UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA "GIORGIO FUÀ"

Corso di Laurea Magistrale in
MANAGEMENT PUBBLICO E DEI SISTEMI SOCIO-SANITARI

Evoluzioni normative e riorganizzazione della sanità italiana: il caso di un ospedale storico, il Santa Lucia di Recanati

Normative evolutions and the reorganization of the Italian healthcare system: the case of the historic Santa Lucia Hospital in Recanati

Relatore: Chiar.mo
Prof. Massimo Magi

Tesi di Laurea di:
Dott.Massimo Pigliacampo

Anno Accademico 2024 – 2025

A Mery,
che mi ha preso per mano e ha reso la mia Vita straordinaria, spericolata… come quelle dei film.
Con il tuo amore e la tua complicità hai trasformato i miei sogni in realtà.

A Cristina e Leonardo,
siate innamorati della Vita, della conoscenza e della bellezza.
Come mi disse vostra nonna prima di "salutarci":
non datela mai per vinta alla tristezza, allo sconforto e alla negatività.
Lasciate il mondo, le relazioni umane e i luoghi che attraverserete migliori di come li avete trovati.

Ai colleghi dell'Ospedale di Recanati,
che ogni giorno mi hanno mostrato come, più forti delle leggi e della politica dei numeri,
possano essere l'amore per chi ha bisogno di aiuto
e il rispetto per il proprio contesto lavorativo.
Se oggi il Santa Lucia di Recanati rappresenta una "perla rara"
nel panorama sanitario regionale,
il merito è vostro e di ciò che avete costruito nel tempo.

Introduzione e Scopo della tesi..... 5
CAPITOLO 1 – L'OSPEDALE SANTA LUCIA DI RECANATI. PROFILO STORICO EVOLUTIVO.....7
1.1 Il contesto del XVI secolo: assistenza e carità religiosa..... 7
1.2 Dalla Confraternita all'Ospedale moderno: la trasformazione dell'assistenza tra XIX e XX secolo.....9
CAPITOLO 2 – EVOLUZIONE DEL QUADRO NORMATIVO NAZIONALE DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO.....11
2.1 Il periodo pre-riforma: centralismo statale e assistenza mutualistica (1934–1977)..... 11
2.2 La nascita del Servizio Sanitario Nazionale e la riforma del 1978..... 14
2.3 La crisi delle casse pubbliche e la necessità di una nuova governance sanitaria (1985–1992)..... 17
2.4 La crisi delle casse pubbliche e la riforma Amato (1992–1993): l'aziendalizzazione della sanità.....19
2.5 La riforma Bindi del 1999 e il consolidamento dell'aziendalizzazione.....23
2.6 Il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70: razionalizzazione della rete ospedaliera e standard qualitativi, strutturali e quantitativi dell'assistenza..... 26
2.7 Il Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77: il nuovo modello di assistenza territoriale e la sanità di prossimità..... 31
CAPITOLO 3 - L'EVOLUZIONE NORMATIVA REGIONALE E LA TRASFORMAZIONE DELL'OSPEDALE DI RECANATI..... 34
3.1 Gli anni '90: aziendalizzazione, Zone Territoriali e primi segnali di riconversione degli ospedali minori.....35
3.2. La programmazione sanitaria regionale pre-2000: le Marche nella fase di transizione post-aziendalizzazione..... 37
3.3 La programmazione sanitaria regionale dal 2000 al 2015: un percorso di transizione verso la razionalizzazione della rete.....40
3.4 L'impatto del D.M. 70/2015 sulla rete ospedaliera marchigiana: dalla razionalizzazione alla trasformazione dei presidi territoriali..... 42
3.5 La transizione verso i nuovi modelli territoriali: la riforma del 2022 nella prospettiva marchigiana.....44
CAPITOLO 4 - LE LEGGI RIVOLUZIONARIE POST 2015: IL RITORNO DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO.....47
4.1 – L'impostazione tecnica del D.M. 70/2015 e la ridefinizione nazionale della rete ospedaliera.....47
4.1.1 – La riorganizzazione del Punto di Primo Intervento di Recanati dopo il D.M. 70/2015: il ruolo dei POCT come leva di continuità operativa.....53
4.2 – L'architettura tecnica del D.M. 77/2022 e il nuovo modello nazionale dell'assistenza territoriale.....54
4.2.1 – Le Case della Comunità: l'infrastruttura strategica della prossimità..... 56
4.2.2 Gli Ospedali di Comunità come livello intermedio di cura nel modello del D.M.

77/2022.....57
4.2.3 Le Centrali Operative Territoriali: il cuore digitale e coordinativo della riforma territoriale.....60
4.2.4 – Assistenza domiciliare e Infermiere di Famiglia e Comunità: il rafforzamento della presa in carico territoriale.....61
4.3 – La Missione 6 del PNRR come leva finanziaria e attuativa della riforma territoriale 63
CAPITOLO 5 – L'OSPEDALE SANTA LUCIA DI RECANATI OGGI:ASSETTO ATTUALE,RUOLO TERRITORIALE E CRITICITA' APERTE.....66
Conclusioni.....70
BIBLIOGRAFIA.....73

Introduzione e Scopo della tesi.

L'Ospedale Santa Lucia di Recanati rappresenta uno dei presidi ospedalieri storici della Regione Marche, la cui vicenda istituzionale e organizzativa riflette in modo emblematico l'evoluzione del sistema sanitario italiano, tanto sul piano normativo quanto su quello assistenziale. Nato come struttura ospedaliera di zona, l'Ospedale Santa Lucia ha svolto per decenni un ruolo fondamentale nella tutela della salute della popolazione locale, offrendo un'ampia gamma di servizi sanitari, sia in ambito medico-chirurgico sia specialistico.

Negli ultimi decenni, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha attraversato profonde trasformazioni, orientate alla razionalizzazione della rete ospedaliera, al miglioramento dell'efficienza organizzativa e alla sostenibilità economica del sistema. Tali riforme hanno comportato, in molte realtà territoriali, una progressiva riduzione dei posti letto per acuti, la riconversione di reparti e la trasformazione di numerosi ospedali minori in strutture a vocazione territoriale, come gli Ospedali di Comunità. Quest'ultimo modello è stato concepito per garantire cure che non richiedono carattere di urgenza, ma che hanno comunque bisogno di una continuità assistenziale specializzata infermieristica e di medicina generale che non possono essere effettuate a domicilio, continuità assistenziale a media complessità e una maggiore prossimità territoriale ai cittadini, in risposta ai nuovi bisogni di una popolazione sempre più anziana e affetta da patologie croniche.

In questo contesto si inserisce la riconversione dell'Ospedale Santa Lucia di Recanati, da presidio ospedaliero di zona a Ospedale di Comunità, processo che risponde a un disegno strategico più ampio, definito sia dalla normativa nazionale — come il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, e il più recente Decreto Ministeriale 77/2022 — sia dalle politiche sanitarie regionali, che hanno ridefinito l'assetto organizzativo dei servizi sanitari, privilegiando la continuità delle cure e l'integrazione tra ospedale e territorio.

La presente tesi si propone di analizzare in modo dettagliato il percorso storico, normativo e organizzativo che ha condotto alla trasformazione dell'Ospedale Santa Lucia di Recanati. Dopo aver ripercorso le tappe principali della sua fondazione e sviluppo, l'elaborato illustrerà il quadro normativo nazionale e regionale che ha costituito il presupposto giuridico per le riorganizzazioni

ospedaliere. Verrà esaminato il processo concreto di riconversione, evidenziandone gli interventi strutturali, la rimodulazione dei servizi e le ricadute sul tessuto sociale ed economico locale.
Gli obiettivi principali di questo lavoro sono:

- ricostruire il profilo storico-istituzionale dell'Ospedale Santa Lucia di Recanati, evidenziandone l'importanza strategica quale presidio sanitario che copre un'area di riferimento di circa 280 km² e una popolazione stimata di 75.000 abitanti, distribuiti nei sette comuni limitrofi;
- analizzare il quadro normativo nazionale e regionale che ha favorito la riconversione degli ospedali minori in Ospedali di Comunità;
- descrivere il percorso specifico di riorganizzazione che ha interessato il presidio recanatese, suddividendo l'analisi nelle diverse fasi temporali e approfondendo le problematiche che nel corso degli anni hanno sia ostacolato sia accelerato il processo di riconversione;
- valutare l'impatto della trasformazione sull'offerta sanitaria e sulla popolazione residente, analizzando i servizi attualmente attivi e aggiornati al corrente anno, nonché le criticità e le problematiche riscontrate.

La metodologia adottata prevede un approccio interdisciplinare, fondato sull'analisi documentale di normative nazionali e regionali, atti amministrativi, dati statistici e fonti storiche locali. La ricerca è stata inoltre arricchita da una revisione della letteratura scientifica e da documentazione istituzionale, con l'obiettivo di fornire un quadro il più possibile completo, accurato e aggiornato.
La trattazione si articola in cinque capitoli: il primo dedicato alla storia e dell'Ospedale Santa Lucia; il secondo incentrato sul quadro normativo di riferimento nazionale; il terzo focalizzato sul quadro di riferimento regionale e sua attuazione; il quarto destinato alla analisi degli impianti normativi nazionali ed europei per il passaggio ad una medicina di comunità, l'ultimo capitolo tratterà la situazione logistica attuale del presidio e gli sviluppi futuri considerando il piano sanitario regionale delle Marche approvato nel 2025.
Con questo elaborato si intende non soltanto ricostruire la vicenda di un presidio storico, ma anche offrire una riflessione sul ruolo strategico che gli Ospedali di Comunità possono rivestire nell'attuale e futuro assetto del Servizio Sanitario Nazionale, soprattutto in territori a vocazione intermedia come quello recanatese, dove la vicinanza dei servizi e la continuità delle cure rappresentano elementi fondamentali per la qualità dell'assistenza e per la tutela del diritto alla salute.

CAPITOLO 1 – L'OSPEDALE SANTA LUCIA DI RECANATI. PROFILO STORICO EVOLUTIVO

1.1 Il contesto del XVI secolo: assistenza e carità religiosa

Nel cuore del centro storico di Recanati, nell'antico rione di Montemorello, venne istituito nel 1587 un convento di Suore Cappuccine, espressione autentica della tradizione francescana che da sempre unisce la spiritualità alla carità attiva verso i poveri, gli emarginati e i malati. La loro presenza non rappresentava soltanto un segno di devozione, ma anche una risposta concreta alle necessità materiali e morali della popolazione locale. In un'epoca segnata da epidemie ricorrenti, povertà diffusa e fragilità sociale, la dimensione religiosa assumeva un ruolo di sostegno quotidiano, fornendo assistenza, conforto e una forma embrionale di tutela sanitaria.

La fondazione del convento si inserisce nel più ampio contesto dell'Italia post-tridentina, quando, a seguito del Concilio di Trento (1545-1563), la Chiesa cattolica avviò un vasto processo di riforma interna. Tale rinnovamento promosse la nascita di nuovi ordini religiosi e la riorganizzazione di quelli esistenti, ponendo maggiore attenzione alle opere di carità, all'educazione e alla cura dei bisognosi. In assenza di un sistema sanitario pubblico, l'assistenza era garantita da una rete di istituzioni ecclesiastiche, enti confraternali e congregazioni laicali che operavano in modo capillare sul territorio, spesso grazie a donazioni, lasciti e offerte dei fedeli.

Recanati, città culturalmente vivace e fortemente connessa ai percorsi di pellegrinaggio verso Loreto, partecipava pienamente a questa dinamica di solidarietà e religiosità diffusa. Il continuo afflusso di pellegrini diretti al Santuario della Santa Casa rendeva necessario predisporre luoghi di accoglienza e ristoro per i viandanti, spesso malati o in condizioni di povertà. In tale contesto nacque l'esperienza che nei secoli successivi avrebbe dato origine all'Ospedale di Santa Lucia: non una struttura sanitaria nel senso moderno del termine, ma un luogo di ricovero e assistenza, dove la cura del corpo era inscindibile da quella dell'anima. La preghiera, i sacramenti e l'assistenza spirituale accompagnavano l'aiuto materiale, in una visione della salute ancora profondamente legata alla morale e alla fede cristiana.

L'idea stessa di guarigione, nel XVI secolo, implicava un percorso di redenzione personale: il malato non era soltanto un individuo da curare, ma un'anima da accompagnare. In questo senso, il

binomio “cura-preghiera” costituiva il nucleo identitario dell’assistenza recanatese e la radice su cui si sarebbe sviluppata, nei secoli successivi, la tradizione sanitaria locale.

Con il passare del tempo e il progressivo consolidarsi dell’amministrazione comunale e provinciale, la gestione dell'assistenza iniziò lentamente a laicizzarsi, pur mantenendo un forte legame con le origini religiose. È in questo contesto che si afferma il ruolo della Confraternita di Santa Lucia, un'associazione laicale che, a partire dal XIX secolo, divenne protagonista della gestione del piccolo ospedale cittadino.

La Confraternita, erede diretta di quella cultura cristiana di servizio e di carità, rappresentò la continuità tra l’assistenza religiosa del Cinquecento e le nuove forme di organizzazione sanitaria che stavano emergendo nell’Ottocento. Due statuti fondamentali — datati rispettivamente 1823 e 1884, oggi conservati presso l’Archivio Storico Comunale di Recanati — offrono una testimonianza diretta della sua attività e della sua evoluzione.

Dai testi statutari emergono con chiarezza la struttura interna dell’ente, le regole di ammissione, la gestione economica e le finalità operative. L’ospedale aveva lo scopo di offrire ricovero temporaneo, pasti caldi e cure di base a chi non poteva permettersi l’assistenza privata, garantendo un servizio essenziale in una comunità che, pur priva di risorse ingenti, mostrava una spiccata capacità di autorganizzazione. Gli statuti rivelano un livello di disciplina e di rigore amministrativo sorprendente per l’epoca, con attenzione alla contabilità, alla trasparenza e alla continuità dei servizi.

Nonostante la modestia delle strutture e la scarsità di mezzi, l’Ospedale di Santa Lucia riuscì a radicarsi profondamente nel tessuto urbano recanatese, divenendo un punto di riferimento per la popolazione più vulnerabile. Il suo funzionamento si basava su principi di mutualità, volontariato e prossimità, espressione concreta di una medicina comunitaria pre-statale. Questo modello, nato da una dimensione religiosa ma orientato progressivamente verso un’organizzazione laica e territoriale, anticipava alcune caratteristiche della sanità moderna: la centralità della persona, la gestione condivisa delle risorse e la responsabilità collettiva nella cura.

In tal senso, la storia del convento delle Cappuccine e della Confraternita di Santa Lucia testimonia come, molto prima della nascita del Servizio Sanitario Nazionale nel 1978, a Recanati fosse già presente una forma di assistenza fondata sulla solidarietà, la prossimità e la responsabilità comunitaria. L’Ospedale di Santa Lucia non nacque come istituzione sanitaria nel senso stretto, ma come espressione di una cultura della cura che univa fede, carità e impegno civile: una cultura che, pur trasformandosi nei secoli, ha continuato a rappresentare uno dei pilastri identitari della città.

1.2 Dalla Confraternita all'Ospedale moderno: la trasformazione dell'assistenza tra XIX e XX secolo

Nel corso del XIX secolo, il sistema assistenziale italiano attraversò una profonda trasformazione. Il modello tradizionale, basato su confraternite, enti religiosi e opere pie, iniziò a essere progressivamente regolamentato dallo Stato, in un processo che portò alla nascita di forme di amministrazione pubblica dell'assistenza. La legge del 3 agosto 1862 e, successivamente, la Legge Crispi del 17 luglio 1890 segnarono un momento di svolta: tutte le opere pie e gli enti di beneficenza furono sottoposti al controllo pubblico, con l'obiettivo di garantire una gestione più razionale e uniforme dei servizi sociali.

L'Ospedale di Santa Lucia di Recanati non rimase estraneo a tale processo. La Confraternita, che per secoli aveva rappresentato il motore dell'assistenza locale, dovette adattarsi a un quadro giuridico e amministrativo completamente nuovo. Le sue attività, pur mantenendo un carattere fortemente comunitario e morale, iniziarono a essere integrate in un sistema di gestione pubblica che prevedeva bilanci, regolamenti e la presenza di figure laiche nei consigli direttivi. L'ospedale assunse così, a partire dalla seconda metà dell'Ottocento, un ruolo sempre più istituzionale, configurandosi come presidio civico di riferimento per la popolazione recanatese.

Nel contesto marchigiano, l'Ottocento fu un periodo di transizione in cui molte strutture religiose si convertirono in ospedali civili. Anche a Recanati si assistette a un progressivo ampliamento dei servizi: furono introdotti spazi per la degenza stabile, un piccolo ambulatorio e aree dedicate all'accoglienza dei malati cronici. Queste innovazioni si collocavano in una fase di crescita demografica e di rinnovata attenzione ai bisogni igienico-sanitari della popolazione. Il ruolo del medico condotto e delle prime infermiere laiche divenne sempre più rilevante, segnando il passaggio da un'assistenza volontaristica a una professione sanitaria organizzata.

Durante il primo Novecento, con l'affermazione dello Stato unitario e l'introduzione di politiche sanitarie più centralizzate, anche l'Ospedale Santa Lucia vide rafforzarsi i legami con le autorità comunali e provinciali. Il Regio Decreto n. 1265 del 1934 (Testo unico delle leggi sanitarie) e la riforma ospedaliera del 1938 sancirono definitivamente il controllo pubblico sugli ospedali, che vennero classificati come "enti morali" soggetti alla vigilanza ministeriale. A Recanati, questa fase coincise con un generale rinnovamento delle strutture e con un maggior coordinamento tra il Comune e le autorità sanitarie provinciali.

Il secondo dopoguerra segnò una nuova fase evolutiva. L'assistenza sanitaria iniziò a estendersi gradualmente a tutti i cittadini, grazie all'introduzione delle casse mutue e dei fondi di categoria, fino a culminare nella riforma del 1978 con la Legge n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Questa riforma, ispirata a principi di universalità, uguaglianza ed equità, sancì la fine del modello mutualistico e la nascita di un sistema sanitario pubblico integrato. Anche a

Recanati, la gestione dell'Ospedale Santa Lucia venne progressivamente ricondotta all'interno della rete ospedaliera regionale, mantenendo però un forte legame con la dimensione territoriale e comunitaria che ne aveva caratterizzato le origini.

Nonostante i cambiamenti normativi e istituzionali, l'Ospedale di Santa Lucia mantenne un forte valore identitario per la città. Esso rappresentava la continuità storica di una cultura dell'aiuto e della solidarietà che aveva radici secolari. Dalla carità religiosa delle origini alla gestione pubblica del XX secolo, la storia dell'ospedale recanatese testimonia un percorso coerente di adattamento ai mutamenti sociali, politici e normativi, senza mai perdere il legame con la comunità di riferimento. Tale eredità culturale e civile costituirà il presupposto per le successive trasformazioni della struttura, fino al suo più recente inquadramento come Ospedale di Comunità.

CAPITOLO 2 – EVOLUZIONE DEL QUADRO NORMATIVO NAZIONALE DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO

2.1 Il periodo pre-riforma: centralismo statale e assistenza mutualistica (1934–1977)

L'evoluzione del sistema sanitario italiano affonda le proprie radici nel periodo antecedente alla grande riforma del 1978, all'interno di un contesto fortemente centralizzato e caratterizzato da un'impostazione di tipo caritativo e mutualistico. In questa fase, la tutela della salute non era ancora concepita come un diritto universale, bensì come un servizio offerto in modo frammentario, dipendente dalle disponibilità economiche individuali o dall'appartenenza a specifiche categorie professionali.

L'assistenza sanitaria era infatti erogata in larga misura da **enti di beneficenza, congregazioni religiose, casse mutue e istituzioni di previdenza** che garantivano prestazioni soltanto ai propri iscritti, lasciando ampie fasce della popolazione — in particolare i disoccupati, i lavoratori precari e le persone prive di mezzi — escluse da un sistema di protezione effettivo.

Un punto di svolta importante nella costruzione di una cornice giuridica unitaria fu rappresentato dal **Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265**, noto come *Testo Unico delle Leggi Sanitarie*. Questo provvedimento, emanato in un'epoca in cui lo Stato perseguiva una politica fortemente accentratrice, stabilì per la prima volta un quadro organico di riferimento in materia sanitaria.

Il Testo Unico attribuiva al **Ministero dell'Interno**, attraverso la Direzione Generale della Sanità Pubblica, il compito di vigilare e coordinare tutte le attività sanitarie sul territorio nazionale. Le funzioni operative venivano esercitate a livello periferico dai **servizi sanitari provinciali e comunali**, che avevano competenza in materia di igiene pubblica, profilassi, controllo delle epidemie e vigilanza sugli alimenti.

In questo modello fortemente burocratizzato, la salute pubblica era concepita essenzialmente come una questione di ordine e sicurezza, più che come diritto individuale. Il sistema risultava quindi orientato alla **tutela collettiva** intesa in senso preventivo e poliziesco, piuttosto che alla cura del singolo cittadino.

Un aspetto significativo del Testo Unico del 1934 fu la **qualificazione giuridica degli ospedali come "enti morali"**, soggetti a stretta vigilanza pubblica ma dotati di una limitata autonomia amministrativa. Gli ospedali mantenevano infatti una natura ibrida: da un lato, rispondevano alla

finalità pubblica di tutela della salute; dall'altro, continuavano a dipendere, per la loro sopravvivenza economica, da lasciti, donazioni o contributi mutualistici.
L'impostazione caritativa e filantropica, pur temperata da elementi di controllo statale, restava dunque predominante. Non si può parlare, in questa fase, di un vero e proprio *servizio sanitario nazionale*, bensì di una **molteplicità di enti e istituzioni autonome**, ciascuna con proprie regole, bilanci e criteri di accesso alle cure.

