

SPECIALE SANITÀ

APPROFONDIMENTO DISTRIBUITO CON CORREGGIO DEMOCRATICA N° 14 - SETTEMBRE/OTTOBRE 2023

Il tema dell'Emergenza Urgenza nella sanità

Un approfondimento basato su fatti concreti per capire come si è arrivati alle scelte e quale sarà il reale impatto sul territorio

Il **Dott. Fausto Nicolini**

risponde alle domande poste dalla redazione di Correggio Democratica

Parlare di sanità significa trattare un argomento che da un lato interessa molto alle persone e dall'altro è una materia molto complessa. Ci spiega perché? Mi è stato chiesto di provare a spiegare le criticità e le problematiche legate all'emergenza urgenza nella sanità provinciale ed in particolare al servizio di automedica. Premetto che la sanità è materia assai complessa, perché oltre a non rispondere alle regole del mercato, si fonda su un valore imprescindibile che è la tutela della salute individuale e collettiva. È complessa anche perché vi sono molti soggetti con interessi, prospettive e obiettivi spesso contrastanti. Districarsi tra leggi, normative, accordi sindacali, bisogni, aspettative, richieste di tutti questi soggetti non è semplice come qualcuno potrebbe pensare.

Non vi sono soluzioni semplici per problemi complessi

Per cui chiedo al lettore pazienza ma gli argomenti sono ostici e spesso difficili per gli addetti ai lavori, immaginiamo per il comune cittadino. Certo è più facile cavarsela con facili slogan e affermazioni apodittiche del tipo: "Mancano i medici a livello nazionale, regionale e locale? Che ci vuole? Trovateli!". Come se reperire medici fosse come andare a funghi, che da qualche parte stanno nascosti e chi ha fiuto, abilità e fortuna li scova. Non è così: non vi sono soluzioni semplici per problemi complessi ma solo la possibilità di fare scelte rispetto ad opzioni reali e attuabili. **Sul riordino della emergenza-urgenza sono state sollevate critiche ed espressi timori da più parti. Lei come la pensa?** Naturalmente anche in questo caso, come in passato, quando ci sono significativi cambiamenti è normale che vi siano timori e critiche; tutte le



opinioni e i punti di vista solo legittimi e rispettabili. Il confronto però, se vuole essere razionale, utile e produttivo, deve basarsi su fatti concreti e oggettivi, e non su affermazioni astratte e ideologiche. Per questo le mie affermazioni saranno preminentemente tecniche, basate sulle mie competenze e sulla mia esperienza professionale.

L'automedica a Correggio non è stata una scelta casuale: ce l'abbiamo messa noi alla fine degli anni '90

Una cosa tengo a chiarirla da subito: l'automedica a Correggio alla fine degli anni '90 non è stata una scelta casuale e non è discesa nemmeno dal cielo:

ce l'abbiamo messa noi professionisti e lì l'abbiamo mantenuta e gestita finché è stato possibile, cioè per 25 anni. Oggi non si può più e i primi a dispiacersi siamo noi che l'abbiamo pensata, costruita, potenziata e gestita. **Lei è stato per tutta la sua carriera nella Azienda USL di Reggio. Ci fa un po' la storia della emergenza-urgenza e del Piano Attuativo Locale (PAL) del 2019 che è stato spesso richiamato in questa vicenda?** Per comprendere appieno la vicenda bisogna in effetti avere una certa "memoria storica". Il Piano Attuativo Locale ospedaliero (PAL) 2019 (epoca pre-COVID) della provincia di Reggio Emilia non nasce per rivedere l'automedica di Correggio ma per riordinare la rete ospedaliera della provincia, affrontando temi che necessitavano di una revisione organizzativa dopo 15 anni dall'ultimo documento programmatico. Perché la sanità era molto cambiata: ad esempio nel 2011 era stato istituito a Reggio Emilia l'IRCCS oncologico (Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico - uno dei pochissimi istituti oncologici di ricerca italiani fra quelli di Torino, Milano, Genova, ecc.) e nel 2016 inaugurato il CORE (Centro oncoematologico reggiano) accreditato come centro di eccellenza a livello europeo.

È stato un Piano molto partecipato, con il contributo di più di 160 persone

È stato un Piano molto partecipato. Sono stati attivati gruppi di lavoro multidisciplinari e multiprofessionali composti dai

più autorevoli professionisti del settore, da rappresentanti delle istituzioni (sindaci, assessori) e dell'associazionismo in rappresentanza dei cittadini e delle comunità locali. I componenti dei vari gruppi che hanno partecipato a vario titolo sono stati 160. Il capitolo sull'Emergenza Urgenza ha visto la partecipazione di 19 persone tra cui tutti i Direttori/Responsabili dei diversi Pronti Soccorso (PS) e Punti di Primo Intervento (PPI) degli ospedali, 3 sindaci e 2 vicesindaci.

