

Claudio Maffei, già dirigente sanitario, curatore del blog, www.marchesanita.it

Quando il rimedio è peggiore del male: il riordino della assistenza ospedaliera nel Piano Socio-sanitario delle Marche post IV Commissione

Introduzione

Il nuovo Piano Socio-Sanitario come rivisto dalla IV Commissione è scaricabile dal sito della Regione nella sezione dedicata alle Leggi Regionali, dove si trova anche la documentazione relativa all'iter dell'atto. Qui è riportato sia il Piano nel [testo licenziato dalla Commissione Consiliare competente](#) che il [parere espresso dai due organismi indipendenti](#) del [Consiglio delle Autonomie Locali \(CAL\)](#) e del [Consiglio Regionale della Economia e del Lavoro \(CREL\)](#).

Vale la pena di riportare il contenuto di questi due pareri. Il CAL si esprime così in modo estremamente sintetico: *In relazione all'atto in oggetto, che pur articolato ha un carattere generico e poco discusso, non ravvisando elementi di merito emendabili si propone di esprimere parere favorevole.*

Il CREL, che ricomprende tra gli altri anche i sindacati, fa una analisi articolata che si conclude così: *Per quanto sopra esposto, pur registrando che la proposta della Commissione rappresenta un avanzamento, rispetto al testo iniziale, in ordine a partecipazione, cronoprogramma degli interventi, servizi sanitari territoriali, quadri socio-demografici, si ritiene che la permanenza di due importanti limiti sopra indicati ne pregiudichino l'impianto complessivo. In particolare, permangono:*

- ♦ *l'omissione del tema del riassetto della governance complessiva del SSR, attraverso la rivisitazione del quadro regolato dalla l.r. 13/2003 e ss.mm., ai fini di un maggior efficientamento dello stesso nel segno di una reale integrazione tra le reti;*

- ♦ *la mancata attuazione del proposito di portare a coincidenza Distretti sanitari e ATS per superare le persistenti criticità in tema d'integrazione socio-sanitaria.*

Per le considerazioni di cui sopra si propone la non espressione di parere sull'atto in oggetto.

In questa nota si analizzeranno e commenteranno le modifiche apportate dalla IV Commissione.

Il giudizio sintetico sul riordino della assistenza ospedaliera nel Piano licenziato dalla IV Commissione

Questa parte sulla assistenza ospedaliera doveva essere una parte essenziale del nuovo Piano. Le Marche sono caratterizzate infatti da una rete ospedaliera dispersa ed inefficiente e da una contestuale carenza di offerta di servizi territoriali. La inadeguatezza della rete ospedaliera è testimoniata ad esempio da:

1. un [importante e storico saldo di mobilità negativo per i ricoveri](#) (molte più uscite che entrate di pazienti che cercano il ricovero in altre Regioni);
2. tempi di attesa lunghissimi in Pronto Soccorso come documentato dagli [indicatori del Sant'Anna](#) (dati 2018).

Per quanto riguarda la carenza di offerta nei servizi territoriali i segnali sono numerosissimi, tra cui:

1. il [sottofinanziamento della prevenzione](#);
2. le [carenze dei servizi nell'area della salute mentale](#);
3. le [carenze nell'area dei consultori](#);
4. le [carenze nell'area della integrazione socio-sanitaria](#);
5. le [carenze nell'offerta di servizi domiciliari](#).

Incrocando i due temi della ridondanza, inefficienza e dispersione della offerta ospedaliera da una parte e delle carenze della assistenza territoriale dall'altra era lecito aspettarsi dal Piano indicazioni chiare sulle modalità e tempi del progressivo trasferimento di risorse al territorio dalla razionalizzazione ed "efficientamento" dell'area della assistenza ospedaliera.