Con lo scoppio della Seconda guerra mondiale, il sistema sanitario italiano, già debole e frammentato, fu messo a durissima prova. Le strutture ospedaliere e i servizi igienico-sanitari, organizzati secondo i principi del **Testo Unico del 1934**, non erano preparati ad affrontare le enormi necessità generate dal conflitto: feriti di guerra, sfollati, carenze alimentari, epidemie e distruzione delle infrastrutture resero evidente la vulnerabilità del modello sanitario dell'epoca.
Durante il conflitto, la sanità fu **militarizzata**.
Gran parte delle risorse umane e materiali vennero destinate all'assistenza dei soldati, mentre la popolazione civile riceveva cure minime o frammentarie. Gli ospedali civili furono spesso riconvertiti in ospedali militari, e il personale sanitario – medici, infermieri, farmacisti – venne in larga parte mobilitato al fronte o nei presidi militari territoriali.
Questa scelta, dettata da esigenze belliche, provocò una **forte carenza di assistenza sul territorio**, specialmente nelle zone rurali e meridionali, dove la povertà e la scarsità di medici divennero croniche.
Parallelamente, il periodo bellico vide un incremento drammatico di **malattie infettive e carenziali** (come tifo, tubercolosi, malaria e pellagra), dovuto alle precarie condizioni igieniche, alla mancanza di alimenti e alla distruzione delle reti fognarie e idriche. La medicina preventiva, già debole prima del conflitto, risultò quasi del tutto assente.
La popolazione civile fu costretta a contare su **ospedali religiosi, opere pie e volontariato caritativo**, che svolsero un ruolo fondamentale nel mantenere un minimo di continuità assistenziale. L'impianto centralizzato dello Stato fascista, pur efficiente nella burocrazia, si dimostrò incapace di rispondere ai bisogni reali della popolazione.
Nel 1943, con la caduta del regime e la divisione del Paese, la sanità italiana subì una **disgregazione istituzionale**: al Nord, sotto la Repubblica Sociale Italiana, furono mantenuti i servizi dipendenti dal Ministero dell'Interno; al Sud, sotto il controllo del governo alleato, si tentò una parziale riorganizzazione dei servizi sanitari, con l'aiuto delle autorità militari anglo-americane. Questa frammentazione aggravò ulteriormente le disuguaglianze territoriali, facendo emergere in modo evidente l'assenza di un coordinamento unitario.

Con la fine della guerra, la sanità italiana si trovò in condizioni drammatiche: **ospedali distrutti, mancanza di medicinali, carenza di personale e gravi squilibri territoriali**.
Negli anni immediatamente successivi al 1945, il governo repubblicano dovette affrontare l'urgenza di ricostruire un sistema sanitario funzionale, ponendo le basi di una politica pubblica più moderna. La nascita della Repubblica Italiana nel 1946 e, soprattutto, l'approvazione della **Costituzione del 1948**, rappresentarono un passaggio decisivo anche sotto il profilo sanitario.
L'articolo 32 della Costituzione sancì infatti che "*la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti"*. Questa disposizione introdusse una **nuova concezione della salute**, non più vista come concessione caritatevole o prerogativa mutualistica, ma come **diritto soggettivo pubblico**, universalmente garantito e tutelato dallo Stato.
Nonostante ciò, la realizzazione effettiva di questi principi costituzionali richiese ancora molti anni. Nel decennio successivo alla guerra, il sistema restò in gran parte ancorato alla **logica mutualistica**, basata su numerose casse di categoria (INAM, INADEL, ENPAS, ecc.), ciascuna con propri regolamenti e livelli di prestazione.
L'assistenza restava dunque fortemente diseguale: un lavoratore industriale o pubblico dipendente godeva di una copertura sanitaria dignitosa, mentre i lavoratori agricoli, gli artigiani e i disoccupati rimanevano spesso esclusi.
Tuttavia, proprio in questi anni di ricostruzione, maturò progressivamente la consapevolezza che **la salute dovesse diventare un diritto universale e non condizionato dallo status lavorativo**, una convinzione che sarebbe poi confluita nella riforma sanitaria del 1978.

A partire dagli anni Sessanta, il contesto socio-economico del Paese — segnato dal boom industriale, dall'aumento dell'urbanizzazione e dalla crescita del ceto medio — rese sempre più evidente la necessità di una riforma strutturale del sistema ospedaliero. Il modello mutualistico, infatti, mostrava profonde disuguaglianze: l'assistenza sanitaria dipendeva dal tipo di lavoro svolto e dalla cassa mutua di appartenenza, generando situazioni di **iniquità nell'accesso ai servizi e nelle prestazioni garantite**.
In questo scenario si colloca la **Legge 12 febbraio 1968, n. 132**, comunemente nota come "*Legge Mariotti"* dal nome del Ministro della Sanità Luigi Mariotti. Essa rappresentò un importante passo verso la modernizzazione del sistema sanitario e segnò il primo tentativo concreto di **superare la frammentazione e l'arretratezza gestionale del comparto ospedaliero**.
La legge conferì personalità giuridica pubblica agli ospedali, che divennero a tutti gli effetti "**enti ospedalieri"**, sottoposti alla vigilanza delle Regioni (ancora in via di istituzione) e dello Stato. Tale

innovazione comportò il riconoscimento della natura pubblica dell'attività assistenziale e introdusse criteri più moderni di gestione amministrativa e contabile, ponendo le basi per un sistema ospedaliero organizzato su scala territoriale.

La *Legge Mariotti* ebbe anche il merito di laicizzare progressivamente la gestione sanitaria, riducendo il peso delle istituzioni religiose e aprendo la strada a una visione più scientifica e professionale della cura. Tuttavia, nonostante i progressi, la riforma non riuscì a scardinare del tutto il **dualismo tra sistema mutualistico e sistema ospedaliero pubblico**, poiché le mutue continuarono a gestire le prestazioni sanitarie per i propri iscritti, mentre gli enti ospedalieri operavano in modo autonomo e disomogeneo sul territorio nazionale.

Di fatto, il sistema restava ancora **corporativo, frammentato e diseguale**, incapace di garantire un'effettiva equità di accesso alle cure.

Il periodo compreso tra il 1934 e il 1977 può essere considerato come la **fase preparatoria della grande riforma del 1978**. È in questi decenni che matura l'idea di una sanità pubblica unitaria, basata sul principio di uguaglianza e sul riconoscimento della salute come diritto fondamentale. Il passaggio dal modello assistenziale caritativo a quello universalistico avverrà solo con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, ma le premesse normative e culturali di tale rivoluzione trovano le loro radici proprio in questo lungo e complesso processo di evoluzione.

2.2 La nascita del Servizio Sanitario Nazionale e la riforma del 1978

Il 1978 rappresenta una delle date più significative nella storia della sanità italiana. Con l'approvazione della **Legge 23 dicembre 1978, n. 833**, intitolata "*Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale"*, il sistema sanitario del nostro Paese venne profondamente trasformato, segnando il definitivo superamento del modello mutualistico e l'avvio di una nuova concezione di sanità pubblica, ispirata ai principi di **universalità, uguaglianza ed equità**.

La riforma del 1978 fu il risultato di un lungo processo politico e culturale, maturato negli anni successivi al secondo dopoguerra e fortemente influenzato dal dibattito sociale degli anni Settanta. Le profonde disuguaglianze del sistema mutualistico, che garantiva cure sanitarie differenziate a seconda dell'appartenenza lavorativa, erano ormai divenute insostenibili in un contesto democratico e costituzionale fondato sull'articolo 32 della Costituzione.

La salute, fino a quel momento legata al lavoro o alla condizione economica, divenne finalmente un **diritto universale**, tutelato dallo Stato e garantito a ogni cittadino in modo uniforme su tutto il territorio nazionale.

La **Legge n. 833/1978** si ispirò al modello universalistico del Servizio Sanitario Nazionale britannico (NHS) di ispirazione *Beveridgiana*, fondato sul principio della **finanziabilità pubblica tramite la fiscalità generale**, in contrapposizione al modello *Bismarckiano* mutualistico basato sui contributi dei lavoratori.

L'articolo 1 della legge stabilisce che "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il Servizio Sanitario Nazionale", definendo in modo esplicito l'universalità e l'integralità delle prestazioni sanitarie.

L'obiettivo dichiarato era quello di garantire **livelli omogenei di assistenza** e di assicurare l'accesso alle cure a tutti i cittadini, senza distinzione di reddito, età, residenza o condizione lavorativa.

Dal punto di vista organizzativo, la riforma introdusse una struttura radicalmente nuova. Vennero istituite le **Unità Sanitarie Locali (USL)**, enti territoriali dotati di personalità giuridica pubblica, responsabili della gestione dei servizi sanitari di base e ospedalieri all'interno di un determinato ambito territoriale.

Le USL costituivano la vera innovazione del sistema: la loro finalità era assicurare l'integrazione tra assistenza ospedaliera, prevenzione, medicina del territorio e igiene pubblica, superando la precedente separazione tra ospedali, enti mutualistici e amministrazioni comunali.

A livello politico-amministrativo, le competenze vennero distribuite su tre livelli: **Stato, Regioni e Comuni**.

Lo Stato manteneva il compito di determinare gli indirizzi generali e le norme fondamentali, le Regioni assumevano la responsabilità della programmazione sanitaria, mentre i Comuni, attraverso le USL, provvedevano alla gestione diretta dei servizi.

Dal punto di vista concettuale, la riforma del 1978 segnò un cambiamento epocale: per la prima volta, la salute veniva concepita in senso **olistico**, come benessere fisico, psichico e sociale, e non più soltanto come assenza di malattia.

La legge introdusse inoltre il principio della **globalità delle prestazioni**, riconoscendo che la tutela della salute comprendeva non solo la cura, ma anche la prevenzione, la riabilitazione e la promozione di stili di vita sani.

Particolare attenzione fu dedicata alle fasce deboli della popolazione, agli anziani, ai disabili e ai soggetti affetti da patologie croniche, anticipando così la moderna visione della presa in carico integrata del paziente.

Nonostante la sua portata innovativa, la riforma incontrò fin dall'inizio numerose difficoltà applicative. Le **USL**, gestite in modo collegiale dai Comitati di gestione nominati dai Comuni, spesso risentivano di **ingerenze politiche locali** e di una scarsa efficienza amministrativa.

L'assenza di criteri manageriali e di controllo economico generò un aumento della spesa sanitaria, con forti squilibri territoriali tra Nord e Sud.

Uno degli effetti collaterali più evidenti della riforma del 1978 fu la **disomogeneità nell'attuazione del Servizio Sanitario Nazionale** tra le diverse Regioni italiane. Il sistema, pur ispirandosi a principi di equità e universalità, si trovò a operare in un Paese profondamente diviso sul piano economico, infrastrutturale e amministrativo.

Le Regioni del Nord, tradizionalmente più sviluppate, poterono contare su un tessuto organizzativo e produttivo più solido, su una rete ospedaliera efficiente e su una maggiore disponibilità di personale qualificato. In queste aree, la riforma trovò un terreno favorevole per l'attuazione dei principi di pianificazione e per la costruzione di un sistema integrato tra prevenzione, cura e riabilitazione.

Diversa fu invece la situazione nel Mezzogiorno e in molte aree interne del Paese, dove il **ritardo infrastrutturale e la debolezza della pubblica amministrazione** determinarono notevoli difficoltà di implementazione.

In alcune regioni meridionali le USL si trasformarono di fatto in **strumenti di gestione politica**, soggetti a pressioni clientelari e a un uso distorto delle risorse pubbliche. L'assenza di sistemi di controllo e di indicatori di performance favorì pratiche di **sovradimensionamento del personale, spese non rendicontate e inefficienze organizzative**.

Tale situazione generò un progressivo disavanzo finanziario, che lo Stato dovette coprire con continui trasferimenti, innescando un circolo vizioso di spesa incontrollata e scarsa responsabilità gestionale.

Gli **sprechi** si manifestarono sotto varie forme.

Da un lato, l'assenza di una cultura della valutazione e di un sistema di monitoraggio delle prestazioni portò alla **duplicazione di servizi**, all'acquisto di apparecchiature sanitarie costose e spesso inutilizzate, e all'inefficace gestione delle scorte farmaceutiche.

Dall'altro, la **frammentazione amministrativa** tra le diverse USL impediva economie di scala e una pianificazione coordinata: ogni unità sanitaria operava secondo proprie regole e criteri, con notevoli differenze nei livelli di assistenza e nei costi pro capite.

In alcune realtà territoriali, il numero di dirigenti e amministratori superava quello dei medici di base, a testimonianza di un **apparato burocratico ipertrofico e poco orientato ai risultati**.

Sul piano economico, negli anni Ottanta la spesa sanitaria pubblica subì una crescita esponenziale.

Secondo i dati del Ministero della Sanità, la quota di prodotto interno lordo destinata alla sanità passò dal **5,6% nel 1978 al 7,8% nel 1988**, con incrementi superiori alla media dei Paesi europei.

Tale aumento non corrispondeva, tuttavia, a un miglioramento proporzionale della qualità dei

servizi: a fronte di investimenti significativi, molte strutture restavano obsolete, e la mobilità sanitaria – soprattutto dal Sud verso il Nord – continuava a crescere, segno evidente delle **persistenti disuguaglianze territoriali**.

La difficoltà nel controllo della spesa derivava anche dalla **mancanza di strumenti contabili uniformi**, dall'assenza di bilanci consolidati e dalla pratica diffusa dei "ripiani ex post", con cui lo Stato centrale sanava i deficit regionali senza un reale meccanismo sanzionatorio.

Inoltre, l'assetto collegiale dei Comitati di gestione, composto spesso da rappresentanti politici locali senza specifiche competenze economico-gestionali, ostacolava l'introduzione di una logica di **accountability** e di valutazione delle performance.

Le decisioni in materia di assunzioni, acquisti e convenzioni con il settore privato venivano prese in modo discrezionale, senza un'adeguata analisi dei fabbisogni e dei costi. Questo contribuì a consolidare la percezione di una **sanità pubblica inefficiente, politicizzata e incapace di autogovernarsi**.

Tuttavia, sul piano dei diritti, la riforma del 1978 rappresentò una conquista storica: il principio di **eguaglianza sostanziale nell'accesso alle cure** divenne finalmente realtà giuridica e istituzionale.

Negli anni Ottanta, l'evoluzione del sistema sanitario fu segnata da una crescente attenzione alla **programmazione sanitaria nazionale e regionale**.

Il **Piano Sanitario Nazionale** del 1982 introdusse i primi obiettivi di salute e iniziò a definire standard di efficienza, qualità e appropriatezza delle prestazioni.

Si cominciò inoltre a parlare di **governo clinico**, di valutazione dei risultati e di coinvolgimento delle Regioni nella definizione dei bisogni assistenziali della popolazione.

Tuttavia, il sistema rimaneva fortemente **amministrato e centralizzato**, e le USL si trovavano spesso prive di autonomia gestionale, dipendendo dalle decisioni politiche degli enti locali.

In questa fase, maturarono i presupposti per una nuova stagione di riforme, che avrebbe portato, a partire dal **Decreto Legislativo n. 502 del 1992**, all'aziendalizzazione della sanità e alla nascita delle **Aziende Sanitarie Locali (ASL)**.

Ma prima di questo passaggio, è opportuno sottolineare come la Legge 833/1978 rappresenti ancora oggi uno dei **pilastri fondativi del sistema sanitario italiano**: essa pose le basi giuridiche e valoriali del Servizio Sanitario Nazionale, istituzionalizzando l'articolo 32 della Costituzione e traducendolo in un modello organizzativo concreto, volto a rendere la tutela della salute **effettivamente universale, gratuita e solidale**.

2.3 La crisi delle casse pubbliche e la necessità di una nuova governance sanitaria (1985–1992)

Alla fine degli anni Ottanta, il Servizio Sanitario Nazionale si trovò al centro di una crisi strutturale che mise in discussione la sostenibilità economica dell'intero sistema di welfare italiano.

L'obiettivo di garantire un'assistenza universale e gratuita, pur rimanendo un principio irrinunciabile, si scontrò con la **crescente incapacità dello Stato di sostenere finanziariamente le spese sanitarie** in continuo aumento.

Il modello introdotto nel 1978, basato su una forte centralizzazione della spesa e sull'assenza di meccanismi di responsabilità economica, mostrava ormai i suoi limiti.

La crescita dei costi, la rigidità amministrativa delle USL e l'inefficienza gestionale avevano prodotto un sistema tanto generoso quanto fragile, esposto a sprechi e deficit ricorrenti.

La **crisi delle casse pubbliche** fu la conseguenza diretta di diversi fattori concomitanti.

In primo luogo, la **spesa sanitaria** conobbe un incremento costante, dovuto al rapido progresso tecnologico, all'invecchiamento della popolazione e all'ampliamento dei livelli di assistenza garantiti.

Tra il 1980 e il 1990 la spesa sanitaria passò da circa 36.000 miliardi di lire a oltre 80.000 miliardi, rappresentando una quota crescente del bilancio dello Stato.

L'aumento era in parte fisiologico, ma aggravato da un uso inefficiente delle risorse: in molte realtà locali, la pianificazione era sostituita da una gestione emergenziale e disordinata, priva di obiettivi di medio periodo.

In secondo luogo, la crisi rifletteva un problema più generale della **finanza pubblica italiana**.

Durante gli anni Ottanta, lo Stato aveva accumulato un debito pubblico crescente, utilizzato per finanziare la spesa corrente e sostenere il welfare. Il ricorso sistematico all'indebitamento – unito alla mancanza di controlli stringenti sui bilanci delle USL – generò un meccanismo di **spesa incontrollata**, in cui le inefficienze locali venivano sistematicamente compensate da trasferimenti statali.

Si parlò di "**sanità a deficit garantito**": un sistema in cui l'assenza di responsabilità diretta nella gestione economica portava gli enti sanitari a spendere oltre le proprie possibilità, confidando in un ripiano ex post da parte del Tesoro.

A questa dinamica si aggiungeva il **peso crescente del personale sanitario e amministrativo**.

Le USL, prive di strumenti di controllo dei costi e soggette a pressioni clientelari, registrarono un progressivo aumento di assunzioni, spesso non correlate ai fabbisogni effettivi.

La spesa per il personale divenne la voce dominante dei bilanci sanitari, superando in molte regioni il 70% del totale.

Ciò lasciava poche risorse per investimenti strutturali, innovazione tecnologica e manutenzione delle infrastrutture, aggravando il divario tra le regioni più efficienti e quelle in ritardo.

Sul piano istituzionale, il problema era aggravato dall'**assenza di autonomia finanziaria e gestionale delle USL**.

Essendo enti dipendenti dai Comuni e privi di personalità economica autonoma, non potevano adottare logiche imprenditoriali né essere chiamate a rispondere di risultati economico-finanziari.
Il sistema di finanziamento, basato su trasferimenti statali e criteri storici di spesa, impediva una pianificazione razionale: le risorse venivano allocate non in base ai bisogni di salute, ma sulla base delle spese sostenute negli anni precedenti.
In questo modo, le USL meno virtuose ricevevano più fondi, perpetuando un **meccanismo perverso di premialità dell'inefficienza**.
La conseguenza fu una **crisi di legittimazione** del sistema.
Da un lato, i cittadini cominciarono a percepire un peggioramento della qualità dei servizi e tempi di attesa crescenti; dall'altro, il Governo e il Parlamento si trovarono di fronte alla necessità di **contenere la spesa pubblica** in un contesto di forte pressione economica internazionale..

2.4 La crisi delle casse pubbliche e la riforma Amato (1992–1993): l'aziendalizzazione della sanità

La spesa pubblica, cresciuta in maniera incontrollata nel decennio precedente, aveva portato il debito nazionale a livelli insostenibili. La necessità di aderire ai criteri di convergenza fissati dal Trattato di Maastricht (1992) impose vincoli di bilancio stringenti e costrinse il Governo a intervenire con misure drastiche di risanamento.
In questo contesto, la sanità — che assorbiva oltre il 7% del PIL — divenne uno dei campi di intervento prioritari.
La crisi dei conti pubblici raggiunse il culmine nel 1992, anno in cui il Governo, presieduto da Giuliano Amato, varò una manovra finanziaria di proporzioni eccezionali, pari a circa 100.000 miliardi di lire, la più imponente mai adottata nel dopoguerra.
Tra le misure più controverse vi fu il prelievo forzoso del 6‰ sui conti correnti bancari, applicato nella notte tra il 10 e l'11 luglio 1992 mediante decreto d'urgenza, all'insaputa dei correntisti.
La situazione economica era drammatica: pochi mesi dopo, la lira fu costretta a uscire dallo SME (Sistema Monetario Europeo), subendo una svalutazione del –32,2% rispetto al dollaro e del –29,8% rispetto al marco tedesco.
La perdita di fiducia dei mercati, unita a una forte instabilità politica interna, rese indispensabile un intervento strutturale di razionalizzazione della spesa pubblica.
Il settore sanitario fu tra i più colpiti da questa crisi.
Nel 1991, il Fondo Sanitario Nazionale ammontava a circa 82.000 miliardi di lire, ma la spesa effettiva rendicontata dalle Regioni superava gli 11.000 miliardi in più, generando un disavanzo che lo Stato dovette ripianare l'anno successivo con ulteriori 5.600 miliardi.

Nel periodo 1985–1991, la spesa sanitaria pro capite crebbe di oltre il 50%, spinta da diversi fattori:

- l'aumento dell'offerta e dei bisogni di assistenza, in concomitanza con la transizione demografica ed epidemiologica;
- la diffusione di nuove tecnologie e farmaci innovativi;
- la mancanza di strumenti di controllo della spesa;
- gli sprechi e le pratiche clientelari diffuse;
- episodi di corruzione sistemica, che esploderanno di lì a poco con l'inchiesta di *Mani Pulite*.

Nel confronto internazionale (Tabella 1), l'Italia si collocava in posizione intermedia: al di sotto di Germania e Francia, ma sopra Gran Bretagna e Spagna, con una spesa sanitaria totale pari al 7,1% del PIL e una quota pubblica dell'80,8%.

Tuttavia, a differenza degli altri Paesi europei, l'Italia presentava un divario interno enorme tra Regioni virtuose e Regioni in deficit, dove il peso politico e clientelare superava quello tecnico e gestionale.

Tabella 1. Indicatori di spesa sanitaria. Italia e altri Paesi selezionati, 1992

Paese	**Spesa sanitaria pro capite ($ PPP)**	**Spesa sanitaria totale (% PIL)**	**Spesa sanitaria pubblica (% del totale)**
Italia	1.406	7,1	80,8
Germania	1.908	9,0	81,4
Francia	1.589	9,0	75,9
Gran Bretagna	1.079	6,0	83,8
Spagna	992	6,7	77,1
USA	3.144	12,2	43,1

Fonte: OECD Health Data, 2016.

In questo scenario di grave crisi economica e politica, il Governo Amato approvò, il 30 dicembre 1992, il Decreto Legislativo n. 502, che rappresentò la prima e più radicale riforma del Servizio Sanitario Nazionale dopo la sua istituzione nel 1978.

Il provvedimento intendeva riportare equilibrio tra sostenibilità finanziaria e tutela del diritto alla salute, introducendo un nuovo paradigma di governance decentrata, responsabilizzata e orientata ai risultati.

Il cuore della riforma è contenuto nell'articolo 1, che collega esplicitamente i livelli essenziali e uniformi di assistenza (LEA) alle compatibilità finanziarie del bilancio pubblico, sancendo così un principio di realtà economica:

"L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale [...] è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica."

(*Art. 1, D.Lgs. 502/1992*)

Si trattò di una svolta concettuale epocale: la salute restava un diritto fondamentale, ma da esercitare entro i limiti delle risorse disponibili.

