

Bologna, 14 Luglio 2025

Alla c.a. del Presidente della Commissione assembleare

Politiche per la salute e politiche sociali RER

Gian Carlo Muzzarelli

e dei Consiglieri

OGGETTO: contributo scritto a disposizione dei consiglieri regionali in previsione della seduta prevista per lunedì 14 luglio p.v. ad oggetto “Informativa dell'assessore alle Politiche per la salute, Massimo Fabi, sullo stato dell'arte e prospettive future del Sistema di emergenza-urgenza in Emilia-Romagna e audizione delle realtà e degli operatori coinvolti” a riscontro del cortese invito.

Spett.le Presidente

Ill.mi Consiglieri

A nome di AARO I-EMAC Emilia Romagna, Associazione di categoria che rappresenta e unisce a se i Medici specialisti in Anestesia e Rianimazione e Medicina di Emergenza Urgenza dipendenti del SSR, nonché sigla sindacale firmataria dei contratti collettivi nazionali della dirigenza medica e sanitaria, desideriamo ringraziarVi per l'invito e fornire un contributo alle discussioni oggetto della seduta della Vs commissione IV confidando che i contenuti possano risultare utili e condivisibili.

Questo breve testo si propone volutamente di essere *pragmatico* e *sintetico* nell'esposizione, certi di un suo potenziale sviluppo e integrazione grazie anche al contributo di tutte le altre parti coinvolte.

PREMESSA

La scrivente OS precisa che, come già sostenuto in passato e ribadito di recente, l'attività di Emergenza Urgenza di PS e Medicina d'Emergenza Urgenza nonché di Emergenza Territoriale (SET118) sia da intendersi solo come “territorio di confine ospedaliero” pertanto il personale sanitario coinvolto è e dovrà essere, a tendere, come *appendice ospedaliera sul territorio*, ossia come espressione anche delle più moderne visioni dei Dipartimenti di Emergenza Urgenza (DEU) “*dell'Ospedale che va a casa del paziente*” svincolando il contesto dei servizi di continuità assistenziale, medicina generale e/o territoriale, medicina convenzionata in genere, dall'ambito del Sistema Emergenza Urgenza.

Il personale medico che ha acquisito specialità in una delle due discipline che rappresentiamo con background formativo e culturale ospedaliero, riteniamo debba essere il *gold standard* di riferimento come risorsa medica da impiegare negli ambiti di Emergenza Urgenza Preospedaliera – SET 118 che possa garantire, laddove realmente necessario, un supporto medico avanzato.

In analogia riteniamo che anche il personale infermieristico che opera in questo settore debba necessariamente essere esperto/specializzato in Area Critica ossia con formazione e bagaglio esperienziale di estrazione ospedaliera negli ambiti di Pronto Soccorso o Terapia Intensiva.

In questo contributo focalizziamo l'attenzione solo sul tema *Emergenza Urgenza Pre Ospedaliera - SET 118* premettendo che la base di partenza per un ragionamento su scala regionale e non provinciale (quando non zonale), sarebbe quello di condividere l'obiettivo di un'*Agenzia Regionale di Emergenza Urgenza* per fornire quantomeno una cornice regionale di governo delle strutture previste nella GPG/2024/1257 del 13/06/2024 (LINEE DI INDIRIZZO ALLE AZIENDE SANITARIE PER LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DELL'EMERGENZA-URGENZA IN EMILIA-ROMAGNA. SECONDA FASE ATTUATIVA -ANNO 2024).

CRITICITÀ CARENZA MEDICI PER ATTIVITÀ DI EMERGENZA PRE OSPEDALIERA – SET 118

In un'ottica di maggiore efficientamento del Servizio Sanitario Regionale in ambito di Emergenza Urgenza Pre Ospedaliera – SET 118, sarebbe auspicabile la costituzione di un'agenzia regionale o quantomeno *dare gambe* alla delibera regionale GPG/2024/1257 nell'ottica di strutturare una sorta di *dipartimento regionale di emergenza urgenza* che possa fungere da cornice e orchestra per uniformare il sistema ad oggi troppo frammentato tra le varie province, evitando tra l'altro le attuali difformità di dislocazione delle tipologie di mezzi di soccorso ed efficientare l'approvvigionamento di materiali e di mezzi (leggasi bandi di gara su ampia scala) nonché dare un'identità unica al sistema.

Il personale sanitario coinvolto dovrebbe essere di estrazione ospedaliera sia per la componente medica che infermieristica nell'ottica di una maggiore professionalizzazione del sistema che si faccia garante di quel continuum tra territorio e ospedale indispensabile per l'ottimizzazione delle cure del paziente grave.

A questo proposito, riteniamo che il profilo medico a tendere debba essere quello di specialisti in Anestesia e Rianimazione (ARTID) e di Emergenza Urgenza (MEU) con adeguata preparazione ospedaliera, così come potrebbe essere attuabile *da subito* l'inserimento nel sistema di medici informazione specialistica (MIF) in entrambe le discipline che abbiano già acquisito adeguata esperienza formativa nell'ambito dell'emergenza urgenza ospedaliera.