Questa chiarezza di indicazioni mancava già nella [versione originale del Piano](#) e continua a mancare nella versione rivista dalla IV Commissione, che ha inoltre il torto di rendere ancora più incerto il percorso verso l'inevitabile riordino della rete ospedaliera cui la Regione Marche è chiamata dalla applicazione del [DM 70/2015](#). Infatti, la versione del Piano licenziata dalla IV Commissione è - come vedremo nel dettaglio - un prodotto con incoerenze interne, che cerca di tenere aperte più opzioni possibile in modo da guadagnare (almeno questa è l'ipotesi) consensi.

Di fatto il documento non ha una valenza tecnica, ma solopolitica. Politica, purtroppo, nella accezione più negativa del termine.

Una doverosa premessa sul DM 70/2015 e le "incertezze" sul suo impatto sulle scelte regionali

Il [DM 70/2015](#) costituisce senza alcun dubbio il principale riferimento programmatico al ridisegno dell'offerta complessiva di servizi da parte delle Regioni. L'applicazione delle sue indicazioni dovrebbe portare sia alla razionalizzazione dell'offerta ospedaliera e della rete dei servizi dell'emergenza territoriale che, diciamo così, per caduta al potenziamento della rete dei servizi territoriali. È stata costituito allo scopo un apposito Tavolo ministeriale di Monitoraggio ai sensi di una [Intesa Stato-Regioni del 24 luglio 2015](#). Gli atti delle Regioni citano più volte le indicazioni di questo tavolo nei provvedimenti che regolamentano la propria rete ospedaliera.

La Regione Marche ha fatto il punto sulla applicazione del DM 70 con la [DGR 1554/2018](#), con la quale definiva il numero delle Unità Operative Complesse da ridurre. Tra queste ve ne erano quattro, a titolo di esempio, di Terapia Intensiva. La stessa DGR posticipava però a dopo l'approvazione del Piano l'applicazione definitiva del DM 70. Purtroppo il [Patto per la Salute 2019-2021](#) di recente approvato frena su questi tempi prevedendo di rimettere in qualche modo in discussione lo stesso DM 70. La scheda 15 del patto così si esprime:

Come previsto dalla stessa norma, a quattro anni dalla sua adozione, si conviene sulla necessità di revisione del Decreto, aggiornandone i contenuti sulla base delle evidenze e delle criticità di implementazione individuate dalle diverse Regioni, nonché integrandolo con indirizzi specifici per alcune tipologie di ambiti assistenziali e prevedendo specifiche deroghe per le regioni più piccole.

Personalmente valuto molto negativamente questo ripensamento che così come è formulato finirà col rallentare il percorso di razionalizzazione delle reti ospedaliere delle varie Regioni. E questo ci riporta al "nuovo" Piano delle Marche che ora analizzeremo nel dettaglio.

Impostazione generale della analisi del nuovo Piano nella parte relativa alla assistenza ospedaliera

Il Piano verrà analizzato suddividendo la analisi con riferimento alle seguenti parti che sono quelle più “cogenti”:

1. criteri generali previsti per il riordino;
2. il piano di edilizia ospedaliera;
3. gli ospedali di II livello;
4. gli ospedali di area disagiata;
5. il ruolo del privato.

Nell’analisi di ciascuna di queste parti ci sarà una prima parte in cui vengono riportate le indicazioni del nuovo Piano e una seconda in cui le stesse verranno commentate. Nella prima parte con alcuni estratti del Piano con il corsivo grassetto si riporteranno le parti aggiunte dalla Commissione, in corsivo normale le parti presenti già nella prima versione e in corsivo sottolineato quelle cancellate dalla IV Commissione. Con il termine “Piano” ci si riferirà sempre alla versione post- IV Commissione.

Cosa dice il Piano sul riordino complessivo della rete ospedaliera

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

Il commento. Il Piano non prende decisioni “generali” sulla rete ospedaliera rimandandone la definizione puntuale (quella che prevede che ogni ospedale sia classificato e quindi descritto con tutte le discipline presenti) a successive decisioni di Giunta. Ma essendo questa Giunta in scadenza non si capisce la logica con cui dopo quasi 5 anni a disposizione si rimanda il tutto alla prossima Giunta. Per il resto c’è il solito rituale riferimento a HTA, reti cliniche e Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali. Tutti strumenti sempre evocati, ma mai messi a regime.