Venne così modificato il meccanismo di finanziamento: i fondi statali destinati alle Regioni non erano più erogati in base alla "spesa storica", ma secondo una quota capitaria, calcolata sul numero degli abitanti, con l'obiettivo di garantire equità e responsabilità territoriale.

Le Regioni diventavano quindi responsabili del pareggio di bilancio e della gestione autonoma delle risorse; i Comuni, invece, venivano privati di ogni competenza diretta in materia sanitaria.
L'altro elemento centrale della riforma fu la trasformazione delle Unità Sanitarie Locali (USL) in Aziende Sanitarie Locali (ASL), dotate di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale (art. 3, comma 1-bis).
L'organo collegiale di gestione fu sostituito da una figura monocratica: il Direttore Generale, nominato dalla Regione e responsabile del raggiungimento degli obiettivi di salute e di bilancio.
Gli ospedali di maggiori dimensioni vennero separati dalle ASL e trasformati in Aziende Ospedaliere autonome, finanziate in base alle prestazioni erogate, introducendo così il principio della remunerazione a prestazione e un embrione di competizione regolata tra strutture pubbliche e private accreditate.
Questa impostazione risentiva chiaramente del contesto politico ed economico internazionale.
Gli anni Novanta furono segnati dall'affermazione del neo-liberismo e dalla diffusione, anche in Europa, di un modello di sanità ispirato alla logica di mercato.
Un articolo pubblicato su *The Lancet* nel 2001 descrisse efficacemente tale tendenza:
"Negli ultimi due decenni, la spinta verso riforme dei sistemi sanitari basate sul mercato si è diffusa in tutto il mondo [...]. Il 'modello globale' di sistema sanitario, sostenuto dalla Banca Mondiale, promuove la privatizzazione dei servizi, minacciando l'equità nei Paesi con solidi sistemi di welfare e rappresentando un pericolo per quelli più fragili." (*The Lancet*, 2001)
L'Italia non fu immune da questa influenza. Il governo Amato trasse infatti ispirazione dal modello britannico di riforma sanitaria del 1991, promosso da Margaret Thatcher, che aveva introdotto l'aziendalizzazione dei servizi e la separazione gestionale tra ospedali e servizi territoriali.
In questo senso, la riforma del 1992 segnò l'ingresso definitivo della sanità italiana in un paradigma manageriale, in cui l'efficienza, la competitività e il controllo dei costi diventavano valori centrali, al pari del diritto alla salute.
Particolarmente controverso fu, tuttavia, l'articolo 9 del D.Lgs. 502/1992, dedicato alle "*forme differenziate di assistenza"*.
Esso prevedeva la possibilità di affidare a soggetti privati — consorzi, mutue volontarie o assicurazioni — la gestione di contratti di assistenza sanitaria paralleli al SSN, consentendo ai cittadini aderenti di rinunciare temporaneamente alle prestazioni pubbliche ordinarie.
Di fatto, questa norma apriva la strada a un sistema sanitario duale, nel quale la sanità privata avrebbe potuto progressivamente sostituire quella pubblica, minando il principio di universalità sancito dalla Legge 833/1978.
Fortunatamente, tale disposizione non fu mai applicata: la sua portata fu travolta dallo scandalo

politico-giudiziario che coinvolse l'allora Ministro della Sanità Francesco De Lorenzo, condannato per corruzione e finanziamento illecito ai partiti nell'ambito dell'inchiesta *Mani Pulite*.
Con la caduta del governo Amato e l'insediamento, nell'aprile 1993, del governo Ciampi (con Maria Pia Garavaglia Ministro della Sanità), si decise di correggere immediatamente gli aspetti più controversi della riforma.
Il nuovo Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, abrogò l'articolo 9 e introdusse il principio delle forme integrative di assistenza sanitaria, subordinate e complementari al SSN, e non più alternative.
Il testo del 1993 consolidò il modello aziendale e il decentramento regionale, preparando il terreno alla successiva Riforma Bindi del 1999 (D.Lgs. 229/1999), che avrebbe definito in modo compiuto l'assetto del sistema sanitario italiano contemporaneo.

2.5 La riforma Bindi del 1999 e il consolidamento dell'aziendalizzazione

La stagione di riforme avviata con i decreti legislativi del 1992 e del 1993 trovò il suo completamento con il **Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229**, noto come "**Riforma Bindi"**, dal nome dell'allora Ministro della Sanità Rosy Bindi.
Tale provvedimento rappresentò il momento di consolidamento dell'aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e sancì il passaggio definitivo da un sistema amministrato a un sistema **governato secondo logiche manageriali, programmatorie e di responsabilità economico-finanziaria**.
L'obiettivo della riforma era duplice: da un lato, **razionalizzare la spesa sanitaria** e garantire l'equilibrio dei bilanci regionali; dall'altro, **migliorare la qualità, l'efficacia e la continuità delle cure**, superando la tradizionale frammentazione tra ospedale e territorio.
Il D.Lgs. 229/1999 intervenne in modo sistematico sulla struttura organizzativa introdotta dal D.Lgs. 502/1992, confermandone l'impianto ma correggendone le distorsioni.
Venne rafforzato il principio di **autonomia delle Aziende Sanitarie Locali (ASL)** e delle **Aziende Ospedaliere (AO)**, dotate di personalità giuridica pubblica e piena autonomia gestionale, patrimoniale e contabile, ma al contempo si consolidò il potere di **indirizzo e controllo delle Regioni**, che divennero il vero centro di governo del sistema sanitario.
La riforma, infatti, realizzò una compiuta **regionalizzazione della sanità**, in linea con il futuro articolo 117 della Costituzione (nella versione riformata del 2001), attribuendo alle Regioni la responsabilità diretta della programmazione, dell'organizzazione dei servizi e del rispetto dell'equilibrio economico.
Uno dei punti cardine del decreto fu la definizione dei **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**, ossia l'insieme delle prestazioni e dei servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a

garantire a tutti i cittadini, in modo uniforme sul territorio nazionale e finanziati con risorse pubbliche.

I LEA rappresentano una **traduzione operativa dell'articolo 32 della Costituzione**, stabilendo un perimetro chiaro entro cui deve muoversi la spesa sanitaria pubblica e definendo gli standard minimi di tutela della salute.

La loro introduzione rispondeva all'esigenza di bilanciare due principi fondamentali: **universalismo e sostenibilità**.

Solo ciò che rientrava nei LEA poteva essere garantito gratuitamente o con compartecipazione minima; il resto, invece, restava a carico del cittadino o di sistemi assicurativi integrativi.

Accanto alla definizione dei LEA, il D.Lgs. 229/1999 introdusse un altro elemento di grande rilievo: la creazione dei **Distretti Sanitari**, concepiti come articolazioni territoriali delle ASL con il compito di garantire l'integrazione tra **assistenza primaria, specialistica, sociosanitaria e ospedaliera**.

Il distretto diventava così il luogo operativo dell'assistenza di prossimità, volto a coordinare i servizi territoriali, l'assistenza domiciliare, la continuità assistenziale e la prevenzione.

In tal modo, la riforma cercò di **ricucire la frattura tra ospedale e territorio**, ponendo le basi per quella medicina integrata e comunitaria che troverà piena attuazione solo molti anni dopo, con il **Decreto Ministeriale 77/2022**.

Altro pilastro del D.Lgs. 229/1999 fu l'introduzione del **sistema di accreditamento istituzionale**.

Per la prima volta, venne stabilito che anche i soggetti privati potessero erogare prestazioni sanitarie per conto del SSN, purché autorizzati e accreditati secondo requisiti di qualità, appropriatezza e sicurezza.

Questo meccanismo, che sostituiva il precedente regime convenzionale, mirava a garantire **un'unica rete di offerta sanitaria pubblica e privata**, sotto la regia programmatoria delle Regioni.

Tale scelta aprì tuttavia la strada a una crescente **ibridazione tra pubblico e privato**, con esiti ambivalenti: da un lato l'aumento dell'efficienza e della capacità produttiva; dall'altro il rischio di diseguaglianze e di una progressiva "mercificazione" della salute.

Dal punto di vista gestionale, la riforma consolidò il modello del **Direttore Generale** come figura apicale unica, responsabile del raggiungimento degli obiettivi aziendali e sottoposto a un sistema di valutazione basato su risultati di salute e di bilancio.

Furono introdotti anche il **Direttore Sanitario** e il **Direttore Amministrativo**, componenti della direzione strategica aziendale, per rafforzare la collegialità e la competenza tecnico-professionale nella governance.

Si affermò così una logica di "**governo per obiettivi"**, in cui le aziende sanitarie erano chiamate a redigere piani triennali, bilanci preventivi e consuntivi, in coerenza con gli obiettivi regionali e nazionali.

Il D.Lgs. 229/1999 intervenne inoltre sul piano della **programmazione sanitaria nazionale**, definendo un ciclo continuo di pianificazione articolato su tre livelli:

- il **Piano Sanitario Nazionale (PSN)**, emanato dal Ministero della Sanità, per definire gli indirizzi generali e gli obiettivi di salute del Paese;
- i **Piani Sanitari Regionali (PSR)**, con cui le Regioni declinavano tali indirizzi in base ai bisogni locali;
- i **Piani Attuativi Aziendali (PAA)**, strumenti operativi elaborati dalle ASL e dalle AO per tradurre gli obiettivi in azioni concrete.

Questo assetto consentì una maggiore **integrazione verticale** tra Stato, Regioni e Aziende, rafforzando la capacità programmatoria e di controllo, ma evidenziò anche il rischio di **forti disparità regionali**: le Regioni più efficienti e dotate di risorse riuscivano a garantire LEA di qualità, mentre quelle più deboli faticavano a rispettare gli standard minimi, accentuando il fenomeno della **mobilità sanitaria interregionale**.

Parallelamente alla riorganizzazione del sistema sanitario, gli anni Novanta furono anche il decennio della **profonda ridefinizione del lavoro sanitario** e della **rinascita professionale delle figure infermieristiche e tecniche**.

Il nuovo assetto aziendale richiedeva una forza lavoro non più meramente esecutiva, ma capace di assumere **responsabilità dirette, competenze gestionali e autonomia decisionale**.

Si trattò di un mutamento non solo organizzativo, ma anche culturale e identitario, che restituì dignità e valore scientifico alle professioni sanitarie non mediche.

Un momento cruciale di questo processo fu il **Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739**, che istituì il **profilo professionale dell'infermiere**, definendolo come "*l'operatore sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica"*.

Il decreto specificava che tale assistenza è "*di natura tecnica, relazionale, educativa e preventiva"* e che l'infermiere "*partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività, identifica i bisogni di assistenza infermieristica, formula i relativi obiettivi, pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale"*.

Per la prima volta, dunque, lo Stato riconosceva all'infermiere una **responsabilità autonoma e pienamente professionale** nell'ambito del processo di cura, segnando il superamento definitivo della visione subordinata all'atto medico.

Il D.M. 739/1994 aprì inoltre alla **formazione universitaria** con l'istituzione del *Diploma*

universitario per infermiere, preludio alla futura laurea triennale, sancendo così l'ingresso dell'infermieristica nel mondo accademico e scientifico.

Questo percorso evolutivo trovò il suo compimento con la **Legge 26 febbraio 1999, n. 42**, recante "*Disposizioni in materia di professioni sanitarie"*, che **abolì la denominazione di** "**professione sanitaria ausiliaria"** e riconobbe piena autonomia professionale agli infermieri e alle altre figure sanitarie.

L'articolo 1, comma 2, stabilì che "*il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario e di formazione post-base, nonché dai codici deontologici"*.

Il sapere professionale non derivava più dalla delega medica, ma dall'**autonomia tecnico-scientifica riconosciuta e regolata per legge**.

Nel complesso, la **Riforma Bindi del 1999** e la **legislazione sulle professioni sanitarie** segnarono una svolta epocale nella storia della sanità italiana:

non solo la costruzione di un sistema più efficiente e responsabilizzato, ma anche l'affermazione di un modello più **maturo, partecipativo e consapevole sul piano professionale**.

La qualità dell'assistenza divenne così il risultato dell'incontro tra **un'organizzazione aziendale moderna**, fondata su principi di autonomia e responsabilità gestionale, e **professionisti sanitari competenti e autonomi**, protagonisti dei processi di cura, prevenzione e riabilitazione.

Questo nuovo equilibrio tra **governo organizzativo e competenza professionale** costituì la base del **Servizio Sanitario Nazionale contemporaneo**, rendendolo capace di coniugare tutela dei diritti, sostenibilità economica e innovazione.

Su tali premesse si innestarono le successive riforme di **razionalizzazione e potenziamento territoriale**, culminate nel **Decreto Ministeriale 70/2015** e nel **Decreto Ministeriale 77/2022**, che hanno ridisegnato la rete dei servizi ospedalieri e territoriali alla luce dei principi di qualità, prossimità e integrazione.

2.6 Il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70: razionalizzazione della rete ospedaliera e standard qualitativi, strutturali e quantitativi dell'assistenza

Dopo oltre un decennio di applicazione del modello aziendalizzato introdotto dal **Decreto Legislativo 229/1999**, il Servizio Sanitario Nazionale si trovò, a partire dagli anni Duemila, ad affrontare un contesto profondamente mutato, segnato da **vincoli finanziari crescenti** e da una crisi economica di portata globale.

La **crisi finanziaria del 2008**, scoppiata negli Stati Uniti e rapidamente diffusasi in Europa,

determinò un forte peggioramento dei conti pubblici, imponendo politiche di austerità e contenimento della spesa in quasi tutti i Paesi dell'Unione.

L'Italia, caratterizzata da un elevato debito pubblico e da una crescita economica stagnante, fu costretta a ridurre progressivamente la dinamica della spesa sanitaria, pur in presenza di una domanda di salute crescente dovuta all'invecchiamento della popolazione e all'aumento delle patologie croniche.

Tra il **2000 e il 2018**, la spesa sanitaria pubblica passò da **68,3 miliardi a 115,4 miliardi di euro**, con un incremento nominale del **69%** e reale (al netto dell'inflazione) del **22%**.

Nello stesso periodo, il rapporto tra spesa sanitaria e Prodotto interno lordo (PIL) aumentò dal **5,5% al 6,5%**, segnalando un'espansione significativa del settore sanitario nel quadro complessivo della spesa pubblica nazionale.

Tuttavia, questa crescita non fu lineare: si concentrò quasi interamente nel **primo decennio del Duemila**, prima dell'esplosione della crisi finanziaria globale.

Già nel 2010 la spesa aveva raggiunto **113 miliardi di euro**, con un aumento medio annuo del **5%**, superiore al tasso di crescita del PIL.

Tale dinamica, accompagnata da forti disavanzi regionali, portò i governi successivi ad adottare misure di contenimento e razionalizzazione, tra cui **piani di rientro regionali**, **introduzione dei costi standard**, **tagli agli sprechi** e **blocco del turnover del personale**.

Tra il **2010 e il 2013**, la spesa sanitaria complessiva si ridusse di circa **3,5 miliardi di euro**, passando da 113,1 a 109,6 miliardi.

Negli anni successivi, pur tornando a crescere, lo fece a ritmi molto contenuti, fino a raggiungere nel 2018 i 115,4 miliardi — il livello più alto mai registrato, ma ancora inferiore in termini reali a quello del 2005.

Il rallentamento della spesa, dovuto alle politiche di bilancio restrittive e alla necessità di rientrare nei parametri europei, ebbe come effetto collaterale una **stagnazione degli investimenti infrastrutturali e tecnologici**, nonché una **riduzione del personale sanitario** a causa del blocco delle assunzioni e del congelamento degli stipendi pubblici.

Dal 2002 al 2018, infatti, la **spesa per il personale** scese dal 35% al 30% del totale, passando da 36,7 miliardi nel 2010 a 34,8 nel 2018.

Parallelamente, crebbero invece i **consumi intermedi**, che salirono dal 20,3% al 29,8%, trainati soprattutto dalla spesa farmaceutica e dai costi per beni e servizi sanitari.

In questo scenario, la presunta "stagione dei tagli" deve essere interpretata in modo critico.

Non si trattò, infatti, di riduzioni nette della spesa in valore assoluto, quanto piuttosto di una **contrazione rispetto a scenari tendenziali di crescita**: la spesa sanitaria, pur continuando ad

aumentare nominalmente, lo fece a un ritmo più lento rispetto al passato e, soprattutto, **inferiore all'inflazione**.

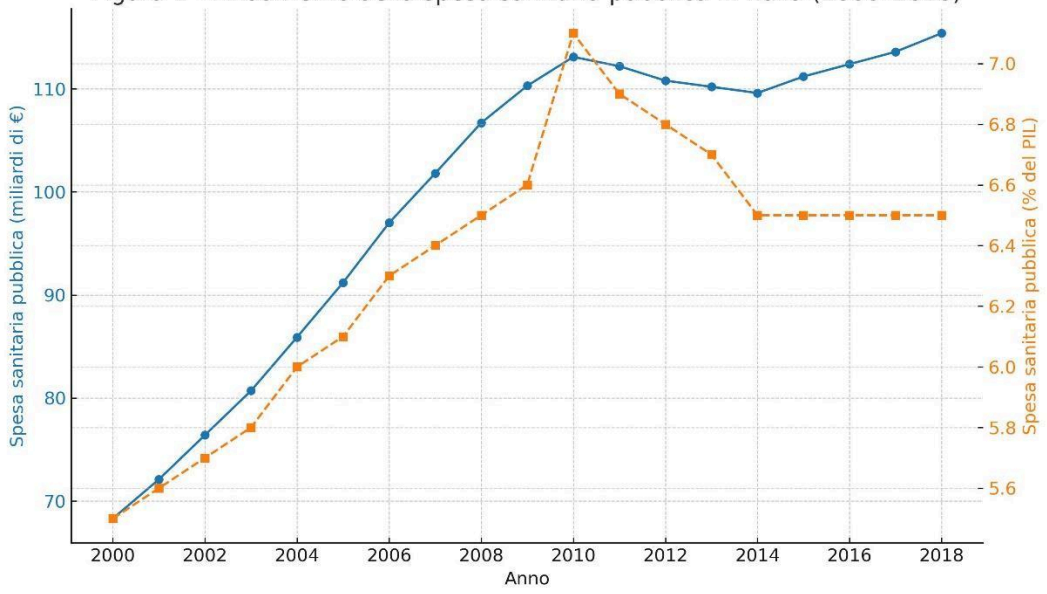
Di fatto, ciò comportò una **compressione reale delle risorse disponibili**, con un impatto significativo sulla capacità di rinnovamento del sistema e sulla qualità dei servizi erogati, in particolare nelle regioni sottoposte a piano di rientro.

L'insieme di questi fattori — crisi economica, vincoli europei, disavanzi regionali, e disparità territoriali — rese evidente la necessità di una riforma strutturale della rete ospedaliera.

Il sistema, infatti, risultava ancora frammentato, con **molteplici piccoli ospedali sottoutilizzati**, **duplicazioni di servizi** e una distribuzione disomogenea dei posti letto e delle competenze cliniche sul territorio nazionale.

Si trattava di un modello non più sostenibile né dal punto di vista economico né da quello organizzativo.

Figura 1 – Andamento della spesa sanitaria pubblica in Italia (2000–2018)



Fu in questo contesto che il Ministero della Salute, guidato da Beatrice Lorenzin, elaborò il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, recante "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"*.

Il provvedimento, emanato in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della Legge 311/2004 (Legge finanziaria 2005) e del Patto per la Salute 2014–2016, nacque con l'obiettivo di razionalizzare la rete ospedaliera, migliorare la qualità dell'assistenza e garantire omogeneità territoriale nei livelli di sicurezza e di efficacia delle cure.

In altre parole, il D.M. 70/2015 rappresentò una risposta sistemica alla crisi del decennio

precedente: non un semplice strumento di riduzione della spesa, ma una riforma di qualità e di equilibrio, capace di rendere il sistema ospedaliero italiano più efficiente, appropriato e sostenibile.

I contenuti del D.M. 70/2015: standard, livelli ospedalieri e reti tempo-dipendenti

Il D.M. 70/2015, oltre a rappresentare una risposta alla crisi economico-finanziaria e ai disavanzi regionali, segnò un passaggio decisivo verso una nuova concezione dell'assistenza ospedaliera: da sistema frammentato e statico a rete integrata, basata su criteri di sicurezza, qualità e sostenibilità.

Il decreto stabilì una serie di standard nazionali vincolanti — qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi — che le Regioni erano tenute ad applicare per garantire un'offerta sanitaria omogenea e appropriata su tutto il territorio nazionale.

Gli obiettivi fondamentali della riforma possono essere riassunti in quattro direttrici principali:

1. Razionalizzare la rete ospedaliera, superando duplicazioni e ridondanze di strutture;
2. Garantire equità di accesso ai servizi, attraverso parametri uniformi e misurabili;
3. Migliorare la sicurezza delle cure e la qualità dei processi clinici;
4. Rendere sostenibile la spesa sanitaria, ottimizzando l'uso delle risorse disponibili.

Tra gli elementi di maggiore rilievo del decreto vi è la ridefinizione della dotazione ospedaliera nazionale.

Il D.M. 70/2015 fissò infatti il parametro di riferimento di 3,7 posti letto ogni 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, e il restante 3,0 per la degenza ordinaria e l'assistenza per acuti.

Questo standard rispondeva a una duplice esigenza: ridurre i ricoveri impropri e, al contempo, potenziare le strutture territoriali e intermedie in grado di garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera.

Un altro punto cardine fu la classificazione degli ospedali in base alla complessità assistenziale e al bacino di utenza.

Il decreto individuò tre livelli principali:

- Ospedali di base, con bacino di riferimento tra 80.000 e 150.000 abitanti, destinati a garantire le prestazioni di primo livello, quali medicina interna, chirurgia generale, ortopedia, anestesia e pronto soccorso;
- Ospedali di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, dotati di reparti di emergenza e specialità intermedie (cardiologia con UTIC, neurologia, ostetricia e ginecologia, pediatria, psichiatria, terapia intensiva);
- Ospedali di II livello, con bacino di utenza di almeno 600.000 abitanti, deputati alla gestione delle emergenze e delle patologie di alta complessità, come neurochirurgia, cardiochirurgia, chirurgia toracica, grandi traumi e oncologia complessa.

Questa strutturazione a rete consentiva di differenziare i livelli di assistenza, garantendo da un lato la prossimità dei servizi di base e dall'altro la concentrazione delle alte specialità in centri di riferimento in grado di assicurare volumi di attività adeguati e, quindi, maggiore sicurezza ed efficacia clinica.

Il decreto sottolineava infatti il principio, consolidato nella letteratura scientifica, secondo cui "*la qualità delle cure è direttamente proporzionale all'esperienza e al volume di attività delle strutture sanitarie"*.