Il Gruppo era coordinato dalla Dr.ssa Anna Maria Ferrari: una grandissima professionista che ha dedicato la vita a costruire l'Emergenza Urgenza a Reggio, in Regione e in Italia

Il Gruppo era coordinato dalla Dr.ssa Anna Maria Ferrari, una grandissima professionista che ha dedicato la vita alla sanità pubblica, ha diretto il Dipartimento Emergenza-Urgenza (DEU) di Reggio per oltre 20 anni, ha fatto scuola in Regione e in Italia e al cui impegno si deve in gran parte l'istituzione della specialità medica universitaria in Emergenza-Urgenza. I lavori sono durati un anno e il PAL è stato approvato dalla Conferenza Sanitaria di Reggio Emilia all'unanimità da tutti i sindaci della provincia il 25 febbraio 2019. Tutto nella massima trasparenza: il documento è disponibile e consultabile da 5 anni sul sito web dell'AUSL, anche se c'è stato qualcuno che l'ha scoperto solo oggi. Forse all'epoca era distratto o meno interessato.

Crediamo nella sanità pubblica perché solo questa può garantire l'accesso universale e l'uguaglianza fra i cittadini. La sanità pubblica è sotto attacco ed è nostro compito difenderla e fare di tutto per evitarne il lento e inesorabile smantellamento a cui stiamo assistendo. Un tema così importante ha bisogno di una **mobilizzazione e di una attenzione straordinaria** e il Progetto di legge che sta promuovendo la Regione Emilia-Romagna per aumentare le risorse destinate al Servizio Sanitario va in questa direzione. È vero anche che la sua complessità merita un **approccio serio, documentato e preparato** e di uno spazio che non si limiti ad una pagina di volantino o ad un post sui social. Per questo motivo noi di Correggio Democratica e del PD di Correggio abbiamo pensato di chiedere un contributo al Dott. Fausto Nicolini, uno dei più grandi conoscitori ed esperti di gestione della sanità pubblica a livello regionale e nazionale. Le sue risposte ci hanno permesso di approfondire il tema dell'emergenza urgenza in provincia di Reggio Emilia e di realizzare questo documento. Speriamo possa essere utile per capire meglio l'evoluzione dei servizi.

Il documento è disponibile e consultabile da 5 anni sul sito web dell'AUSL

Quindi la proposta di riorganizzazione della rete della emergenza-urgenza, condivisa e approvata dalle Istituzioni, proviene direttamente da quei professionisti che tutti i giorni hanno la responsabilità di organizzarla e gestirla, gli stessi che tutti i giorni operano per la cura delle persone in urgenza negli ospedali e sulle ambulanze. Il capitolo sulla Emergenza Urgenza del PAL descrive già le tematiche relative alla criticità della carenza dei medici e le problematiche conseguenti sulla sostenibilità del modello implementato e gestito a partire dal 1997. **Ci parla di questo modello organizzativo che viene da così lontano?** Quello di Reggio è un "modello" nato con il Piano Attuativo Locale del 1997. Erano appena state costituite le Aziende Sanitarie e la rete degli ospedali di provincia era ancora strutturata con gli "ospedali di base" previsti dalla riforma Mariotti del 1968. Una organizzazione obsoleta che dopo 30 anni non era più adeguata a rispondere ai bisogni delle persone. I Pronti Soccorso (poi divenuti Punti di Primo Intervento) erano poco più di un ambulatorio, non avevano personale medico "dedicato a tempo pieno" ma erano gestiti a "rotazione" dai medici delle divisioni ospedaliere (internisti, chirurghi, ortopedici, ginecologici) che, a turno e malvolentieri, si alternavano periodicamente.

Prima del 1997 i Pronti Soccorso e i Punti di Primo Intervento non avevano personale medico "dedicato a tempo pieno" ma erano gestiti a "rotazione" dai medici delle divisioni ospedaliere

Di fatto erano strutture di accettazione dei ricoveri, ed al cittadino con dolore toracico (quindi con sospetto infarto) poteva capitare di essere visitato da un ortopedico, che ovviamente lungi dal cimentarsi in un percorso diagnostico, si limitava a ricoverarlo. Nel 2001 il sistema dei Pronti Soccorso periferici era così "fragile" che erano solo 3 i medici dipendenti dell'ASL in provincia. A questi si erano aggiunti 30 Medici Emergenza Territoriale (MET): medici convenzionati in possesso di un corso di idoneità, che

lavoravano sia sull'automedica che nei Punti di Primo Intervento (PPI), nel così detto "doppio mandato - dentro-fuori".

