

Al Governatore della Regione Marche dott. Luca Ceriscioli  
Ai componenti della Giunta regionale  
All'indirizzo di p.e.c. [regione.marche.protocollogiunta@emarche.it](mailto:regione.marche.protocollogiunta@emarche.it)  
Ai Consiglieri Regionali Assemblea Legislativa delle Marche  
All'indirizzo di p.e.c. [assemblea.marche@marche.it](mailto:assemblea.marche@marche.it)  
Al Direttore Generale ASUR Marche dott. Alessandro Marini  
All'indirizzo di p.e.c. [asur@emarche.it](mailto:asur@emarche.it)  
Al Direttore Generale AV5 dott. Cesare Milani  
All'indirizzo di p.e.c. [areavasta5.asur@emarche.it](mailto:areavasta5.asur@emarche.it)

E p.c.

Al Procuratore regionale  
della Corte dei Conti delle Marche  
All'indirizzo di pec [marche.procura.segreteria@corteconticert.it](mailto:marche.procura.segreteria@corteconticert.it)

Al Procuratore Generale presso la Corte di Appello di Ancona  
All'indirizzo di pec: [penale.pg.ancona@giustiziacert.it](mailto:penale.pg.ancona@giustiziacert.it)  
All'ANAC – Autorità Nazionale Anti Corruzione  
All'indirizzo di p.e.c. [protocollo@pec.anticorruzione.it](mailto:protocollo@pec.anticorruzione.it)  
**MINISTERO DELLA SANITA'**  
**Segretariato Generale p.e.c. [seggen@postacert.sanita.it](mailto:seggen@postacert.sanita.it)**  
**Direzione Generale della Programmazione Sanitaria**  
All'indirizzo di p.e.c. [dqprog@postacert.sanita.it](mailto:dqprog@postacert.sanita.it)

**Oggetto: diffida alla Amministrazione della Regione Marche**

- per il ripristino dei servizi sanitari nell'Ospedale Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto;**
- per l'abbandono della politica sperequativa nella distribuzione di servizi, personale e risorse tra l'Area Vasta 5 e le altre Aree Vaste della Regione Marche;**
- per la cessazione degli atti dispositivi relativi alla distrazione di risorse e personale nell'ambito dell'AV5 dall'ospedale di San Benedetto del Tronto a quello di Ascoli Piceno;**
- per l'osservanza delle leggi sulla trasparenza degli atti amministrativi;**
- per l'osservanza degli artt. 32 e 3 Cost., della L. n. 833/1978, del D.L. n. 158/2012, del D.M. n. 70/2015, e conseguentemente**
- per l'abbandono del percorso verso il c.d. ospedale unico del Piceno nel sito di Pagliare, con conversione delle strutture ospedaliere di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto in Presidi Territoriali o Ospedali di Base;**
- per la conclusione di un accordo di programmazione integrata interregionale ex art 3, co. 2 del DM n. 70/2015 e l'attribuzione al territorio piceno, in base alla popolazione del bacino tecnico di utenza, di due nosocomi di primo livello;**
- per il controllo della spesa pubblica e contro ogni progetto di realizzazione e/o gestione del nuovo nosocomio con affidamento a società/imprese private**

(valutazione sulla convenienza di project financing e similari in materia sanitaria-ospedaliera).

## PRIVAZIONE DI SERVIZI

Il Comune di San Benedetto del Tronto (AP), e per esso l'Amministrazione Comunale in persona del Sindaco pro-tempore Piunti Pasqualino, espone quanto segue:

