



Comitato Civico “SALVIAMO IL MADONNA DEL SOCCORSO”

SCHEMA DI PROPOSTA OSPEDALIERA PER L'AV5

La crisi sanitaria mondiale provocata dal coronavirus ha dimostrato, in modo molto chiaro sia nella prima sia nella seconda fase, che il sistema della medicina pubblica in Italia sia tecnicamente abbastanza ben munito ma, allo stesso tempo, abbia ridotto l'ampiezza dell'assistenza terapeutica in funzione della razionalizzazione economica. Questa priorità basata sulla convenienza deve essere rivista per evitare il ripetersi delle insufficienze riscontrate durante la crisi. Molti epidemiologi ritengono che le cause principali che hanno reso più difficile reggere l'onda d'urto del coronavirus vadano ricercate nell'abbandono dell'assistenza territoriale e nella progressiva privatizzazione della sanità.

Il Comitato presenta, per la parte riguardante l'ospedalità pubblica dell'AV5, un modello basato sulle esperienze vissute, con una proposta che si propone di risolvere tre problemi:

- 1) Ripristinare il “Madonna del Soccorso” (d'ora in avanti MdS), depauperato nel corso degli anni, senza plausibili motivazioni tecniche, di posti letto (d'ora in avanti p.l.), servizi, attrezzature, personale medico e infermieristico.
- 2) Preparare il MdS ad affrontare sia una possibile successiva fase di questa pandemia, sia una qualsiasi nuova pandemia o emergenza sanitaria generale.
- 3) Ridurre gli sprechi derivanti dalla ipertrofia dei servizi e delle attività dei reparti, costi che incidono anche sulla cronica mancanza di personale, attraverso l'applicazione razionale di quanto già previsto, sia pure in modo approssimato, da un documento della stessa AV5.

Nel febbraio 2018, la Direzione dell'AV5 scrisse (*allegato 1*) che i due ospedali avrebbero dovuto svolgere compiti differenti, con le seguenti indicazioni:

1. “attività prevalente per l'Ospedale di San Benedetto del Tronto: Emergenza”;
2. “attività prevalente per l'Ospedale di Ascoli Piceno: Specialistica elettiva”;
3. “le specializzazioni uniche già presenti saranno messe a disposizione di tutta la popolazione dell'AV5 nel rispetto dei punti 1 e 2”.

Purtroppo l'uso del termine "prevalente", quantitativamente e qualitativamente indeterminato nel documento, non ha permesso di chiarire con precisione quali attività avrebbero dovuto essere svolte per ogni ospedale, secondo quanto indicato nei punti 1 e 2: al contrario hanno consentito scelte logicamente contrarie all'impostazione di base ma politicamente convenienti per i decisori.

Leggendo il documento si scopre che nell'ospedale dedicato "prevalentemente" all'Emergenza sono presenti reparti che hanno una valenza 'elettiva': Cardiologia riabilitativa, Lungodegenza con Geriatria e addirittura un Hospice che ha ridotto la disponibilità di spazio interno. Tale servizio, in quanto territoriale ed oggi intoccabile nella sua autonomia proprio perché territoriale e non ospedaliero, si sarebbe dovuto sistemare in una delle due strutture esterne all'ospedale. Sono invece mancanti reparti con specifica valenza 'emergenziale' (Cardiologia con emodinamica su tutti). Cerchiamo, per tali motivi, di impostare un discorso corretto, sulla base di dati certi e di valutazioni più precise. Ciò consentirà di discutere in modo appropriato sulle proposte finali.

Iniziamo con l'esposizione dell'attuale disponibilità di reparti e di p.l. del MdS, prevedendo il loro ripristino con la riacquisizione dei p.l. mancanti. Facciamo notare, a tale proposito, che lo stesso Direttore Sanitario dell'AV5, dottoressa Diana Sansoni, nel documento inviato nell'estate 2019 al Comitato (*allegato 2*), in risposta ad una domanda di accesso agli atti, parla di "49 posti letto in meno rispetto a quelli autorizzati; i 49 posti letto coinvolti nelle ristrutturazioni dell'ospedale di San Benedetto del Tronto". Ristrutturazioni che si sono ormai concluse da molto tempo senza che i p.l. mancanti siano mai stati ripristinati.