Il criterio del volume minimo di attività divenne così un parametro centrale per il mantenimento dell'accreditamento delle unità operative, con l'obiettivo di evitare la dispersione delle competenze e migliorare gli esiti clinici.

Vennero inoltre introdotti indicatori di performance e outcome, volti a monitorare la qualità dei processi assistenziali e l'efficienza delle strutture.

Altro elemento innovativo del D.M. 70 fu la definizione delle reti tempo-dipendenti, ossia dei percorsi clinico-assistenziali per la gestione delle urgenze maggiori, come:

- la rete per l'infarto miocardico acuto (IMA),
- la rete per l'ictus cerebrale acuto,
- la rete per il trauma maggiore,
- la rete per le emergenze ostetriche e neonatali.

Queste reti prevedevano un modello "hub and spoke", in cui gli ospedali più grandi e specializzati (hub) garantivano la gestione delle emergenze più complesse, mentre le strutture periferiche (spoke) assicuravano la stabilizzazione e il trasferimento dei pazienti secondo protocolli condivisi.

In tal modo, si perseguiva un duplice obiettivo: migliorare la qualità e la tempestività delle cure e, contemporaneamente, ottimizzare l'uso delle risorse, evitando la frammentazione dei servizi di emergenza-urgenza.

Il D.M. 70/2015 intervenne anche sulla governance dei piccoli ospedali, prevedendo la loro riconversione funzionale in strutture di riabilitazione, lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali (RSA), al fine di garantire continuità assistenziale e ridurre i ricoveri inappropriati.

Questa scelta, pur generando in alcuni territori un acceso dibattito politico e sociale, fu coerente con la progressiva transizione verso un modello di sanità territoriale e di prossimità, in cui l'ospedale rappresentava soltanto una delle componenti del percorso di cura.

Dal punto di vista attuativo, il decreto impose alle Regioni di adottare Piani di riorganizzazione della rete ospedaliera coerenti con gli standard nazionali, sottoponendoli alla validazione del Ministero della Salute e del MEF.

Le Regioni in piano di rientro furono vincolate a rispettare con particolare rigore i parametri di

efficienza, pena la sospensione dei trasferimenti statali.
In questo modo, il D.M. 70 divenne anche un meccanismo di responsabilizzazione finanziaria e gestionale dei Servizi Sanitari Regionali.
Tuttavia, non mancarono critiche e difficoltà applicative.
In molte realtà locali, la chiusura o la riconversione di presidi ospedalieri minori fu percepita come una perdita di sicurezza e di accessibilità, soprattutto nelle aree rurali e montane.
Al contempo, la riduzione dei posti letto e la concentrazione dei servizi specializzati provocarono un aumento della pressione sui grandi ospedali, con tempi di attesa più lunghi e un sovraccarico del personale sanitario.
Nonostante ciò, dal punto di vista sistemico, il D.M. 70/2015 rappresentò una tappa imprescindibile nel percorso di razionalizzazione della sanità italiana, ponendo le basi per una rete ospedaliera moderna, sicura e sostenibile.
Il decreto costituì inoltre il fondamento tecnico-organizzativo su cui si sarebbe successivamente innestata la riforma dell'assistenza territoriale introdotta con il D.M. 77/2022, destinata a ridefinire il ruolo delle strutture di prossimità (Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali) e a completare la trasformazione del Servizio Sanitario Nazionale verso un modello integrato e orientato alla persona.

2.7 Il Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77: il nuovo modello di assistenza territoriale e la sanità di prossimità

A partire dal 2020, la pandemia di Covid-19 ha messo a nudo una fragilità strutturale del Servizio Sanitario Nazionale che, sebbene nota da tempo, non era mai stata affrontata in modo organico: la debolezza dell'assistenza territoriale. L'Italia, come molti Paesi europei, ha affrontato l'emergenza sanitaria con una rete ospedaliera sotto pressione e con un territorio non sufficientemente strutturato per garantire la presa in carico precoce e continuativa dei pazienti fragili, cronici e non autosufficienti. La gestione domiciliare, la prevenzione e la medicina di comunità hanno mostrato difficoltà significative, determinate dalla frammentazione dei servizi, dalla carenza di integrazione tra sanitario e sociale e dalla scarsità di figure professionali dedicate.
La pandemia ha dunque accelerato un percorso di riflessione già avviato negli anni precedenti, aprendo la strada alla necessità di un modello assistenziale maggiormente orientato alla prossimità, alla continuità e alla multidisciplinarietà. Nel frattempo, nell'ambito delle politiche europee di ripresa e resilienza, l'Italia ha elaborato il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che dedica un'intera missione—la Missione 6 "Salute"—al rafforzamento dell'assistenza territoriale, con investimenti senza precedenti e con l'obiettivo di ridurre le profonde disuguaglianze regionali nell'accesso alle cure.

In questo contesto si colloca il **Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77**, emanato sotto la guida del Ministro della Salute Roberto Speranza. Il provvedimento definisce modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale e rappresenta una delle riforme più organiche degli ultimi decenni, ponendo le basi per una trasformazione sistemica del SSN. Il decreto si propone di superare definitivamente la logica ospedalocentrica, restituendo centralità alla medicina di comunità e orientando l'intero sistema verso la prossimità e la continuità della cura.

Il fulcro del nuovo modello è rappresentato dalla **Casa della Comunità**, luogo fisico e simbolico dell'assistenza territoriale. Essa integra in un unico presidio i servizi sanitari, sociosanitari e sociali, offrendo un punto di accesso unico per la popolazione e favorendo la presa in carico integrata, globale e continuativa. Qui operano équipe multiprofessionali composte da medici di medicina generale, infermieri di famiglia e comunità, assistenti sociali, psicologi e altri professionisti. La Casa della Comunità è pensata per essere un presidio aperto, radicato nel territorio, capace di intercettare i bisogni di salute in modo tempestivo e di evitare l'ospedalizzazione impropria.

Accanto ad essa il decreto introduce l'**Ospedale di Comunità**, struttura intermedia dedicata a persone che non necessitano di ricovero per acuti, ma che richiedono assistenza clinica a bassa intensità, sorveglianza sanitaria e supporto infermieristico continuativo. Questo livello assistenziale si inserisce tra il domicilio e l'ospedale, offrendo una soluzione flessibile che favorisce il recupero dell'autonomia e previene le riospedalizzazioni, soprattutto per i pazienti anziani e fragili.

Un ruolo cruciale di coordinamento è affidato alla **Centrale Operativa Territoriale (COT)**, che connette tra loro Case della Comunità, Ospedali di Comunità, assistenza domiciliare e strutture ospedaliere. La COT garantisce la continuità assistenziale, monitora i percorsi di cura e assicura un governo clinico efficace, soprattutto nei confronti dei pazienti complessi e affetti da pluripatologie. Il suo compito è assicurare che il percorso di ogni cittadino sia tracciato, monitorato e accompagnato senza interruzioni.

Il decreto valorizza inoltre lo sviluppo dell'assistenza domiciliare, con l'obiettivo di raggiungere entro il 2026 almeno il 10% della popolazione over 65, e attribuisce un ruolo strategico alla **telemedicina** e agli strumenti digitali, elementi indispensabili per costruire un sistema veramente integrato. La figura dell'**infermiere di famiglia e comunità** diventa un attore fondamentale nella presa in carico territoriale, nella prevenzione, nell'educazione alla salute e nel coordinamento dei piani assistenziali individuali.A livello istituzionale, il D.M. 77 ridefinisce il concetto di governance sanitaria: non più frammentata tra servizi e professioni, ma organizzata secondo criteri di rete, di responsabilità condivisa e di monitoraggio continuo degli esiti. Le Aziende Sanitarie Locali assumono un ruolo di regia nella pianificazione e nella valutazione delle attività territoriali, mentre le Regioni devono garantire la piena aderenza agli standard nazionali.

Il D.M. 77/2022 si inserisce in un percorso di continuità con il D.M. 70/2015, che aveva ridisegnato la rete ospedaliera e razionalizzato il sistema dell'assistenza per acuti. Se quest'ultimo ha gettato le basi per un sistema più efficiente e sicuro dal punto di vista ospedaliero, il decreto del 2022 completa la visione spostando l'attenzione sul territorio, sulla prevenzione e sulla gestione integrata delle cronicità. I due decreti, insieme, disegnano un Servizio Sanitario Nazionale più moderno, capillare e orientato alla persona, in cui l'ospedale non rappresenta più il centro esclusivo della cura, ma una componente integrata di una rete molto più ampia.

L'importanza strategica e di approccio della normativa italiana per queste ultime due leggi elencate, saranno spiegate nel dettaglio nel capitolo 4: la vera trasformazione dall'approccio "ospedale –centrico" a territorio-centrico" hanno visto l'inizio e la struttura principale in queste due leggi che possiamo considerare come le basi normative principali della riorganizzazione dei piccoli, medi e grandi plessi ospedalieri e dei distretti italiani.

CAPITOLO 3 - L'EVOLUZIONE NORMATIVA REGIONALE E LA TRASFORMAZIONE DELL'OSPEDALE DI RECANATI

L'analisi della trasformazione dell'ospedale di Recanati e, più in generale, dell'evoluzione dell'organizzazione sanitaria nelle Marche, non può che prendere avvio dagli anni Novanta. È infatti in questo decennio che si compie il passaggio decisivo dal modello ospedaliero tradizionale, basato su una rete capillare di piccoli presidi generalisti, a un sistema progressivamente più razionale, programmato e orientato a criteri di efficienza, appropriatezza e sostenibilità economica.
Prima di questo periodo, la Regione Marche – come gran parte delle regioni italiane – ereditava un assetto ospedaliero plasmato dal contesto pre-riforma del 1978: una rete policentrica di ospedali medio-piccoli, nati per garantire prossimità territoriale ma spesso privi dei volumi, delle tecnologie e delle risorse necessarie per offrire prestazioni complesse o per garantire standard di sicurezza adeguati. Nella fase precedente, inoltre, il ruolo programmatorio delle Regioni era limitato e non disponeva di strumenti di governance con la capacità di intervenire in modo incisivo sulla rete ospedaliera.
Il punto di svolta giunge con la stagione delle riforme nazionali del 1992–1993 (D.Lgs. 502/1992 e 517/1993), che introducono l'aziendalizzazione del Servizio Sanitario, l'autonomia gestionale delle aziende sanitarie e una chiara ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni. Da quel momento la programmazione sanitaria diventa una responsabilità pienamente regionale e le Marche devono ripensare la propria rete ospedaliera alla luce di criteri di appropriatezza, volumi di attività e sostenibilità economica.
Per una regione caratterizzata da una geografia policentrica e da una fitta trama di ospedali territoriali come Recanati, Camerino, Cingoli, San Severino, Loreto, Chiaravalle e Tolentino, questi cambiamenti assumono un peso decisivo. Gli anni Novanta segnano l'avvio di una nuova governance sanitaria, con l'istituzione delle **Zone Territoriali**, il rafforzamento del Distretto e le prime misure di razionalizzazione che coinvolgono in modo diretto gli ospedali minori. È proprio in questo contesto che l'ospedale di Recanati inizia a subire i primi cambiamenti strutturali, preludio del suo futuro percorso di riconversione.

Partire dagli anni Novanta, dunque, non è una scelta arbitraria ma una necessità metodologica: è in questo decennio che si formano le condizioni normative e organizzative che determineranno la progressiva trasformazione dell'ospedale di Recanati, fino alla sua definizione attuale come **Ospedale di Comunità**. Comprendere queste radici è indispensabile per interpretare correttamente le decisioni regionali dei decenni successivi, dall'istituzione dell'Area Vasta all'applicazione del D.M. 70/2015, fino al recepimento del D.M. 77/2022.

3.1 Gli anni '90: aziendalizzazione, Zone Territoriali e primi segnali di riconversione degli ospedali minori

L'inizio degli anni Novanta rappresenta un passaggio cruciale per l'intero sistema sanitario italiano e, di riflesso, per la Regione Marche e per il futuro dell'ospedale di Recanati. La stagione delle riforme inaugurata con il **Decreto Legislativo 502/1992**, poi integrata dal **517/1993**, avvia un processo di profonda trasformazione che incide contemporaneamente su tre dimensioni fondamentali: la governance, la programmazione e la gestione operativa dei servizi sanitari. Si tratta di un cambio di paradigma che pone fine al modello universalistico centralizzato della Legge 833/1978 e introduce una nuova visione fondata sull'efficienza, sulla sostenibilità economica e sulla responsabilizzazione delle Regioni.

Queste innovazioni, pur elaborate a livello nazionale, ebbero nelle Marche un impatto particolarmente significativo a causa della loro struttura sanitaria storica. La regione si caratterizzava infatti per una **rete ospedaliera fortemente diffusa**, costruita negli anni del dopoguerra secondo una logica di prossimità e radicamento territoriale. Piccoli ospedali — spesso con meno di 70 posti letto — erano presenti in molti centri di medie e piccole dimensioni e costituivano un punto di riferimento sociale e identitario, oltre che sanitario. Recanati rientrava pienamente in questa tipologia: un presidio cittadino nato sulla tradizione dell'assistenza locale, con un'offerta clinica generalista, ma privo delle caratteristiche organizzative richieste dal modello emergente.

L'aziendalizzazione imponeva infatti la costruzione di un sistema più razionale, con gerarchie funzionali chiare e strutture capaci di garantire servizi complessi con continuità assistenziale. La presenza di personale medico h24, di tecnologie adeguate e di volumi di attività sufficienti divenne un criterio imprescindibile per la sopravvivenza dei reparti ospedalieri. Non era più possibile mantenere, in presidi di piccole dimensioni, una gamma estesa di specialità con ridotti numeri di accessi, bassi livelli di complessità e costi elevati per posto letto.

Per tradurre questi nuovi criteri in pratica, la Regione Marche avviò una **profonda riorganizzazione amministrativa**. A partire dalla metà degli anni Novanta, attraverso una serie di atti programmatori e delibere interne, vennero create le **Zone Territoriali**: articolazioni gestionali

intermedie concepite per integrare ospedali, distretti sanitari e servizi territoriali sotto un'unica direzione, superando la frammentazione che aveva caratterizzato il sistema fino a quel momento. Le Zone Territoriali non furono istituite da una legge regionale specifica, ma rappresentarono una scelta organizzativa strategica finalizzata a recepire in modo efficace la riforma nazionale.

L'ospedale di Recanati fu inserito nella **Zona Territoriale 13**, insieme ai comuni del bacino recanatese e potentino. Questa nuova collocazione comportò un cambiamento profondo: il presidio non venne più considerato come entità autonoma, ma come parte di un sistema più ampio, in cui i vari ospedali e i servizi territoriali assumevano ruoli differenziati e complementari. In questa nuova logica di rete, le strutture più grandi (come Macerata o Civitanova Marche) concentravano le attività per acuti, mentre i presidi minori erano destinati progressivamente ad attività a minore intensità o di supporto territoriale.

A Recanati, i primi effetti concreti di questa trasformazione iniziarono a manifestarsi già nella seconda metà del decennio. L'organizzazione dei reparti iniziò a essere rivista: alcune attività per acuti mostrarono una graduale contrazione; alcuni servizi diagnostici, un tempo autosufficienti, vennero ridimensionati o integrati con quelli dei presidi vicini; la capacità di ricovero diminuì progressivamente, sia per scelta programmatoria sia per difficoltà legate alla dotazione organica. Si delineò così un lento ma continuo spostamento del baricentro funzionale dell'ospedale, che iniziò a orientarsi verso attività meno complesse ma più coerenti con le sue possibilità: ambulatori, diagnostica di base, riabilitazione e servizi territoriali.

Questa evoluzione fu alimentata anche dalle difficoltà economiche che caratterizzarono quegli anni. L'intero sistema sanitario italiano, e con esso le Regioni, era chiamato a contenere la spesa pubblica e a ridurre disavanzi crescenti. Le Marche non facevano eccezione. Di fronte alla necessità di ottimizzare risorse, personale e tecnologie, la scelta di concentrare l'attività ospedaliera complessa in pochi presidi maggiori apparve inevitabile. I piccoli ospedali, pur ricchi di valore storico e simbolico, non potevano più sostenere un modello generalista.

Fu dunque negli anni Novanta che prese forma la **prima fase della riconversione dell'ospedale di Recanati**. Non ancora una trasformazione formale, né un cambiamento visibile alla cittadinanza, ma un lento riassetto organizzativo che modificò progressivamente identità e funzioni del presidio.

3.2. La programmazione sanitaria regionale pre-2000: le Marche nella fase di transizione post-aziendalizzazione

La seconda metà degli anni Novanta rappresenta per la Regione Marche una fase di profonda trasformazione, strettamente connessa al mutamento nazionale avviato dopo l'aziendalizzazione del Servizio Sanitario introdotta dal D.Lgs. 502/1992 e dal successivo D.Lgs. 517/1993. Le Regioni si trovano, infatti, improvvisamente investite di responsabilità nuove e più ampie: non si tratta più soltanto di gestire la spesa e coordinare gli enti periferici, ma di definire una vera e propria architettura del sistema sanitario regionale, intervenendo sulla rete ospedaliera, sul territorio e sui processi decisionali delle Aziende Locali.

Questo cambiamento istituzionale ha un impatto profondo anche nelle Marche, dove il sistema sanitario era tradizionalmente strutturato come una fitta costellazione di piccoli e medi ospedali, spesso sorti negli anni Sessanta e Settanta come presidi comunali o ex enti morali, distribuiti capillarmente sul territorio regionale. L'ospedale di Recanati è uno degli esempi più emblematici di questo modello policentrico, fondato sulla logica della prossimità e dell'accessibilità immediata, ma non su criteri di standardizzazione, efficienza o complessità clinica.

In questo contesto, la Regione inizia a dotarsi di strumenti di programmazione sanitaria che, sebbene ancora poco formalizzati rispetto ai Piani che caratterizzeranno gli anni successivi, svolgono un ruolo fondamentale nell'avviare la riflessione sulla riorganizzazione complessiva del sistema. È importante sottolineare che i Piani Sanitari Regionali del periodo 1994–1999 non sono oggi facilmente reperibili in formato digitale e non risultano archiviati nei portali istituzionali con la stessa chiarezza dei PSSR approvati dal 2000 in avanti.

Tale assenza non va interpretata come una mancanza di programmazione, bensì come il risultato di una fase storica in cui gli strumenti regionali erano ancora in via di consolidamento. La stessa Regione Marche, nel *Piano Sanitario Regionale 2003–2005*, fa esplicito riferimento all'esistenza di un *"II Piano Sanitario Regionale (1998–2000)"*, segno evidente del fatto che già in questo periodo erano stati elaborati documenti programmatori organici, utilizzati per orientare le scelte dei servizi sanitari (Regione Marche, PSR 2003–2005).

A definire in modo chiaro e giuridicamente vincolante la procedura di adozione del Piano è la **Legge Regionale 17 luglio 1996, n. 26**, che disciplina la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale, stabilendo che il Piano debba essere proposto dalla Giunta e approvato dal Consiglio. La legge indica che il PSSR deve definire i modelli organizzativi dei servizi, la rete territoriale, gli obiettivi di salute e i criteri di finanziamento del sistema. Si tratta del primo quadro normativo regionale organico che introduce la programmazione come attività strutturata e ciclica, rendendo il periodo 1996–1999 un vero periodo di incubazione della successiva riorganizzazione.

Le linee guida dei Piani pre-2000, pur nella loro minor formalizzazione, sono ricostruibili attraverso i documenti successivi e le politiche attuate negli anni immediatamente seguenti. La Regione prende atto, già in questi anni, della forte frammentazione della rete ospedaliera e della difficoltà, per molti presidi di piccole dimensioni, di garantire gli standard di sicurezza clinica imposti dalle nuove normative nazionali. L'ospedale di Recanati, come molti altri presidi analoghi (Loreto, Cingoli, San Severino, Chiaravalle), presenta volumi di attività e dotazioni che non sono più compatibili con il modello clinico-organizzativo emergente.

La programmazione regionale pre-2000 introduce così un principio destinato a diventare centrale negli anni successivi: **la rete ospedaliera deve essere ripensata non come una somma di**

strutture autonome e autosufficienti, ma come un sistema integrato, in cui ogni presidio svolge un ruolo specifico e differenziato in base alle proprie caratteristiche organizzative e tecnologiche. Questa logica, che sarà poi formalizzata nei PSSR del nuovo millennio e nei successivi atti di riforma, trova proprio negli anni Novanta il suo avvio concettuale.

Parallelamente, comincia a emergere un'idea nuova della sanità territoriale: il Distretto sanitario non è più semplicemente un luogo amministrativo, ma diventa il cardine della continuità assistenziale, della gestione della cronicità e della risposta ai bisogni sociosanitari della popolazione. Si tratta di una trasformazione culturale rilevante, perché introduce una visione dell'assistenza fondata non solo sull'ospedale, ma sulla presa in carico complessiva del cittadino. Questa prospettiva avrà un impatto decisivo sugli ospedali minori, che verranno progressivamente orientati verso funzioni meno legate all'acuzie e maggiormente integrate con il territorio.

L'insieme di queste scelte, anche se espresse in forma meno strutturata rispetto ai Piani successivi, segna un punto di svolta per la Regione Marche. I Piani Sanitari Regionali della seconda metà degli anni Novanta non determinano chiusure né riconversioni formali, ma introducono, per la prima volta, una visione sistemica della rete ospedaliera e territoriale. Essi rappresentano quindi la base concettuale su cui verranno costruite le strategie dei primi anni Duemila, culminate nel progressivo ridimensionamento degli ospedali minori e nella definizione del futuro ruolo territoriale dell'ospedale di Recanati.

In questo senso, i Piani pre-2000 non sono solo un passaggio tecnico, ma un momento di svolta culturale: preparano il terreno a una trasformazione che, nei decenni successivi, ridisegnerà in profondità l'intero sistema sanitario regionale e inaugurerà la fase delle strutture integrate di territorio, fino ai più recenti modelli di Ospedale di Comunità.

3.3 La programmazione sanitaria regionale dal 2000 al 2015: un percorso di transizione verso la razionalizzazione della rete

Con l'inizio degli anni Duemila la Regione Marche entra in una fase del tutto nuova della propria storia sanitaria. Gli anni Novanta erano stati segnati dal passaggio al modello aziendale, dalla riorganizzazione amministrativa, dall'istituzione delle Zone Territoriali e dall'impostazione di una programmazione ancora in larga parte sperimentale. Il nuovo millennio, invece, apre la stagione della pianificazione strutturata e dell'evoluzione progressiva della rete di servizi, condotta attraverso documenti ufficiali, indirizzi tecnici e scelte politiche che culmineranno, nel 2015, nell'applicazione degli standard nazionali previsti dal D.M. 70.

