

**Claudio M. Maffei**, medico, già dirigente sanitario, coordinatore scientifico di Chronic-on, Ancona

**Rete ospedaliera COVID-19 delle Marche e Fiera Hospital: una analisi ed una proposta tecnica che aspettano una critica ed un commento dai destinatari e quindi anche da te!!**



### **Premessa**

Fino ad oggi non è stato possibile fare un confronto tecnico sul Fiera Hospital. Non mi importano i motivi. Io ci provo e faccio circolare questo appunto che aspetta critiche anche energiche. Come io energicamente contesto la validità tecnica di un progetto che ritengo una forzatura della politica.

### **Il Fiera Hospital negli atti**

Più o meno adesso con la DGR [523/2020](#) è diventato chiaro il ruolo del Fiera Hospital (FH) nella fase 2. Fatto salvo che ci potranno essere ulteriori mutazioni dopo quelle che il Progetto originale ha già avuto. Confermo che a me sembra un progetto tecnicamente sbagliato e cercherò di dare sostanza tecnica a questo giudizio. Non mi preoccupa la politica del governo regionale (che nelle Marche solo uno sciocco può pensare non dico di convincere, ma almeno di “stuzzicare”), ma i tecnici che ai vari livelli direzionali e operativi sostengono con convinzione (almeno apparente) il Progetto. Quindi questo appunto è pensato per loro e per quanti hanno voglia di ragionare su questi temi, peraltro decisivi e giustamente al centro dell’attenzione.

Vediamo cosa dice la [DGR 523/2020](#). Assegna un ruolo centrale alla struttura tanto da metterla al primo posto dell’elenco delle strutture ospedaliere della rete COVID-19 del futuro. Prima il FH, poi i tre ospedali con Unità Complesse di Malattie Infettive (Marche Nord, Ospedali Riuniti di Ancona e Fermo), poi i Presidi Unici di Area vasta e infine le strutture dedicate alla attività post-critica (un termine che confonde e che definisce delle strutture non ospedaliere). Questa sequenza di presentazione della rete ha fatto scrivere a [qualche giornale](#) che il FH sarebbe il primo filtro della rete stessa (il che porterebbe un sano tocco di follia al già discutibile disegno).

Per ragionare sul FH occorre tornare alle sue origini. Non prendiamoci in giro: il FH nasce per dare quei posti letto di terapia intensiva che si pensava servissero alle Marche per il famoso picco mancato di ricoveri in terapia intensiva di metà aprile. Non c’è verosimilmente stata nessuna

elaborazione epidemiologica (mai vista) e semplicemente con lo stile che gli è tipico il Presidente ha parlato con qualcuno dei suoi Direttori e temendo che la situazione drammatica di Pesaro potesse estendersi a tutta la Regione ha pensato alla Fiera di Milano. Tutto parte qui. Arriva Bertolaso, si concepisce il Progetto 100 la cui natura è facilmente ricostruibile dalle News della Regione a partire da [quella del 22 marzo](#). E' una struttura ad alta tecnologia tutta votata alla Terapia Intensiva.

Poi la situazione muta e muta il Progetto che scende a 84 posti letto di cui 42 intensivi e 42 semiintensivi ([DGR 415/2000](#)). Questa prima delibera definisce "temporanea" la struttura, né può essere altrimenti perché non risponde ai requisiti di autorizzazione. Non serve più a contenere il picco, ma a "svuotare" gli ospedali delle Marche e consentire loro di riprendere le attività ordinarie. Terza mutazione ([DGR 523/2020](#)): si aggiunge una funzione post-critica, termine come già detto poco chiaro, e quindi si aggiunge una palazzina al FH. Si mantiene la dizione "struttura temporanea" e si aggiunge il termine "pubblica", come si dice a scampo di equivoci. In realtà la struttura diventa di fatto definitiva e le si attribuisce un significato strategico nella rete ospedaliera delle Marche anti-COVID 19. Cosa debba fare non è detto con chiarezza: comunque aumenta i posti letto per acuti (un atto programmatico, quindi) e contrasta il sovraffollamento degli altri ospedali. Si intuisce, ma non si dice, che dovrebbe attivarsi in caso di sovraffollamento, termine che però non viene declinato operativamente.

#### **Prima domanda: servono questi posti letto di terapia intensiva e semiintensiva in più?**

Sicuramente il 22 marzo quando Bertolaso venne sentito per la prima volta era giustificato pensare che servissero più posti letto di Terapia Intensiva (lasciamo perdere quelli di semiintensiva, che sono tutta un'altra cosa e ognuno li definisce come vuole). Dai 54 ricoveri in Terapia Intensiva (TI) del 10 marzo si era passati ai 141 del 21 marzo (poi saliti fino ad un massimo di 169 del 31 marzo). Per attrezzare i posti letto in più che erano serviti (85 diceva la new del 22 marzo della Regione) si erano usati blocchi operatori, unità coronariche e altri spazi ancora. E portate attività intensive anche in strutture che ne erano prive come l'INRCA di Ancona. Prevedere altri posti letto in quella fase era logico. Si esclude subito la possibilità di trovare altri posti letto nelle strutture pubbliche (in realtà di lì a pochi giorni sarebbe stata riaperta la rianimazione dell'Ospedale di Macerata). Questa soluzione "interna" venne scartata in base alle autodichiarazioni delle Direzioni.