### PREMESSO

- che gravi difficoltà e carenze affliggono da almeno un decennio e con sempre maggiore incidenza, l'Ospedale Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto, a detrimento sia dei pazienti che degli operatori sanitari, data l'annosa mancanza di diversi primari, per ovviare alla quale non sono mai stati banditi i necessari concorsi;
- che nonostante la carenza di organico, un cui drammatico segno è la difficoltà per il Pronto Soccorso nel poter garantire le ferie estive al personale sanitario, e nonostante la diminuzione dei posti letto e la progressiva obsolescenza dei macchinari, il nostro ospedale, pur, come vedremo, registrando un consistente calo del DRG (dal 2005 al 2015 -27,09%) riesce comunque a mantenere un alto indice di produttività, come dimostrato dai dati riportati nell'allegata delibera del consiglio comunale di San Benedetto del Tronto, votata all'unanimità il 18.06.2019, a far parte integrante della presente diffida;
- che al momento si assiste all'esistenza formale di reparti la cui operatività, in realtà, è menomata a causa della carenza nella dotazione di attrezzature diagnostiche, il più delle volte insufficienti o obsolete, di personale infermieristico e dell'assenza di primari, in sostituzione di quelli trasferiti o collocati in pensione;
- che alcuni servizi nel corso degli anni sono stati soppressi, per mancata sostituzione del personale sanitario, come avvenuto per il servizio di Emodinamica, di seguito meglio illustrato;
- che inoltre manca il primario ortopedico da più di sei anni e il reparto viene gestito da un medico facente funzioni: né al momento risulta la pubblicazione di alcun bando, così come per la Chirurgia;
- che il reparto di oculistica che sino al 2000 operava con una propria equipe, ora è senza primario ed effettua solo interventi con l'equipe di Ascoli, che viene saltuariamente presso il nosocomio di San Benedetto;
- lo stesso accade per il reparto ORL che effettua visite ambulatoriali, per poi inviare i pazienti da operare al Mazzoni;
- che da circa un anno, con il pensionamento del Primario, il reparto Pediatria viene gestito da un medico facente funzione; anche il reparto Neurologia si trova ora senza primario per il recente pensionamento del medico, mentre l'unico bando che risulta essere stato pubblicato è quello per la sostituzione del primario di Oncologia collocato in pensione;
- che per quanto riguarda la situazione della Cardiologia, la stessa viene esaminata successivamente, mentre, relativamente al personale infermieristico, viene più di seguito, a titolo esemplificativo, illustrata la situazione del reparto Pediatria;
- spicca inoltre per insufficienza di personale il servizio di Pronto Soccorso, che dispone di 13 medici più il Primario, dovendo far fronte sia alle urgenze e all'OBI che alla Murg, pur

avendo un numero di accessi annui che si avvicina a 40.000, ponendo l'ospedale di San Benedetto al sesto posto nella Regione Marche tra gli ospedali di primo livello;

- relativamente alle dotazioni di apparecchi e attrezzature si fa notare che l'ospedale di San Benedetto dispone in radiologia di una Tac vecchia di 12 anni, di una Risonanza obsoleta in grado di effettuare il contrasto, anch'essa vecchia di almeno 12 anni, e di una Rmn molto più piccola con la quale non è possibile effettuare esami con il contrasto; da pochissimo è presente una nuova Tac al PS ma in grado di effettuare un limitato tipo di esami;
- l'ospedale di Ascoli invece dispone di due RMN, entrambe in grado di effettuare esami con il contrasto ed entrambe acquistate di recente, pur ricevendo l'ospedale di San Benedetto un numero di richieste non inferiore a quello di Ascoli;
- che con la DGR 271/10 «Progetto strategico di interesse regionale “Neurochirurgia in area vasta n. 5”» la Giunta stabiliva di istituire «*nella dotazione organica della Zona territoriale 12 di San Benedetto del Tronto*» 16 operatori sanitari tra cui «*5 dirigenti medici di Neurochirurgia*» e di «*dare mandato all'ASUR e all'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Ancona di definire entro 60 giorni dall'approvazione del presente atto un apposito Protocollo di intesa per garantire l'operatività ed avvio del progetto*» e che non risulta sia stato mai concretamente realizzato;
- che con la DGR 528/12 «Linee di attuazione ed implementazione del PSR 2012-2014. Approvazione», a pagina 10 si legge «*Per l'AV5: Neurochirurgia in Area vasta (DGR n. 271/2010)*» ed anche in questo caso non risulta che l'indicazione del piano sia stata realizzata nonostante l'AV5 e la confinante AV4 abbiano un bacino di utenza complessivo di oltre 382.000 abitanti, superiore a quello dell'AV1 (320.000) in cui esiste da almeno 10 anni una Neurochirurgia.

Si aggiunga inoltre che

-dal punto di vista della lamentata sperequazione interna all'AV5 ci si riporta a titolo esemplificativo ai dati evidenziati nell'allegata mozione, sottolineando in particolare:

- Che la Cardiologia e l'Emodinamica si trovano nell'ospedale di Ascoli, ma erano funzionanti al Madonna del Soccorso prima della loro apertura al Mazzoni: il dottor Benedetto Labanti non è mai stato sostituito, quale emodinamista al Madonna del Soccorso, dopo il suo pensionamento nel 2014;
- Che la Programmazione di Area Vasta del 2018 recita che “*attività prevalente per l'Ospedale di San Benedetto del Tronto: (è) l'Emergenza*” (pag. 3 PAV), mentre per l'Ospedale di Ascoli Piceno, è la “*Specialistica elettiva*”, costituita da attività non rientranti nell'emergenza urgenza;
- Che la Cardiologia, unitamente all'Emodinamica, fa necessariamente parte del dipartimento di emergenza urgenza (pag. 4 PAV), ma ciononostante San Benedetto ne è priva, al contrario di Ascoli Piceno, in contrasto con quanto disposto nella Programmazione di Area Vasta 2018;
- Che pur esistendo un servizio UTIC lo stesso non può garantire, a causa dell'assenza dell'emodinamica, il trattamento di tutti i casi di ischemia acuta del miocardio, molti dei quali vengono trasferiti con l'ambulanza presso il Mazzoni di Ascoli. Questo in spregio a quanto previsto dalla normativa, relativamente alla frequenza delle patologie: infatti tale tipo di ischemia risulta di gran lunga più frequente nel bacino di San Benedetto del Tronto rispetto

a quello di Ascoli Piceno. Nonostante queste carenze nell'UTIC di San Benedetto si effettuano dei ricoveri con DGR previsti dal Ministero della Sanità nell'ambito delle ischemie cardiovascolari, pur non figurando la nostra UTIC nella lista ufficiale della Regione.

Si consideri che nel 2018 e nei primi sei mesi del 2019 risultano oltre 260 ricoveri con DGR considerati dalle linee guida del Ministero della Sanità come obbligatoriamente trattati in UTIC; quindi il reparto presente nel nostro ospedale è a tutti gli effetti una UTIC per le patologie cardiache acute

- Molto particolare appare la situazione del reparto Pediatria in quanto i dati dimostrano con assoluta chiarezza che, nonostante nel triennio 2016-2018 vi siano stati a San Benedetto rispettivamente n. 749, 802, 821 parti (numero comunque in calo rispetto al passato [nel 2010 vi furono 988 parti] a causa della situazione appresso descritta), mentre ad Ascoli nello stesso triennio rispettivamente 668, 585, 558, il numero di infermieri ed incubatrici in dotazione al Mazzoni (6+2 incubatrici con 5 infermieri per turno) è nettamente superiore a quello del Madonna del Soccorso (2 incubatrici con 2 infermieri per turno). Oltre a questo, con il pretesto di una Neonatologia individuata dalla Regione al Mazzoni, molti neonati vengono trasferiti "d'imperio" per decisione del primario di Pediatria di Ascoli, dal nostro ospedale al Mazzoni, per una semplice osservazione in incubatrice, incrementando in tal modo artificiosamente i numeri della pediatria ascolana, a discapito del nostro nosocomio.

Si sottolinea che, secondo i dati CEDAP, per l'anno 2017 i nati a San Benedetto sono stati 810, ossia il 34% in più di quelli nati ad Ascoli (591), e nonostante questo il Mazzoni continua a disporre di dotazioni superiori di attrezzature e personale infermieristico e medico.

- Infatti a norma del d. lgs. n. 70/2015, (c.d. Balduzzi), nell'ambito della rete ospedaliera, è stato articolato il dimensionamento delle diverse discipline in dipendenza del bacino di utenza;

- Il bacino di utenza della singola disciplina è stato calcolato sulla base a) delle patologie normalmente trattate; b) della frequenza delle patologie nella popolazione; c) del numero minimo di casi necessari a motivare la presenza di un reparto ospedaliero;

- Dai dati riportati nella mozione è agevole constatare che, nonostante il minor numero di posti letto e di personale (anche di primari) l'ospedale di San Benedetto ha un'attività superiore a quello di Ascoli Piceno, con riferimento ai reparti previsti in un ospedale di primo livello;

- Da documenti ufficiali richiesti alla direzione dell'AV5 risulta ad oggi che i posti letto complessivi per acuti nei due nosocomi assommano a 444, nonostante la DGR 2/2018 affermi che i p.l. per acuti dell'AV5 siano 673, e che la DGR 908/2015 assegni alle tre cliniche private del territorio 190 p.l. e quindi 483 p.l. per acuti ai due ospedali dell'AV5.

- Dunque non si comprende il motivo per cui risultino mancanti 39 p.l., mentre nei documenti ricevuti a seguito di accesso agli atti viene affermato che i posti letto attivi dell'AV5 sarebbero 49 in meno rispetto a quelli autorizzati, aggiungendo che tali p.l. sarebbero quelli coinvolti (ossia "sospesi") nelle ristrutturazioni dell'Ospedale di San Benedetto del Tronto, da tempo concluse, e che ad oggi risultano solo 201 posti letto attivi per il Madonna del Soccorso.