Poco più di un anno dopo, nel corso di una riunione della Commissione consiliare della sanità, tenutasi il 3 settembre 2020 presso l'Auditorium Tebaldini di San Benedetto del Tronto (il cui verbale sarà inviato dopo l'approvazione), alla presenza del Sindaco, del Direttore di AV5 Milani, del Presidente del Comitato "Salviamo il MdS", la dottoressa Sansoni ha ammesso di aver ricevuto, nel 2017, una lettera dalla Regione con la quale le si chiedeva di tagliare 50 posti letto al MdS. Letti successivamente distribuiti ad alcune cliniche private della provincia, ma finanche a quella di Sassocorvaro nel pesarese.

Mostriamo ora alcuni confronti tra l'attività del MdS e il Mazzoni di Ascoli Piceno, basati su dati ufficiali dell'AV5 (*allegato 3*).

CARDIOLOGIA. La cardiologia e l'UTIC del MdS hanno spesso carenza di posti letto rispetto alle esigenze, per cui i pazienti devono essere trasferiti ad Ascoli. Secondo il documento dell'AV5, relativo alla 'Produzione ospedaliera' degli anni

2015-2018, si sono avuti i seguenti ricoveri (pazienti di AP ricoverati nei due ospedali + pazienti di SBT + altri = Totale).

Cardiologia	p.l.	Paz. AP	Paz. SBT	Totale
Ascoli P.	26	3.279	1.675	6.702
S. Benedetto	14	109	1.583	4.900
<i>Confronto percentuale</i>		Il MdS dovrebbe avere 19 p.l. (+5) rispetto ad AP		
UTIC		Paz. AP	Paz. SBT	Totale
Ascoli P.	7	123	143	493
S. Benedetto	4	19	457	565
<i>Confronto percentuale</i>		Il MdS dovrebbe avere 8 p.l. (+4) rispetto ad AP		

MEDICINA. Il reparto di Medicina dovrebbe avere 40 posti letto, di cui 8 dedicati: 4 per gastroenterologia (con attivazione della endoscopia digestiva per le urgenze, senza dover più inviare i pazienti a Fermo) e 4 per nefrologia (seguiti dai nefrologi per i casi in urgenza, anche post operatori).

Medicina	p.l.	Paz. AP	Paz. SBT	Totale
Ascoli P.	50	4.250	185	4.770
S. Benedetto	32	332	3.134	3.903
<i>Confronto percentuale</i>		Il MdS dovrebbe avere 41 p.l. (+9) rispetto ad AP		

PEDIATRIA. La Pediatria di SBT ha avuto, nel 2018, un indice di occupazione dei p.l. pari al 94,3% (valore in eccesso rispetto al range nazionale ottimale dell'85%) contro il 73,97 (in difetto) di Ascoli. Ha anche un indice di rotazione dei p.l. pari al 75,7% contro il 52,4 di Ascoli. I p.l. di SBT sono insufficienti e spesso i bambini devono essere mandati ad Ascoli. (*allegati 4 e 5*)

I posti letto di Neonatologia dovrebbero essere divisi tra i due plessi ospedalieri che svolgono attività di pari livello (*allegato 6, pag. 70*), così come stabilito dalla DGR 1554 del 19.11.2018 (*allegato 7, pag. 21*): «10 PN (Punti Nascita) di I livello distribuiti prevalentemente in zona costiera e collinare e posizionati in prossimità delle maggiori arterie viarie che si sviluppano sul territorio regionale (Urbino, Pesaro, Fano, Senigallia, Jesi, Civitanova Marche, Macerata, Fermo, San Benedetto

del Tronto, Ascoli Piceno)». Non ci risultano documenti ufficiali della Regione in cui siano differenziati Punti Nascita 'senza' neonatologia.

