

Claudio M. Maffei, medico igienista in pensione, Ancona

Guida alla lettura della programmazione ospedaliera del Masterplan della Regione Marche

Il nuovo [Masterplan di Edilizia Ospedaliera della regione Marche](#) ha importanti implicazioni in termini di programmazione ospedaliera. Ho cercato qui di rendere chiare alcune questioni fondamentali.

Il Decreto Balduzzi: filosofia generale

E' il momento buono per ricordare che:

1. il cosiddetto Decreto Balduzzi ([DM 70 del 2015](#)) che regola la programmazione regionale degli ospedali lungi dal voler soffocare le Regioni vuol solo fornire loro un aiuto a programmare una rete ospedaliera in modo da lasciare risorse anche per il territorio e quindi per la prevenzione e i distretti (assistenza domiciliare, salute mentale, neuropsichiatria infantile e tutto il resto fino ai consultori e agli hospice);
2. le Regioni hanno a disposizione un complesso di risorse anche fatte dal personale e quindi dagli operatori "fisso" che serve sia per gli ospedali che per il territorio: più investi sull'ospedale e più disinvesti sul territorio;
3. il Decreto Balduzzi assegna a ciascuna Regione un tot di posti letto per acuti (3 ogni 1.000 abitanti) dopo di che la Regione li organizza sulla base di una serie di riferimenti) e dà alcuni criteri per programmarli e organizzarli. Il Balduzzi non dà alle Regioni personale in base alla sua organizzazione ospedaliera. Sta alla Regione usarlo al meglio;
4. il Balduzzi ad esempio dà la possibilità di avere un certo tipo di ospedale o di reparto ogni tot di abitanti che vanno da un minimo ad un massimo (ad esempio gli ospedali di primo livello e la neurologia coprono da 150.000 a 300.000). Per le Marche vuol dire che coi suoi 1,5 milioni di abitanti di ospedali di primo livello e di neurologie può averne da 5 a 10. Capite la differenza no? Più allarghi il numero di strutture e reparti per averne di più tu hai deciso di dare meno risorse al territorio e quindi di non dare ciò cui i cittadini hanno diritto;
5. stiracchiare i numeri per far stare più ospedali e più reparti in un'Area Vasta vuol dire sacrificare il territorio senza per questo migliorare l'assistenza ospedaliera;
6. due ospedali pubblici vicini non lavorano necessariamente il doppio perché dovendo garantire le urgenze in entrambe le sedi avranno molto più personale impegnato nei turni di guardia rispetto ad un ospedale che ne riunisce le funzioni in una unica sede (ricordiamoci che il personale è sempre lo stesso e che non te ne dà nessuno di più se tu preferisci distribuirlo tra più ospedali);
7. due ospedali che fanno urgenze al posto di uno vogliono dire meno interventi chirurgici programmati, meno prestazioni ambulatoriali e minori casistiche a disposizione dei

professionisti e, di conseguenza, vogliono dire maggiori liste di attesa, maggiore ricorso al privato anche a pagamento, fuga dei professionisti dalle strutture pubbliche.

Il Decreto Balduzzi: indicazioni specifiche

Chiariamo altri punti adesso sui riferimenti posti dal Balduzzi alla programmazione ospedaliera delle Regioni:

1. debbono programmare in tutto più o meno 3 posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti (più quelli intensivi e semintensivi previsti dal DL 34/2020 per la risposta pandemica);
2. possono prevedere diverse tipologie di presidio ospedaliero: di base, di primo livello, di secondo, di area disagiata e ospedali con compiti integrativi (questi ultimi di solito sono privati e per oggi li lasciamo perdere):
3. il presidio che costituisce la principale ossatura della rete ospedaliera delle Marche è quello di primo livello, che in base al DM vigente dovrebbe essere fatto: un bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, essere sede di Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) di I livello ed avere le seguenti specialità: Pronto Soccorso con Osservazione breve Intensiva e Medicina d'Urgenza, Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia; Ostetricia e Ginecologia (se prevista per numero di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (U.T.I.C.), Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, servizio medico di guardia attiva e/o di reperibilità per la maggioranza delle discipline compresi i Servizi di Radiologia, il Laboratorio e il Servizio Immunotrasfusionale;
4. il presidio ospedaliero di base è una struttura con bacino di utenza tra 80 e 150.000 abitanti dotata di Pronto Soccorso con la presenza di Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità sulle 24 ore di Radiologia, Laboratorio, Emoteca. Devono essere dotati, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva";
5. il presidio ospedaliero di area disagiata è dotato indicativamente di: un reparto di 20 posti letto di medicina generale con un proprio organico di medici e infermieri; una chirurgia elettiva ridotta che effettua interventi in Day surgery o eventualmente in Week Surgery (lavorerebbe in questo caso su 5 giorni) e un pronto soccorso presidiato da un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza, integrato alla struttura complessa del DEA di riferimento;
6. il presidio di secondo livello ha anche le alte specialità ed è sede di DEA di secondo livello;
7. un presidio ospedaliero può anche essere articolato in più stabilimenti (la normativa non è chiarissima, ma questa è l'opinione corrente) e quindi distribuire le sue funzioni su più sedi;
8. ogni ospedale oltre che essere classificato deve avere attribuite le sue discipline per le quali esiste una tabella di riferimento che fornisce la popolazione servita, minima e massima (ad esempio per la cardiologia con UTIC da 150.000 a 300.000 abitanti);

9. il Ministero controlla (o dovrebbe controllare) se facendo la somma dei suoi reparti sia pubblici che privati di una certa disciplina si rispetta il range di popolazione per lei previsto (per la cardiologia 10 unità operative nelle Marche).