Se quindi ad Ascoli sono attivi 243 posti letto, e a San Benedetto sono attivi 201 posti letto, appare evidente che mancano all'appello nel nostro ospedale 39 posti letto per arrivare al numero totale attribuito all'AV5 di 483 posti letto per acuti.

Si consideri anche che

È dovere precipuo del governo regionale competente garantire ai cittadini un Ospedale “Madonna del Soccorso” efficiente e capace di rispondere alle esigenze ed alle emergenze sanitarie del proprio bacino di utenza, riportando dotazioni e servizi e personale, medico e infermieristico, di un ospedale di primo livello, sostanzialmente come era il nostro nosocomio nel 1998, come previsto dalla legge e come semplificato nel prospetto riportato a pag. 4 della mozione allegata.

I dati esposti in via esemplificativa nell'allegato dimostrano che si è progressivamente attuato uno spostamento dei primari, delle attrezzature (vedi incubatrici) e del personale verso l'Ospedale Mazzoni di Ascoli Piceno, che ciononostante effettua un numero di prestazioni in costante calo, a discapito dell'efficienza nell'offerta dei servizi richiesti dall'utenza dell'ospedale di San Benedetto del Tronto;

Tutto questo in un contesto generale in cui l'intera AV5, compreso quindi il Mazzoni, da molti anni riceve dall'Ente regionale un trattamento sperequato e discriminante rispetto al resto della Regione, come dimostrano innumerevoli delibere, dichiarazioni ed atti ufficiali, che ci riserviamo di produrre nelle sedi opportune, nonostante possa vantare una rilevante mobilità attiva, sia dal vicino Abruzzo che per merito dei flussi turistici.

Tale dato fa della nostra Area Vasta l'unica in attivo nella Regione, ma i relativi proventi, con tutta evidenza, non vengono investiti per il potenziamento della sanità nella zona picena.

Per concludere, passando alla valutazione dello stato di efficienza del Madonna del Soccorso, se è vero che, come risulta dal raffronto dei dati numerici dei ricoveri del nostro ospedale con quello di Ascoli, il primo ha tutto sommato risultati ancora buoni, va fatta una doverosa e fondamentale precisazione: non sono i numeri dei ricoveri e degli interventi chirurgici a indicare e determinare il livello dell'attività e delle prestazioni di un ospedale, ma il DRG o ROD, ossia il Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi: tale sistema, dal 2005 al 2015, come già evidenziato, è sceso del -27,09%, dopodiché il sito regionale (denominato SDO vision) che pubblicizzava tali dati è stato inspiegabilmente oscurato, con grave pregiudizio dei cittadini e lesione delle norme sulla trasparenza degli atti amministrativi.

Il DRG è un sistema che permette di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale che sono stati ricoverati in regime ordinario o di day Hospital, in gruppi omogenei, a seconda dell'assorbimento di risorse impegnate: indica insomma il valore economico delle prestazioni effettuate, per quantificare la remunerazione per ogni singolo ricovero e controllare la spesa sanitaria da sostenere.

Dunque per verificare il livello tecnologico di una struttura ospedaliera occorre avere riguardo in primo luogo al DRG: a DRG alto corrispondono alte professionalità e specializzazioni ed elevato livello tecnologico, propri di un ospedale di primo livello quale era in passato il Madonna del Soccorso, il DRG basso invece è indicativo di basso livello tecnologico e scarsa specializzazione, normalmente riscontrabili in un struttura ospedaliera di base.

Il calo del DRG indica in modo chiaro il disinvestimento effettuato ai danni del nostro ospedale, concretizzatosi nella perdita dei livelli di assistenza, nella trasformazione e ridimensionamento dei reparti, nella perdita dei percorsi organizzativi interni, nel posizionamento dei primari a cavallo tra i due ospedali (pratica abbandonata a livello nazionale in quanto rivelatasi non efficiente), nell'abolizione della continuità assistenziale sul territorio e nella perdita di professionisti di valore.

### **Privatizzazione dei servizi**

I dati risultanti dagli atti della Regione dimostrano in modo incontrovertibile che dal 2013 ad oggi il numero dei posti letto per acuti presso le cliniche private sono stati aumentati, mentre i posti letto ospedalieri dei due nosocomi sono diminuiti, nonostante il numero complessivo dei posti letto, per l'AV5, sia stato incrementato. Basti confrontare a titolo esemplificativo la DGR 735/2013 con la DGR 2/2018: si è passati da 642 posti letto complessivi a 673; ma i posti letto ospedalieri sono passati da 513 a 444 in quanto i posti aggiuntivi sono stati attribuiti alle cliniche private.