Pediatria	p.l.	Paz. AP	Paz. SBT	Totale
Ascoli P.	17	4.250	185	4.770
S. Benedetto	10	332	3.134	3.903
<i>Confronto percentuale</i>		Il MdS dovrebbe avere 14 p.l. (+4) rispetto ad AP		

Per comprendere meglio la marcata differenza quantitativa di lavoro nei reparti di Pediatria dei due nosocomi, si propone la successiva tabella, ricavata sulla base dei dati dei ricoveri degli anni 2017 e 2018 (*allegati 4 e 5*):

2017	SBT	AP	2018	SBT	AP
<i>Posti letto</i>	10	12+5	<i>Posti letto</i>	10	12+5
<i>Dimessi</i>	738	803	<i>Dimessi</i>	757	891
<i>gg. Degenza</i>	2.998	4.159	<i>gg. Degenza</i>	3.442	4.590
<i>Deg. media</i>	4,06	5,18	<i>Deg. media</i>	4,33	5,15
<i>Occup. pl</i>	82,14%	67,03%	<i>Occup. pl</i>	94,30%	73,97%
<i>Ind. Rotaz.</i>	73,8%	47,2%	<i>Ind. Rotaz.</i>	75,7%	52,4%
<i>Dimessi/pl</i>	+56,35%	100%	<i>Dimessi/pl</i>	+44,46%	100%
<i>gg. Degenza/pl</i>	+22,56%	100%	<i>gg. Degenza/pl</i>	+27,48%	100%
<i>Deg. media/pl</i>	+33,55%	100%	<i>Deg. media/pl</i>	+42,90%	100%
<i>Infermieri</i>	11	29		11	29
<i>Infermieri/pl</i>	-35,3%	100%		-35,3%	100%

CHIRURGIA. La Chirurgia, pur in carenza di letti, 'produce' più del Mazzoni di Ascoli. Portandola a 28 p.l. si potrebbe utilizzare una stanza per pazienti infetti operati.

Chirurgia	p.l.	Paz. AP	Paz. SBT	Totale
Ascoli P.	24	3.641	394	4.424
S. Benedetto	22	785	3.278	4.900
<i>Confronto percentuale</i>		Il MdS dovrebbe avere 27 p.l. (+5) rispetto ad AP		

L'OCULISTICA, secondo informazioni ricevute effettuerebbe interventi in Day Surgery: questa modalità non dovrebbe prevedere p.l. dedicati.

ORTOPEDIA. Solo per l'Ortopedia il numero di p.l., come rapporto percentuale, non è carente. Ma si deve considerare che da ben otto anni il reparto è privo del primario, finalmente nominato il 20 novembre 2020. In nessun altro re-

parto ed in nessun altro ospedale della Regione ci risulta si sia verificata la stessa anomala situazione. È evidente che con la presenza di un primario la produzione non potrebbe che aumentare, ritornando ai valori dei precedenti anni.

Ortopedia	p.l.	Paz. AP	Paz. SBT	Totale
Ascoli P.	22	3.111	276	3.900
S. Benedetto	18	228	2.556	3.232
<i>Confronto percentuale</i>		Il MdS dovrebbe avere 18 p.l. rispetto ad AP		

GINECOLOGIA. Anche per la Ginecologia il MdS è in grave sofferenza.

Ost-Ginecol.	p.l.	Paz. AP	Paz. SBT	Totale
Ascoli P.	22	3.860	445	5.745
S. Benedetto	18	751	3.977	6.772
<i>Confronto percentuale</i>		S. Benedetto dovrebbe avere 26 p.l. (+8) rispetto ad AP		

ORL. Per l'ORL i due p.l. aggiunti (a penna) dalla Direttrice sanitaria sarebbero in realtà due p.l. della pediatria usati per il ricovero dei bambini dopo interventi di tonsillectomia.

