



Alla Cortese Attenzione  
Assessore alla Sanità della Regione Lombardia  
Dott. Guido Bertolaso  
[guido\\_bertolaso@regione.lombardia.it](mailto:guido_bertolaso@regione.lombardia.it)  
[segreteria.bertolaso@regione.lombardia.it](mailto:segreteria.bertolaso@regione.lombardia.it)

e p.c. Direttore Generale Welfare Regione Lombardia  
Dott. Giovanni Pavesi  
[giovanni\\_pavesi@regione.lombardia.it](mailto:giovanni_pavesi@regione.lombardia.it)  
[welfare@pec.regione.lombardia.it](mailto:welfare@pec.regione.lombardia.it)

Presidente della Regione Lombardia  
Avv. Attilio Fontana  
[presidenza@pec.regione.lombardia.it](mailto:presidenza@pec.regione.lombardia.it)  
[segreteria\\_presidente@regione.lombardia.it](mailto:segreteria_presidente@regione.lombardia.it)

Milano 03 agosto 2023

**Oggetto: Deliberazione XII/787 "Piano di riordino delle strutture, attività e dei ruoli del personale medico nell'ambito della rete Emergenza-Urgenza ospedaliera" del 31/7/2023.**

*Gentilissimo Assessore,*

esprimiamo il rammarico per non essere stata consultata nella fase di elaborazione del piano di riordino delle strutture della rete dell'Emergenza-Urgenza ospedaliera regionale, malgrado i numerosi tavoli aperti e in considerazione del fatto che:

1. i reparti pneumologici rappresentano la destinazione di una buona parte dei pazienti che accedono alle degenze ospedaliere dai PS;
2. gli Specialisti Pneumologi sono spesso coinvolti, nelle attività turnistiche di alcuni PS, talora a discapito della miglior funzionalità dei reparti che ne vengono privati;
3. i reparti di Pneumologia insieme alla medicina interna sono stati da subito coinvolti ed hanno gestito globalmente il maggior numero di pazienti ricoverati nel corso dell'emergenza Covid. In particolare, i reparti di Pneumologia, sin da subito, sono stati di fondamentale importanza, assieme alle Rianimazioni, per la gestione dei pazienti ad elevata intensità clinica affetti da insufficienza respiratoria con necessità di ventilazione non-invasiva e gestione dei pazienti tracheostomizzati in scarico dalle ICU. La Pneumologia si è rapidamente adattata ai bisogni clinico-assistenziali del paziente e del sistema socio-sanitario regionale garantendo appropriatezza ed adeguatezza del percorso di cura;
4. La pneumologia ha dato prova di disponibilità e di grande spirito collaborativo quando Regione Lombardia ha chiesto l'apertura di slot "straordinari" per visite specialistiche nell'ambito del progetto LONG COVID;

5. nell'ambito della Rete di Pneumologia, diversi esponenti afferenti alle società scientifiche di Pneumologia, partecipano attivamente alla costituzione di percorsi inerenti l'insufficienza respiratoria acuta e cronica garantendo il miglior percorso clinico assistenziale sia ospedaliero che di emergenza-urgenza, nonché della gestione cronica, dei pazienti che ne sono affetti;
6. Sempre nell'ambito della rete Pneumologica è stato svolto un lavoro con produzione di un documento che definisce il ruolo e le attività della semiintensiva respiratoria (UTIR) che deve per forza rientrare nell'organizzazione dell'urgenza-emergenza. In particolare sono state definite le caratteristiche del paziente da UTIR che quindi ha già un suo percorso e destinazione, così come sono stati descritti i casi che invece richiedono una valutazione multidisciplinare in PS/OBI con uregtisti, rianimatori ed altri specialisti;
7. la Pneumologia è da sempre attiva nell'ambito delle manovre respiratorie invasive/interventistiche (broncoscopia, drenaggi toracici, toracentesi) anche nell'ambito dell'emergenza-urgenza garantendo efficacia ed appropriatezza specialistica immediata con conseguente efficientamento gestionale del Pronto Soccorso. Da ciò si evince l'importanza, non secondaria rispetto a quella degli anestesisti-rianimatori (rif. pag.3), delle sinergie funzionali con gli Pneumologi.