L'approvazione del Piano Sanitario Regionale 1998–2000, con Legge Regionale 34/1998, segna il primo passo verso una programmazione matura. Questo documento non introduce ancora scelte drastiche, ma pone le basi per un ripensamento complessivo del sistema, soprattutto rispetto alla rete ospedaliera, che per molti decenni aveva mantenuto una struttura policentrica e poco differenziata. La Regione inizia a sostenere la necessità di una maggior integrazione tra presidio ospedaliero e territorio, riconoscendo che la diffusione capillare degli ospedali comunali, spesso nati nella seconda metà del Novecento, non corrisponde più ai bisogni emergenti della popolazione, né ai requisiti di sicurezza imposti dalle normative nazionali.

La vera svolta concettuale si afferma con il Piano Sanitario Regionale 2003–2006, approvato dal Consiglio Regionale nel 2003. Questo documento rappresenta un cambio di paradigma: la Regione prende atto che la molteplicità dei presidi per acuti, molti dei quali di piccole dimensioni, comporta duplicazioni, difficoltà nel mantenere volumi minimi adeguati e problemi di sicurezza. L'impostazione del Piano è per molti aspetti innovativa: si riconosce formalmente la necessità di differenziare la rete ospedaliera in funzione dell'intensità di cura e del livello di complessità clinica, superando il modello dell'ospedale generalista diffuso sul territorio.

È in questa fase che gli ospedali minori, tra cui il presidio di Recanati, iniziano a essere considerati in modo diverso. Non vengono ancora chiusi né riconvertiti ufficialmente, ma vengono posti in una fascia funzionale più bassa, in cui l'erogazione di attività acute complesse non è più prevista come sostenibile nel lungo periodo. Si avvia così un lento ma progressivo spostamento delle attività verso ambiti di bassa intensità, riabilitazione, continuità assistenziale e servizi distrettuali. Le scelte non sono improvvise, ma rappresentano gli effetti logici di criteri tecnici introdotti a livello nazionale — come la necessità di garantire volumi minimi annui per i reparti chirurgici e medici — e di una crescente attenzione alla sicurezza di pazienti e operatori.

Il successivo Piano Sanitario Regionale 2007–2009, approvato con Deliberazione Amministrativa 62/2007, consolida il percorso iniziato nel triennio precedente. La novità più rilevante è

l'istituzione delle **Aree Vaste**, articolazioni organizzative sovra zonali incaricate di coordinare i presidi e i servizi in un'ottica di rete. Le Aree Vaste consentono di superare definitivamente l'idea di una programmazione ospedale per ospedale: l'intero sistema viene letto in una dimensione macro-territoriale, in cui la distribuzione delle funzioni non dipende più dalla storia del singolo presidio, ma dalla capacità della rete complessiva di garantire percorsi clinici efficaci, sicurezza, efficienza e sostenibilità economica.

L'Area Vasta 3 — alla quale afferisce Recanati — assume in questo modo il ruolo di regista territoriale, responsabile non soltanto della gestione operativa delle strutture, ma anche dell'allocazione delle funzioni, della razionalizzazione delle risorse e della concentrazione dell'attività per acuti nei presidi più attrezzati. In questo quadro, l'ospedale di Recanati consolida la sua progressiva trasformazione: i reparti per acuti vengono gradualmente riorganizzati o accorpati altrove, mentre si rafforzano funzioni ambulatoriali, diagnostiche, riabilitative e territoriali, coerenti con il suo ruolo nella nuova gerarchia della rete.

Il passaggio successivo avviene con il Piano Socio-Sanitario Regionale 2012–2014, approvato nel dicembre 2011. Questo documento nasce in un contesto profondamente mutato: l'Italia è reduce dalla crisi economica globale del 2008, i vincoli di bilancio sono diventati più stringenti, e l'intero Servizio Sanitario Nazionale è chiamato a ridurre sprechi, migliorare l'efficienza e razionalizzare l'offerta. Il PSSR 2012–2014 riflette questa nuova fase con un'enfasi particolare su appropriatezza, sostenibilità e controllo dei volumi. La Regione introduce verifiche più stringenti sulle attività ospedaliere, riduce i posti letto in coerenza con gli standard nazionali e promuove l'integrazione socio-sanitaria come strumento essenziale per affrontare l'invecchiamento demografico e la crescente prevalenza delle patologie cronico-degenerative.

Per gli ospedali minori, questo Piano segna un ulteriore punto di non ritorno. Non si tratta più soltanto di orientare la rete verso la differenziazione, ma di intervenire in modo diretto per garantire che le attività residue siano coerenti con i criteri di sicurezza e con la sostenibilità del sistema. L'ospedale di Recanati si colloca ormai stabilmente nella fascia delle strutture destinate alla continuità assistenziale e ai servizi territoriali, anticipando molti degli elementi che caratterizzeranno le riforme degli anni successivi.

L'intero periodo 2000–2015 può dunque essere letto come un percorso coerente, anche se non sempre lineare. La programmazione regionale, pur non articolata in piani triennali consecutivi per ogni periodo, segue un'evoluzione chiara: dalla prima consapevolezza della necessità di ripensare la rete, alla definizione delle Aree Vaste, fino al consolidamento del ruolo del territorio e alla progressiva riduzione della frammentazione ospedaliera.

Quando nel 2015 entrerà in vigore il D.M. 70, la Regione Marche avrà già compiuto la maggior parte della riflessione necessaria. La rete ospedaliera regionale risulterà infatti già orientata verso i principi che il decreto ministeriale renderà obbligatori a livello nazionale: sicurezza, appropriatezza, standard minimi di attività, centralizzazione della complessità e riconversione dei presidi minori.

In questo scenario, l'ospedale di Recanati rappresenta un caso paradigmatico: la sua trasformazione non è il risultato improvviso di un atto normativo, ma la conseguenza di oltre quindici anni di programmazione, analisi, scelte strategiche e orientamento progressivo delle funzioni. La sua identità di presidio territoriale, oggi pienamente riconosciuta, nasce infatti da questo lungo processo evolutivo, che ha coniugato esigenze cliniche, vincoli economici, sicurezza del paziente ed equità nell'accesso ai servizi.

3.4 L'impatto del D.M. 70/2015 sulla rete ospedaliera marchigiana: dalla razionalizzazione alla trasformazione dei presidi territoriali

L'emanazione del Decreto Ministeriale 70 del 2015 segna uno dei momenti più rilevanti nella storia recente del Servizio Sanitario Nazionale. Questo provvedimento, dedicato alla definizione degli standard qualitativi, strutturali e quantitativi dell'assistenza ospedaliera, introduce un cambiamento profondo nel modo in cui le Regioni italiane devono concepire, organizzare e distribuire la propria rete di presidi ospedalieri. Per la Regione Marche, il D.M. 70 rappresenta una svolta normativa, ma anche il punto di arrivo di un processo già avviato da oltre un decennio. La progressiva riduzione delle duplicazioni, la ridefinizione del ruolo degli ospedali minori, la necessità crescente di garantire livelli adeguati di sicurezza e continuità assistenziale, avevano già preparato il terreno per una revisione organica dell'intero sistema.

Il decreto nasce in un contesto complesso, in cui la sostenibilità economica e l'efficienza organizzativa diventano temi centrali nel dibattito pubblico. La lunga crisi finanziaria del 2008, le limitazioni al turn-over del personale, l'aumento dei costi tecnologici e dei farmaci innovativi, e la necessità di garantire percorsi assistenziali moderni e sicuri, avevano evidenziato con estrema chiarezza i limiti della rete ospedaliera tradizionale, caratterizzata da un numero elevato di presidi, spesso di piccole dimensioni e con volumi di attività insufficienti. La medicina contemporanea richiede infatti non soltanto tecnologie avanzate, ma anche un'organizzazione complessa, équipe dedicate, competenze multidisciplinari e una casistica annuale minima in grado di mantenere gli standard di sicurezza per pazienti e operatori.

Il D.M. 70 interviene proprio su questi aspetti, stabilendo criteri vincolanti che obbligano le Regioni a superare il modello policentrico ereditato dal Novecento. Il decreto impone una rete ospedaliera strutturata per livelli e definisce requisiti precisi di personale, dotazione tecnologica,

volumi di attività e capacità di gestione delle emergenze. Non si tratta semplicemente di un documento tecnico, ma di una vera e propria ridefinizione concettuale dell'ospedale, che da struttura generalista diffusa sul territorio diventa nodo di una rete differenziata, specializzata e organizzata per intensità di cura.

Per la Regione Marche, questi standard si inseriscono in un quadro in cui la razionalizzazione della rete era già stata avviata con i Piani Sanitari degli anni precedenti. A partire dal 2003 il sistema regionale aveva iniziato a distinguere in modo sempre più netto i presidi capaci di garantire attività complesse da quelli destinati a funzioni meno tecniche. Il successivo Piano 2007–2009, con l'introduzione delle Aree Vaste, aveva inoltre avviato un modello di governance che superava l'attenzione al singolo presidio a favore di una visione macro-territoriale. Le scelte del periodo 2012–2014, condizionate dalla crisi economica globale, avevano ulteriormente spinto verso il controllo dei volumi, l'appropriatezza e la riduzione degli sprechi.

Il D.M. 70 accelera dunque un processo già in corso, trasformandolo da indirizzo strategico a obbligo normativo. La Regione Marche, recependo il decreto, avvia una verifica puntuale dei requisiti di ciascun presidio, riorganizza i percorsi clinico-assistenziali e ridisegna la rete secondo criteri omogenei e vincolanti. In questo nuovo assetto vengono individuati pochi ospedali in grado di svolgere funzioni complesse e garantire un'attività chirurgica adeguata, mentre la maggior parte dei presidi di dimensioni ridotte — tra cui Recanati — vede riconfigurato il proprio ruolo, non più centrato sulla gestione dell'acuzie, ma su funzioni territoriali, riabilitative e di supporto ai percorsi della cronicità.

È proprio in questa fase che il concetto di riconversione acquista una chiarezza nuova. Non si tratta più di una scelta locale o di un orientamento politico contingente, ma di un processo richiesto da standard nazionali basati sulla sicurezza e sull'efficacia delle cure. Reparti con un numero limitato di interventi annui non sono in grado di mantenere livelli adeguati di competenza; piccoli Pronto Soccorso non dispongono del personale necessario a garantire la gestione delle emergenze tempo-dipendenti; ospedali con casistiche ridotte rischiano di non offrire ai cittadini prestazioni sicure e aggiornate. Da qui deriva l'esigenza di concentrare la complessità in poche sedi e, allo stesso tempo, rafforzare la rete territoriale per garantire risposte appropriate ai bisogni non acuti.

Le conseguenze sul sistema dell'emergenza-urgenza sono profonde. Il decreto distingue chiaramente tra Pronto Soccorso, Punto di Primo Intervento e forme di assistenza non ospedaliera per i bisogni minori. Le Marche recepiscono questi principi differenziando in modo netto il ruolo dei presidi: mentre i DEA di I livello assumono la gestione delle emergenze complesse, le strutture periferiche vengono orientate verso attività a minor intensità e verso il governo dei bisogni non urgenti. L'ospedale di Recanati, in particolare, completa la sua transizione verso una funzione

territoriale, cessando progressivamente la gestione dell'acuzie in favore di servizi riabilitativi, ambulatoriali, diagnostici e di continuità assistenziale.

Questo processo, che per molti territori rappresenta un cambiamento identitario doloroso, trova tuttavia una solida giustificazione clinica e organizzativa. La concentrazione delle attività acute nei presidi più attrezzati non solo aumenta la sicurezza e riduce il rischio clinico, ma permette anche di razionalizzare le risorse professionali, evitando dispersioni e garantendo un uso più efficiente delle tecnologie e delle competenze specialistiche. Parallelamente, la riconversione dei presidi minori consente di costruire un territorio più forte, più articolato e più capace di rispondere alla crescente domanda di assistenza cronica e socio-sanitaria.

Il D.M. 70 non si limita a intervenire sull'ospedale: prepara anche il terreno alle successive riforme territoriali, culminate nel D.M. 77 del 2022. La riconversione degli ospedali minori, la riduzione dei ricoveri impropri, il potenziamento dei servizi distrettuali e la diffusione delle strutture intermedie rappresentano infatti anticipazioni concrete del modello che la riforma del 2022 renderà obbligatorio a livello nazionale. Anche in questo caso, Recanati diventa un esempio emblematico di una transizione iniziata ben prima dell'atto normativo definitivo, frutto di scelte effettuate nel corso di più di un decennio.

Nel complesso, l'impatto del D.M. 70 sulla rete ospedaliera marchigiana non può essere letto come un intervento isolato o improvviso. È il risultato di un lungo percorso di programmazione, di una crescente consapevolezza dei limiti dell'ospedale generalista e di una progressiva trasformazione dei bisogni sanitari della popolazione. La rete ospedaliera delle Marche, oggi più snella ma più specializzata, riflette un equilibrio nuovo tra sicurezza, appropriatezza e sostenibilità, nel quale i presidi territoriali assumono un ruolo centrale nella continuità assistenziale. L'esperienza di Recanati, in questo senso, rappresenta una delle espressioni più chiare del cambiamento: da ospedale tradizionale a struttura territoriale integrata, in linea con i modelli più moderni di sanità pubblica.

3.5 La transizione verso i nuovi modelli territoriali: la riforma del 2022 nella prospettiva marchigiana

Nel 2022 il sistema sanitario italiano avvia una nuova fase di trasformazione che coinvolge in modo significativo anche la Regione Marche. La pandemia da Covid-19 ha evidenziato con grande forza la necessità di rafforzare il territorio, di garantire una presa in carico continuativa e di integrare maggiormente le componenti sanitarie e sociosanitarie.

All'interno di questo scenario, la Regione Marche si trova in una posizione peculiare: da un lato dispone già di un sistema ospedaliero ampiamente razionalizzato dopo anni di applicazione degli

indirizzi programmatori e, soprattutto, del D.M. 70 del 2015; dall'altro mostra una rete territoriale ricca di esperienze ma eterogenea, frutto della progressiva riconversione degli ospedali minori e della necessità, non sempre soddisfatta, di rispondere ai bisogni di una popolazione sempre più anziana e distribuita in molti piccoli centri.

L'adozione del **D.M. 77 del 2022**, che ridisegna l'intera architettura dell'assistenza territoriale, rappresenta per la Regione una opportunità e allo stesso tempo un punto di svolta. Il decreto introduce modelli organizzativi nuovi — come le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e il rafforzamento dell'assistenza domiciliare — che consentono di superare definitivamente la frammentazione del territorio e di costruire un sistema più uniforme, accessibile e orientato alla prossimità. Per le Marche, caratterizzate da un territorio complesso e da un indice di vecchiaia tra i più elevati del Paese, questi strumenti diventano essenziali per garantire equità e continuità assistenziale.

Al tempo stesso, il nuovo modello territoriale trova un punto di raccordo naturale con la trasformazione della rete ospedaliera già avviata negli anni precedenti. Le strutture che, con l'applicazione del D.M. 70, avevano progressivamente abbandonato la funzione acuta, risultano ora collocate all'interno di un percorso normativo chiaro, che le valorizza come nodi territoriali essenziali della rete regionale. Presidi come Recanati, già riconvertiti negli anni precedenti, diventano quindi parte integrante dei nuovi assetti previsti dalla riforma del 2022.

La Regione Marche avvia dunque un processo di adeguamento e potenziamento dell'assistenza territoriale che prevede interventi organizzativi, strutturali e professionali. Tuttavia, l'aspetto più rilevante di questa fase riguarda il fatto che tali trasformazioni non sono isolate, ma si inseriscono in un quadro molto più ampio, definito non solo dal D.M. 77 ma anche dai finanziamenti straordinari del **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**, in particolare dalla **Missione 6 – Salute**, che destina risorse specifiche alla costruzione e riorganizzazione della rete territoriale.

Le Marche, come tutte le Regioni, sono chiamate a utilizzare queste risorse per creare una rete capillare di strutture territoriali moderne e integrate, capaci di garantire la presa in carico della cronicità, la gestione dei pazienti fragili e l'assistenza domiciliare in modo più efficiente. Il territorio marchigiano, con la sua configurazione collinare e la presenza di numerosi centri di medie e piccole dimensioni, rappresenta un contesto in cui la piena attuazione dei modelli previsti dal D.M. 77 e dal PNRR può realmente trasformare l'esperienza quotidiana di cura dei cittadini.

Tuttavia, per comprendere appieno la portata di queste trasformazioni e le loro conseguenze specifiche sulla rete regionale — e in particolare sull'evoluzione del presidio di Recanati — è

necessario approfondire i singoli provvedimenti, analizzarne la struttura normativa, gli standard richiesti e le modalità con cui la Regione Marche li sta implementando.

Per questo motivo, la trattazione dettagliata del **D.M. 70/2015**, del **D.M. 77/2022** e degli interventi previsti dalla **Missione 6 del PNRR** sarà oggetto del prossimo capitolo**,** interamente dedicato alla ricostruzione normativa e operativa del nuovo modello di assistenza, con un focus specifico sull'impatto che tali riforme hanno determinato sul territorio marchigiano e, in particolare, sul presidio di Recanati.

CAPITOLO 4 - LE LEGGI RIVOLUZIONARIE POST 2015: IL RITORNO DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO

4.1 – L'impostazione tecnica del D.M. 70/2015 e la ridefinizione nazionale della rete ospedaliera

Il **D.M. 2 aprile 2015, n. 70**, recante *"Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"*, rappresenta uno dei provvedimenti più significativi nella storia recente della sanità italiana. La sua portata è tanto tecnica quanto politica: per la prima volta il Ministero della Salute introduce un impianto regolatorio nazionale vincolante, articolato in parametri oggettivi, volto a uniformare l'offerta ospedaliera sul territorio italiano e a correggere la frammentazione delle reti locali.
La premessa culturale del decreto è esplicitata già nell'articolo 1, dove si afferma che esso mira a garantire *"uniformità, appropriatezza, sicurezza ed efficienza delle prestazioni ospedaliere sul territorio nazionale"*. Non si tratta dunque di un atto programmatico, ma di una **norma prescrittiva**, che obbliga le Regioni ad adeguarsi entro limiti quantitativi e strutturali precisi. La sua adozione risponde a criticità storiche del sistema italiano: un eccesso di ospedali di piccole dimensioni, volumi di attività insufficienti per garantire adeguati livelli di sicurezza, duplicazioni di reparti a bassa complessità e una disomogeneità territoriale che comprometteva l'equità e la qualità delle cure.

Per comprendere la struttura tecnica del D.M. 70 occorre considerare il contesto che lo precede. L'Italia ha costruito per decenni una rete ospedaliera estremamente capillare, spesso modellata più sulle esigenze politico-territoriali che su criteri epidemiologici o di sicurezza. Numerosi ospedali — soprattutto nelle aree interne — erano caratterizzati da bassi volumi di attività, carenze di personale, difficoltà nella copertura dei turni e dotazioni tecnologiche non aggiornate.
La letteratura clinica internazionale, già dagli anni Novanta, aveva dimostrato una correlazione robusta tra volumi di attività e esiti clinici: reparti che trattano pochi casi hanno una mortalità più alta, una maggiore incidenza di complicanze e un minor livello di esperienza professionale. Inoltre, la frammentazione dei servizi riduce la capacità di gestire efficacemente le emergenze tempo-dipendenti (infarti, ictus, traumi), che richiedono strutture complete e organizzate secondo

percorsi integrati.

Il D.M. 70 nasce quindi dall'esigenza di:

- ridurre la variabilità interregionale,
- aumentare la sicurezza delle cure,
- eliminare reparti sottodimensionati,
- concentrare la complessità nei centri attrezzati,
- migliorare la sostenibilità economica della rete ospedaliera.

Gli standard quantitativi: i posti letto come parametro di equilibrio del sistema

Uno dei cardini del decreto è la definizione della dotazione massima di posti letto che ogni Regione può mantenere. L'articolo 3 stabilisce un rapporto di:

3,7 posti letto ogni 1.000 abitanti, così articolati:

- **3,0 per acuti**
- **0,7 per riabilitazione e lungodegenza post-acuzie**

La definizione di questo valore non è casuale: deriva da confronti europei e da analisi sulla reale necessità di degenza ospedaliera alla luce dell'evoluzione epidemiologica (aumento delle cronicità, riduzione dei ricoveri evitabili, sviluppo della chirurgia ambulatoriale).

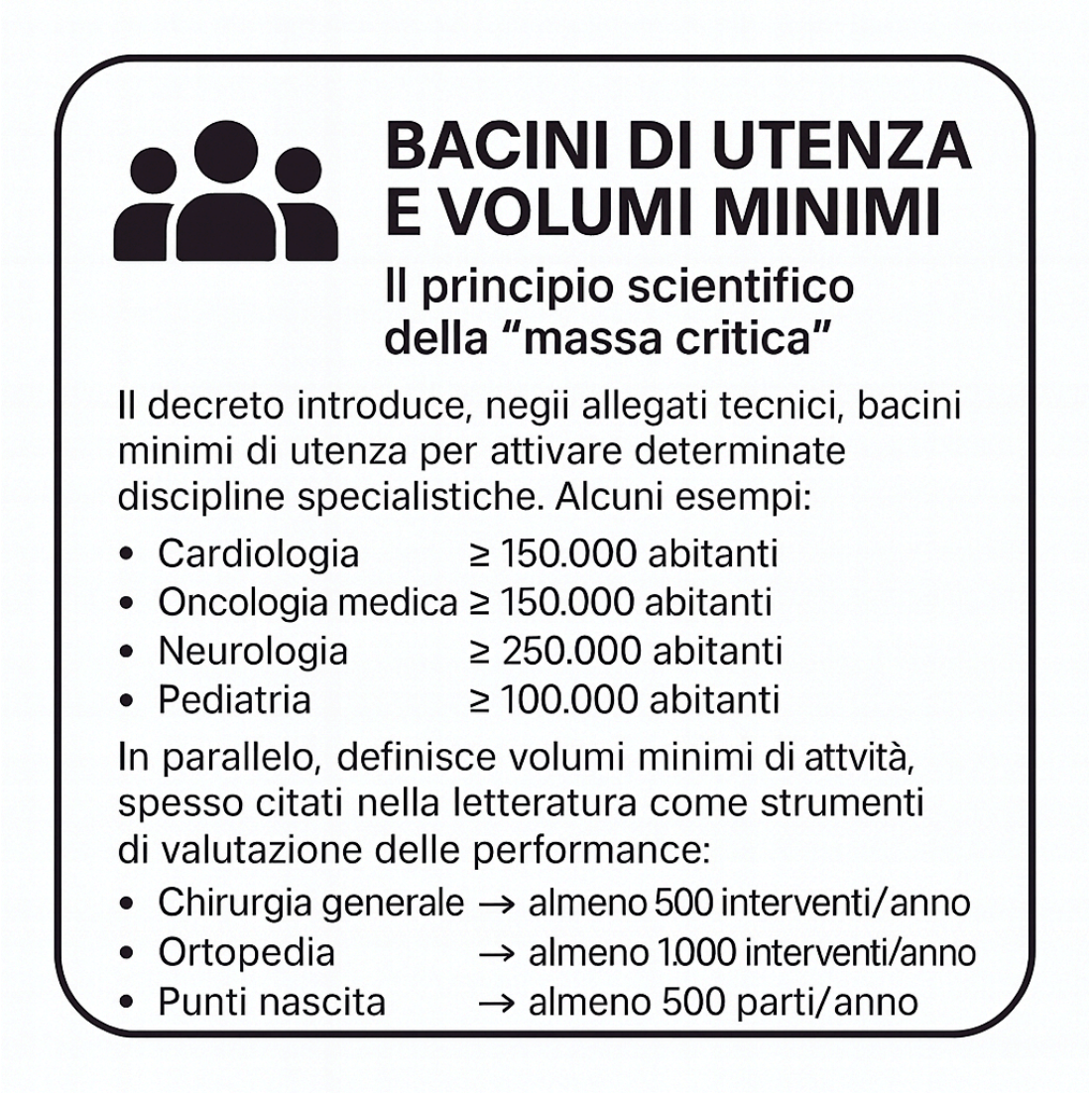
La conseguenza operativa è chiara: **gli ospedali italiani non possono più essere tanti e piccoli**, ma devono rispondere a criteri dimensionali adeguati per garantire qualità e sicurezza.

