema può essere costituita dalla disarticolazione delle varie reti: sanitaria-territoriale e socio-assistenziale.

Un altro punto essenziale è il coordinamento della Casa della Comunità con i servizi territoriali<sup>9</sup>.

La CdC, proprio per il suo ruolo centrale nella rete dei servizi, adotta meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni: 1. Rete intra-CdC<sup>10</sup>; 2. Rete inter-CdC<sup>11</sup>;

<sup>7</sup> Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali. È inoltre deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta. All'interno del distretto possono essere presenti i Consultori familiari e le attività rivolte ai minori, ove esistenti, funzionalmente collegati con la Casa della Comunità hub. Il Distretto garantisce inoltre una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento.

<sup>8</sup> Secondo la tabella 1 prevista nel documento di cui si tratta, i Distretti nella Regione Marche (L.R. 19/2022) sono: per AST Pesaro-Urbino, 1 – Pesaro; 2 – Urbino; 3 – Fano; per AST ANCONA; 4 – Senigallia; 5 – Jesi; 6 – Fabriano; 7 – Ancona; per AST MACERATA; 8 – Civitanova Marche; 9 – Macerata; 10 – Camerino; per AST FERMO; 11 – Fermo; per AST ASCOLI PICENO; 12 – San Benedetto del Tronto; 13 – Ascoli Piceno.

<sup>9</sup> Le CdC rappresentano un nodo centrale della rete dei servizi territoriali sotto la direzione del Distretto. La loro centralità è data: sul lato del governo della domanda, dalle funzioni di sanità di iniziativa, di presa in carico, di accesso unitario, di filtro di accesso e indirizzo dei pazienti; sul lato dell'offerta dal lavoro multiprofessionale, dall'integrazione tra unità di offerta afferenti a materie e discipline diverse, dal coordinamento tra sociale e sanitario; sul lato della governance dal coinvolgimento attivo della comunità e dei pazienti.

<sup>10</sup> Costituita dalla messa in rete dei professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno della CdC e quelle che vi sono funzionalmente collegate.

<sup>11</sup> Costituita dalla messa in rete tra CdC hub e CdC spoke al fine di contemperare le esigenze di capillarità erogativa e di prossimità con la necessità di raggiungere una massa critica per alcuni servizi a maggiore intensità specialistica e tecnologica, sia per poter rispondere in modo flessibile ai diversi contesti geografici caratterizzati da differente densità abitativa e livelli di presenza attiva degli MMG nelle strutture ambulatoriali delle CdC.

3. Rete territoriale<sup>12</sup>; la Rete territoriale integrata: la CdC è in rete con l'attività ospedaliera, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche<sup>13</sup>.

Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento a rete nelle quattro direzioni è la Centrale Operativa Territoriale (COT) che opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.

Al fine di far circolare adeguatamente le informazioni, il COT dovrà essere perfettamente funzionante, previa attivazione del FSE con interoperabilità dei dati, al fine di raccordare le varie reti.

La dimensione organizzativa, in tale contesto, non è più mera esecuzione-attuazione del principio costituzionale di tutela della salute bensì ne diventa parte integrante, al punto tale che solo dall'attento monitoraggio dell'effettività e dell'efficacia dell'organizzazione è possibile affermare se il diritto venga realmente tutelato oppure no<sup>14</sup>.

Emerge, pertanto, con evidenza, il convitato di pietra ovvero la parte del controllo grazie alla quale monitorare costantemente le attività e mutare gli assetti al fine di perfezionare gli aspetti non congrui. Si tratta di un lato non secondario in tale frangente.

Questo obiettivo è solo parzialmente raggiunto grazie all'attivazione della piattaforma digitale <https://www.regione.marche.it/easypnrr> sin dal 28.4.2023. La sua ideazione è collegata alla digitalizzazione e alla trasparenza del rapporto tra cittadini e PNRR al fine di renderli edotti dei piani e dei programmi. La parte più interessante è sicuramente quella relativa al monitoraggio<sup>15</sup>. Tuttavia, si segnala la scarsità di dati in questa sezione, ove sarebbe opportuno avere uno stato di avanzamento dei lavori eseguiti sul totale, abbinato al cronoprogramma.

<sup>12</sup> La CdC è messa in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale territoriale e ospedaliera ospedali di comunità, RSA, hospice e rete delle cure palliative, RSA, Consultori familiari e attività rivolte ai minori ove già esistenti, servizi per la salute mentale, dipendenze e disabilità e altre forme di strutture intermedie e servizi.