La mancanza di specialisti nelle due discipline che si occupano a 360° della materia emergenza urgenza sanitaria sono reali ma solo per le unità operative ospedaliere (PS in primis) mentre l'eventuale reclutamento di risorse mediche finalizzate ad attività di emergenza territoriale vedrebbero, secondo le nostre rilevazioni, una *congrua disponibilità* e partecipazione di un **pool** di specialisti in entrambe le discipline.

Le realtà che hanno sperimentato formule amministrative di contratti che prevedono la fornitura di prestazioni sia in ambito di emergenza urgenza pre ospedaliera al di fuori della sede principale di assegnazione, si sono rivelate fruttuose e rispondenti alle esigenze degli specialisti, rendendo l'attrattività del sistema marcatamente aumentata e offrendo la possibilità di maggiore soddisfazione dei professionisti permettendo loro di ruotare *dentro e fuori l'ospedale*.

Questo avrebbe una doppia ripercussione positiva: da un lato la fidelizzazione al Sistema Sanitario Regionale di figure storicamente carenti ed evitarne la fuga o limitare l'emorragia verso il privato e dall'altro rendere il sistema di emergenza pre ospedaliera maggiormente qualificato garantendo livelli medio alti di assistenza medica.

E' nostra convinzione che non solo sia possibile ma non più rimandabile superare, anche con questi interventi, il ricorso a cooperative esterne.

A nostro giudizio anche le forme di reclutamento *inverse a questa* potrebbero rivelarsi strategiche per sopperire alle carenze di risorse mediche nel settore di emergenza pre ospedaliera come ad esempio istituire bandi di concorso per specialisti di anestesia rianimazione e in medicina di emergenza urgenza con *assegnazione principale ai sistemi di emergenza territoriale 118* ma con *quota parte oraria dedicata invece all'assistenza ospedaliera* sia essa in pronto soccorso (per i MEU) o nei servizi di Anestesia e Rianimazione (per gli ARTID).

Riteniamo inoltre che non si dovrebbero rinviare ulteriormente *scelte politiche coraggiose ma indispensabili* come la chiusura di PS periferici funzionanti "a mezzo servizio" o convertirli a Punti di Primo Intervento (PPI) potenziando laddove necessario i servizi di SET118 con Mezzi di Soccorso Avanzato a leadership infermieristica (MSA-I) e Mezzi di Soccorso Avanzato a leadership medica o Automediche (MSA-M);

Desideriamo con l'occasione allegare 2 documenti noti agli addetti ai lavori come "*Carta di Riva*" e "*Manifesto di Firenze*" condivisi e sottoscritti dalle *più grandi, importanti e rappresentative Associazioni italiane che operano nel settore* (associazioni mediche, infermieristiche e del mondo del volontariato).

Lo scopo di questi allegati è richiamare l'attenzione verso *il percorso che renderebbe indiscutibilmente maggiormente attrattivo il ruolo del Medico 118* (Dipendente Pubblico Specialista MEU o ARTID) anche per i

neo specialisti disincentivando come detto le note fughe verso il settore privato e al tempo stesso offrire un omogeneo sistema di soccorso di elevato livello professionale implementando i *ruoli gestionali e assistenziali*.

Di seguito citiamo alcuni passaggi:

“Il superamento della frammentazione dei modelli gestionali al fine di garantire un trattamento standardizzato ed uniforme alle persone su tutto il territorio nazionale, nel rispetto delle prerogative proprie delle Regioni in materia di organizzazione dei rispettivi sistemi sanitari regionali e Province autonome, e definizione di criteri per la realizzazione di organizzazioni virtuose del sistema di Emergenza Urgenza”

“L’utilizzo di forme omogenee di reclutamento del personale, con particolare riguardo al personale sanitario che non può prescindere da forme contrattuali di dipendenza dal SSN, che dovrà avvenire con modalità uniformi di accesso (standard formativi minimi a livello nazionale).”

“La valorizzazione delle figure professionali attraverso il rafforzamento e la migliore declinazione delle rispettive competenze, finalizzata anche al corretto impiego delle specifiche potenzialità professionali sottese.”

CONCLUSIONI

Auspichiamo in sostanza standard regionali uniformi in termini di risorse umane e di tipologia di mezzi distribuiti sul territorio e che nel percorso di riorganizzazione del sistema di Emergenza Urgenza pre ospedaliero già avviato, si superino i campanilismi locali ovvero provinciali puntando dritti sulla costituzione di una forma organizzativa regionale che connoti l’unicità del sistema regionale 118, una decisa spinta verso la valorizzazione delle risorse già esistenti come *infermieri, medici specialisti e in formazione specialistica* che siano di eventuale riferimento, secondo gravità clinica, ai mezzi di soccorso di base (ODV - Organizzazioni di volontariato) e siano a loro volta di reciproco supporto per i casi più complessi nell’ambito della rete di EU e di quella degli elisoccorso.

Un dialogo chiaro e urgente va portato avanti con le Università regionali, pur rispettandone i rispettivi ruoli, per condividere in breve tempo una vera apertura del settore ai giovani MIF (già sperimentato in altre regioni) che possano essere autonomi, ad esempio, già dopo il 3 anno di specialità ospedaliera (MEU ed ARTID) e dopo un minimo inserimento propedeutico nel sistema 118.

Dr. Matteo Nicolini

Presidente AAROIEMAC Emilia Romagna