

Il Comitato Salviamo il Madonna del Soccorso ha stilato un documento che vuol essere una proposta articolata e completa, basata su dati ufficiali e volta a sintetizzare le strade percorribili a norma di legge per realizzare la riorganizzazione equilibrata e razionale del sistema sanitario in AV5. A tal proposito, inviterà i sindaci dei due centri urbani maggiormente popolati, Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto, a sollecitare e farsi promotori di comune accordo di una nuova riunione dei sindaci, convergendo essi per primi su una soluzione concordata.

Si parte dall'evidenziare che la costruzione del nuovo ospedale di Pagliare, che prevede 487 posti letto (pl) per acuti, avrà come conseguenza la totale mancanza di pl (attualmente 483) per i due vecchi ospedali di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto. Non sarà perciò possibile che resti aperto alcun reparto in queste due strutture, che diverranno "presidi territoriali" come già dichiarato dal Presidente Ceriscioli il 1 agosto 2018. In un presidio territoriale non è possibile alcuna struttura di Pronto Soccorso che è, secondo la legge, un "reparto ospedaliero". Ciò che Ceriscioli ha **grossolanamente sbagliato** è stata la proposta dei codici verdi e bianchi nei presidi territoriali.

Per spiegare meglio tale aspetto si riportano ne documento alcuni periodi del "*Progetto Regione Lazio - Percorso veloce codici Bianchi e verdi*": «L'ambulatorio MED del Percorso Codici Bianchi e Verdi è **allocato presso i locali individuati dalla Direzione Aziendale in prossimità del Pronto Soccorso**. I presidi individuati garantiscono l'assistenza dei cittadini durante tutto l'arco della giornata dalle ore 8.00 alle ore 20.00 sette giorni su sette in **appoggio** al Pronto Soccorso».

È dunque chiarissimo che non è possibile in alcun modo avere un ambulatorio che faccia codici bianchi e verdi senza un PS ospedaliero. **E NON È POSSIBILE AVERE UN PS OSPEDALIERO SENZA L'OSPEDALE**, né avere un ospedale senza posti letto.

Si prosegue osservando che un nuovo ospedale unico a Pagliare avrebbe più di 70.000 accessi, numero indicato dal DM 70/2015 come limite minimo per un DEA di 2 livello. E sarebbe l'unico PS della Regione a superare tale limite. Il secondo parametro, necessario per un DEA di 2 livello è il bacino di utenza con almeno 600.000 abitanti, ugualmente rispettato sommando gli abitanti delle tre aree vaste del centro-sud regionale, AV5 + AV4 + AV3, ottenendosi un bacino di oltre 700.000 abitanti. Che tale operazione di calcolo sia corretta e non confutabile risulta da un documento votato e approvato dal Consiglio regionale il 14 gennaio 2019.

Relativamente alle dotazioni di tale struttura ospedaliera, il comitato osserva che nell'AV5 sono già funzionanti le seguenti discipline: Medicina Nucleare,

Cardiologia con emodinamica interventistica H 24, Chirurgia vascolare (che deve solo essere ampliata anche per le urgenze), Ematologia, Nefrologia. Inoltre si rammenta che sia la DGR 271/2010 «Progetto strategico di interesse regionale *Neurochirurgia in area vasta n. 5*» che il PSSR 2012-2014 (DGR 528/2012) prevedono, da ben sette anni, l'istituzione della Neurochirurgia in AV5. Pertanto il nuovo ospedale avrebbe, per il 2 livello, cinque reparti già attivi più un sesto deliberato. Inoltre la neurologia dell'AV5 con la stroke unit, l'ortopedia e la chirurgia d'urgenza, necessitano della riattivazione della radiologia interventistica H 24 per ampliare e migliorare l'offerta sanitaria a livello di eccellenza, come sempre è stato definito l'ospedale di Pagliare, che tale non potrebbe essere se privo di questi reparti. Pertanto, una volta **definiti esplicitamente** i bisogni operativi della sanità ospedaliera nell'AV5, e stabilite di conseguenza le strutture necessarie per affrontare tali bisogni (reparti, ambulatori, apparecchiature), si dovrebbe realizzare quella sanità di eccellenza di cui si parla da oltre due anni, eccellenza che deve necessariamente prevedere **al primo posto** una forte riduzione del trasferimento delle urgenze all'ospedale di Torrette.

Nel documento si prospettano a tal fine con chiarezza tre possibili soluzioni.

A) Il Consiglio regionale delle Marche decide di approvare un piano sanitario che prevede l'ospedale unico di Pagliare: questo dovrà essere, per tutte le considerazioni esposte, di 2 livello, con **almeno** i reparti specificati.

B) Viene approvato un piano sanitario che prevede un ospedale di base ed uno di 1 livello: quest'ultimo dovrà essere sulla costa o in prossimità della stessa per i seguenti motivi.