Inoltre spiccano, sul campo della privatizzazione dei servizi, i sempre più numerosi bandi e relativi appalti milionari affidati a cooperative private nel campo dell'assistenza domiciliare, con distrazione delle relative risorse che non sempre risulta portare un risparmio di soldi pubblici; su tali affermazioni esistono diversi provvedimenti e delibere, che ci riserviamo di produrre nelle sedi opportune affinché se ne valuti l'opportunità ed il rispetto del criterio di economicità che deve informare gli atti amministrativi.

### **OSPEDALE UNICO PAGLIARE**

- Gli standard quantitativi dell'offerta ospedaliera, espressi da una fedele applicazione del Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70, scevra da condizionamenti politici, riconoscono all'Area Vasta 5 la possibile localizzazione di due presidi ospedalieri, uno di primo livello ed uno di base anche a servizio della zona montana.

Va però precisato che in relazione ai bacini di utenza tecnici primari esistenti, comprensivi del territorio abruzzese limitrofo (come da piantina all'allegato A della mozione), la nostra Area Vasta per l'afflusso registrato nel nostro ospedale, e in considerazione anche della tutela accordata dalla legge alla zona montana, avrebbe pieno titolo per avere due ospedali di primo livello, localizzati nei rispettivi centri urbani di maggiore densità abitativa, ossia Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto; in particolare il DM Balduzzi prevede che, previa conclusione dei cosiddetti accordi di confine tra due Regioni, possano entrare a far parte del bacino di utenza di una regione zone di una regione limitrofa i cui cittadini fanno abitualmente riferimento all'ospedale della Regione ospitante, come evidenziato dal passo del DM 70/2015, art. 3 comma 2, che di seguito si riporta:

*“Nelle regioni con popolazione inferiore ai valori soglia del bacino di utenza per specifica disciplina sopra indicati, l'attivazione o la conferma, nei propri presidi ospedalieri pubblici o privati accreditati, di strutture operative della specifica disciplina è subordinata alla stipula di un accordo di programmazione integrata interregionale con le regioni confinanti in modo da garantire il rispetto del valore soglia del relativo bacino di utenza, secondo le indicazioni contenute nel nuovo patto per la salute 2014 – 2016”.*

Si evidenzia a tal proposito che nell'AV1 già da tempo è stata istituita l'Azienda Ospedaliera Marche Nord, pur disponendo di una popolazione pesata di 336.917 abitanti (vedi DGR 1416/17), cosa che non sarebbe possibile mantenere se non si comprendessero anche gli abitanti della confinante Emilia-Romagna come facenti parte di un unico bacino di utenza globale, pur non avendo mai stipulato un accordo di programmazione integrata interregionale.

Oltretutto, a differenza dell'AV1, l'AV5 può vantare una mobilità attiva dal vicino Abruzzo del 27,2% contro una mobilità passiva del 14%, ossia costituisce l'unica Area Vasta in attivo,

ed in ogni caso è già iniziato l'iter per la stipula dell'accordo di confine che sin da ora la Regione è chiamata a favorire ed approvare.

Un tale accordo darebbe formalmente vita, già soltanto con la città di Martinsicuro, ad un tessuto urbano continuo che per abitanti (79.550) e per densità abitativa (1.378 abitanti per km<sup>2</sup>) andrebbe a costituire la terza città delle Marche.

Dunque, il Piceno, unitamente alle altre confinanti zone dell'Abruzzo (Vallata del Tronto), avrebbe pieno titolo per ottenere due ospedali di primo di livello nelle due zone a più alta densità: ossia sulla costa e ad Ascoli Piceno.