<sup>13</sup> In particolare, si evidenzia quella specialistica ambulatoriale o di day service svolta in questo contesto. Questo può avvenire nella doppia direzione di invio di pazienti selezionati dalla CdC, per fasi di processi assistenziali e stadi di patologia che richiedono prestazioni ospedaliere e/o ambulatoriali specialistiche. Tale forma di integrazione e coordinamento ha una maggiore valenza soprattutto in merito alla gestione comune dei malati cronici più complessi e ad alto grado di instabilità, che sono soggetti a frequenti ricoveri. In tal modo sono generati meccanismi di condivisione delle conoscenze tra i professionisti della CdC e quelli ospedalieri, a favore anche di una maggiore articolazione delle competenze professionali all'interno della CdC.

<sup>14</sup> R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, 49 ss.

<sup>15</sup> <https://www.regione.marche.it/Entra-in-Regione/Easy-Pnrr/Area-Monitoraggio>.

## 4. Conclusioni tra incertezze, *stop and go* e programmazioni

Dopo la veloce e non esaustiva panoramica pregressa, è possibile avanzare qualche considerazione finale.

Innanzitutto, emergono delle criticità<sup>16</sup>. Per la parte della sanità territoriale nel lato dei servizi, l'attuale ADI ha efficacia alta in alcuni territori mentre, in altre è ancora a macchia di leopardo ed attivo solo in alcune ore della giornata con eventuali reperibilità. I servizi collegati al PNRR come l'infermiere di famiglia non sono ancora attivi. Tuttavia, negli ultimi mesi (maggio-giugno 2023) si è assistito a una accelerazione sia per l'approvazione del nuovo piano sanitario approvato in Giunta il 26 maggio 2023 con DDG n. 709 del 25.05.2023<sup>17</sup> sia per l'attivazione di alcuni servizi, specialmente collegati ai territori più interni come la farmacia dei servizi e l'attivazione del punto salute Inrca presso Acquasanta Terme con l'infermiere di famiglia e telemedicina<sup>18</sup>. Dai documenti amministrativi emerge l'urgenza di dotare le aree interne proprio di quegli strumenti digitali e di sanità territoriale che sono tanto più preziosi perché insistono su territori con viabilità difficile e spesso impervia (ancor più aggravata dai recenti eventi alluvionali) e perché abitata da persone ultraottantenni con patologie croniche che necessitano maggiormente di monitoraggio e cure semplici ma costanti affidate all'infermiere. Pertanto, si saluta con favore l'accelerazione con l'auspicio che sui servizi si vada ancora più speditamente (anche perché non coinvolgono l'edilizia). L'implementazione di questi profili non può, cionondimeno, disgiungersi dall'attuazione immediata e completa del Fascicolo Sanitario Elettronico<sup>19</sup>, attivato quasi compiutamente solo presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche mentre ancora è a macchia di leopardo altrove, esistendo solo *dossier* sanitari che spesso non sono interoperabili fra le diverse strutture. Auspichiamo che la divisione in 5 AST non parcellizzi ancor più i sistemi informatici che costituiscono la base per la medicina di prossimità e la telemedicina.

Discorso diverso deve essere affrontato per la sanità territoriale, nel lato dell'edilizia sanitaria, il quale non è ancora attivo ed emergono dei ritardi rispetto al cronoprogramma ma che ancora possono essere colmati come si evince dallo schema sotto riportato, inserito negli Allegati di cui si è parlato.

<sup>16</sup> Cfr. anche Corte dei conti, Collegio del controllo concomitante, Delibere nn. 9-10-11-12-13/2023/CCC, reperibili sul sito <https://www.corteconti.it>. Nella n. 9/2023 si segnalava come il Ministero non avesse ancora ricevuto la rendicontazione di alcune spese da parte della Regione Marche (p. 7) e pertanto demandava alla Sezione regionale di controllo della Corte dei conti per le Marche il relativo controllo.

<sup>17</sup> Proposta di Deliberazione di competenza dell'Assemblea Legislativa concernente "Piano Socio-Sanitario Regionale 2023-2025. Salute, sicurezza e innovazione per i cittadini marchigiani", cfr. <https://www.regione.marche.it/News-ed-Eventi/Post/91870/La-giunta-approva-il-piano-sociosanitario>.

<sup>18</sup> Altri 29 punti dovrebbero essere attivati a breve nel cratere sismico.