- Dividendo in maniera baricentrica l'AV5 a livello di Pagliare, la popolazione, secondo i dati del dicembre 2018, sarebbe così distribuita: zona di Ascoli Piceno 103.945, zona di SBT 102.701. Occorre però aggiungere tutta quella "popolazione transitoria" che, specialmente nel periodo estivo ma non solo, si trova nella nostra regione, escludendo la mobilità dall'Abruzzo. Calcolando i dati delle presenze annuali del 2016 forniti dalla Regione Marche e valutando la presenza media giornaliera si arriva a questi dati complessivi: Ascoli 104.820, SBT 107.613. Con tali cifre si dimostra che la zona costiera ha il maggior numero di abitanti. Si consideri che per il 2018 la Regione ha fornito i seguenti dati di presenze turistiche: Ascoli 71.097, SBT 682.644.
- Valutando il numero di accessi al PS dal 2013 al 2018, sempre secondo i dati forniti dalla Regione e approfondendo l'esame per i più impegnativi codici otteniamo questi risultati. Codici rossi: Ascoli 3.090, SBT 4.811.

Codici gialli: Ascoli 49.018, SBT 78.905. È del tutto evidente che nella zona costiera vi è costantemente un maggior numero di gravi urgenze sanitarie.

C) Il Consiglio regionale decide di lasciare inalterata l'attuale situazione, con un ospedale di 1 livello diviso tra due stabilimenti, quindi con due PS e, se necessario, con l'ospedale Madonna del Soccorso costruito ex novo, per sopperire alle mancanti idoneità e carenze, salvo che sia possibile adeguarlo a norma di legge (ipotesi al momento non suffragata da alcun dato oggettivo). Appare evidente in tal caso, per i dati esposti, che tutta l'emergenza debba essere trasferita a San Benedetto, lasciando ad Ascoli la medicina di elezione, come già previsto anche dal Piano di Area vasta del 2018. Pertanto Cardiologia, Pediatria, Ostetricia, Ortopedia traumatologica, Chirurgia vascolare, Chirurgia d'urgenza, Radiologia interventistica dovranno trovarsi nell'ospedale di San Benedetto. Senza queste discipline non sarebbe possibile parlare di "eccellenza", anche perché continuerebbe inalterato il continuo trasferimento di pazienti acuti dal Piceno ad Ancona. E questi continui trasferimenti non possono in alcun modo essere indicatori di una "emergenza di eccellenza".

Si rigetta quindi, in modo assoluto, l'ipotesi di avere tre ospedali, uno di primo livello a Pagliare e due di base ad Ascoli e a San Benedetto perché:

1. Vi sarebbe una moltiplicazione di reparti con aumento del disagio per la mancanza di personale, già oggi evidente, soprattutto per il Pronto Soccorso.
2. Se i due ospedali di base non potessero trattare adeguatamente i codici gialli e rossi si avrebbe una dannosa moltiplicazione dei trasporti anche all'interno dell'AV5, invece di una sua riduzione.
3. Se invece potessero trattarli, il nuovo ospedale di Pagliare avrebbe un PS con, al massimo, 10.000 accessi l'anno, con grave dequalificazione per un ospedale che nei piani regionali dovrebbe essere di eccellenza.
4. I due ospedali di base non potrebbero avere meno di 60 posti letto ciascuno (20 per ognuno dei tre reparti previsti dal DM 70/2015) perché con una minore dotazione si avrebbe una continua perdita di professionalità da parte del personale sanitario.
5. L'ospedale di Pagliare non potrebbe quindi avere più di 367 pl, come l'ospedale di Fermo che non abbiamo mai sentito definire "di eccellenza", né dalla Regione né da Ceriscioli.
6. Abbiamo già sufficientemente chiarito che una eventuale gestione dei soli codici verdi e bianchi senza un PS è contro ogni norma di legge, e che pure un PS completo, senza un ospedale, sarebbe in violazione della legge.

Infine, qualunque sia la soluzione scelta dal Consiglio Regionale tra le tre proposte plausibili (2 livello, 1 livello e Base, 1 livello in due strutture) l'eventuale nuovo ospedale, o a Pagliare (2 livello) o sulla costa (1 livello), dovrebbe essere costruito senza il *project financing*, come sta avvenendo a Fermo, ricorrendo a forme di finanziamento pubblico diverso, o con un intervento del privato limitato al pagamento di un interesse temporalmente ed economicamente definito, senza costi aggiuntivi né gestione privata dei servizi sanitari e connessi.

Nell'attesa della costruzione del nuovo ospedale dovrà essere immediatamente riequilibrata la dotazione di personale medico, infermieristico e strumentale tra i due ospedali, applicando, in maniera rigorosa e controllata, quanto già previsto dal Piano di Area Vasta 2018: **TUTTA L'EMERGENZA A SAN BENEDETTO, L'ELEZIONE AD ASCOLI. PIANO SINO AD OGGI VOLUTAMENTE DISATTESO AD ESCLUSIVO VANTAGGIO DI ASCOLI.**

SAN BENEDETTO DEL TRONTO 4 NOVEMBRE 2019

DOTT. NICOLA BAIOCCHI

PRESIDENTE COMITATO SALVIAMO IL MADONNA DEL SOCCORSO

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Baiocchi', written in a cursive style.