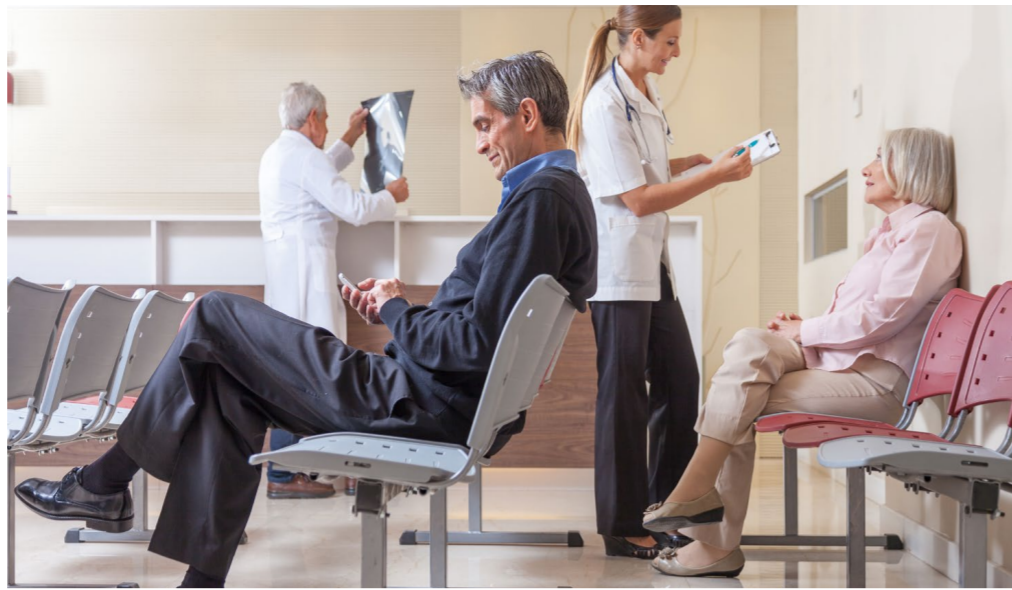
Dal 2001 i 30 Medici Emergenza Territoriale (MET) lavoravano a tempo pieno sia sull'automedica che nei Punti di Primo Intervento

È stato grazie ai MET che è cessato il vecchio e obsoleto modello di gestione a rotazione interna. Con la istituzione dell'automedica, cioè della Emergenza Territoriale, si è colta all'epoca l'opportunità di "popolare" i PPI con medici dedicati a tempo pieno e non più "prestati" da altri reparti. Avendo 6 PPI nella Provincia questo modello organizzativo determinò la scelta di istituire progressivamente un'automedica in ogni distretto a partenza dagli ospedali.

Avendo 6 Pronti Soccorso nella provincia si scelse di istituire un'automedica in ogni distretto a partenza dagli ospedali.

Se gli ospedali fossero stati 3 come a Parma probabilmente si sarebbero attivate solo 3 automediche. Il modello di "doppio mandato" (il MET era sia a disposizione per le chiamate che inserito nell'attività di PPI) ha fornito ai MET una crescita professionale che permise a molti di questi di optare per il rapporto di dipendenza come medici ospedalieri del Dipartimento di Emergenza-Urgenza (DEU). In seguito, visto il costante incremento dell'attività sia sul territorio (uscite di automedica) sia nei PPI (numero di accessi) si rafforzarono progressivamente gli organici, sia aumentando i MET, sia arruolando medici dipendenti, chiedendo ad entrambi di svolgere la doppia funzione "dentro-fuori". Mancavano però i posti in pianta organica. La Regione Emilia-Romagna nel 2003 approvò la nostra richiesta di istituire "dal nulla" oltre 40 posti di medico di PPI/PS, che permise progressivamente negli anni successivi di arrivare a 75-80 medici, tra dipendenti e convenzionati MET.

La Regione Emilia-Romagna approvò la nostra richiesta di istituire "dal nulla" oltre 40 posti di medico di PPI/PS



Era il "modello Reggio" che non è stato attuato in tutti i territori della Regione e che per anni ha funzionato. Il nostro modello organizzativo superò a pieni voti la valutazione di accreditamento istituzionale della Regione. **Perché questo modello è andato in crisi?** Negli ultimi 6-7 anni l'organico medico ha cominciato a decrescere in quanto le nuove entrate (nuovi specialisti e nuovi MET) non compensavano le uscite.