O.R.L.	p.l.	Paz. AP	Paz. SBT	Totale
Ascoli P.	2 ?	1.640	242	2.355
S. Benedetto	0	175	552	962
<i>Confronto percentuale</i>		In questo caso non è possibile un confronto		

RIANIMAZIONE - MURG La Rianimazione non è stata considerata, in nessuna tabella, perché l'aumento del p.l. (6+6) rientra già nella nuova dotazione prevista dalla circolare del Ministero della Salute 11254 del 29 maggio 2020. Anche per la MURG è possibile un ulteriore incremento, oltre i 12 previsti, sulla base della stessa circolare (quindi con p.l. aggiuntivi).

* * * * *

I dati presentati consentono due spiegazioni: (a) il MdS è molto sottodimensionato, (b) il Mazzoni di Ascoli è eccessivamente sovradimensionato.

Si pone ora il problema di definire i due parametri che possono consentire di differenziare i due ospedali in modo logico e misurabile:

- a) Il valore quantitativo della prevalenza (75%, 80%, 90% ?)
- b) Il valore qualitativo dell'Emergenza.

Questo secondo punto potrebbe essere facilmente stabilito se si facesse riferimento a un qualsiasi testo di medicina. Le patologie acute respiratorie, circolatorie, neurologiche, cardiache, chirurgiche, ortopediche, pediatriche, ginecologiche, internistiche varie, sono già tutte ben definite, anche dalle società scientifiche. Per alcune patologie sono indicate con chiarezza le dotazioni strumentali e il personale, che i reparti devono avere sulla base dei p.l.

Poniamo la domanda per il punto b) è: il valore qualitativo è quello stabilito dai testi e dalle società scientifiche (b1) oppure quello stabilito dalla politica (b2)?

Perciò torniamo al punto a) ponendo la seconda domanda. Il valore quantitativo deriva dal punto b) oppure è stabilito a priori perché "l'esistente non deve essere comunque modificato"?

* * * * *

Tutte queste considerazioni erano state elaborate prima della seconda ondata di Covid. Ciò che sta accadendo in questi mesi invernali ci induce a nuove considerazioni, più aderenti alla realtà che stiamo vivendo. Si consideri che in data 22 novembre è stato pubblicato sulla stampa uno studio nazionale dell'Anaa-Assommed, il più importante sindacato medico ospedaliero italiano, nel quale si denuncia la "sofferenza" dei p.l. nei reparti ospedalieri internistici (Malattie infettive, Pneumologia, Medicina interna) poiché i malati Covid assorbono il 49% dei p.l. Il Sindacato evidenzia anche un altro problema: "Si parla spesso delle terapie intensive, ma ci si dimentica che i posti letto internistici assorbono la maggior parte dei ricoveri Covid. E le Regioni adesso li stanno aumentando".

Si è compreso che nella nostra provincia sono necessari due ospedali, uno dei quali "preparato" per affrontare immediatamente, e non dopo febbrili e insufficienti sistemazioni dell'ultimo momento, una possibile successiva fase di questa pandemia, come una qualsiasi nuova e sconosciuta pandemia. Devono essere presenti tutti i reparti previsti per un ospedale di primo livello affinché anche i pazienti infetti, e non solo quelli "comuni" della quotidianità, possano ricevere le cure appropriate, evitando inopportuni e pericolosi, specie sotto l'aspetto epidemico, trasferimenti in altri nosocomi: se non per patologie 'molto' specialistiche. Le esperienze del MdS, nel quale sono stati trasferiti da altri nosocomi pazienti

COVID positivi per interventi chirurgici e ortopedici di urgenza, dimostrano la necessità e l'appropriatezza di questa impostazione.