- l'attuale distribuzione dei presidi ospedalieri di tutta la Regione Marche, in relazione al Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70, dimostra una evidente carenza di offerta di servizi ospedalieri nell'ex zona 12 rispetto a tutte le altre zone delle Marche, rappresentando pertanto un quadro di evidente sperequazione della distribuzione di servizi ospedalieri in territori della stessa Regione, come si evince chiaramente dalla cartina raffigurante tutti i bacini di utenza tecnici primari degli ospedali marchigiani per acuti, che si allega alla presente per farne parte integrante, e tenuto conto, ad esempio, del protocollo firmato tra la Regione Marche ed il Comune di Fano nel giugno del 2018 a seguito della scelta di realizzare il nuovo ospedale in località Muraglia di Pesaro, o degli accordi, annunciati dalla Regione Marche con comunicato stampa del 27/10/2017, per il mantenimento degli ospedali di Civitanova Marche, San Severino Marche e Camerino, nonostante la realizzazione del nuovo ospedale unico di Macerata in Area Vasta 3, come da DGR 81 del 28/1/19;

Nell'ipotesi prospettata nella bozza di Piano Sanitario Regionale, sulla realizzazione di un nuovo nosocomio di primo livello, come ampiamente avvalorato da tutti i dati oggettivi e le esemplificazioni fornite nella mozione, la collocazione di tale struttura, in caso di chiusura del Madonna del Soccorso, dovrebbe rispettare i criteri dettati dal Decreto Balduzzi con riguardo al bacino di utenza, ai fattori di rischio presenti ed all'afflusso turistico, e quindi dovrà essere localizzata sul territorio di San Benedetto del Tronto o nelle immediate vicinanze, appurato che la legge non fa alcun riferimento, relativamente alla collocazione, né a criteri né a confini politici.

#### RISPETTO DEL CRITERIO DI ECONOMICITA'

- Relativamente alla prospettata realizzazione del presidio ospedaliero di Pagliare mediante project financing, ed all'impegno di spesa pubblica preventivato dalle Istituzioni regionali, come da progetto presentato ai sindaci del Piceno il 1.8.2018, il nosocomio dovrebbe avere in dotazione 503 posti letto (di cui 487 per acuti), a servizio dell'intero bacino, ed un costo di 200 milioni di euro, ripartiti in 120 milioni provenienti dai privati realizzatori del project financing e 80 milioni disponibili ed elargiti dalla Regione Marche, come da dichiarazione del Presidente della Regione del 21.9.2018; ma ad oggi non è stato presentato ai Sindaci, chiamati ad esprimersi più volte sulla scelta della localizzazione, ancora alcun progetto. Pertanto non si comprende su quali elementi i Sindaci avrebbero dovuto basare la loro scelta.

Si consideri anche che in occasione dell'ultima riunione dei Sindaci, il 25 febbraio 2019, finalizzata a decidere dove costruire il nuovo ospedale, erano già iniziati i lavori di carotaggio nel territorio di Pagliare, scelto dalla Regione nel Maggio 2018 sulla base di un algoritmo i cui termini sono ancora oggi poco chiari. Tali indagini tecniche sono state decise non dall'ASUR, come vorrebbe la legge ma dall'AV5, che li ha affidati ad una ditta privata, nonostante la Regione, con lettera ufficiale del 19/12/19, avesse indicato tre tecnici disponibili per eseguirli.

- Si fa notare l'assenza di rappresentatività dei voti espressi nell'ambito della conferenza dei Sindaci, in assenza di un regolamento che preveda, anziché il criterio "una testa un voto", cioè voti di uguale peso per ciascun Sindaco, l'adozione del voto ponderato, ossia di peso differente a seconda del numero dei cittadini rappresentati dai singoli sindaci.

- Riportando il numero di posti letto ospedalieri ai valori del 2013, inspiegabilmente ridotti in favore delle cliniche private negli ultimi sei anni, si potrebbe ottenere per il nuovo ospedale un valore di almeno 240 posti letto, ferma restando la dotazione del presidio di Ascoli Piceno, con un conseguente indubbio risparmio in termini di spesa.

Si consideri che all'ospedale di Fermo sono stati assegnati, nel 2018, 30 nuovi posti letto per acuti per "il recupero della mobilità passiva" (DGR 2/2018). A maggior ragione non si comprende per quale motivo un nosocomio che produce più mobilità attiva di ogni altra Area Vasta non debba giovare di incentivi allo scopo di aumentarla.

Tornando all'ipotesi di project financing, non ancora contemplata in atti ufficiali ma preannunciata dal governatore Ceriscioli, occorre considerare che:

a) il costo del nuovo ospedale non dovrebbe in alcun modo superare quello del nuovo ospedale di Fermo, da 329 posti letto, previsto in 70 milioni di euro e senza alcun intervento dei privati, come da dichiarazione del Presidente della Regione del 22.4.2016;

b) con gli almeno dieci milioni di euro residui e disponibili, sarebbe possibile attuare tutti i lavori di messa a norma (antisismici e di efficientamento energetico) dell'Ospedale Mazzoni di Ascoli Piceno, come risulta dalla comparazione con la spesa prevista per le stesse opere da effettuare sull'Ospedale Torrette di Ancona, quantificata in poco più di 12 milioni di euro (DGR n. 159/18.2.2019);