<sup>19</sup> C. BOTTARI, *La tutela della salute: lavori in corso*, Torino, 2020, 317 ss.

Tab. 9 Sintesi delle azioni e cronoprogramma delle attività

	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti	Approvazione dei progetti idonei per l'indizione della gara	Assegnazione codici CIG	Stipula dei contratti per la realizzazione	Ultimazione dei lavori
<b>CdC</b>	30/06/2022	31/03/2023	31/03/2023	30/09/2023	31/03/2026
<b>COT</b>	30/06/2022	31/12/2022	31/12/2022	30/06/2023	31/03/2024
<b>OdC</b>	30/06/2022	31/03/2023	31/03/2023	30/09/2023	31/03/2026

Tale cronoprogramma potrebbe subire degli ulteriori rallentamenti a causa della riforma della sanità regionale. Infatti, i singoli atti amministrativi devono essere realizzati dall'Ente attuatore che potrebbe/dovrebbe ancora ricevere la delega formale (nei mesi di aprile/maggio 2023 si stava provvedendo in tal senso).

Si riporta inoltre che il 15 aprile u.s. un medico studioso è andato a verificare lo stato effettivo di attuazione<sup>20</sup> e il suo studio ha avuto ampio eco nelle cronache locali, aprendo un dibattito sino ad allora sopito.

Lo studio, tra i molti aspetti esaminati, prende le mosse dal Contratto istituzionale di sviluppo per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti del maggio 2022 dal Ministero della Sanità e dalla Regione Marche, il quale prevede che entro il 31 marzo 2023 siano «approvati i progetti idonei per l'indizione della gara per la realizzazione» delle strutture. Tuttavia, per tutte le opere non era ancora presente il progetto esecutivo.

Da questa stima, risalente all'aprile 2023, per sole 5 Case della Comunità su 29 era presente il progetto esecutivo, ovvero solo il 17%.

Per le COT la situazione è in netto miglioramento ovvero vi sono i progetti di circa il 75% delle strutture.

Ovviamente, ai progetti dovranno succedere gli atti amministrativi consequenziali ovvero la stipula dei contratti per la realizzazione delle opere e l'avvio dei lavori veri e propri. Pertanto, i margini di un recupero vi sono tutti purché si proceda speditamente e senza

<sup>20</sup> Il lavoro è rinvenibile in <https://francopesaresi.blogspot.com/https://francopesaresi.blogspot.com/>. L'articolo di cronaca locale è del 15 aprile 2023 su Corriere Adriatico dal titolo "PNRR SANITA': NELLE MARCHE SIAMO IN GRAVISSIMO RITARDO", poi ripreso anche da altre testate giornalistiche. Occorre inserire qui anche l'Avvertenza sui dati forniti contenuta nel lavoro del Dott. Pesaresi secondo cui i dati sono stati reperiti dal sito dell'albo pretorio online delle aziende sanitarie territoriali delle Marche (<https://www.asur.marche.it/web/portal/albo-pretorio>). Si segnala a questo proposito che non sono stati reperiti gli atti relativi all'attuazione del PNRR dell'Area Vasta 5 Asur di Ascoli Piceno del 2022 mentre sono stati reperiti quelli relativi alla Azienda sanitaria Territoriale 5 di Ascoli Piceno relativa al 2023. Secondo il medico, ciò porta a non escludere, in alternativa alla mancata approvazione di atti sul PNRR, possibili malfunzionamenti di accesso o errori di accesso alle informazioni del 2022 relative all'Area Vasta 5. Non si può neanche escludere il mancato reperimento di ulteriori atti ma che quantitativamente sarebbero comunque marginali rispetto al quadro regionale fornito.

ulteriori ritardi. A tal fine, occorrerebbe un raccordo ancora più stringente tra Regione e Aziende sanitarie.

Intanto, si ravvisano delle difficoltà aggiuntive oggettive, peraltro avanzate dal livello esecutivo politico ovvero il fatto che le stime dei costi, rispetto a quelle preliminari dello scorso anno, risultano aumentate del 30%. I progetti proseguono e «si aggiungono a quelli della ricostruzione post sisma: nell'area del cratere quasi tutti gli ospedali devono essere adeguati»<sup>21</sup>.

Anche su questo profilo, una delibera di Giunta sopraggiunta n. 742 del 30.05.2023<sup>22</sup> ha previsto un'assegnazione di risorse aggiuntive per € 450.000,06.