Nelle Marche, Regione caratterizzata da una pluralità di presidi di piccole e medie dimensioni, ciò ha comportato una significativa contrazione dei posti letto e una riconversione progressiva delle strutture periferiche.

La classificazione degli ospedali: Base, I livello, II livello

Il D.M. 70 ridefinisce la rete ospedaliera secondo un modello gerarchico basato sulla complessità clinica e sulla dotazione strutturale

Questa classificazione, messa in maniera schematica per essere più chiara e di facile impatto, rappresenta una vera rivoluzione culturale: **non tutti gli ospedali possono fare tutto**, e non tutti possono trattare emergenze ad alta complessità.



L’obiettivo è evitare che reparti scarsamente utilizzati continuino a funzionare in condizioni di insicurezza clinica.

Per la Regione Marche questo elemento è stato determinante: molti reparti di chirurgia, ortopedia e ostetricia periferici non raggiungevano tali soglie, rendendo inevitabile la loro riconversione o chiusura., per quanto riguarda la struttura recanatese, l’introduzione di questa legge ha sancito

anche la chiusura della chirurgia di ciclo breve in day hospital, accorpando personale medico ed infermieristico presso la struttura di Civitanova Marche

La rete dell'emergenza: requisiti tecnici e strutturali vincolanti

Il D.M. 70 stabilisce criteri molto precisi per l'attivazione e il mantenimento dei Pronto Soccorso e dei DEA.

Un ospedale non può dichiararsi sede di emergenza se non possiede:

- presenza **H24 di anestesista, radiologo e laboratorio**,
- capacità di attivare percorsi per le emergenze tempo-dipendenti,
- rianimazione con posti letto dedicati (per i DEA),
- diagnostica immediata (TAC, ecografia, radiologia H24).

Da qui deriva la soppressione o la riconversione dei Pronto Soccorso in vari presidi marchigiani, tra cui **Recanati**, che non era in grado di garantire gli standard strutturali e organizzativi richiesti.

Indicatori di efficienza e sostenibilità del sistema

Il decreto integra anche indicatori di performance, come:

- tasso di ospedalizzazione ≤ **160 ricoveri/1.000 ab.**
- occupazione posti letto **80–90%**
- degenza media ≤ **7 giorni**
- Day surgery + One day ≥ **45%**

Questi valori hanno stimolato la transizione verso modelli di assistenza a minore intensità, riducendo la dipendenza dai ricoveri ospedalieri e favorendo la chirurgia ambulatoriale.

L'Area Vasta 3 (Macerata), con la sua configurazione territoriale complessa e policentrica, ha subito un riassetto significativo a seguito dell'applicazione del D.M. 70.

Gli effetti principali sono stati:

- **Concentrazione delle attività chirurgiche e mediche** nei presidi di Macerata e Civitanova.
- **Accorpamento di servizi** tra Camerino e San Severino.
- **Ridimensionamento strutturale di Recanati**, progressivamente privato delle funzioni per acuti.
- **Riconversione dei presidi periferici** verso attività riabilitative, territoriali o intermedie.
- **Riduzione dei punti nascita** che non raggiungevano la soglia dei 500 parti che comportò la chiusura del punto nascita di Recanati che casualmente concluse il 2013 con 496 parti.
- **Ridefinizione dell'emergenza-urgenza**, con chiusura dei PS periferici attraverso la riconversione in Punto di Primo Intervento.

Recanati, in particolare, ha rappresentato un caso paradigmatico: un ospedale di dimensioni storicamente importanti ma non più adeguato ai requisiti tecnici richiesti dal decreto. Questo ha reso inevitabile la sua trasformazione in presidio territoriale, configurazione che troverà piena definizione solo con l'arrivo del D.M. 77/2022.

Il D.M. 70, nella sua impostazione tecnica, non è una riforma isolata ma la prima parte di un processo più ampio. Definendo cosa può essere considerato "ospedale" nel sistema sanitario moderno, ha lasciato aperto un interrogativo fondamentale: **chi si occupa della presa in carico territoriale quando l'ospedale si ritrae?**
La risposta arriverà solo nel 2022, con il D.M. 77, che completa la riforma avviata sette anni prima, definendo standard, modelli e requisiti della rete territoriale.

4.1.1 – La riorganizzazione del Punto di Primo Intervento di Recanati dopo il D.M. 70/2015: il ruolo dei POCT come leva di continuità operativa

L'applicazione del **D.M. 70/2015** ha portato fin da subito ad un problema che portò degli effetti immediati: la **chiusura del laboratorio analisi**: inizialmente limitata alle ore pomeridiane, notturne e festive, e successivamente estesa alla completa dismissione del servizio interno.

Tale chiusura ha rappresentato una criticità immediata per il PPI a cui la direzione sanitaria ha subito dovuto porre rimedio. Il laboratorio costituisce infatti un elemento essenziale della valutazione medica di urgenza; la sua assenza rischiava di compromettere la capacità del presidio di gestire efficacemente casi tempo-dipendenti, come dolore toracico, dispnea acuta, sospetta sepsi o eventi tromboembolici. Inoltre, l'allungamento dei tempi diagnostici – dovuto alla necessità di inviare i campioni ai laboratori centralizzati – rischiava di generare un aumento dei trasferimenti impropri verso il pronto soccorso di Civitanova Marche, aggravando il sovraccarico delle strutture maggiori e riducendo la percezione di affidabilità del presidio da parte della popolazione recanatese.

Per far fronte a questo scenario e mantenere operativo il PPI all'interno della cornice normativa del D.M. 70, la direzione sanitaria ha introdotto un modello organizzativo innovativo basato sull'impiego dei **Point of Care Testing (POCT)**: strumenti diagnostici portatili in grado di fornire risultati in pochi minuti, direttamente sul luogo di cura. I POCT, collocati tecnicamente nell'area dei processi di supporto clinico-assistenziale, costituiscono una soluzione strategica nei contesti in cui non è disponibile un laboratorio tradizionale, permettendo di integrare e parzialmente compensare la perdita delle analisi interne.

A Recanati furono introdotti POCT per **emogasanalisi, troponina cardiaca, D-dimero, INR, glicemia e markers infettivi tutt'ora operativi**. Questi strumenti hanno consentito di ripristinare la continuità operativa del presidio, garantendo tempi diagnostici compatibili con la gestione delle emergenze

I benefici sono stati molteplici. Dal punto di vista clinico, il PPI ha potuto mantenere la capacità di effettuare una prima valutazione diagnostica tempestiva, fondamentale nei casi tempo-dipendenti. Ciò ha ridotto il rischio di ritardi nella presa in carico e ha consentito di attivare trasferimenti più appropriati verso i centri dotati di DEA. Dal punto di vista organizzativo, l'utilizzo dei POCT ha limitato i trasferimenti non necessari, riducendo l'impatto sul Pronto Soccorso di Macerata e di Civitanova Marche; sul piano sociale, ha preservato la fiducia della comunità verso il presidio, evitando una percezione di smantellamento dei servizi di prossimità.

Naturalmente, l'introduzione dei POCT ha comportato anche alcune criticità, soprattutto in termini di **formazione del personale**, **responsabilità medico-legale**, **tracciabilità dei risultati** e

mantenimento degli standard di qualità analitica. Per questo, il modello adottato a Recanati è stato costruito in conformità ai requisiti della norma **ISO 22870:2016**, che regola la gestione dei POCT in ambito sanitario, e ha previsto la figura di un **Point of Care Supervisor** per il controllo di qualità interno (IQC) ed esterno (EQC).

In questo senso, l'esperienza di Recanati rappresenta un esempio concreto di come i presidi territoriali possano riorganizzarsi per continuare a garantire servizi essenziali dopo la riconversione imposta dal D.M. 70. Il presidio non solo ha evitato il rischio di un'operatività ridotta, ma ha trasformato una criticità potenzialmente paralizzante – la chiusura del laboratorio analisi – in un'opportunità di innovazione organizzativa, anticipando approcci oggi pienamente coerenti con la logica territoriale del **D.M. 77/2022**.

4.2 – L'architettura tecnica del D.M. 77/2022 e il nuovo modello nazionale dell'assistenza territoriale

Il **Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77** non nasce come un semplice aggiornamento normativo, ma si configura come una risposta strutturale e sistemica alle criticità che il Servizio Sanitario Nazionale ha progressivamente accumulato nel corso degli ultimi due decenni. Tali criticità, già evidenti sul piano organizzativo e assistenziale, sono emerse con particolare drammaticità durante la pandemia da Covid-19, che ha messo in luce la fragilità di un sistema fortemente ospedale e accentrico e carente sul versante territoriale. In questo senso, il D.M. 77 rappresenta il completamento di un percorso riformatore avviato con il **D.M. 70/2015**, che aveva ridefinito in modo rigoroso l'assistenza ospedaliera attraverso standard vincolanti di qualità, sicurezza, volumi di attività e bacini di utenza, ma che aveva lasciato irrisolta la questione dell'organizzazione dell'assistenza territoriale.

Il decreto interviene dunque sulla parte complementare del sistema sanitario, fino ad allora caratterizzata da una forte eterogeneità regionale e da un'eccessiva frammentazione organizzativa, ponendo per la prima volta il **territorio al centro del Servizio Sanitario Nazionale**. L'architettura tecnica del D.M. 77 si fonda su un principio cardine: la **prossimità**. Il territorio non è più concepito come il luogo residuale delle attività a minore intensità, né come semplice spazio di deospedalizzazione, ma diventa il nuovo baricentro della presa in carico della persona, responsabile della continuità assistenziale, dell'integrazione sociosanitaria, della gestione della cronicità e delle attività di prevenzione e promozione della salute. In questa prospettiva, il decreto definisce in modo puntuale modelli organizzativi, standard strutturali e funzionali, ruoli professionali e funzioni minime che tutte le Regioni sono chiamate a garantire in maniera uniforme, superando definitivamente una logica di interventi episodici e non coordinati.

La portata innovativa del D.M. 77 è chiaramente esplicitata fin dalle sue disposizioni iniziali, laddove la finalità del provvedimento viene individuata nella necessità di "definire i modelli e gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale". È la prima volta che il legislatore interviene in modo sistematico e organico su questo ambito, riconoscendo che l'assistenza territoriale non può più essere affidata a iniziative frammentate o a sperimentazioni locali, ma deve essere regolata secondo criteri tecnici e quantitativi analoghi a quelli già introdotti per l'ospedale. Questo approccio segna un passaggio culturale rilevante: il territorio viene posto sullo stesso piano dell'ospedale in termini di dignità organizzativa, responsabilità e rilevanza strategica.

Tale impostazione è ulteriormente rafforzata dal **legame diretto tra il D.M. 77 e la Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza**, che costituisce il principale strumento finanziario per l'attuazione della riforma. L'accesso alle risorse europee è infatti subordinato alla concreta implementazione dei modelli territoriali previsti dal decreto, introducendo un meccanismo di condizionalità che vincola le Regioni al rispetto di standard, tempistiche e obiettivi misurabili. In questo modo, il D.M. 77 non si limita a delineare un quadro teorico, ma si inserisce in una strategia più ampia di riorganizzazione strutturale del sistema sanitario.

All'interno di questo nuovo assetto, un ruolo centrale è attribuito al **Distretto**, che viene ridefinito come unità fondamentale di programmazione, coordinamento e controllo della rete territoriale. Il decreto stabilisce che ogni Distretto debba riferirsi a un bacino di popolazione indicativamente compreso tra **60.000 e 120.000 abitanti**, individuando una dimensione ritenuta ottimale per garantire al contempo efficienza organizzativa e prossimità dei servizi. Il Distretto assume così funzioni che vanno ben oltre la mera gestione amministrativa: esso diventa il luogo in cui si governa l'assistenza primaria, si coordinano le Case della Comunità e le Centrali Operative Territoriali, si promuovono i percorsi assistenziali e le cure domiciliari, si realizza l'integrazione con il sistema dei servizi sociali e si monitora l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza territoriale.

In questa prospettiva, il Distretto si configura come il vero **centro di governance dell'assistenza territoriale**, recuperando una centralità che negli anni precedenti era rimasta in ombra rispetto al livello ospedaliero. È proprio a partire da questa funzione di regia che si innestano gli altri elementi del modello delineato dal D.M. 77: le Case della Comunità come luoghi della prossimità, gli Ospedali di Comunità come livello intermedio di cura, le Centrali Operative Territoriali come snodo di coordinamento e digitalizzazione, e l'assistenza domiciliare rafforzata, sostenuta dal ruolo chiave dell'Infermiere di Famiglia e Comunità.

4.2.1 – Le Case della Comunità: l'infrastruttura strategica della prossimità

Il modello delle **Case della Comunità** rappresenta senza dubbio l'innovazione più visibile e simbolica introdotta dal D.M. 77/2022. Esse costituiscono il perno fisico e organizzativo della nuova sanità territoriale, configurandosi come luoghi nei quali la popolazione può trovare risposte integrate ai bisogni di salute ordinari, cronici e complessi. La Casa della Comunità non è concepita come un semplice contenitore di ambulatori, ma come una struttura organizzata in modo multidisciplinare, orientata alla presa in carico continuativa della persona e capace di superare la frammentazione storica tra i diversi servizi territoriali.

Dal punto di vista normativo, il decreto distingue due tipologie di Case della Comunità, differenziate in base al livello di complessità organizzativa e alla dimensione del bacino di utenza. Le **Case della Comunità Hub** sono strutture a maggiore intensità funzionale, caratterizzate da una presenza multiprofessionale estesa, dalla disponibilità del medico per almeno 12 ore al giorno — con possibilità di estensione H24 — e dalla presenza stabile dell'infermiere di comunità. Esse rappresentano il nodo principale della rete territoriale e svolgono una funzione di riferimento anche per le strutture più periferiche. Le **Case della Comunità Spoke**, invece, sono collocate prevalentemente in aree meno densamente abitate e presentano un'offerta di servizi più leggera, ma pienamente integrata con la Casa Hub di riferimento, dalla quale dipendono sul piano organizzativo e funzionale.

Uno degli aspetti tecnici più rilevanti del modello è rappresentato dallo **standard nazionale di dotazione territoriale**, che prevede la presenza di una **Casa della Comunità Hub ogni 40.000–50.000 abitanti**. Questo parametro consente di programmare in modo omogeneo la rete sul territorio nazionale, pur lasciando alle Regioni un margine di adattamento per quanto riguarda il numero e la distribuzione delle strutture Spoke, in relazione alle caratteristiche demografiche, geografiche e orografiche dei singoli contesti. In tal modo, il decreto tenta di coniugare uniformità di accesso ed equità con la necessaria flessibilità organizzativa.

Le Case della Comunità sono chiamate a garantire un insieme minimo di **funzioni obbligatorie**, che ne definiscono la natura di infrastruttura di prossimità. Tra queste rientrano l'assistenza primaria, attraverso la medicina generale e la pediatria di libera scelta; l'infermieristica di comunità; l'assistenza sociale; la diagnostica di base; le attività ambulatoriali specialistiche; la presa in carico delle patologie croniche; le attività di prevenzione e promozione della salute. La logica sottesa è quella di trasferire sul territorio una parte significativa delle attività che, fino ad oggi, venivano gestite in modo improprio o inefficiente a livello ospedaliero, riducendo così il ricorso ai Pronto Soccorso e ai ricoveri evitabili.

Nel contesto locale di **Recanati**, il modello della Casa della Comunità trova una declinazione particolarmente significativa. Attualmente, la **Casa della Comunità di Recanati è in fase di realizzazione** attraverso la ristrutturazione e la riconversione di una **vecchia ala dell'ospedale**, che in passato ospitava gli uffici amministrativi e la sede della fisioterapia e della guardia medica. Tali funzioni sono state nel tempo ricollocate all'interno dello stesso presidio in altre aree, liberando spazi idonei a ospitare la nuova struttura territoriale prevista dal D.M. 77. Questa scelta progettuale risponde pienamente alla logica del decreto, che incentiva il riutilizzo e la valorizzazione di edifici sanitari esistenti, evitando nuovo consumo di suolo e favorendo la continuità funzionale tra le diverse articolazioni del sistema.
La collocazione della Casa della Comunità all'interno dell'ex presidio ospedaliero consente inoltre di mantenere un forte legame simbolico e operativo con la storia sanitaria della città, trasformando progressivamente l'ospedale da luogo esclusivo della cura acuta a **polo territoriale integrato**.

4.2.2 Gli Ospedali di Comunità come livello intermedio di cura nel modello del D.M. 77/2022

Tra gli elementi qualificanti del D.M. 77/2022, gli **Ospedali di Comunità (OdC)** rappresentano una delle innovazioni più rilevanti sotto il profilo organizzativo, clinico e assistenziale. Essi si collocano in una posizione intermedia tra l'ospedale per acuti e il domicilio, configurandosi come strutture sanitarie dedicate alla gestione della post-acuzie, della fragilità e della cronicità riacutizzata in un contesto a **bassa intensità clinica**, ma ad **elevata intensità assistenziale**. La loro introduzione risponde all'esigenza di superare una storica dicotomia del sistema sanitario italiano, tradizionalmente polarizzato tra il ricovero ospedaliero e l'assistenza domiciliare, senza un livello intermedio strutturato in grado di garantire continuità e appropriatezza.
Il D.M. 77 definisce per gli Ospedali di Comunità uno **standard quantitativo vincolante**, pari a **20 posti letto ogni 100.000 abitanti**, individuando così una dotazione minima nazionale che consente di programmare in modo omogeneo l'offerta su base territoriale. Tale standard assume una rilevanza non solo numerica, ma anche concettuale, poiché sancisce il riconoscimento istituzionale di un nuovo setting di cura, distinto sia dall'ospedale per acuti sia dalle strutture socio-sanitarie residenziali. I ricoveri in OdC sono caratterizzati da una durata generalmente limitata e da un profilo clinico stabilizzato, che non richiede monitoraggio intensivo o interventi diagnostico-terapeutici complessi, ma necessita comunque di una presa in carico continuativa e strutturata.
Dal punto di vista clinico-assistenziale, l'Ospedale di Comunità è destinato prevalentemente a pazienti anziani, pluripatologici o fragili, dimessi dai reparti per acuti ma non ancora idonei al rientro al domicilio, oppure a soggetti che, pur non necessitando di un ricovero ospedaliero tradizionale, presentano bisogni assistenziali non gestibili esclusivamente a casa. Rientrano in

questa tipologia i pazienti con scompenso cardiaco in fase di stabilizzazione, riacutizzazioni di BPCO, esiti di eventi cerebrovascolari, infezioni in via di risoluzione, condizioni di decadimento funzionale transitorio o situazioni socio-assistenziali complesse che rendono necessaria una fase intermedia di cura.

Un elemento centrale del modello degli Ospedali di Comunità riguarda la **ridefinizione delle responsabilità professionali** e, in particolare, il ruolo dell'infermiere. Il D.M. 77 configura l'OdC come un setting assistenziale a **prevalente conduzione infermieristica**, in cui l'infermiere assume un ruolo di coordinamento del percorso di cura, con responsabilità nella pianificazione assistenziale, nel monitoraggio clinico, nella valutazione dei bisogni, nell'educazione terapeutica e nella preparazione alla dimissione. Questo modello si colloca in continuità con l'evoluzione normativa delle professioni sanitarie avviata negli anni Novanta e rafforzata dalla Legge 42/1999 e dalla Legge 251/2000, valorizzando l'autonomia professionale infermieristica all'interno di un contesto organizzato e regolato.

La presenza medica negli Ospedali di Comunità assume una configurazione diversa rispetto al modello ospedaliero tradizionale. L'assistenza medica è garantita principalmente dai **medici di medicina generale** o dai medici della continuità assistenziale, attraverso modalità organizzative che prevedono visite programmate, supervisione clinica e integrazione con protocolli condivisi. Tale impostazione riflette una logica di appropriatezza: la gestione clinica è orientata alla stabilizzazione, alla continuità terapeutica e alla prevenzione delle riacutizzazioni, piuttosto che all'intervento specialistico ad alta complessità. Questo assetto consente di ottimizzare l'impiego delle risorse professionali, mantenendo livelli adeguati di sicurezza clinica.

Sul piano organizzativo, l'Ospedale di Comunità svolge una funzione cruciale nei **percorsi di dimissione protetta**. Esso rappresenta il luogo in cui il paziente può completare il percorso di cura avviato in ospedale, evitando degenze prolungate nei reparti per acuti che risultano spesso inappropriate e costose. L'OdC consente di consolidare la stabilità clinica, adattare la terapia farmacologica, recuperare un adeguato livello di autonomia funzionale e attivare, in modo coordinato, i servizi territoriali necessari per il rientro a domicilio. In questo senso, l'Ospedale di Comunità agisce come snodo fondamentale nella continuità ospedale-territorio.

Nel contesto della **Regione Marche**, caratterizzata da un'elevata incidenza di popolazione anziana e da una distribuzione territoriale complessa, il modello degli Ospedali di Comunità assume una valenza strategica. La progressiva razionalizzazione della rete ospedaliera avviata con il D.M. 70/2015 ha ridotto la presenza di presidi per acuti in numerose aree interne, rendendo necessario lo sviluppo di soluzioni alternative capaci di garantire prossimità e continuità assistenziale. In questo quadro, gli OdC rappresentano una risposta strutturata alla perdita delle funzioni ospedaliere

tradizionali, evitando che la riconversione dei presidi minori si traduca in un impoverimento dell'offerta sanitaria locale.