Cosa dice il Piano sulla edilizia ospedaliera e sugli ospedali “unici” che diventano ospedali “nuovi”

Le indicazioni del Piano. In corsivo sottolineato sono riportate le parti cancellate ed in corsivo grassetto quelle aggiunte.

Lo sviluppo della rete ospedaliera marchigiana prevede inoltre la costruzione di nuove strutture ospedaliere (Nuovo Ospedale Materno-Infantile-Salesi di Ancona, Ospedale Unico Marche Nord, Ospedale Unico Ancona Sud INRCA Ancona-Osimo, Nuovo Ospedale Fermo, Ospedale Unico Area Vasta 3, Ospedale Unico Area Vasta 5) che rappresenteranno, per la dotazione di risorse strumentali e professionali, nodi ancor più qualificati per l’assistenza ospedaliera nelle aree geografiche di competenza, in sostituzione dei nosocomi già presenti, che verranno riconvertiti in

strutture territoriali per la garanzia della continuità assistenziale. Tale riorganizzazione consentirà di ottimizzare i percorsi assistenziali e organizzativi, oltre che garantire un efficientamento delle risorse economiche e una maggiore qualificazione del personale sanitario.

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

In previsione della realizzazione di queste nuove strutture e ferma restando la titolarità della competenza in tema di sanità in capo alla Regione, occorre prevedere una riorganizzazione della rete ospedaliera di concerto con i territori coinvolti. In particolare, lo schema di protocollo previsto nella DGR 523/2018 per il Presidio del Santa Croce di Fano, che prevede che lo stesso svolgerà funzioni sanitarie integrate con la nuova struttura e con la restante rete, va preso, per la parte che riguarda le strutture pubbliche, come modello regionale da applicare nella previsione dei nuovi Ospedali di area vasta. Detti protocolli, da sottoscrivere tra Regione Marche ed Amministrazioni comunali del distretto sanitario interessato al processo di accorpamento parziale di strutture esistenti, oltre a tenere nel dovuto rispetto quanto previsto dalla normativa, devono tener conto delle specificità territoriali (viabilità, indice demografico, indice demografico-turistico, etc.) e delle specificità sanitarie già presenti.

Per quanto riguarda la costruzione di nuove strutture ospedaliere é da prevedere, inoltre, la predisposizione di un' accurata analisi costi/benefici, da sottoporre al vaglio della Commissione assembleare competente, sulla costruzione/ammodernamento/manutenzione delle strutture sanitarie regionali prima di avviare l'iter di nuove costruzioni.

Il commento. Qui il nuovo Piano raggiunge il culmine della incoerenza e della confusione. Conviene partire dal terzo nuovo capoverso, quello in cui si dice che per ogni nuova struttura va predisposta una accurata analisi costi/benefici. Bene, questa analisi manca per tutti gli ospedali di cui è prevista la futura costruzione e cioè quelli di Marche Nord, Area Vasta 3 e Area Vasta 5. In realtà manca anche per quello INRCA Ancona-Osimo, ma questo diamolo per "buono" (ma buono non è). E' qui che si registra una grave incoerenza: gli ospedali nuovi vengono indicati dal Piano in assenza di quelle analisi preliminari che pure il Piano prevede. Evidentemente, per questi ospedali ormai gli atti sono troppo avanti per poterli "bloccare".

Andiamo avanti. Per questi tre nuovi ospedali (ripetiamo: Marche Nord, Area Vasta 3 e Area Vasta 5), mentre nella prima versione del Piano si parlava di ospedali "unici" (con la implicita decisione iniziale di accorpare quelli di Pesaro e Fano, quelli di Macerata e Civitanova Marche e quelli di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto) adesso si parla -appunto - di ospedali "nuovi". E' chiara l'intenzione col ricorso al termine *nuovi* al posto di *unici* sedare i malcontenti locali attorno agli ospedali in odore di riconversione a strutture territoriali.