c) facendo a meno dell'intervento dei privati, non vi sarebbe a carico della Regione il pagamento di canoni annui, consueti in qualsiasi opera realizzata mediante project financing che farebbero lievitare il costo dell'opera (vedi Pesaro) a più di un miliardo; senza considerare che la struttura sanitaria sarebbe gestita dai privati per almeno 25 anni, con ulteriore lucro in loro favore derivante da tutti i servizi esterni appaltati;

d) la Corte dei Conti di Mestre ha avuto modo di esprimersi chiaramente nel merito (intervento inaugurazione anno giudiziario 2014 della Corte dei Conti Veneto, Proc. Gen. Dott. Carmine Scarano, del 20.02.2014; V. all. C));

d1) «Lo strumento del project financing non è generalmente adatto per le opere c.d. "fredde" come gli ospedali»;

d2) «è un'operazione "a debito" il cui importo **va ad incrementare il debito pubblico**».

A titolo esemplificativo, il nuovo ospedale di Mestre è costato 230 milioni di euro, di cui 124 pubblici e 106 privati, ed è stato completato nel 2008. È previsto un canone annuo in favore dei privati di 72 milioni di euro, dunque alla Pubblica Amministrazione costa in tutto, in 23 anni, 1.780 milioni di euro (fonte: Sole 24 ore del 15 febbraio 2016);

e) Il nuovo ospedale di Muraglia a Pesaro costerà 251 milioni di euro (121 iniziali di parte pubblica); ma dopo 30 anni, pagati tutti i canoni contrattualmente previsti, la spesa finale per la Regione Marche sarebbe di 941 milioni di euro; applicando gli stessi criteri all'ospedale di Pagliare si avrebbe una spesa pubblica complessiva di **726 milioni di euro**.

In totale il suo costo minimo arriverebbe al miliardo di euro.

TUTTO QUANTO SOPRA PREMESSO E CONSIDERATO

**SI DIFFIDANO:**



il governatore della Regione Marche Luca Ceriscioli,  
i membri della Giunta regionale,  
i consiglieri regionali,  
il Direttore Generale dell'ASUR Marche Alessandro Marini,  
il Direttore dell'AV5 Cesare Milani,

affinché per tutte le motivazioni sopra argomentate,

-si astengano dal porre in essere, proporre, mettere ai voti e deliberare atti e determine ulteriormente pregiudizievoli per l'operatività e l'efficienza del nosocomio Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto, privandolo del personale e delle attrezzature e in generale di tutte le dotazioni necessarie, con grave danno per la sicurezza ed il diritto alle cure ottimali in favore di tutti gli utenti che ricorrono ai servizi di tale ospedale;

-si attivino, in considerazione delle carenze sopra dettagliatamente elencate, per porre fine ad una illecita sperequazione, iniquità e disomogeneità nella distribuzione delle risorse all'interno della Regione e della stessa AV5, ripristinando e/o sostituendo e/o formando il personale infermieristico, medico e amministrativo di cui negli anni il Madonna del Soccorso è stato progressivamente privato e di cui gli operatori avvertono giornalmente la carenza, non riuscendo a fornire in tempi idonei le necessarie risposte e i richiesti servizi di cura se non con particolare difficoltà;

- ad attuare tutte le azioni necessarie alla realizzazione della Neurochirurgia nell'ospedale di San Benedetto del Tronto, secondo quanto previsto dal piano sanitario tutt'ora vigente e mai attuato, nonché a ripristinare immediatamente i 39 posti letto asseritamente tolti per permettere i lavori di ristrutturazione del nostro nosocomio;

- in particolare, che si ponga fine, mediante precise disposizioni impartite alla Direzione sanitaria dell'AV5 con relativi stanziamenti di spesa, alla pratica ormai frequente di destinare i primari contemporaneamente ad entrambi i nosocomi, pratica ormai abbandonata in ambito nazionale in quanto foriera di disservizi ed inefficienze, oltre che alla pratica di trasferire arbitrariamente pazienti, partorienti e neonati in altre strutture ospedaliere, ed in particolare al Mazzoni di Ascoli, se non in casi di assoluta, urgente e comprovata necessità dei pazienti stessi;

- si assumano tutti i provvedimenti necessari affinché le dotazioni in attrezzature e personale nel reparto Pediatria del Madonna del Soccorso siano quantomeno a quelle del Mazzoni;