Prima di iniziare a elencare le richieste per i vari reparti, è necessario ricordare un altro aspetto fondamentale. Durante questa seconda fase della pandemia Covid è stato ripetutamente chiesto da politici, associazioni sindacali, comitati cittadini, tutti ascolani, di far sì che il Mazzoni ricoveri solamente pazienti normali, evitando in ogni modo di ricoverare pazienti infetti. Queste proposte contrastano in maniera evidente con la contemporanea richiesta di mantenere al Mazzoni sia malattie infettive che pneumologia, reparti e personale fondamentali per affrontare il Covid. Pertanto proponiamo i seguenti punti.

1° - Deve esserci, nel MdS, il reparto di malattie infettive in grado di accogliere normalmente almeno 20 persone, ossia 'ricoveri normali e semi intensivi' secondo il Gores giallo, ma posizionato e strutturato in maniera tale da poter essere in pochissimo tempo ampliato per portare la capienza sino a 40. Una stanza di questo reparto potrebbe essere messa, in caso di necessità, a disposizione dei ricoveri pediatrici, in pieno accordo con i medici della Pediatria. Tutto il reparto a pressione negativa con ventilatori per ogni letto.

2° - Accanto a questo reparto deve esserci una seconda MURG, oltre quella già presente al piano -1, che disponga di almeno 20 posti letto e sia a pressione negativa. In caso di necessità diventerà MURG/infettivi per pazienti Covid.

3° - Questi 40 posti letto (20 + 20) possono (e dovrebbero) essere ricavati nelle strutture esterne già esistenti, considerate idonee dai tecnici.

4° - Il personale medico e infermieristico di questi 40 posti letto deve essere stabile per garantire esperienza, conoscenza dei protocolli e massimo affiatamento.

5° - Nel reparto di Geriatria i 30 p.l. dovrebbero essere strutturati in modo da poter essere subito isolati per i 'ricoveri non intensivi'.

6° - Si devono attivare almeno 20 posti letto di lungodegenza, sullo stesso piano della Geriatria, da trasformare, in caso di epidemia, in posti di ricovero per pazienti stabilizzati che possono essere dimessi ma non rinviiati al domicilio.

7° - È necessario un reparto di pneumologia, di almeno 12 p.l., accanto al reparto di Geriatria per garantire la presenza degli specialisti e, al bisogno, anche l'uso di questi posti letto. Si potrebbe così arrivare ad un massimo di 102 p.l. (40 esterni + 62 al piano della Geriatria).

8° - La rianimazione deve contare su almeno 20 posti letto, divisibili in due zone: 4 normali più 16 per infettivi.

9° - Nel reparto MURG al piano -1, semi intensivo, devono esserci almeno 12 posti, tutti per pazienti normali.

10° - Il PS dovrebbe avere tre ambulatori, uno dei quali posizionato in modo tale da poter essere immediatamente isolato dal resto del PS. L'ospedale dovrà prevedere, anche nelle fasi di normalità, percorsi differenziati, che in caso di qualsiasi necessità epidemica verrebbero attivati in due, tre ore.

11° - La radiologia, sia quella del PS che quella generale, deve poter essere divisa, al bisogno, in due parti una delle quali resterà dedicata solo ai pazienti infettivi.

12° - Il laboratorio analisi dovrà essere in grado di effettuare tutti gli esami necessari per la diagnosi e la prevenzione della malattia infettiva, senza dover portare fuori nessun tampone, né dover aspettare le risposte per giorni.

13° - Il blocco operatorio deve avere almeno un letto isolabile per pazienti positivi, sia chirurgici che ortopedici.

14° - Una o al massimo due stanze devono essere isolate e utilizzate per pazienti chirurgici e ortopedici nei rispettivi reparti.

In altre parole, una "parte" di ospedale "preventivamente dedicato" e "isolabile" in poche ore, ma funzionante per tutti al di fuori dell'epidemia. Il resto della struttura continuerà tutta la normale attività, compreso il PS.