Le nuove entrate non compensavano le uscite e con la normativa attuale i MET possono fare o esclusivamente attività di PS o esclusivamente attività di automedica, non possono fare l'uno e l'altro in contemporanea.

Un fattore ulteriore ha reso il modello sempre più rigido e meno sostenibile. In base ad un accordo sindacale dell'estate 2022 i MET possono fare o esclusivamente attività di PS o esclusivamente attività di automedica, non possono fare l'uno e l'altro in contemporanea cioè "fuori-dentro" come prima. Quindi ce ne vogliono molti di più rispetto al passato.

Con queste regole oggi il sistema per garantire un'automedica e un PPI in ogni distretto richiederebbe 100 medici mentre attualmente ne sono disponibili 57

Con queste regole oggi il sistema per

garantire un'automedica e un PPI in ogni distretto richiederebbe 100 medici mentre attualmente ne sono disponibili solo 57, compresi i MET. Solo per far funzionare 6 automediche H24, una per distretto, occorrerebbero 36 MET, che oggi sono ridotti a 13.

Occorreva rivedere l'organizzazione sia per l'emergenza territoriale che per il PS/PPI

È ovvio che la coperta è troppo corta e occorreva rivedere l'organizzazione sia della emergenza territoriale sia dei PPI/PS, come sta facendo la Regione con l'introduzione dei Centri Assistenza Urgenze (CAU) attivi H24. **Ha parlato di riorganizzazione dei Pronti Soccorso (PS) / Punto di Primo intervento (PPI) con l'introduzione dei Centri Assistenza Urgenza (CAU). Ce la può spiegare?** È una riforma in corso pianificata dalla Regione per tutto il territorio regionale. Da quello che mi risulta, essendo ancora in fase di presentazione, prevede la separazione dei percorsi tra casi gravi (codici rossi e gialli) destinati ai Pronti Soccorso e ai Dipartimenti Emergenza Urgenza di 2° livello e i casi meno gravi (codici bianchi e verdi) destinati ai CAU.

Permette di separare i percorsi fra casi gravi (codici rossi e gialli) destinati ai PS e casi meno gravi (codici bianchi e verdi) destinati ai CAU

L'obiettivo è ridurre la pressione sui PS/DEU "ingolfati" dai troppi codici bianchi, per dedicarli ai casi più complessi come le patologie più gravi, "tempo-dipendenti" (infarto, ictus, politrauma, ecc...) e, al tempo stesso, ridurre i tempi di attesa per i casi meno gravi destinati ai CAU. Queste saranno strutture all'interno di ospedali (o Case della Salute), aperte 12 o 24 ore al giorno, con personale medico e infermieristico adeguatamente formato per questa tipologia di casistica (problemi urgenti a bassa complessità) e con idonea tecnologia a disposizione. Sarà possibile anche la consulenza specialistica con la telemedicina. I CAU copriranno mediamente un bacino da 35.000 a 75.000 abitanti. Oggi il Punto di Primo Intervento di Correggio è aperto nelle ore diurne e gestito da una cooperativa di medici "a gettone" che tratta prevalentemente codici verdi e bianchi mentre i casi più gravi sono trasferiti a Reggio, come è giusto che sia per queste patologie.

Il personale medico dei CAU non sarà più quello "a gettone" delle cooperative

Il personale medico dei CAU non sarà più quello "a gettone" delle cooperative ma proverrà da una profonda riorganizzazione della continuità assistenziale (guardia medica). L'attivazione dovrebbe avvenire entro l'anno anche in relazione ai disposti del Decreto Ministeriale del marzo 2023 che impedisce la proroga dei servizi appaltati alle cooperative. **Quindi alla base di questa riorganizzazione c'è una grave carenza di medici. Come è potuto accadere? E quali sono le cause?** Il problema della carenza di medici specialisti in generale, e di quelli dell'emergenza urgenza in particolare, viene da lontano, con il numero chiuso sia per la laurea che per i diplomi di specialità nonché una cattiva programmazione del turnover generazionale.

Pochi scelgono la specializzazione Emergenza Urgenza: stress, rischi, bassa remunerazione, poca flessibilità. Tanti fuggono verso il privato.