Per realtà come **Recanati**, già interessate dalla riconversione post-D.M. 70 e prive di reparti per acuti, l'Ospedale di Comunità costituisce una configurazione funzionale coerente con le caratteristiche del territorio e con i bisogni della popolazione. La presenza di un OdC consente di valorizzare infrastrutture esistenti, mantenere una funzione sanitaria rilevante e rafforzare l'integrazione con il Distretto, il Punto di Primo Intervento, l'assistenza domiciliare e le future Case della Comunità. In tal modo, il presidio assume un ruolo attivo nella gestione della fragilità e della cronicità, anziché configurarsi come semplice esito residuale della razionalizzazione ospedaliera.

L'implementazione di un Ospedale di Comunità richiede tuttavia una solida **cornice organizzativa**. È necessario garantire un adeguato dimensionamento del personale infermieristico, definire con chiarezza i rapporti con la medicina generale, predisporre protocolli condivisi per l'accesso e la dimissione, assicurare l'integrazione con la Centrale Operativa Territoriale e con i servizi distrettuali, nonché prevedere una dotazione minima di diagnostica di base e strumenti di supporto clinico. Solo in presenza di queste condizioni l'OdC può svolgere efficacemente la funzione prevista dal D.M. 77, evitando il rischio di una mera trasposizione formale del modello senza un reale impatto assistenziale.

In questo senso, gli Ospedali di Comunità non rappresentano semplicemente una nuova tipologia di struttura, ma incarnano un **cambiamento di paradigma** nell'organizzazione dell'assistenza: spostano il focus dalla prestazione alla presa in carico, dalla centralità dell'ospedale alla continuità dei percorsi, dalla frammentazione alla integrazione. Essi costituiscono uno degli strumenti principali attraverso cui il D.M. 77 intende ricostruire un territorio capace di sostenere la transizione demografica ed epidemiologica in atto, rendendo il sistema sanitario più vicino, più appropriato e più sostenibile.

4.2.3 Le Centrali Operative Territoriali: il cuore digitale e coordinativo della riforma territoriale

Un ulteriore pilastro dell'architettura delineata dal D.M. 77/2022 è rappresentato dalle **Centrali Operative Territoriali (COT)**, concepite come infrastrutture organizzative e digitali deputate al coordinamento dei percorsi di cura sul territorio. La loro introduzione risponde a una criticità strutturale storicamente presente nel Servizio Sanitario Nazionale: la frammentazione degli interventi, la discontinuità tra ospedale e territorio e la difficoltà di garantire una presa in carico unitaria dei pazienti fragili e cronici.

Dal punto di vista normativo, il decreto stabilisce che ogni COT debba riferirsi a un bacino di popolazione di circa **100.000 abitanti**, individuando così una dimensione ottimale per garantire efficacia operativa e prossimità decisionale. La COT non è una struttura di erogazione diretta di prestazioni sanitarie, ma un nodo strategico di **governance clinico-organizzativa**, incaricato di orchestrare l'insieme dei servizi territoriali e di assicurare la continuità dei percorsi assistenziali.

Le funzioni attribuite alle Centrali Operative Territoriali sono molteplici e altamente qualificanti. In primo luogo, esse svolgono un ruolo centrale nel **coordinamento delle dimissioni protette**, assicurando che il passaggio dall'ospedale al territorio avvenga in modo programmato, tempestivo e appropriato. La COT riceve le segnalazioni dai reparti ospedalieri, valuta i bisogni assistenziali residui del paziente e attiva, in modo integrato, i servizi territoriali necessari, quali assistenza domiciliare, Ospedali di Comunità, Case della Comunità o strutture sociosanitarie. In questo modo si riduce il rischio di dimissioni precoci non supportate, di riammissioni ospedaliere evitabili e di interruzioni della continuità assistenziale.

Un secondo ambito di intervento fondamentale riguarda il **monitoraggio dei pazienti fragili e cronici**, in particolare di coloro che sono presi in carico dai servizi domiciliari o dagli Ospedali di Comunità. La COT consente di mantenere una visione complessiva e aggiornata dei percorsi di cura, favorendo l'identificazione precoce di segnali di instabilità clinica e l'attivazione tempestiva degli interventi necessari. In questa prospettiva, la Centrale Operativa assume un ruolo di regia, garantendo che la presa in carico non sia episodica, ma continuativa e adattabile all'evoluzione dei bisogni del paziente.

Un ulteriore elemento qualificante delle COT è il loro stretto legame con la **telemedicina** e con le tecnologie digitali. Il D.M. 77 attribuisce alle Centrali Operative Territoriali il compito di gestire e integrare i sistemi di telemonitoraggio, teleconsulto e televisita, rendendoli parte integrante dei percorsi assistenziali. La COT diventa così il punto di raccolta e di interpretazione dei dati clinici provenienti dal territorio, favorendo una medicina più proattiva e meno reattiva, capace di intervenire prima che le condizioni cliniche si aggravino.

Dal punto di vista organizzativo, la COT svolge anche una funzione di **integrazione tra professionisti**, superando le tradizionali barriere tra ambito sanitario e sociale, tra ospedale e territorio, tra medici e infermieri. Attraverso la Centrale Operativa, i diversi attori del sistema – medici di medicina generale, infermieri di famiglia e comunità, operatori dell'assistenza domiciliare, servizi sociali, strutture intermedie – possono condividere informazioni, coordinare interventi e costruire percorsi assistenziali realmente personalizzati. In questo senso, la COT rappresenta uno strumento operativo essenziale per dare concreta attuazione al principio dell'integrazione sociosanitaria, più volte richiamato dalla normativa ma spesso rimasto incompiuto nella pratica.

Nel contesto della **Regione Marche**, caratterizzata da una dispersione territoriale significativa e da una popolazione anziana in crescita, le Centrali Operative Territoriali assumono un'importanza strategica ancora maggiore. Esse consentono di compensare le difficoltà legate alla distanza geografica e alla frammentazione dei servizi, offrendo un punto unico di coordinamento capace di garantire equità di accesso e uniformità di presa in carico. In particolare, nelle aree interne e nei contesti serviti da presidi riconvertiti, come Recanati, la COT può svolgere una funzione decisiva nel collegare il Punto di Primo Intervento, l'Ospedale di Comunità e i servizi domiciliari, assicurando che la riduzione delle funzioni ospedaliere non si traduca in una perdita di tutela per i cittadini.

In definitiva, le Centrali Operative Territoriali rappresentano il **cuore digitale e organizzativo** della riforma delineata dal D.M. 77/2022. Esse non sono semplici strutture di supporto, ma dispositivi strategici senza i quali il nuovo modello territoriale rischierebbe di rimanere frammentato e inefficace. Attraverso le COT, il sistema sanitario si dota di uno strumento capace di integrare informazioni, coordinare professionisti e garantire continuità assistenziale, ponendo le basi per una sanità territoriale realmente orientata alla presa in carico della persona e non alla sola erogazione di prestazioni.

4.2.4 – Assistenza domiciliare e Infermiere di Famiglia e Comunità: il rafforzamento della presa in carico territoriale

Uno degli assi portanti del D.M. 77/2022 è il deciso potenziamento dell'assistenza domiciliare, individuata come strumento fondamentale per garantire continuità assistenziale, appropriatezza delle cure e sostenibilità del sistema sanitario. Il decreto introduce, per la prima volta, un **parametro quantitativo vincolante**, stabilendo l'obiettivo di assicurare l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) ad almeno **il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni**. Tale soglia rappresenta un cambio di paradigma rilevante, poiché trasforma l'assistenza domiciliare da intervento residuale o sperimentale a componente strutturale del Servizio Sanitario Nazionale.

Il raggiungimento di questo target implica una profonda riorganizzazione dei servizi territoriali. Non si tratta soltanto di incrementare il numero degli accessi domiciliari, ma di costruire un sistema capace di garantire **continuità, integrazione multiprofessionale e appropriatezza clinico-assistenziale**. L'assistenza domiciliare prevista dal D.M. 77 non è infatti limitata alla prestazione singola, ma si fonda su percorsi di presa in carico complessiva del paziente fragile e cronico, integrando interventi sanitari, sociosanitari e, ove necessario, sociali.

In questo contesto, la **Regione Marche**, e in particolare la **AST di Macerata**, si confronta con una sfida particolarmente complessa. Il territorio presenta una popolazione anziana superiore alla media nazionale, una distribuzione geografica caratterizzata da piccoli centri e aree collinari e una rete dei servizi che, a seguito della razionalizzazione ospedaliera avviata con il D.M. 70/2015, richiede un deciso rafforzamento sul versante domiciliare. Il parametro del 10% over 65 non rappresenta dunque soltanto un obiettivo quantitativo, ma un indicatore della capacità del sistema di rispondere in modo adeguato ai bisogni emergenti legati all'invecchiamento e alla cronicità.

Elemento centrale e qualificante di questo nuovo modello di assistenza domiciliare è la figura dell'**Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC)**, che il D.M. 77 riconosce come perno operativo della presa in carico territoriale. L'IFeC non è un semplice erogatore di prestazioni infermieristiche a domicilio, ma un professionista con funzioni avanzate di valutazione, pianificazione, coordinamento e monitoraggio dei percorsi assistenziali. La sua azione si colloca all'interno di una rete integrata che comprende il medico di medicina generale, i servizi distrettuali, le Case della Comunità, le Centrali Operative Territoriali e, quando necessario, gli Ospedali di Comunità.

Dal punto di vista funzionale, l'Infermiere di Famiglia e Comunità svolge un ruolo chiave nella **valutazione multidimensionale del bisogno**, identificando precocemente situazioni di fragilità clinica, funzionale e sociale. Egli contribuisce alla definizione del piano assistenziale individualizzato, promuove l'aderenza terapeutica, svolge attività di educazione sanitaria e di supporto al caregiver, monitora l'evoluzione delle condizioni cliniche e attiva tempestivamente le risorse necessarie in caso di peggioramento. In questo senso, l'IFeC rappresenta una figura di raccordo tra il cittadino e il sistema dei servizi, riducendo il rischio di accessi impropri ai Pronto Soccorso e di ricoveri evitabili.

La centralità dell'Infermiere di Famiglia e Comunità comporta inevitabilmente una **rivalutazione delle competenze professionali** richieste. Il D.M. 77, pur non definendo in modo puntuale i percorsi formativi, ha innescato un processo di adeguamento sia a livello universitario sia a livello aziendale. Negli ultimi anni, le Università hanno avviato **master di primo livello e percorsi di formazione post-laurea** specificamente dedicati all'infermieristica di famiglia e comunità, con

l'obiettivo di fornire competenze avanzate in ambito di valutazione territoriale, gestione della cronicità, integrazione sociosanitaria e utilizzo delle tecnologie digitali e di telemonitoraggio.
Parallelamente, le Aziende Sanitarie Territoriali, tra cui la AST di Macerata, hanno iniziato a promuovere percorsi formativi aziendali specifici, corsi di aggiornamento e programmi di affiancamento sul campo, finalizzati a introdurre gradualmente la figura dell'IFeC nei servizi territoriali. Questa strategia di implementazione progressiva risponde alla necessità di accompagnare il cambiamento organizzativo senza creare discontinuità operative, valorizzando le competenze già presenti e favorendo una transizione sostenibile verso il nuovo modello.
L'integrazione tra assistenza domiciliare e Infermiere di Famiglia e Comunità rappresenta dunque uno dei nodi strategici del D.M. 77/2022. Attraverso questa figura professionale, il decreto mira a superare una visione frammentata dell'assistenza territoriale, promuovendo un modello fondato sulla presa in carico proattiva, sulla prossimità e sulla continuità del prendersi cura. Per la AST di Macerata, tale impostazione costituisce una leva fondamentale per rendere effettivo il passaggio da un sistema centrato prevalentemente sull'ospedale a una sanità territoriale strutturata, capace di rispondere ai bisogni di una popolazione anziana e fragile in modo appropriato, efficiente e sostenibile.

4.3 – La Missione 6 del PNRR come leva finanziaria e attuativa della riforma territoriale

La **Missione 6 – Salute** del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza rappresenta il principale strumento attraverso cui lo Stato italiano ha inteso rendere operativa e strutturalmente sostenibile la riforma dell'assistenza sanitaria territoriale delineata dal D.M. 77/2022. Se il decreto ministeriale ha definito modelli organizzativi, standard strutturali e ruoli professionali, la Missione 6 fornisce le risorse economiche, i vincoli temporali e i meccanismi di monitoraggio necessari per trasformare tali principi in interventi concreti e verificabili.
La Missione 6 dispone di una dotazione complessiva pari a **15,63 miliardi di euro**, collocandosi tra gli investimenti più rilevanti dell'intero PNRR. Essa nasce nel quadro del programma europeo **Next Generation EU**, elaborato in risposta alla crisi pandemica da Covid-19, che ha evidenziato con particolare chiarezza le fragilità dei sistemi sanitari, soprattutto nei Paesi caratterizzati da una forte centralità dell'ospedale e da un'insufficiente strutturazione del territorio. In Italia, la difficoltà di garantire continuità assistenziale, di intercettare precocemente i bisogni di salute e di gestire in modo integrato la cronicità ha reso evidente la necessità di un investimento straordinario sulla sanità di prossimità.
Dal punto di vista strutturale, la Missione 6 si articola in due componenti principali, strettamente complementari. La **Componente 1**, dedicata alle *reti di prossimità, alle strutture intermedie e alla telemedicina*, assorbe **7 miliardi di euro** ed è direttamente funzionale all'attuazione del D.M.

77/2022. La **Componente 2**, orientata a *innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale*, dispone invece di **8,63 miliardi di euro** e sostiene il rinnovamento tecnologico e organizzativo necessario al funzionamento del nuovo modello territoriale.

La Componente 1 rappresenta il vero e proprio **braccio operativo del D.M. 77**, traducendo gli standard organizzativi previsti dal decreto in obiettivi quantitativi vincolanti. In particolare, l'investimento dedicato alle **Case della Comunità e alla presa in carico della persona** prevede la realizzazione di **1.288 Case della Comunità** sull'intero territorio nazionale entro il 2026, attraverso uno stanziamento pari a **2 miliardi di euro**.

Un secondo asse fondamentale riguarda il rafforzamento dell'**assistenza domiciliare** e lo sviluppo della **telemedicina**, considerati elementi chiave per la gestione della cronicità e della fragilità. A questo scopo, la Missione 6 destina complessivamente **4 miliardi di euro**, di cui **2,72 miliardi** per l'ampliamento delle cure domiciliari, **1 miliardo** per lo sviluppo della telemedicina e **0,28 miliardi** per l'istituzione delle **Centrali Operative Territoriali**. L'obiettivo vincolante, coerente con il D.M. 77, è quello di garantire l'assistenza domiciliare integrata ad almeno **il 10% della popolazione over 65** entro il 2026, trasformando l'ADI in una componente strutturale del Servizio Sanitario Nazionale e non più in un intervento residuale.

Un ulteriore investimento strategico è rappresentato dal finanziamento degli **Ospedali di Comunità**, per i quali è previsto uno stanziamento di **1 miliardo di euro**

Accanto al rafforzamento delle infrastrutture territoriali, la Missione 6 investe in modo significativo sull'**innovazione tecnologica e digitale** attraverso la Componente 2. In questo ambito, sono stanziate risorse per l'ammodernamento del parco tecnologico ospedaliero, con la sostituzione di **oltre 3.100 grandi apparecchiature sanitarie** obsolete, e per la digitalizzazione di **280 strutture sanitarie sede di DEA di I e II livello**, per un investimento complessivo superiore a **4 miliardi di euro**. Particolare rilievo assume inoltre il potenziamento del **Fascicolo Sanitario Elettronico** e dei sistemi informativi nazionali, con risorse pari a **1,38 miliardi di euro**, indispensabili per garantire interoperabilità dei dati, continuità informativa e supporto alla programmazione sanitaria.

Un'ulteriore quota della Missione 6 è dedicata alla **formazione e alla valorizzazione del capitale umano**, con **0,74 miliardi di euro** destinati allo sviluppo delle competenze professionali, manageriali e digitali del personale sanitario. In questo ambito rientrano, tra l'altro, il finanziamento di **2.700 borse di studio aggiuntive per la medicina generale** e percorsi di formazione mirati a sostenere l'evoluzione dei modelli organizzativi territoriali, in particolare per figure chiave come l'Infermiere di Famiglia e Comunità.

Nel contesto della **Regione Marche**, e più specificamente dell'**AST di Macerata**, la Missione 6 assume un significato strategico particolarmente rilevante. Essa consente di accompagnare e consolidare la transizione avviata con il D.M. 70/2015 e completata dal D.M. 77/2022, fornendo le risorse necessarie per strutturare una rete territoriale coerente e integrata. La realizzazione delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali permette di ricollocare in modo funzionale i presidi riconvertiti, come quello di Recanati, all'interno di un sistema orientato alla prossimità, alla continuità assistenziale e alla presa in carico dei bisogni complessi.

Nel suo complesso, la Missione 6 del PNRR può essere interpretata come il **fattore abilitante** della riforma sanitaria territoriale italiana. Essa supera il tradizionale divario tra norme e capacità attuativa, introducendo risorse, tempi certi e obiettivi misurabili che rendono concretamente realizzabile il modello delineato dal D.M. 77. In questo senso, il PNRR non finanzia semplicemente nuove strutture, ma sostiene una trasformazione strutturale del Servizio Sanitario Nazionale, ponendo le basi per una sanità più vicina ai cittadini, più integrata e più sostenibile nel lungo periodo.

CAPITOLO 5 – L'OSPEDALE SANTA LUCIA DI RECANATI OGGI:ASSETTO ATTUALE,RUOLO TERRITORIALE E CRITICITA' APERTE

L'assetto attuale dell'Ospedale Santa Lucia di Recanati rappresenta l'esito concreto di oltre due decenni di riforme sanitarie nazionali e regionali che hanno progressivamente ridefinito il ruolo degli ospedali di piccole dimensioni all'interno del Servizio Sanitario Nazionale. Da presidio ospedaliero tradizionale, dotato di reparti per acuti, il Santa Lucia si è trasformato nel tempo in una struttura a prevalente vocazione territoriale, integrata nella rete distrettuale dell'attuale **Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata**, secondo l'assetto introdotto dalla legge regionale 8 agosto 2022, n. 19.

Ad oggi, l'ospedale accoglie al proprio interno la quasi totalità dei **poliambulatori pubblici del distretto**, configurandosi come nodo sanitario di riferimento per l'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Sono attivi ambulatori di otorinolaringoiatria, cardiologia, oculistica, odontoiatria, diabetologia, ortopedia, ginecologia, oltre a un punto prelievi operativo tutte le mattine dal lunedì al sabato. I campioni biologici vengono processati dai laboratori analisi di Civitanova Marche o Macerata, in base alla tipologia di esame richiesto, confermando un modello di **centralizzazione funzionale** della diagnostica di laboratorio.

Al piano terra è presente il **reparto di dialisi**, attivo dal lunedì alla domenica con orario esteso (7:30–20:00), che costituisce uno dei servizi a maggiore continuità assistenziale e valore clinico per la popolazione locale. Nella stessa area di accesso sono collocati i servizi amministrativi, comprensivi di casse CUP regionale, sportelli per la gestione amministrativa del cittadino e per il laboratorio analisi.

La **radiologia** rappresenta un ulteriore elemento di rilievo: vengono effettuate ecografie dal lunedì al sabato in orario mattutino da radiologi dell'ospedale di Civitanova Marche, mentre nel pomeriggio il servizio è garantito in regime di intramoenia. Le prestazioni di radiologia tradizionale (RX urgenti e programmati) sono operative dalle 8:00 alle 20:00, con refertazione diretta al mattino e tele refertazione nel pomeriggio. Dal 2024 è inoltre attiva una **TAC di ultima generazione**, inizialmente impiegata durante il periodo del Covid Hospital, oggi utilizzata per esami con mezzo di contrasto nella giornata del giovedì mattina, grazie a un'integrazione di personale ospedaliero e territoriale.

Il **Punto di Primo Intervento (PPI)** di Recanati è attivo 24 ore su 24 e rappresenta uno degli elementi centrali della funzione sanitaria del presidio. I turni medici sono garantiti da professionisti del Pronto Soccorso di Civitanova Marche, da medici dedicati esclusivamente al servizio di PPI e da medici gettonisti. Il personale infermieristico, composto da dodici unità, proviene anch'esso dal Pronto Soccorso di Civitanova Marche ed è assegnato stabilmente alla struttura.
Le prestazioni erogabili comprendono diagnostica radiologica in orario diurno, ecografie urgenti nelle fasce mattutine, oltre all'utilizzo dei **Point of Care Testing (POCT)**, che hanno consentito di mantenere capacità diagnostica rapida nonostante la chiusura del laboratorio analisi interno. Nel 2025 il numero di accessi al PPI si avvicina alle 8.000 unità, con un incremento di circa 800 accessi rispetto al 2024, dato che testimonia una **fiducia persistente della popolazione** nei confronti del presidio e del servizio di emergenza territoriale.
A supporto dell'emergenza è presente anche una **postazione di ambulanza medicalizzata del 118**, operativa h24, il cui personale collabora con il PPI nei periodi di standby, rafforzando l'integrazione tra emergenza territoriale e struttura sanitaria.
Al secondo piano è attivo il reparto di **cure intermedie**, gestito dal territorio, con due medici geriatri assegnati al distretto. Il reparto accoglie pazienti provenienti dal Pronto Soccorso di Civitanova Marche, dai reparti ospedalieri per acuti o dimessi da strutture della provincia, purché residenti nell'area di riferimento dell'ex Zona Territoriale 8. La gestione dei ricoveri avviene attraverso il coordinamento tra COT situata a Civitanova Marche, Bed manager ospedaliero, coordinamento distrettuale e coordinatrice del reparto.

Accanto al Punto di Primo Intervento è attualmente in corso il cantiere per la realizzazione della Casa della Comunità, destinata a sorgere in una porzione riqualificata dell'ospedale che in passato ospitava uffici amministrativi, servizi di fisioterapia e la guardia medica, successivamente ricollocati in altre aree della struttura. Tale intervento si inserisce nel quadro degli investimenti previsti dal PNRR – Missione 6, che per la Regione Marche contempla la realizzazione di 29 Case della Comunità e 9 Ospedali di Comunità, con l'obiettivo di rafforzare l'assistenza territoriale e ridurre la pressione sulle strutture ospedaliere per acuti.