Il problema era però: quanti posti letto di terapia intensiva in più? Bertolaso ha dichiarato in una delle sue tante interviste che "bisogna prepararsi al peggio". Affermazione molto discutibile per due motivi: primo perché il peggio va comunque trasferito in una previsione temporale e quantitativa. Sennò si arriva ai 500 posti letto della Fiera di Milano. E ai 100 delle Marche. E secondo perché se si usa come arma di pressione il timore del "peggio" ci si scorda di investire sul "meglio". E' quello che hanno fatto le Marche: investire sul peggio (le terapie intensive) e non investire sul meglio (prevenzione e gestione territoriale dell'emergenza). Pure i muri fanno che i tecnici e i migliori tra i politici enfatizzano il fatto che la battaglia col COVID-19 si vince sul territorio. Le Marche non ci credono, come non ci crede(va) la Lombardia: uniti nella Fiera.

E adesso torniamo ai 100 letti iniziali di terapia intensiva. Essi (come pure i 42 dell'ultima mutazione) nascono per non rivivere la situazione che si era creata tra febbraio e marzo specie nell'Area Vasta 1. Situazione drammatica frutto di un contesto in cui poco era stato possibile fare nei primi giorni contro la diffusione del virus e qualcosa era stato anzi inevitabilmente e

inconsapevolmente fatto per favorirla (ad esempio nelle strutture sanitarie che anziché proteggere purtroppo qualche volta contagiavano). Le Marche hanno scontato in questa prima fase come tutte le altre Regioni la carenza di dispositivi di protezione, di percorsi, di spazi e posti letto per una patologia nuova e aggressiva. Sul piano poi del trattamento non vi era presa in carico domiciliare, i clinici navigavano a vista e così le rianimazioni si riempivano con un ritmo drammatico di pazienti che avevano bisogno di un respiratore, ma spesso anche con questo non ce la facevano.

Quando poi la macchina col contributo di una infinità di operatori e dirigenti si è messa in moto e il distanziamento sociale è diventato pratica corrente prima piano piano e poi rapidamente i contagi sono diminuiti e così i ricoveri in ospedale e in terapia intensiva. Sul piano poi del trattamento non vi era presa in carico domiciliare, i clinici navigavano a vista e così le rianimazioni si riempivano con un ritmo drammatico di pazienti che avevano bisogno di un respiratore, ma spesso anche con questo non ce la facevano.

Già a fine marzo le cose erano drasticamente cambiate e così i ricoveri erano diminuiti compresi quelli in terapia intensiva. Il Progetto 100 andava rivisto o meglio ragionato in termini di una prospettiva futura da sviluppare con calma. Niente calma: solo da 100 a 84!

Adesso facciamo quel ragionamento cui la Regione ha rinunciato. Oggi si ricovera in terapia intensiva facciamo conto un 10% dei pazienti ricoverati in ospedale per COVID-19. A sua volta tra i contagiati diminuisce il numero di quelli che si ricovera perché a livello territoriale e domiciliare si interviene prima e meglio. Se si lavora sulla prevenzione e la sorveglianza epidemiologica i contagi dovrebbero essere contenibili in caso di riemergenza epidemica.

Cosa ci facciamo di quegli 84 posti letto se le terapie intensive vere aumentano di posti letto (debbono farlo: è previsto nel Decreto Cura Italia di maggio in corso di approvazione) e se distretti e Dipartimenti di Prevenzione vengono sostenuti assieme alla funzione epidemiologica? Per avere bisogno di quei posti letto occorrono migliaia di contagi in un sistema che non ha fatto tesoro dei drammi di questi mesi. Se quei posti letto servissero non andrebbe alla Regione il merito di averli realizzati, ma la colpa di averli resi necessari. Se poi staranno lì perché “nella vita non si sa mai”, ci può pure stare. Ma non è quella la priorità.

Avere una Agenzia e un rapporto con gli epidemiologi, i professionisti e gli esperti di sanità pubblica serve a questo: fare previsioni e non genericamente prepararsi al peggio.

Conclusioni: un incremento del 30% di circa dei posti letto delle strutture pubbliche dovrebbe essere ragionevolmente sufficiente e comunque fatto prioritariamente.

### **Si “regge” una terapia intensiva in una Fiera?**

In uno stato di necessità tutto si regge. Fin che è possibile la terapia intensiva COVID-19 deve stare però dentro un ospedale vero. Perché è [una patologia multiorgano](#) e ha bisogno di più competenze specialistiche. E soprattutto col COVID-19 perché non si entra direttamente in terapia intensiva, ma si passa dai “normali” reparti per acuti (specie di medicina interna, la disciplina più rappresentata nei nostri ospedali) che sono poi quelli che gestiscono le semiintensive. Gli stessi reparti da cui si passa in dimissione dalla terapia intensiva. La presenza di consulenti rianimatori in

queste aree diminuisce i ricoveri e rricoveri in terapia intensiva, come mi ha raccontato il mio amico Fausto che ha sperimentato questo modello da pensionato volontario a Vigevano.

Staccare la terapia intensiva dai suoi collegamenti verticali con gli altri livelli di gestione assistenziale in ospedale del COVID-19 è un assurdo clinico-organizzativo.

### **La questione del personale delle terapie intensive**

Questo del personale delle terapie intensive è un nodo fondamentale per diversi ordini di motivi:

1. deve essere specializzato, in quantità adeguata e formato a lavorare in equipe con “quella” equipe;
2. deve essere personale in più se si attivano posti letto in più;
3. si deve trovare il modo di avercelo pronto se serve e di usarlo comunque se non serve.

Un bel rebus.

### **Una possibile proposta**

Va trovato il modo di fare un progetto strutturale, organizzativo e culturale per rendere gli ospedali in grado di attivare “alla bisogna epidemiologica” più posti letto di terapia intensiva e un congruo numero di operatori formati alla attività intensiva pur rimanendo in una situazione ordinaria assegnati ad altre Unità operative o ad altri settori di attività.

Il Fiera Hospital si attiva se tutto il resto non è riuscito a fare argine. Ma è ragionevole pensare che non ce ne sarà bisogno.

**08.05.2020**