La specialità dell'Emergenza-Urgenza

poi è stata istituita solo nel 2009 e comincerà l'adesione a questa disciplina è assai limitata: su 1800 borse di studio a livello nazionale ne sono state assegnate circa il 40%. La carenza non è però determinata solo dalla scarsa immisione di nuovi specialisti nel sistema e dal mancato ricambio generazionale, ma si è registrata anche una vera e propria fuga dal sistema pubblico verso il privato, soprattutto durante e dopo il COVID. I medici di Emergenza Urgenza hanno la responsabilità maggiore lavorando sui casi più gravi, uno stress lavorativo enorme (in PS non c'è un attimo di pausa), il massimo del contenzioso legale cioè denunce da parte dei cittadini, il rischio sempre più diffuso di aggressioni che ne minacciano l'incolumità fisica e un trattamento economico inadeguato perché non hanno possibilità di integrare lo stipendio (come accade per molte altre discipline) con la libera professione.

I Medici di Emergenza Urgenza hanno responsabilità maggiori, stress lavorativo enorme, contenziosi legali, rischio di aggressioni e un trattamento economico inadeguato (non hanno possibilità di integrare con la libera professione)

Una proposta che facemmo in FIASO era trovare modalità per pagarli di più. Ma la sanità è complessa: una proposta apparentemente di buon senso doveva fare i conti con i Ministeri, le Regioni, i sindacati, le Università, ecc... I medici dell'emergenza-urgenza sono stati in prima linea con uno stress enorme ed alcuni di loro hanno lasciato il posto di lavoro nel pubblico per approdare nel privato sottraendo risorse professionali alla sanità pubblica. Ad esempio le cooperative, con i "medici a gettone" (meglio remunerati e con una maggiore flessibilità lavorativa) hanno proliferato in maniera significativa sottraendo risorse professionali alla sanità pubblica. Adesso si cerca di porre un freno con provvedimenti legislativi a livello nazionale (come ad esempio il DM 34 del 30 marzo 2023). **Se la carenza dei medici è un problema che viene da lontano, come mai ce ne accorgiamo solo oggi?** Personalmente ho sempre dibattuto e posto il problema in ogni sede

(Ministero, Regione, Conferenza Sanitaria Territoriale) da oltre dieci anni: lo testimonia la mia prima intervista concessa da Direttore Generale al Giornale di Reggio a fine settembre 2010.

Dal 2010 evidenzio il problema della carenza di medici a livello nazionale

Il titolo è evocativo: "Carenza di medici, il rischio è l'importazione." E nel sottotitolo "Se non corriamo ai ripari, dovremo cercare camici bianchi all'estero." Oggi, ma solo oggi (!), qualcuno fa riferimento alla importazione di medici stranieri come sta avvenendo per la Regione Calabria, ma la Calabria, purtroppo, ha problemi ancora più gravi dei nostri perché nell'Emergenza-Urgenza è all'"anno zero" e la sua sanità pubblica è "al collasso", come afferma lo stesso Presidente di Regione sul Corriere della Calabria l'11 gennaio 2023. Basti pensare che l'automedica a Cosenza (un Comune di 65.000 abitanti in una provincia di 670.000) è stata attivata solo nel dicembre 2022, cioè 25 anni dopo Reggio Emilia. Per tornare a noi in una intervista del 2017, ancora reperibile nel web, segnaliamo il tema della carenza dei medici dell'Emergenza Urgenza, criticità che avevamo portato all'attenzione oltre che dell'opinione pubblica anche delle Istituzioni e dei sindacati. La realtà è questa: non ci sono medici sul mercato e ci vorrà del tempo per reintegrare gli organici. Speriamo che questa presa di coscienza collettiva consenta un cambiamento di rotta nei riguardi della sanità pubblica. **A Reggio Emilia come siamo messi?** Reggio non è immune al problema. Si pensi che nel 2019, prima del COVID, il numero dei medici del Dipartimento Emergenza-Urgenza (DEU) di Reggio era 75 e oggi è sceso a 56 (di cui solo 13 MET). Questo ha aggravato in modo imprevedibile la situazione già critica nel 2019, assieme al già citato accordo sindacale che ha vietando il "doppio mandato" per i MET.

Nel 2019 nel Dipartimento Emergenza-Urgenza di Reggio erano presenti 75 medici. Oggi è sceso a 56.

Tutto ciò ha determinato la necessità di rivedere il numero di postazioni

di automedica in provincia e di inserire nuovi Mezzi di Soccorso Avanzato (MSA) a gestione infermieristica. **Quindi la carenza di questi professionisti non è solo un problema locale.** Certo, si tratta di un problema nazionale e regionale. In provincia di Reggio Emilia siamo ulteriormente sfavoriti perché rispetto alle province limitrofe di Modena e Parma avevamo il maggior numero di automediche e di PPI ospedalieri per abitante.