* * * * *

Ci eravamo chiesti quale dei due ospedali dell'AV5, sulla base di documenti tecnici consultabili da tutti, avesse le caratteristiche per operare queste trasformazioni, iniziando da quanto scritto il 14 marzo sul sito¹ della Regione: "AREA VASTA 5, San Benedetto Covid: 6 posti letto di terapia intensiva in più. Ascoli Non Covid: Utilizzando l'ex reparto di malattie infettive, da lunedì si avranno 20 posti letto". Già questo contrasto tra "ospedale Non Covid" e insieme "reparto di malattie infettive" ci aveva lasciato molto perplessi anche perché i "20 posti letto" non sono mai stati aperti nella prima fase. Inoltre con il documento 0016190 dell'ASUR regionale «pianificazione "fase2"», con la data del 24/04/2020 (allegato 8) era già stato deciso, senza indicare alcuna valutazione tecnica e senza nessuna

¹ <https://www.regione.marche.it/News-ed-Eventi/Post/60854/Emergenza-Coronavirus-riorganizzazione-del-sistema-sanitario-marchigiano>

spiegazione motivata, che “Ascoli verrà mantenuta come struttura no Covid con tempestivo trasferimento di eventuale caso confermato”. Inoltre si parla di “riferimento aziendale, così come all’inizio della pandemia, della Terapia Intensiva di S. Benedetto”.

Invece nella delibera 523 del 05/05/20 (*allegato 9*, Pag. 6), nella quale non vi è alcun riferimento al citato documento ASUR, si legge:

“C) Strutture pubbliche con percorsi Covid riattivabili in emergenza epidemica ... Presidio unico di Area Vasta 5 stabilimento di San Benedetto del Tronto e sezione distaccata (ex malattie infettive) presso stabilimento di Ascoli Piceno... Presso tali strutture ospedaliere andrà garantito un percorso in acuzie dedicato al ricovero del paziente affetto da SARS-Cov2: posti letto, in isolamento a pressione negativa o, in subordine e se necessario, in logica di coorte, di terapia intensiva, ove presente, terapia semi-intensiva e specialistica (pneumologia, internistica) da modulare numericamente ... garantendo al contempo le restanti attività assistenziali non procrastinabili”.

Successivamente alla DGR 523, è stato pubblicato dal Direttore generale dell’ASUR il documento 1264167 del 13/05/20 (*allegato 10*, pag. 5) nel quale leggiamo che “in caso di risultato positivo del tampone ... se il paziente deve essere ricoverato viene trasportato nella sede regionale di riferimento, al momento San Benedetto del Tronto e, appena possibile l’attivazione, nella sede ex malattie infettive di Ascoli Piceno. Resta fermo il riferimento all’UOC di malattie infettive di Fermo per il territorio Marche SUD”. Tuttavia nello stesso documento, a pagina 8, viene riportato quanto espresso della DGR 532/2020: “Solo dopo saturazione dei posti letto per pazienti COVID 19 positivi presso le strutture di cui al punto a) e b) [ossia Civitanova e Fermo, per noi dell’AV5] saranno riorganizzati i percorsi dedicati nelle seguenti strutture ... Ascoli e San Benedetto”.

Scrivemmo nel giugno 2020: «È evidente che usare due ospedali per trattare i pazienti positivi non ha alcun senso logico, se non quello di aumentare senza motivo il rischio di infezione con l’eventuale trasporto dall’uno all’altro nosocomio di pazienti positivi. Inoltre il MdS, in caso di ritardata esecuzione dei lavori nell’ospedale di Ascoli, scusa addotta per non aprire i 20 posti letto previsti dalla Regione, si ritroverà nuovamente ad essere smantellato per far posto ai malati, visto che la Direzione dell’AV5 considera ancora “sede regionale di riferimento” proprio l’ospedale di San Benedetto. Pertanto è necessario che sia realizzata, come da noi proposto, la trasformazione nel MdS di alcuni reparti, se si vuole che Ascoli continui ad essere, anche per il futuro, ospedale completamente no-Covid.