Quanto alla evoluzione delle reti ospedaliere locali di Pesaro-Fano, Macerata-Civitanova Marche e Ascoli Piceno-San Benedetto del Tronto il Piano dice che a definirla provvederanno dei protocolli di intesa locali da sottoscrivere tra la Regione Marche e le Amministrazioni Comunali dei distretti interessati secondo il modello del protocollo tra la Regione Marche ed il Comune di Fano di cui alla [DGR 523/2018](http://www.grusol.it). In questo protocollo è scritto che:

Dopo la realizzazione del nuovo ospedale dell'Azienda Ospedaliera Riuniti Marche Nord, l'Ospedale Santa Croce di Fano sarà uno stabilimento dell'Azienda "Ospedali Riuniti Marche Nord" e continuerà a svolgere funzioni sanitarie integrate con il nuovo stabilimento e con la restante rete. Verranno erogate prestazioni di specialistica e diagnostica di alto livello. Saranno inseriti, in tale struttura, il Pronto Soccorso (con accettazione di tutti i codice colore), la Postazione dell'emergenza territoriale (Potes), i reparti di Chirurgia, Medicina, Ortopedia, la terapia Intensiva (rianimazione) e Medicina di urgenza H24 (MURG). Presso lo stabilimento si svolgeranno funzioni di stabilizzazione e cura ed eventualmente centralizzazione per le patologie che richiedono specifici interventi, secondo le modalità definite nelle reti cliniche con modello Hub & Spoke in coerenza con il DM 70/2015. Saranno inserite attività chirurgiche specialistiche programmate (breast unit). Sarà previsto il servizio dialisi e sarà organizzato anche un DH oncologico in quanto presente il servizio di anestesia a tutela e garanzia di eventuali complicanze. Nell'Ospedale saranno garantite attività di diagnostica per immagini (TAC, RMN, RX, Ecografia ecc,) a supporto del Pronto Soccorso per i pazienti interni e esterni, la specialistica ambulatoriale compresa la chirurgia ambulatoriale e il Day Surgery e la diagnostica di laboratorio nelle modalità previste dalla specifica rete. La neuropsichiatria infantile gestita presso lo stabilimento avrà carattere di tipo territoriale si integrerà con l'attività ospedaliera nella logica della rete regionale. Saranno presenti anche lungodegenza post-acuzie e riabilitazione.

Questo protocollo in sostanza prevede il mantenimento quasi per intero dell'attuale Ospedale di Fano anche dopo il completamento del nuovo Ospedale Marche Nord, decisione presa senza alcuna analisi che ne supporti la razionalità e la compatibilità. Adesso con il nuovo Piano si conferma la decisione di costruire i due nuovi ospedali dell'Area Vasta 3 e dell'Area Vasta 5 e si rimandano tutte le decisioni sulle quattro strutture ospedaliere attuali ad un protocollo da sottoscrivere non con due singoli comuni, ma con tutti i comuni dei distretti interessati. Il tutto senza alcuna analisi preliminare che supporti le scelte già fatte (due nuovi ospedali) e quelle che dovranno essere fatte (cosa succede degli attuali quattro ospedali). Ovviamente, l'esempio di Fano è piaciuto alla IV Commissione perché consente di comunicare ai territori che in fondo alla fine cambierà ben poco. Questo pastrocchio è il frutto, per usare il linguaggio degli atti, del combinato disposto tra prepotenza della politica e latitanza della tecnica a livello regionale e carenza di monitoraggio a livello centrale.