Il Pronto Soccorso rappresenta la porta d'ingresso dell'Ospedale, il "primo baluardo di difesa" per i cittadini con problemi medico-chirurgici, gravato da un livello di complessità organizzativa-gestionale che spesso mettono alla prova il personale medico ed infermieristico che vi lavora. Esiste una relazione bidirezionale tra le attività del Pronto Soccorso e quelle dei reparti specialistici: il buon funzionamento del primo è condizione necessaria per il buon funzionamento dei secondi, e il buon funzionamento dei secondi è condizione necessaria per il buon funzionamento dei primi.

Quindi è chiaro che le attività del Pronto Soccorso si riflettono sulle attività dei reparti specialistici, e conseguentemente un piano di riordino di queste strutture non può essere svincolato, come già abbiamo avuto modo di ripetere in più occasioni istituzionali, dalla considerazione del flusso dei pazienti nella sua completezza, dal Pronto Soccorso ai reparti di degenza, al rientro sul territorio. Se da un lato la delibera prevede alcune modifiche strutturali che sono e saranno fondamentali per il miglioramento dell'attività del PS e per le quali apprezziamo e condividiamo l'impegno dell'assessorato, dall'altro vi sono criticità sostanziali che, nell'impostazione attuale, non possiamo non evidenziare con l'approccio costruttivo che ha sempre caratterizzato la nostra collaborazione con la DG Welfare della Regione.

- A. Al punto 1 dell'Allegato (pag. 3) si fa riferimento al fatto che *"...l'indisponibilità di posti letto nelle sezioni di degenze ospedaliere non è giustificazione sufficiente ad impedire l'immediato ricovero del paziente da parte del medico del DEA/PS"*.

Sappiamo bene come tutte *".....le soluzioni organizzative più adeguate a garantire l'immediata accoglienza del paziente....."* auspicate possano esaurirsi con grande rapidità o rappresentare un problema organizzativo per altri reparti di degenza.

In questo modo, il problema del boarding di PS non viene risolto, ma solo spostato, scaricandolo sui reparti di degenza, senza un reale vantaggio per il paziente. Inoltre, come dimostra la letteratura, il ricovero del paziente in un setting non adeguato od in appoggio/sovrannumero, come facilmente accadrebbe, porta ad un aumento del rischio clinico, con effetti sfavorevoli sugli esiti.

- B.** Per supportare le esigenze del PS si prevede “...un riequilibrio nella dotazione dei posti letto sulla base dei dati epidemiologici...tenendo conto delle esigenze del PS...”.

Un maggior numero di posti letto a disposizione del PS è fondamentale. Tuttavia, dal momento che non è previsto alcun incremento del numero di letti accreditati complessivi, ma solo una redistribuzione, ciò si accompagnerebbe verosimilmente ad una riduzione dei letti soprattutto per l’elezione, sia medica che chirurgica, e conseguentemente si ridurrebbe la capacità degli ospedali pubblici di rispondere ad esigenze cliniche non acute ma altrettanto importanti per i pazienti. Anche la creazione di posti letto per l’UOVO di Medicina d’Emergenza-Urgenza (12-24 letti), in assenza di una modifica dei letti complessivi accreditati, andrà ad accentuare questa problematica.

- C.** Un altro passaggio critico, e di difficile comprensione clinica ed organizzativa, è quello che riguarda la “gestione della guardia medica/chirurgica interdivisionale (modello RRT)” (pag 4 Allegato 1).

La descrizione di tale attività è molto scarna e quindi non è chiaro se tale gestione della guardia interdivisionale sia “in sostituzione” delle attuali guardie interdivisionali, in carico agli specialisti dei vari reparti di degenza, oppure “in aggiunta”.