Oppure utilizzare anche la Rianimazione di Ascoli per i pazienti positivi e trasformare il Mazzoni in ospedale Covid».

Al momento dell'inizio della seconda fase della pandemia nulla di tutto questo era stato realizzato e predisposto dalla Direzione dell'AV5. Oggi, come già fatto notare in precedenza, da più parti si è lamentata la presenza di pazienti infetti al Mazzoni che ancora dispone del reparto di malattie infettive e pneumologia.

* * * * *

Per spiegare meglio la struttura del futuro ospedale di San Benedetto del Tronto, anche nella sua funzione di ospedale in grado di trattare i pazienti Covid, si propone uno schema riassuntivo basato sul recupero dei 43 posti letto mancanti nel nostro ospedale (*allegato 11*, per le delibere regionali nel corso degli anni).

Prospetto futura dotazione p.l. acuti e di lungodegenza

Reparto	Attuali	Futuri	Totali futuri	D.H.
Cardiologia	14	4	18	
U.T.I.C.	4	4	8	
Chirurgia	22	0	22	
Geriatria	30	0	30	
Medicina	32	0	32	
Pediatria	10	4	14	
Ortopedia	18	0	18	
Ostetricia Ginecol	18	0	18	
MURG -1	12	0	12	
Rianimazione	12	8	20	
Psichiatria	16	0	16	
ORL	2	4	6	
Neurologia	19	1	20	
Totale 1	209	25	234	
MURG 2	0	20	20	
Totale 2	209	45*	254	
Mal. Infettive**	0	20	20	
Pneumologia***	0	12	12	
Totale 3 acuti	209	77	286	
Lungodegenza****	0	20	20	
Totale complessivo	209	97	306	

* p.l. tolti nel 2017 e recuperati

** I letti di malattie infettive sono quelli attualmente ad Ascoli

*** I letti di Pneumologia sono quelli di Ascoli

**** p.l. mancanti, secondo le delibere regionali

In definitiva, la nostra proposta, fondata sui dati a disposizione, è finalizzata ad affrontare in modo efficace e razionale l'attuale fase epidemica, che presumibilmente non sarà di breve durata, e quelle future, mantenendo nel contempo una efficace operatività e sicurezza per tutti gli altri servizi. Ovviamente la discussione e le decisioni relative all'acquisizione e alla cessione di servizi e reparti dipenderanno dalla volontà politica di conformarsi o meno alla naturale vocazione all'emergenza-urgenza del nostro nosocomio.

Chiediamo pertanto di:

- I. recuperare, in modo tempestivo, tutti i posti letto tolti nel 2017;
- II. spostare malattie infettive e pneumologia al MdS, reparti inutili nel Mazzoni se non tratta i pazienti Covid;
- III. recuperare posti di lungodegenza, 'scomparsi' come quelli per acuti.

Terminata l'emergenza, ci occuperemo anche della delicata e ventennale questione dell'edificazione e dell'ubicazione del nuovo ospedale sulla costa, che dovrà necessariamente prendere il posto dell'attuale, vecchio MdS. Tale problema al momento non ci appare di estrema urgenza, in considerazione delle odierne priorità, nonostante costituisca, come ampiamente dimostrato in passato, un argomento usato pretestuosamente in ogni campagna elettorale.

È altresì logicamente necessario che **prima** si stabilisca cosa dovrà avere il nuovo ospedale, il numero di posti letto, in definitiva quanto sarà ampio. Solo dopo si potrà discutere del dove e delle dimensioni dell'area. Proprio per evitare il ripetersi delle recenti, inutili e sciocche argomentazioni, continuamente ripetute ma mai spiegate nonostante le nostre documentate cifre, che prevedevano la necessità, per un ospedale di 500 p.l., di una superficie grande come quella occupata da Torrette, con i suoi oltre 900 p.l., e dalla facoltà di Medicina.

27 novembre 2020

Il Presidente del Comitato "Salviamo il Madonna del Soccorso"
dr. Nicola Baiocchi