Tuttavia, l'attuazione concreta di questi interventi sta incontrando rilevanti difficoltà. I dati ufficiali di monitoraggio mostrano infatti una situazione di marcato ritardo nell'avanzamento della spesa: a dicembre 2024 risultava impegnata solo una quota marginale delle risorse complessive, pari al 5,2% dei fondi destinati alle Case della Comunità e al 7% di quelli previsti per gli Ospedali di Comunità, con oltre il 60% dei progetti che presenta almeno una fase di ritardo rispetto alla programmazione iniziale. Tali evidenze indicano una criticità non episodica, ma strutturale, nella

capacità di tradurre le risorse finanziarie stanziate in cantieri completati e strutture pienamente operative.

Nel caso specifico di Recanati, come in altri contesti della provincia di Macerata, il cantiere risulta attualmente fermo o procedere con estrema lentezza, segnalando l'emergere di un problema che non riguarda soltanto la fase esecutiva dei lavori, ma anche la sostenibilità finanziaria complessiva dell'intervento. La progressiva saturazione delle risorse disponibili, unita all'aumento dei costi di costruzione e alla complessità delle procedure amministrative, ha determinato una situazione in cui il completamento delle opere non appare garantito nei tempi originariamente previsti. In questo scenario, il rischio concreto è che l'intervento resti incompiuto o subisca ulteriori sospensioni, vanificando almeno in parte le finalità del finanziamento PNRR.

A tali criticità si aggiunge un ulteriore elemento di rilievo: anche laddove i lavori strutturali venissero portati a termine, permane una significativa incertezza sulla pianificazione delle risorse umane necessarie al funzionamento della Casa della Comunità. Nella provincia di Macerata, infatti, alla presenza di cantieri formalmente avviati non corrisponde una chiara programmazione del personale medico, infermieristico e amministrativo, indispensabile per rendere effettivamente operativa la struttura. Questa discrepanza tra investimento infrastrutturale e pianificazione organizzativa rischia di produrre strutture formalmente realizzate ma prive della capacità di erogare servizi in modo continuativo e conforme agli standard previsti.

Il caso di Recanati si inserisce pertanto in un quadro più ampio di difficoltà attuative che interessano l'intera Regione Marche e, più in generale, il contesto nazionale. La combinazione tra rallentamenti nella spesa, incremento dei costi, carenze di personale e complessità procedurali mette in evidenza un divario significativo tra l'ambizione del disegno riformatore e la sua concreta realizzazione. In assenza di interventi correttivi tempestivi – sia sul piano finanziario sia su quello organizzativo – esiste il rischio che le Case della Comunità rimangano strutture incompiute o solo parzialmente operative, compromettendo la credibilità e l'efficacia del modello di sanità di prossimità delineato dal D.M. 77/2022.

Un elemento distintivo e strutturalmente rilevante della vicenda dell'Ospedale Santa Lucia di Recanati è rappresentato dal ruolo attivo e continuativo esercitato dalla cittadinanza organizzata. Nel corso degli anni, e in particolare nelle fasi più critiche della riorganizzazione sanitaria, si è infatti costituito un Comitato di tutela dell'Ospedale di Recanati, che ha assunto una funzione di vigilanza civica e di interlocuzione stabile con le istituzioni locali e regionali. L'azione del comitato non si è limitata a una protesta episodica, ma si è sviluppata come un percorso articolato

di mobilitazione, caratterizzato da manifestazioni pubbliche, assemblee cittadine, prese di posizione formali e momenti di confronto con gli attori istituzionali coinvolti nei processi decisionali.

Il contributo del comitato si è rivelato particolarmente significativo nel momento in cui le riforme sanitarie hanno iniziato a produrre effetti tangibili sul territorio, traducendosi nella chiusura o nel ridimensionamento di servizi storicamente presenti all'interno del presidio. In tali fasi, la pressione esercitata dalla cittadinanza ha contribuito a rallentare, rimettere in discussione o, in alcuni casi, impedire ulteriori ipotesi di depotenziamento, richiamando l'attenzione delle istituzioni sul valore strategico del Santa Lucia per l'area recanatese e per i comuni limitrofi. Questo intervento ha agito come un fattore di equilibrio, introducendo nel processo decisionale una dimensione di responsabilità sociale che ha affiancato, e talvolta controbilanciato, le logiche puramente tecniche o finanziarie.

L'esperienza del Comitato di tutela evidenzia come le politiche sanitarie territoriali non possano essere comprese esclusivamente attraverso l'analisi delle norme e dei modelli organizzativi. Al contrario, esse si sviluppano all'interno di contesti sociali complessi, in cui la popolazione non è un soggetto passivo destinatario delle decisioni, ma un attore capace di influenzare l'orientamento delle scelte pubbliche. In questo senso, il caso di Recanati mostra come la sanità territoriale rappresenti uno spazio di partecipazione civica, in cui il diritto alla salute, sancito dall'articolo 32 della Costituzione, viene concretamente rivendicato attraverso forme di coinvolgimento collettivo.

Il comitato ha inoltre svolto una funzione di mediazione culturale tra istituzioni e cittadini, contribuendo a tradurre il linguaggio tecnico delle riforme in una narrazione comprensibile per la popolazione e, al tempo stesso, riportando ai decisori pubblici le esigenze concrete del territorio. Tale ruolo assume particolare rilevanza in un contesto di profonda trasformazione del sistema sanitario, in cui il passaggio da un modello ospedalocentrico a uno territoriale rischia di essere percepito esclusivamente come una perdita, se non accompagnato da adeguati strumenti di comunicazione, partecipazione e ascolto.

In ultima analisi, l'esperienza del Comitato di tutela dell'Ospedale di Recanati mette in luce una dimensione spesso trascurata nei processi di riforma sanitaria: la sostenibilità sociale delle politiche pubbliche. Le riorganizzazioni possono dirsi realmente efficaci solo quando riescono a mantenere un legame di fiducia con le comunità di riferimento, riconoscendo il valore simbolico e pratico dei presìdi sanitari locali. In questo senso, il Santa Lucia non rappresenta soltanto una struttura sanitaria in trasformazione, ma anche un luogo di costruzione di cittadinanza attiva, in cui la partecipazione collettiva diventa parte integrante del percorso di riorganizzazione del sistema sanitario territoriale.

Conclusioni

L'analisi dell'evoluzione normativa e organizzativa della sanità italiana, applicata al caso dell'Ospedale Santa Lucia di Recanati, consente di trarre alcune considerazioni di carattere generale sulla traiettoria intrapresa dal Servizio Sanitario Nazionale negli ultimi decenni e sulle difficoltà che ne accompagnano l'attuazione concreta. Il caso di Recanati, lungi dal rappresentare un'eccezione locale, si configura come un osservatorio privilegiato per comprendere le dinamiche attraverso cui le politiche sanitarie nazionali e regionali si traducono – o faticano a tradursi – in servizi effettivamente disponibili per i cittadini.

La storia dell'Ospedale Santa Lucia testimonia in modo emblematico il passaggio da un modello di sanità fortemente ospedale-centrico, tipico del secondo dopoguerra, a un assetto progressivamente orientato alla razionalizzazione delle risorse e al rafforzamento dell'assistenza territoriale. Per gran parte del Novecento, l'ospedale ha rappresentato per la comunità recanatese non soltanto un presidio di cura, ma un simbolo di sicurezza, prossimità e presenza dello Stato. La perdita delle funzioni per acuti, avvenuta nel contesto delle riforme avviate dagli anni Novanta e consolidate con il riordino della rete ospedaliera introdotto dal D.M. 70/2015, ha segnato una frattura profonda non solo sul piano organizzativo, ma anche su quello identitario e sociale.

Tuttavia, l'evoluzione del Santa Lucia non può essere interpretata esclusivamente come un processo di depotenziamento. Al contrario, l'assetto attuale del presidio mostra come la riconversione verso funzioni territoriali abbia consentito di mantenere un ruolo rilevante all'interno della rete sanitaria locale. La concentrazione di servizi ambulatoriali, diagnostici, assistenza dialitica, cure intermedie e la presenza del Punto di Primo Intervento indicano che il presidio continua a rispondere a bisogni reali della popolazione. In particolare, il mantenimento e il rafforzamento del PPI, testimoniati dall'elevato numero di accessi, confermano che la cittadinanza riconosce ancora nel Santa Lucia un luogo affidabile di risposta all'urgenza minore e ai bisogni sanitari immediati, anche in assenza delle tradizionali funzioni ospedaliere per acuti.

Il quadro normativo più recente, delineato dal D.M. 77/2022 e dal PNRR – Missione 6, ha ulteriormente rafforzato l'orientamento verso una sanità di prossimità, fondata sull'integrazione tra servizi territoriali, medicina di base e strutture intermedie. In questa prospettiva, il Santa Lucia appare come una struttura potenzialmente strategica, già predisposta – sul piano fisico e funzionale – a ospitare modelli innovativi di assistenza, quali la Casa della Comunità e l'Ospedale di Comunità. Tuttavia, l'analisi del caso di Recanati mette in luce con particolare evidenza la distanza ancora esistente tra il disegno normativo e la sua concreta attuazione.

I ritardi registrati nella realizzazione della Casa della Comunità adiacente all'ospedale, uniti alla persistente carenza di personale sanitario, non rappresentano infatti criticità circoscritte al contesto locale. Essi si inseriscono in una più ampia difficoltà di implementazione che coinvolge l'intera Regione Marche e, più in generale, il sistema sanitario nazionale. In numerosi territori italiani, la realizzazione delle strutture previste dal PNRR procede con lentezza a causa di complessità amministrative, ritardi nelle procedure di appalto, difficoltà di coordinamento tra livelli istituzionali e incertezze legate alla sostenibilità finanziaria e organizzativa nel medio-lungo periodo. In questo scenario, il rischio concreto è che la sanità di prossimità rimanga, almeno nella fase attuale, prevalentemente un obiettivo programmatico, più che una realtà pienamente operativa.

A tali criticità infrastrutturali si affianca il problema strutturale della carenza di personale, in particolare infermieristico, che costituisce uno dei principali limiti all'effettiva realizzazione del nuovo modello territoriale. La scarsità di risorse umane, aggravata dall'invecchiamento del personale e dalla ridotta attrattività delle professioni sanitarie, rischia di compromettere la funzionalità delle nuove strutture, anche laddove queste siano formalmente istituite. Analogamente, il coinvolgimento dei medici di medicina generale, elemento centrale del modello delineato dal D.M. 77/2022, incontra resistenze legate all'assenza di assetti organizzativi chiari, di garanzie contrattuali stabili e di una piena integrazione tra medicina convenzionata e sistema pubblico. La difficoltà di conciliare autonomia professionale e lavoro in équipe rappresenta uno dei nodi più delicati e ancora irrisolti della riforma.

Un ulteriore elemento emerso con forza dall'analisi del caso di Recanati riguarda il ruolo attivo della comunità locale. La mobilitazione dei cittadini, attraverso il Comitato di tutela dell'Ospedale, dimostra come le trasformazioni della sanità pubblica non siano mai processi puramente tecnici, ma coinvolgano dimensioni sociali, culturali e simboliche profonde. La partecipazione civica ha

contribuito a mantenere alta l'attenzione sul destino del presidio e sul diritto alla salute, influenzando il dibattito pubblico e le scelte istituzionali. Tale dinamica richiama una dimensione fondamentale del Servizio Sanitario Nazionale: la sanità non è soltanto un sistema di prestazioni, ma un patto sociale che si fonda sulla fiducia dei cittadini nelle istituzioni.

Alla luce di queste considerazioni, l'esperienza dell'Ospedale Santa Lucia di Recanati consente di affermare che la riorganizzazione della sanità italiana non può essere valutata esclusivamente in termini di efficienza, razionalizzazione della spesa o rispetto formale degli standard normativi. Essa deve essere interpretata come un processo complesso e dinamico, che richiede un equilibrio costante tra memoria storica e innovazione, tra sostenibilità economica e prossimità dei servizi, tra programmazione centrale e bisogni locali. Il Santa Lucia non rappresenta la fine di un modello, ma la trasformazione di una funzione: da ospedale per acuti a presidio territoriale integrato.

La sfida dei prossimi anni sarà quella di completare questa transizione, superando le attuali criticità operative e rendendo il nuovo assetto realmente riconoscibile, accessibile e funzionale per la popolazione. Solo attraverso un impegno politico e finanziario coerente, il rafforzamento delle risorse umane, lo sblocco effettivo dei fondi PNRR e una piena integrazione con la medicina di base sarà possibile evitare che la sanità territoriale resti un progetto incompiuto. In questo senso, il caso di Recanati può diventare non solo una testimonianza delle difficoltà del cambiamento, ma anche un laboratorio da cui trarre indicazioni utili per la costruzione di un modello di sanità di prossimità realmente efficace, replicabile e condiviso, nelle Marche e nel più ampio contesto del Servizio Sanitario Nazionale.

BIBLIOGRAFIA

Normativa nazionale

Costituzione della Repubblica Italiana (1948). *Costituzione della Repubblica Italiana*. Roma: Gazzetta Ufficiale.

Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265 (1934). *Testo Unico delle Leggi Sanitarie*. Roma: G.U.

Legge 12 febbraio 1968, n. 132 (1968). *Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera*. Roma: G.U.

Legge 23 dicembre 1978, n. 833 (1978). *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*. Roma: G.U.

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (1992). *Riordino della disciplina sanitaria*. Roma: G.U.

Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 (1993). *Modifiche al D.Lgs. 502/92*. Roma: G.U.

Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (1999). *Razionalizzazione del SSN*. Roma: G.U.

Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739 (1994). *Profilo professionale dell'infermiere*. Roma: G.U.

Legge 26 febbraio 1999, n. 42 (1999). *Disposizioni sulle professioni sanitarie*. Roma: G.U.

Legge 10 agosto 2000, n. 251 (2000). *Professioni sanitarie infermieristiche e tecniche*. Roma: G.U.

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 (2015). *Standard ospedalieri*. Roma: G.U.

Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 (2022). *Assistenza territoriale*. Roma: G.U.

Normativa regionale Marche

Regione Marche (1996). *Legge Regionale 17 luglio 1996, n. 26. Programmazione sanitaria e sociosanitaria*. Ancona.

Regione Marche (1998). *Legge Regionale 20 ottobre 1998, n. 34. Approvazione del Piano Sanitario Regionale 1998–2000*. Ancona.

Regione Marche. (1996). *Legge regionale 17 luglio 1996, n. 26. Riordino del Servizio sanitario regionale e disciplina della programmazione sanitaria e sociosanitaria*. Ancona.

Regione Marche. (1998). *Legge regionale 20 ottobre 1998, n. 34. Piano sanitario regionale 1998–2000*. Ancona.

Regione Marche. (2003). *Piano sanitario regionale 2003–2006*. Giunta regionale, Ancona.

Regione Marche. (2007). *Piano sanitario regionale 2007–2009*. Giunta regionale, Ancona.

Regione Marche – Giunta regionale. (2013). *Deliberazione della Giunta regionale n. 735/2013.*

Riduzione della frammentazione della rete ospedaliera e riconversione delle piccole strutture ospedaliere. Ancona.

Regione Marche. (2011). *Piano socio-sanitario regionale 2012–2014. Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo* (Deliberazione Amministrativa n. 38 del 20 dicembre 2011). Ancona.

Regione Marche. (2016). *Relazione sullo stato di attuazione e sugli effetti del "Piano socio-sanitario regionale 2012/2014: sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo" – Anni 2016 e 2017*. Ancona.

Regione Marche. (2019). *Piano sociale regionale 2019–2021. Indirizzi prioritari e strategie per lo sviluppo e l'innovazione del welfare marchigiano e per il rafforzamento degli interventi in materia di servizi sociali*. Ancona.

Regione Marche. (2022). *Legge regionale 8 agosto 2022, n. 19. Organizzazione del servizio sanitario regionale*. Ancona: Bollettino Ufficiale della Regione Marche.

Regione Marche. (2023). *Piano socio-sanitario regionale 2023–2025. Salute, sicurezza e innovazione per i cittadini marchigiani* (Deliberazione Assemblea legislativa n. 57 del 9 agosto 2023). Ancona.

Documenti istituzionali e statistici

MEF – Ragioneria Generale dello Stato. (2024). *Rapporto sul monitoraggio della spesa sanitaria n. 11*. Roma: Ministero dell'Economia e delle Finanze.

MEF – Ragioneria Generale dello Stato. (2023). *Tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*. Roma: Ministero dell'Economia e delle Finanze.

OECD. (2025). *Health at a Glance 2025: Italy*. Paris: OECD Publishing.

OECD. (2021). *Country Health Profile 2021: Italy*. Paris: OECD Publishing.

OECD. (2016). *Health at a Glance 2016: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.

ISTAT. (2024). *Censimento permanente della popolazione e delle abitazioni. Marche 2020*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica.

ISTAT. (2021). *Profilo di salute ed equità delle Marche 2021*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica.

ISTAT. (2019). *Scheda regionale Marche. Statistiche demografiche e sanitarie*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica.

Ministero della Salute. (2022). *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2017–2021*. Roma: Ministero della Salute.
Ministero della Salute. (2014). *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2012–2013*. Roma: Ministero della Salute.
Ministero della Salute. (varie edizioni). *Relazione annuale sullo Stato Sanitario del Paese*. Roma:

Letteratura scientifica

Lancet (2001). *Editorial: Global health reforms and market models*. The Lancet.
Health Policy (vari anni). *Articoli sulla riorganizzazione dei sistemi sanitari*.
Cavicchi, I. (2000). *Le riforme sanitarie italiane*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
Maciocco, G. (2010). *Il sistema sanitario italiano*. Bologna: Il Mulino.
Vecchiato, G. (2005). *Storia del SSN*. Milano: FrancoAngeli.
Ingrosso, M. (2016), La Cura Complessa e Collaborativa, Aracne Editrice, Roma
Ingrosso M (2024), La riforma della assistenza sanitaria e sociale territoriale: una navigazione contrastata in Ingrosso M (a cura di), Percorsi verso le Case di Comunità - proposte e sperimentazioni, Perugia, Cultura e salute Editore, pag. 7 – 21
Giarelli G, (2024), Modelli e Saperi – La salute di Prossimità. Un modello possibile per una ricalibratura dell'assistenza sanitaria territoriale in Ingrosso M (a cura di), Percorsi verso le case di Comunità: proposte e sperimentazioni – Percorsi verso le Case di Comunità: proposte e sperimentazioni, Perugia, Cultura e salute, pag 22-37,
Giudici L. Preti L.M. (2023), Le possibili vocazioni delle Case della Comunità in Tozzi V. Longo F. (a cura di), Management della cronicità – Logiche aziendali per gestire i nuovi setting sanitari finanziati dal PNRR, Milano, EGEA, Milano, pag 111-130
Friedson, E. (2002), Professionalismo - La Terza Logica, Bari, Ed Dedalo
Illich, I. (1977), Nemesi Medica: l'espropriazione della salute, Cles (TN), Arnoldo Mondadori Editore
Ingrosso, M. (2016), La Cura Complessa e Collaborativa, Aracne Editrice, Roma Noto G, Noto A. Borgonovi E. (2022) Le basi dell'approccio sistemico al DM 77 e all'integrazione territorio-ospedale: dalla pianificazione strategica all'attuazione operativa in «MECOSAN» n. 17 pag. 113 - 136
Sacconi M, Del Favero A, Gasparri C, Lucchina C - Position Paper Il Medico di Medicina Generale nei nuovi servizi sociosanitari territoriali Pag. 13 - Studio Mercer 8/12/21
Tozzi V. ,Longo F., Egea edizioni (2023) Management della cronicità.Logiche aziendali per gestire i nuovi setting sanitari finanziati dal PNRR

Del Vecchio M., Prenestini A., Rappini V. (2014), «La riconfigurazione dei piccoli ospe- dali: un'analisi di casi», in Cergas (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2014, Milano, Egea.
Del Vecchio, M., Giacomelli, G., Montanelli, R., Sartirana, M., Vidè, F. (2022), «Le politiche di skill-mix change per la trasformazione dei servizi», in (a cura di). CeRGAS SDA Bocconi, Rapporto OASI 2022, Milano, Egea, pp. 449-576.
Dalponte, F., Ferrara, L., Tozzi, V.D. (2022), «La trasformazione del Distretto Socio Sanitario», in Rapporto OASI 2022, Milano, Egea, pp. 521-547.
Dalponte, F., Ferrara, L., Zazzera, A., Tozzi, V. (2022), «COT tra indicazioni nazionali e declinazioni territoriali», in Rapporto OASI 2022, Milano, Egea, pp. 433-464.
Scotland, A. (2010). *Small Hospitals and Community Care.* Health Policy Journal.
Brown, L. & Rainey, H. (2013). *Rural Hospitals and Community-Based Care Models.* Journal of Integrated Healthcare.
Agenas (2018). *Evoluzione degli ospedali a bassa complessità.* Roma.
WHO (2018). *Strengthening Integrated Care.* Geneva.
Hindle, D. (2008). *The Case for Rationalising Hospital Networks.* International Hospital Federation Journal.
Lega, F. (2012), «La gestione del cambiamento strategico nelle Aziende Sanitarie Pubbliche», in Strategia e performance management nelle Aziende Sanitarie Pubbliche, Milano, Egea, pp. 81-88.
Pesaresi F., I Punti di Primo Intervento in Italia e nelle Marche, 2014
Società Italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza (SIMEU), Standard organizzativi, 2005

Fonti statistiche aggiuntive

CREA Sanità (vari anni). *Rapporto Sanità*. Roma.
Corte dei Conti (vari anni). *Referti al Parlamento sulla gestione finanziaria delle Regioni – Sezione Sanità*.
ISTAT (2020). *Indicatori demografici per le Marche 1970–2020*.
Agenas (2017–2022). *Monitoraggio LEA – Regione Marche*.
Ministero della Salute – DG Programmazione (vari anni). *Flussi SDO – Analisi dei ricoveri ospedalieri*.

Fonti storiche integrative

Cosmacini, G. (2005). *Storia della medicina e della sanità in Italia*. Laterza.
Melograni, P. (1998). *L'Italia della ricostruzione: società e sanità nel dopoguerra*. Il Mulino.

Giarelli, G. (2010). *La nascita del Servizio Sanitario Nazionale*. Carocci.

Ronchetti, R. (1982). *Le mutue e il sistema mutualistico italiano*. Patron Editore.

De Bernardi, A. (2000). *La società italiana dal fascismo alla Repubblica*. Einaudi.

Rapporti tecnici e valutazioni di sistema

Agenas (2022). *Analisi d'impatto del DM 77/2022*.

Ministero della Salute (2019). *Rapporto sull'ospedale in Italia*.

OECD (2021). *Health at a Glance – Italy*.

Commissione Europea (2018). *State of Health in the EU – Italy*.