- a tal fine, che tutte le Autorità diffidate si attivino affinché i deliberandi atti emessi dalla Regione vadano nel senso di equiparare proporzionalmente gli investimenti attribuiti all'AV5, da sempre penalizzata, ed al nostro ospedale, con quelli destinati alle altre Aree Vaste, anche relativamente all'ammodernamento delle attrezzature diagnostiche, e in particolare RMN, ecografi ed incubatrici, di cui si avverte forte carenza, anche in considerazione dell'elevata mobilità attiva vantata dal nostro ospedale;

#### SI DIFFIDANO INOLTRE LE AUTORITA' CITATE

-affinché si astengano dal perseguire mediante atti ufficiali gli indirizzi espressi più volte, nel senso della creazione di un ospedale unico, o nuovo, decentrato rispetto al bacino tecnico

di utenza, in particolare il più volte citato ospedale di Pagliare, intenzioni desumibili anche dalla documentazione reperita in merito agli esperiti carotaggi in tale zona nel periodo antecedente al voto della conferenza dei Sindaci del 25 febbraio 2019, conferenza dalla quale le dichiarazioni ufficiali del Governatore facevano dipendere la decisione sulla scelta della localizzazione del nuovo nosocomio, ribadendo l'assenza di rappresentatività dei voti espressi nell'ambito di tale conferenza, in assenza di un regolamento che preveda un voto ponderato, ossia di peso differente a seconda del numero dei cittadini rappresentati dai singoli sindaci;

-affinché recedano dal progetto, finora non formalizzato, di ricorrere ad un project financing privato, comunque denominato, per il finanziamento di tale opera pubblica, considerato anche il numero di impugnazioni e di ricorsi pendenti presso la Corte dei Conti e le plurime pronunce che ne sanciscono la non economicità e il pregiudizio per i servizi ai cittadini, in quanto è dimostrato che i relativi oneri sono imputati alla spesa corrente, a discapito degli investimenti in personale ed attrezzature, e che i costi iniziali sono puntualmente destinati a crescere in modo esponenziale;

-affinché si deliberi e si inserisca nel Piano Sanitario regionale la determinazione di edificare un nuovo ospedale di primo livello in prossimità della costa, utilizzando esclusivamente i fondi dichiaratamente disponibili senza ricorrere ad alcuna forma di finanziamento privato, con contestuale necessaria riqualificazione anche del Mazzoni di Ascoli Piceno;

-affinché venga valutata la concreta fondatezza e fattibilità della richiesta emersa di recente dai Sindaci dell'Ambito sociale 21 e da diversi esponenti politici del territorio, della presenza di due strutture ospedaliere di primo livello nella provincia di Ascoli Piceno, ubicate come sopra spiegato, in applicazione dei criteri di equità, omogeneità e parità di trattamento tra i cittadini delle diverse Aree Vaste della Regione Marche, con impegno della Regione a favorire e incentivare la conclusione di un accordo di programmazione integrata interregionale con il limitrofo Abruzzo onde integrare la popolazione del bacino di utenza con i cittadini abruzzesi facenti riferimento al Madonna del Soccorso, come previsto dall'art. 3 co. 2, DM n. 70/2015;

-affinché la Regione, in ossequio alle leggi sulla trasparenza degli atti amministrativi e dei diritti di informazione degli utenti dei servizi pubblici, riattivi nel più breve tempo possibile i mezzi di diffusione di tutte le informazioni, le delibere, i dati complessivi relativi alla sanità nella Regione Marche;

avvisando le spettabili Autorità diffidate che, a seguito della mancata osservanza delle legittime richieste avanzate con la presente, ogni atto dispositivo, attuato, avallato o deliberato da ciascuna di Esse, verrà impugnato e/o denunciato di fronte a tutte le Autorità Giudiziarie competenti, sia per la portata concretamente o potenzialmente pregiudizievole di tali atti, sia per i danni che si dovessero verificare alle persone a seguito degli stessi.

Si allega delibera n.44 del Comune di San Benedetto del Tronto del 18.06.2019 con relativi allegati A) e B).

San Benedetto del Tronto; lì 9/08/2019

Il Sindaco  
Pasqualino Piunti

Il Presidente del Consiglio  
Giovanni Chiarini

**Giunta**

Andrea Assenti

Antonella Baiocchi

Emanuela Carboni

Filippo Olivieri

Annalisa Ruggieri

Pierluigi Tassotti

Andrea Traini

**Consiglieri Comunali**