E poi c'è il Decreto Buon Senso

Poi c'è quello che il Balduzzi non dice, ma lo dice il Buon Senso (merita la maiuscola!) ed è fondamentale:

1. la programmazione ospedaliera deve essere verificata in base alla effettiva disponibilità di personale (specialistico e non solo);
2. la programmazione ospedaliera deve essere verificata in base ai dati di attività attesa stimati in base ai dati storici (compresi quelli relativi alla attività dei privati e a quella in mobilità attiva e soprattutto passiva).

Se non si fanno queste verifiche il rischio di avere scatole quasi vuote da cui professionisti e pazienti scappano è molto alto.

Le scelte fatte dal Masterplan ospedaliero appena approvato

Non è facile capirci, ma tra le righe emerge che:

1. si prevedono con diciture e modalità diverse tredici ospedali di primo livello. Eccoli:
2. Pesaro, Fano, Urbino, Senigallia, Jesi, Fabriano, Civitanova Marche, Macerata, Camerino, Fermo, San Benedetto del Tronto, Ascoli Piceno e il nuovo INRCA quando completato, ma in realtà Camerino non è di primo livello, visto che mancano ad esempio la medicina d'urgenza e la ginecologia/ostetricia/pediatria. Qua e là anche in altri ospedali di primo livello manca qualcosa che ci dovrebbe essere come ad esempio l'urologia e la neurologia;
3. è previsto un unico ospedale di secondo livello, l'Azienda Ospedaliera di Torrette;
4. Pergola sembrerebbe "promosso" a ospedale di base (era ospedale di area disagiata) anche se non ne ha le caratteristiche visto che dovrebbe avere tra le altre cose anche un pronto soccorso autonomo e l'ortopedia che non ha (con la crisi di questi discipline negli altri ospedali sarebbe un assurdo potenziarle a Pergola);
5. Amandola dovrebbe rimanere ospedale di area disagiata;
6. per Camerino e San Severino non ci sarebbero indicazioni specifiche e quindi dovrebbero rimanere sostanzialmente gli stessi in termini di funzioni.
7. vengono aumentati i posti letto di terapia intensiva (nel nuovo INRCA dove oggi non ci sono e sette nella nuova struttura dell'emergenza dell'ospedale di Fabriano) e si prevedono altre due sedi oltre alle attuali quattro (Ancona, Pesaro, Macerata, Ascoli Piceno) per lo svolgimento di attività di emodinamica (Fermo e nuovo INRCA).

Quale commento a queste scelte?

Alcuni elementi emergono con chiarezza. Il primo e più importante è che si è fatta la scelta di una rete ospedaliera la più diffusa possibile con questi effetti:

1. indebolimento di tutte le reti territoriali cui mancheranno gli operatori;

2. si avvicinano ai cittadini ospedali candidati ad una forte precarietà organizzativa e si rendono meno accessibili quelli che dovevano essere candidati ad una maggiore efficienza;
3. si forza il DM 70 prevedendo ad esempio per molte discipline 13 sedi tra ospedali di primo e secondo livello contro le 10 previste;
4. nessuna analisi è stata fatta né sul personale né sulla valutazione d'impatto della nuova programmazione;
5. non si è tenuto in alcun modo conto del ruolo delle strutture private;
6. non si troveranno probabilmente più professionisti desiderosi di venire a fare da altre realtà esperienza nei servizi territoriali e ospedalieri (il viaggio in senso contrario dei "nostri" pazienti e professionisti sarà sempre più frequente).

Sintesi finale

Il Masterplan edilizio della Regione Marche è il frutto di una visione vecchia della sanità, è l'espressione di un modo di governare ancor più vecchio e va nella direzione opposta a quella indicata dal PNRR: la casa come miglior luogo di cura. Qui siamo all'Ospedale come unico luogo di cura e principale seggio elettorale.

Alcuni contributi dello stesso autore nel sito

[PNRR, Missione Salute. Come verificare i prossimi progetti della Regione Marche?](#)
[Conteggio posti di terapia intensiva fatta dalla regione Marche. Una \(brutta\) storia](#)
[DEFR 2022-24 La preoccupante Proposta sulla sanità della giunta](#)
[Nuovo Ospedale Marche Nord: una vicenda intricata che vale la pena ricostruire](#)
[Posti di terapia intensiva nelle Marche. Le inesattezze regionali](#)
[Bilancio della giunta sulla legislatura: lettura tecnica del capitolo sanità](#)
[Rete ospedaliera COVID-19 e Fiera Hospital. Analisi e proposta](#)
[Rete ospedaliera e Piano sociosanitario dopo il passaggio in Commissione](#)
[La proposta di Piano sanitario ed il rapporto con ospedalità privata](#)

News Gruppo

[L'AZIONE VOLONTARIA. Dono, fraternità, bellezza sociale](#)
(Presentazione libro, 25 febbraio 2022)

[FIRMA L'APPELLO. No alle nuove forme di istituzionalizzazione dei servizi](#)

[NON COME PRIMA. L'impatto della pandemia nelle Marche](#)
(Novità editoriale)

[Se vuoi puoi sostenere il Gruppo Solidarietà in molti modi](#)

www.grusol.it
20 febbraio 2022

5x1000 Gruppo
Solidarietà
cf. 91004430426