Cosa dice il Piano sugli ospedali di secondo livello

Le indicazioni del Piano. La classificazione della rete ospedaliera su 3 livelli a complessità crescente prevede la presenza del presidio ospedaliero DEA di II livello nel quale sono disponibili, oltre a quelle presenti negli altri livelli organizzativi, discipline a particolare complessità: cardiologia con emodinamica interventistica h24, neurochirurgia, cardiocirurgia e rianimazione cardiocirurgica, chirurgia vascolare, chirurgia toracica, chirurgia maxillo- facciale, chirurgia plastica, endoscopia digestiva ad elevata complessità, broncoscopia interventistica, radiologia interventistica, rianimazione pediatrica e neonatale, medicina nucleare e **altre eventuali discipline di alta specialità.**

Attualmente l'unica struttura di II livello dotata dei requisiti previsti dalla normativa nazionale in vigore è l'Azienda Ospedaliero- Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona.

Commento. Viste le proteste della realtà anconetana (e non solo) scatenate dalla [DGR 1623/2018](#) con cui si provvedeva d'ufficio a trasformare il nuovo Marche Nord in ospedale di II livello, si è dato un contentino ai critici con l'aggiunta di una frase in cui si dice che di II livello c'è oggi solo "Torrette". Intanto, la DGR 1623/2018 rimane lì, non revocata. E così contenti tutti, si sarà pensato.

Cosa dice il Piano sugli ospedali di area disagiata

Le indicazioni del Piano. La Regione Marche ha la presenza nel suo territorio di diverse aree particolarmente disagiate a causa delle condizioni geo-morfologiche, infrastrutturali e di vulnerabilità sismica. Per questo il piano prevede per le strutture ospedaliere di Amandola e Pergola, situate in aree disagiate, in coerenza con i criteri della programmazione nazionale, le funzioni di presidio ospedaliero con Pronto Soccorso o, in subordine, di presidio ospedaliero in zone particolarmente disagiate. Per i medesimi motivi sopra descritti, tenendo anche conto dei percorsi sanitari già avviati, anche per i territori di Cingoli, Cagli e Sassocorvaro si prevede l'equiparazione ad aree disagiate o particolarmente disagiate prevedendo anche un rafforzamento della rete di Emergenza – Urgenza nelle strutture sanitarie presenti mediante la presenza H24 di personale medico dedicato in aggiunta a quello già presente nelle ambulanze medicalizzate. Fermo restando quanto sopra stabilito, la Giunta regionale individua con apposito atto, da sottoporre al parere della Commissione assembleare competente, le zone particolarmente disagiate, con l'individuazione delle relative strutture ospedaliere, sulla base dei criteri stabiliti dal D.M. n. 70/2015.

Il commento. Da una parte si scrive che andranno fatti atti per il riconoscimento delle zone disagiate (atti non fatti nei quattro anni a disposizione dalla attuale Giunta dopo l'uscita del DM 70) e dall'altra si indicano già le strutture ospedaliere che dovrebbero "beneficiare" di questo riconoscimento. Il loro numero (cinque) è troppo alto e assolutamente incoerente con il DM 70 e con il buon senso programmatico, ma al momento non è alla razionalità tecnica che si guarda (del resto chi la rappresenta oggi nelle Marche?), ma al consenso che queste scelte dell'ultimo minuto possono far guadagnare.

Cosa dice di nuovo questo Piano sul ruolo del privato

Le Indicazioni del Piano. La Regione provvede alla gestione del proprio sistema sanitario pubblico mediante personale dedicato, limitando il più possibile il ricorso a strutture private, a cui vengono convenzionati servizi integrativi specifici, per tempi limitati e sotto stretto controllo regionale.

Il commento. Questa frase è la dimostrazione lampante che il Piano è scritto pensando che nessuno lo legga o che, anche se qualcuno avesse la voglia di farlo, non lo capirà. Nell'ultimo anno rispetto ai privati la Regione Marche:

1. ha previsto due nuove Case di Cura (a [Fano](#) e a [Sassocorvaro](#)) a dispetto dei vincoli del DM70/2015 che non vengono rispettati;
2. ha sottoscritto nel 2019 accordi triennali con forti, quando non imponenti, aumenti di budget a tutte le tipologie di strutture ([case di cura multispecialistiche](#), [case di cura monospecialistiche](#), [strutture eroganti prestazioni di day surgery e di chirurgia ambulatoriale](#),

[strutture eroganti prestazioni ambulatoriali](#)). Analoghi incrementi verranno senz'altro riconosciuti alle strutture di riabilitazione.