Nel nostro territorio la carenza si nota maggiormente perché avevamo una organizzazione che prevedeva un maggior numero di automediche

Carpi non ha mai istituito un'automedica pur avendo un distretto di 100.000 abitanti. Anche il distretto di Sassuolo non ha l'automedica nel capoluogo di distretto presso l'ospedale ma a Maranello. Il territorio di Parma poi ha solo 3 ospedali pubblici (Borgotaro, Fidenza, Parma) e quindi richiede organici medici più contenuti per gestire i 3 PPI/PS. In Provincia di Piacenza è operativa una sola automedica per tutto il territorio, che è più vasto come superficie della provincia di Reggio Emilia.

Carpi e Sassuolo non hanno mai istituito un'automedica. A Piacenza ce n'è una per tutta la provincia.

A Reggio è stato creato un sistema più strutturato con medici dipendenti specialisti o convenzionati e per questo oggi siamo maggiormente in difficoltà. Penso che in futuro si dovrà pensare ad una organizzazione inter-provinciale o regionale, tanto più che la Centrale Operativa 118 è di area vasta: la nostra, per l'area Emilia Nord è a Parma per Parma, Piacenza e Reggio. Piani di riduzione delle automediche sono già stati attuati in passato o sono in fase di attuazione in altre province della Regione e in altre regioni. Ad esempio in Lombardia, in provincia di Mantova, nel 2011 sono state tolte le automediche di Suzzara e Castiglione delle Stiviere. Il Ministero ha chiarito che l'MSA può essere indifferentemente auto medica o auto infermieristica.

2 **Perché l'ASL non assume medici per il servizio Emergenza Urgenza?**
"Di seguito alcune risposte sintetiche e dirette alle domande che i correggesi si stanno facendo in questi giorni sul tema della riorganizzazione dell'Emergenza Urgenza nella nostra zona"

1 **Perché è stata tolta l'automedica a Correggio?**
L'automedica è stata spostata a Novellara perché è stato necessario riorganizzare il servizio di Emergenza Urgenza sul territorio provinciale a causa del numero ridotto di medici a disposizione e delle norme che non consentono ad un medico di lavorare contemporaneamente come in passato sia sull'automedica che nei punti di Primo Intervento. Se non si fosse riorganizzato il servizio sarebbero stati necessari 100 medici: ce ne sono 57.

2 **Perché l'ASL non assume medici per il servizio Emergenza Urgenza?**
Perché non ci sono. In pochi scelgono questa specializzazione e questa tipologia di lavoro. La politica (a livello nazionale) dovrà occuparsene velocemente.

3 **Una sola automedica per tutta la zona non è insufficiente?**
Si consideri che non è presente solo un'automedica, ma ci sono 3 Mezzi di Soccorso Avanzato (1 automedica e 2 auto infermieristiche h24). Una delle 2 auto infermieristiche è a Correggio h24. Un mezzo MSA ogni 45.000 abitanti: la normativa ne prevederebbe 1 ogni 60.000.

4 **Le auto infermieristiche, non avendo un medico a bordo, forniranno un servizio adeguato?**
Il personale infermieristico a bordo è formato, motivato, competente e adeguato ad affrontare i casi più gravi come la rianimazione cardiopolmonare. È sempre collegato con personale medico e può somministrare farmaci. Questo personale è in grado di approssimare le patologie più gravi (infarto, ictus, politrauma, trauma cranico, emorragia arteriosa) che tuttavia devono essere trattate entro un'ora in strutture con competenze, tecnologie ed expertise avanzate.

5 **Per i Correggesi non si allungano i tempi di intervento?**
La centrale operativa del 118, sulla base della gravità del caso, sceglie quale mezzo dovrà partire e da dove, senza considerare i confini comunali o provinciali. Prima Correggio poteva contare solo su un'automedica nelle 12 ore diurne. Oggi è disponibile anche un'auto infermieristica h24.

6 **Chi ha progettato la riorganizzazione dell'Emergenza Urgenza nella provincia di Reggio? È competente?**
Al progetto hanno lavorato più di 160 persone fra esperti di organizzazione, medici, amministratori, cittadini. Soprattutto la proposta di riorganizzazione proviene direttamente dai professionisti che tutti i giorni hanno la responsabilità di organizzarla e gestirla. La competenza è indiscutibile: il Gruppo era coordinato dalla Dr.ssa Anna Maria Ferrari: una grandissima professionista che ha dedicato la vita a costruire l'Emergenza Urgenza a Reggio, in Regione e in Italia.