In entrambi i casi ci chiediamo come mai, ad esempio uno Pneumologo, nel caso di un paziente che presenti “.....un deterioramento dei parametri respiratori” debba chiamare il Collega urgentista (visto che tra le competenze formative della Scuola di Specializzazione in Pneumologia viene stabilita la necessità di aver maturato conoscenze teoriche, scientifiche e professionali relativamente anche alla gestione dell’Insufficienza Respiratoria Acuta), e non possa invece gestire l’urgenza in prima persona (come fa ora), decidendo autonomamente quando chiamare il rianimatore.

Tale attività, che ripetiamo non è chiaro se in sostituzione o in aggiunta, e che rientrerebbe tra le mansioni professionali da garantire al medico del PS Medicina d’Urgenza, comporterebbe tra l’altro la necessità di reclutamento di un numero ancora maggiore di urgentisti, a discapito delle altre specialità, altrettanto in sofferenza. Va poi considerato che le semintensive specialistiche come l’UTIR hanno un loro personale h24 che può comunque essere d’ausilio in quanto sempre presente;

- D.** Analogamente, come da tempo dichiarato a tutti i livelli, e come ampiamente dimostrato anche in corso di emergenza Covid-19, i pazienti ricoverati in area medica (e nelle Pneumologie nello specifico), sono spesso (e sempre più) pazienti ad alta complessità ed intensità, con bisogni clinico-assistenziali analoghi a quelli indicati per i reparti di medicina d’urgenza. Non è chiaro, inoltre, cosa si intenda (pag. 8, All. 1) laddove viene esplicitato “Considerata la tipologia di pazienti che afferiscono ai Pronto Soccorso e le competenze specialistiche dei MEU, l’area può essere destinata anche alla gestione di pazienti complessi con più comorbidità che necessitano di un inquadramento clinico assistenziale”. Questi sono i pazienti che, per competenza, vengono già correttamente ricoverati in area medica.

- E.** Il problema delle risorse umane sembrerebbe rappresentare al momento il vero ostacolo nell’attuazione del presente piano di riordino. Le molteplici mansioni del medico urgentista che si vanno a configurare prevedono un enorme aumento delle risorse per le UOC di PS-



MURG, già oggi in estrema sofferenza e dipendenti da contributi esterni che pare, almeno per i prossimi 5 anni, assolutamente irrealizzabile conoscendo l'attuale realtà.

- F. Un' ultima considerazione riguarda l'attivazione di ambulatori per i Codici Minori. Nel 2022 i Codici Minori hanno rappresentato il 76,8 % di tutti gli accessi nei PS della Lombardia (fonte AREU). Partendo da questo dato, pare inverosimile che i medici di continuità assistenziale (o loro assimilati anche non specialisti) possano prendersi un carico così poderoso. Inoltre, non va dimenticato come anche all'interno dei codici di priorità 4-5 possono nascondersi non infrequentemente sintomatologie subdole che devono essere supervisionate da professionalità con adeguata competenza specialistica, senza parlare della responsabilità in tal senso che viene direttamente affidata al triagista. A questo punto rimane il dubbio su quale figura medica possa farsi carico dei codici minori.

Siamo confidenti anche alla luce del ruolo preminente che la Pneumologia svolge, le nostre osservazioni non esaustive vengano considerate un tentativo costruttivo di partecipare alla discussione e condivisione di un percorso realmente sostenibile, che ci vede in prima linea nella gestione delle attività ospedaliere insieme ai colleghi urgentisti e delle altre specialità, ma che deve necessariamente essere affrontato in maniera sistemica con la prospettiva dell'intero patient-journey, mettendo prioritariamente il paziente al centro del processo di cura.

Ringraziamo per l'attenzione e rimaniamo a disposizione

*Prof. Sergio Harari*  
*Presidente AIPO Lombardia*