Ancora una volta il Piano dice una cosa e ne fa un'altra. Quanto alle attività del privato esse sono in realtà il più delle volte concorrenziali rispetto alla offerta pubblica e il controllo è del tutto formale e non sostanziale (in sostanza fanno quello che vogliono).

Altre nuove cose che il “nuovo” Piano dice (con relativo commento)

Con le tipiche aggiunte dell'ultim'ora il Piano il Piano poi:

1. prevede un ulteriore sviluppo della rete oncologica in una logica del tipo Comprehensive Cancer Care Network (CCCN) anche in chiave di ricerca attraverso la realizzazione del Centro Oncologico e di Ricerca delle Marche (CORM);
2. prevede un rafforzamento della rete reumatologica;
3. dedica uno spazio importante al ruolo attribuito all'INRCA;
4. aumenta i posti letto della Unità Spinale della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ancona;

A parte che per i posti letto dell'Unità Spinale (misura organizzativa che non avrebbe bisogno del Piano per essere adottata), le altre tre “novità” sono furi di una logica progettuale, ma sono solo un segnale (ancora una volta più politico che tecnico) a specifici portatori di interessi. Interessi legittimi ed importanti, ma non è questo il punto. La rete oncologica viene spesso evocata come rete modello dalla Regione Marche, ma mancano documenti e soprattutto dati che ne supportino e valutino le progettualità. Forse è il caso di ricordare che [il progetto sulle reti cliniche dell'Agenzia Regionale Sanitaria](#) è stato accantonato subito dopo le dimissioni forzate di Franco Di Stanislao e che le reti cliniche per funzionare come tali dovrebbero avere quei requisiti su cui l'ARS stava lavorando e su cui non lavora più nessuno. Considerazione che vale sia per la rete oncologica che per quella delle malattie reumatologiche, pure oggetto di una integrazione specifica nel Piano.

Quanto all'INRCA non era il caso di aspettare quasi cinque anni per riconoscerne e espanderne il ruolo “sulla carta”. Perché il nuovo Piano non specifica con quali risorse e quali strumenti l'INRCA dovrebbe svolgerlo, quando in realtà si tratta di un ruolo che ha bisogno di risorse e di nuove regole di sistema (l'INRCA non ha titolo attualmente nella programmazione e gestione dei servizi regionali rivolti alla popolazione anziana). Nella vita vera l'INRCA è impegnato in nome di un “nuovo” ospedale che non si sa quando verrà completato (peraltro si sa poco anche su come verrà fatto) in una difficilissima integrazione con l'Ospedale di Osimo, integrazione forzata dalla Regione in assenza di quegli investimenti che una operazione di questo genere avrebbe meritato.

Conclusioni

Il Piano di riordino della assistenza ospedaliera uscito dalla IV Commissione è un pessimo segnale sul livello del confronto politico e tecnico in tema di politica sanitaria nella Regione Marche. Si tratta di un Piano voluto a tutti i costi dalla attuale Giunta che rimanda molte decisioni e le decisioni che prende sono il più delle volte contraddittorie e confuse. Il passaggio del testimone alla prossima Giunta non poteva avvenire in modo peggioro.

Dello stesso autore sul nostro sito

- [Liste di garanzia e liste di attesa nelle Marche. I maggiori garantiti sono i privati](#)
- [Marche. La proposta di Piano sanitario ed il rapporto con ospedalità privata](#)
- [Mobilità sanitaria dei privati, budget e programmazione regionale](#)
- [Sulle politiche sanitarie nelle Marche](#)