7 **Nella riorganizzazione in atto, cosa accadrà al Pronto Soccorso di Correggio?**
La riorganizzazione è in itinere e attualmente in presentazione, quindi non c'è nulla di ancora deciso al 100% e pianificato. Con ogni probabilità si trasformerà in CAU (Centro Assistenza Urgenza). Disporrà di personale medico e infermieristico e tecnologia a disposizione (radiologia, laboratorio), aperto 24 ore, per trattare i codici bianchi e verdi (i prevalenti). I codici gravi (rosso e giallo) saranno trasferiti a Reggio, come accade già oggi.

La normativa richiede la presenza di un Mezzo di Soccorso Avanzato (MSA) ogni 60.000 abitanti. La Bassa Reggiana dispone di un MSA ogni 45000 abitanti

La bassa reggiana dispone di 3 MSA H24 per una popolazione di 130.000 abitanti, con un mezzo ogni 45.000, migliore rispetto allo standard richiesto dalla normativa (il Decreto Ministeriale 70/2015 ha come requisito la presenza di un MSA per un territorio con popolazione di 60.000 abitanti). **Si è parlato tanto anche di mezzi di soccorso a gestione infermieristica. Cosa ne pensa?** Oggi è stata implementata in ogni distretto un'auto a leadership infermieristica per cui i Mezzi di Soccorso Avanzato (MSA) disponibili sono più di uno per territorio. Ora tutti i codici rossi e gialli ricevono una risposta con un MSA con professionisti sanitari e non con mezzi base gestiti dai pur bravi ed eccellenti volontari del soccorso, che rimangono comunque una risorsa insostituibile del nostro sistema. Non è così in tutte le regioni, anzi! E comunque va ricordato che è la Centrale Operativa 118 (che per noi è a Parma) che decide quale mezzo assegnare ad ogni intervento in relazione alla gravità del caso, valutando la scelta più opportuna senza considerare i confini comunali e provinciali.

Il personale infermieristico è competente e adeguato ad affrontare i casi più gravi grazie ad un lungo ed accurato processo formativo

Il personale infermieristico è motivato e competente, grazie a un lungo e accurato processo formativo e di selezione, ed è preparato per affrontare i casi più gravi. Ricordiamo che le patologie più gravi (infarto, ictus, politrauma, trauma cranico, emorragia arteriosa, ecc...) necessitano di essere trasferite e centralizzate in un ospedale (cosiddetto Hub) che sia dotato di strutture, servizi, tecnologie, competenze ed expertise professionali adeguate e che non possono essere presenti negli ospedali periferici. Emodinamica cardiologica per l'infarto, neurologia intensiva (stroke unit), neuroradiologia e neurochirurgia per l'ictus, traumatologia, rianimazione, chirurgia vascolare, chirurgia d'urgenza, ecc, sono le "patologie tempo dipendenti".



Le patologie più gravi devono essere trasferite in meno di un'ora in strutture adeguate. I tempi di percorrenza dalla provincia al centro HUB di Reggio sono ovunque inferiori ad un'ora (la "golden hour") tranne che nell'alto crinale montano.

I tempi di percorrenza dalla provincia al centro Hub di Reggio, il Santa Maria Nuova, sono ovunque inferiori ad un'ora (la "golden hour") tranne che nell'alto crinale montano, il che giustifica un assetto "più robusto" dell'ospedale di Castelnovo ne Monti, che dispone di posti letto di terapia intensiva. Nell'Hub di Reggio devono arrivare al più presto i pazienti con patologie tempo-dipendenti. Ed è qua che dobbiamo disporre di risorse mediche e tecnologiche adeguate, con professionisti sanitari specializzati per semplificare i percorsi e accelerare la presa in carico. Un motivo in più perché in un momento di crisi di risorse

professionali, quelle scarse disponibili vengano utilizzate in modo appropriato. **Ma l'utilizzo delle auto infermieristiche è stato dettato solo dall'emergenza?** L'inserimento delle auto infermieristiche era previsto indipendentemente dal riordino delle postazioni di automedica per potenziare la risposta e per garantire maggiore tempestività e la presa in carico di casi gravi da parte di personale sanitario anziché da volontari laici, come poteva avvenire in passato.