Oltre a ciò, il piano regionale sulla sanità territoriale evidenzia una mancanza di circa 2300 professionisti per attuare compiutamente gli obiettivi in un territorio che ha il 2,5% della popolazione italiana. Ciò potrebbe aumentare il rischio concreto di uno spostamento verso soggetti privati che possono garantire questi standard. Anche quest'anno il Ministero dell'Università ha incrementato con il Decreto n. 802 del 28.06.2023 e successiva nota MUR n.11754 del 30.06.2023 il potenziale formativo nelle Università. Cionondimeno, potrebbe non bastare.

Nel frattempo, nel mese di luglio alcuni atti amministrativi più esecutivi sono stati approvati come ad es., il primo COT che è partito<sup>23</sup>.

Infine, mi sia consentito rimarcare la conformazione territoriale e demografica delle Marche, molto caratterizzata da uno spopolamento delle aree interne nelle quali rimangono soprattutto persone anziane che, ancora più di altri, avrebbero bisogno della sanità territoriale. Nel progetto, talvolta, non si prevede una CDC ogni 30 km perché manca popolazione ma quella che vi insiste è particolarmente bisognosa.

Pertanto, nel merito, si auspica una maggiore calibrazione dei servizi sulla demografia e sui luoghi concreti nonché un'accelerazione delle procedure (specie in raccordo con le nuove 5 AST) sia dal lato servizi (implementabili, ove possibile, in modo rapido, foss'an-

<sup>21</sup> Si riportano le dichiarazioni ufficiali dell'Assessore competente Saltamartini.

<sup>22</sup> POR FESR 2014/2020 Marche – Eventi sismici - Asse 8 “Prevenzione sismica e idrogeologica, miglioramento dell'efficienza energetica e sostegno alla ripresa socioeconomica delle aree colpite dal sisma”, Azione n. 25.1.4 “Interventi di efficienza energetica negli edifici pubblici - Edilizia sanitaria” e Azione n. 28.1.4 “Interventi di natura strutturale, o opere strettamente connesse, di adeguamento o miglioramento sismico – Edilizia sanitaria”. – Modifica DGR n. 353 del 28/03/2022.

<sup>23</sup> Delibera n. 786 del 05/06/2023, Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione M6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – Definizione del quadro programmatico dei sub-interventi 1.1 “Case della Comunità e presa in carico della persona” e 1.3 “Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)”. Approvazione dello Schema di Accordo di Programma, da stipulare ai sensi dell'art. 34 del D. Lgs. n. 267/2000 e dell'art. 26 bis L.R. 34/1992, con la Provincia di Pesaro e Urbino, il Comune di Cagli, l'Unione Montana del Catria e del Nerone e l'Azienda Sanitaria Territoriale delle Marche, avente ad oggetto la realizzazione della nuova struttura sanitaria da adibire a Ospedale della Comunità e Casa della Comunità di Cagli, in località San Lazzaro del Comune di Cagli (PU), di cui all'allegato 1, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione. Nella stessa delibera si conferisce mandato al Presidente o suo delegato, alla sottoscrizione dell'Accordo di Programma di cui sopra e di apportare le modifiche non sostanziali del testo che si rendessero necessarie ai fini della stipula.

che in maniera sperimentale), sia dal lato dell'edilizia con l'ottica di una sempre maggiore sinergia (come avvenuto di recente) con la questione post-sisma.

Si ritiene utile, a tal proposito, istituire la figura del *time leader* ovvero una figura operativa che si concentri sul raccordo procedure/attuazione concreta/tempi che, previo costante monitoraggio, possa convocare tavoli operativi che possano gestire (informalmente ma con il metodo collegiale della Conferenza dei servizi) le eventuali cause dei ritardi o dei parziali blocchi<sup>24</sup>.

Concludendo, la sanità territoriale nelle Marche non è un'illusione ma è ancora un fenomeno *in fieri*, delicatissimo, con criticità aggiuntive dovute a sisma, alluvioni, territori disomogenei e demografia particolare e che proprio per tali ragioni, va costantemente monitorato per operare le correlate azioni di aggiustamento *festina lente*, evitando *stop and go*.

---

<sup>24</sup> Delibera di Giunta n. 631 del 15.5.2023: Art. 15 della Legge 241/1990 - Approvazione schema di protocollo d'Intesa tra l'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino e il Dipartimento Salute per supporto amministrativo nelle attività di comune interesse relative all'attuazione della Missione 6 Salute del PNRR.