L'inserimento delle auto infermieristiche era già previsto per potenziare la risposta e garantire maggiore tempestività. L'esperienza decennale su Reggio Emilia è stata più che positiva

Abbiamo colto un indirizzo proveniente dalla Regione con una proposta innovativa fatta dagli stessi professionisti dell'Emergenza-Urgenza e fortemente sostenuta dall'allora assessore Venturi. A Reggio avevamo da anni un'auto infermieristica nel distretto di Reggio Emilia da cui abbiamo maturato un'esperienza positiva decennale a riguardo. **Oggi si teme fortemente per la sostenibilità della sanità pubblica come testimonia il Progetto di legge promosso dalla Regione Emilia-Romagna per garantire risorse adeguate al Servizio Sanitario Nazionale. Cosa ne pensa?** La sostenibilità del nostro SSN è un tema che mi sta particolarmente a cuore e che da circa 15 anni affronto specificatamente all'università e in ogni sede istituzionale. Sono anni che se ne discute, perlomeno dal 2009, dopo la crisi economica. Nel novembre 2012 l'allora Presidente del Consiglio Mario Monti si esprime pubblicamente con una frase che ci allarmò: "La sostenibilità del SSN potrebbe non essere garantita.". Come FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie Ospedaliere) rilanciammo immediatamente un allarme: "Con questi livelli di finanziamento il SSN rischia l'asfissia."

Siamo stati fra i primi ad aderire alla campagna "Salviamo il nostro Servizio Sanitario Nazionale" evidenziando il tema della sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale

Nel 2013 la Fondazione GIMBE (Gruppo Italiano Basato sulla Medicina

dell'Evidenza) lanciò la Campagna nazionale "Salviamo il nostro SSN", al quale abbiamo aderito tra i primi. Purtroppo l'allarme è caduto in gran parte nel vuoto e il dibattito è rimasto circoscritto tra gli addetti ai lavori. Solo oggi è diventato centrale nel dibattito politico. Ci siamo illusi che la pandemia COVID potesse ricostruire una coscienza collettiva della rilevanza strategica di una sanità pubblica e universalistica: purtroppo dopo una fase iniziale promettente questa spinta si è arenata.

Dopo anni di riduzione delle risorse al SSN la Regione Emilia-Romagna promuove un progetto di legge per garantire risorse al servizio sanitario utilizzando il 7,5% del PIL

Dopo anni e anni di riduzione delle risorse, la Regione Emilia-Romagna ha proposto recentemente un Progetto di Legge per garantire al Servizio Sanitario Nazionale risorse adeguate utilizzando il 7,5% del PIL. Si pensi che nel 2010 il finanziamento della sanità pubblica era al 7,3% del PIL, nel 2019 prima del COVID è sceso al 6,4%. Il DEF 2023 (Documento di Economia e Finanze) prevede al 6,7% del PIL, che poi scende al 6,2% nel 2026. Per questo l'iniziativa della nostra Regione è fondamentale e va sostenuta con forza. **E i cittadini? Cosa possono fare in un contesto come questo?** È importante che i cittadini seguano con attenzione l'evolversi della situazione. Proteggere il nostro SSN, che è uno dei fondamenti del welfare ed è minacciato dalla cultura e politica neo-liberista che promuove la supremazia del mercato e la privatizzazione, è una questione che ci accompagnerà negli anni a venire e una delle lotte più importanti che dovremo fare.

La protezione del nostro SSN è una delle lotte più importanti che dovremo fare

Vorrà dire anche trovare soluzioni diverse da quelle attuali per renderlo sostenibile. E dipenderà molto da come la politica sarà capace di arrivare alle proprie scelte, raccontarle e di come si schiererà l'opinione pubblica al riguardo, sensibilizzarla quanto più possibile, evitando sterili polemiche, rendite di posizione e interessi di bottega.

CHI E' FAUSTO NICOLINI?



Fausto Nicolini, correggese, è laureato in medicina, attualmente in pensione, ha lavorato per 36 anni nel Sistema Sanitario Nazionale sempre in provincia di Reggio Emilia ricoprendo diversi ruoli apicali: Direttore di Struttura Complessa di Pediatria, Direttore di Distretto (1996-2001), Direttore del Presidio Ospedaliero provinciale e del Programma Materno-Infantile (2001-2010), Direttore Generale (2010-2020) dell'AUSL, dell'ASMN IRCCS e della Azienda unificata dal 2017 fino alla pensione. Già Vice-Presidente Nazionale FIASO (Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie e ospedaliere). Docente universitario insignito ufficiale della Repubblica per meriti sanitari nella pandemia covid.