

# IDENTITÀ SAMMARINESE

## RIFLESSIONI SULLA LIBERTÀ E LA DEMOCRAZIA FRA POLITICA, STORIA, CULTURA

---

TESTI DI MARIA GLORIA RIVA, BARTOLOMEO BORGHESI,  
THEODOR MOMMSEN, LUCIANO CANFORA, CORRADO CARATTONI,  
GIOVANNA CRESCENTINI, ITALO CUCCI, LAMBERTO EMILIANI,  
DOMENICO GASPERONI, FERDINANDO GASPERONI, GIULIANO GIARDI,  
CRISTIANO GUERRA, LEO MARINO MORGANTI, ANTONIO MORRI,  
CONRAD MULARONI, ORIETTA ORLANDONI, SILVIA ROSSI.  
CONTRIBUTI DI VERONICA CASALI E GIACOMO ESPOSITO.



DANTE ALIGHIERI REPUBBLICA DI SAN MARINO

2019



# DAL SOCCORSO SANITARIO AL PRONTO SOCCORSO O S P E D A L I E R O NOTE STORICHE E PROPOSTE PER IL FUTURO

D I A N T O N I O M O R R I  
MEDICO CHIRUGO - STUDIOSO DI STORIA DELLA SANITÀ

**S**occorso è un termine di derivazione latina: *succurrere*, *sub* sotto e *scurrere* correre. Il significato è quello dell'atto pratico del portare aiuto in modo rapido. E' la *salus*, salvezza, incolumità, integrità, salute, la parola che nei secoli si andrà ad affiancare alla parola soccorso per definirne un carattere specifico che fa riferimento al benessere fisico delle persone.

Nella vita e nelle azioni delle persone accade che in alcuni momenti vi sia la necessità di avere delle cure efficaci e immediate. Le guerre nell'impero romano portarono alla creazione dei *valetudinaria* una sorta di infermerie dove venivano raccolti i soldati con gravi traumi bellici o affetti da patologie dovute alla permanenza in campi di battaglia o luoghi malsani.

Le sofferenze dei malati con l'avvento del Cristianesimo divennero un tema biblico, la parabola del buon samaritano anticipava l'idea del ricovero. Nacquero luoghi per accogliere pellegrini e viaggiatori, rapidamente aperti a comprendere i vari bisognosi. L'assenza di distinzione tra povertà e malattia perdurò per tutto il Medioevo caratterizzando l'ospedale come luogo con funzioni di carità. Gli ospedali (*ospitale*, *spedale* o *hospitale*) in Europa diffusi sin dall'XI secolo, solo nel XV secolo divennero luoghi in grado di offrire risposta ai bisogni sanitari. Qui il malato era isolato, curato e a volte guarito.

Nel tredicesimo secolo la *Confraternita della Misericordia di Firenze* creò la prima istituzione dedicata al soccorso organizzato. Personale religioso si occupava dei malati all'interno di *ospitali* e lazzaretti, dove volontari anonimi, interamente coperti e incappucciati, trasportavano infortunati e malati con la *zana* e il *cataletto*, antenati della più moderna barella.

La prima menzione della presenza di un medico nella Repubblica di San Marino fu la conferma da parte del Consiglio nel 1350 di Andream Barberum al servizio della comunità come chirurgo. I chirurghi dell'epoca, che operavano già in vari paesi europei, erano i cosiddetti *barberius* cui erano affidate le pratiche interventistiche della medicina dell'epoca; la ricompensa sammarinese per il nostro barbiere era di cinque lire al mese, cifra tutt'altro che disprezzabile per l'epoca. Nella Repubblica di San Marino ai Capitani Reggenti era demandata la scelta dei medici a cui affidare la salute dei cittadini.

Il Malagola a fronte delle scarse notizie che si trovano sui medici in San Marino annota che *nel 1517 fosse in San Marino un chirurgo valente, perché in quell'anno il Capitano Gurlotto Tombesi di Ravenna chiamava da Monte Tassi alla Repubblica il chirurgo per un suo nipote che si era rotta una gamba*. Dagli Statuti del 1600 emerge che medico e chirurgo sono tenuti al rispetto delle loro funzioni che risultano chiaramente distinte.

Fra le missive indirizzate ai Capitani Reggenti a partire dal XIV secolo, vi sono lettere di medici per accettazione o rinunce di incarichi, richieste di salari, casa e quant'altro necessario per l'esercizio della professione. Una preghiera particolare giunse il 16 ottobre 1528 dal Conte di Carpegna, convalescente per malattia, chiedeva ai sammarinesi di prestargli il loro medico.

Un afflusso di svariati medici si registrò a San Marino nel 1477 quando Federico da Montefeltro rimase ferito ad una gamba a seguito di una caduta da un balcone, già aveva subito la menomazione al volto ed a questa aggiunse in quell'occasione una frattura esposta alla caviglia-piede sinistro.

Nel 1792 Dominique-Jean Larrey introdusse le ambulanze volanti che consistevano in carri leggeri coperti, allestiti sugli affusti dell'artiglieria volante, con materiali per medicare il ferito durante il trasporto al più vicino ospedale. Il chirurgo francese è considerato non a caso il padre delle *ambulanze di soccorso*.

Durante lo scampo di Garibaldi a San Marino gli ammalati ed i feriti che avevano seguito il Generale durante la ritirata da Roma, furono soccorsi

nel piccolo Ospedale della Confraternita del Gonfalone ed in case private in particolare a Borgo Maggiore, ove furono curati dai medici governativi Angeloni e Lazzarini. Con i medici sammarinesi curò gli esuli garibaldini il dott. Antonio Federici Bargni che fu soldato e medico al seguito di Garibaldi al tempo della Repubblica Romana e nella ritirata a San Marino. Nell'ottobre del 1849, ritenendo concluso il suo compito decise di lasciare il Titano. Il Governo sammarinese, che aveva ammirato la sua vasta cultura e le sue capacità mediche, gli offrì di esercitare la professione in Repubblica, ma egli con grande rispetto verso la Repubblica non accettò. Escluso da molte condotte per i suoi trascorsi garibaldini, fu scelto come medico condotto a Cartoceto e successivamente a Fano. Tornò a San Marino ancora una volta dopo la nomina a professore presso l'Università di Urbino nel 1860.

Nel 1853 fu il dott. Lazzarini a soccorrere fra i primi il Segretario di Stato Gianbattista Bonelli colpito da un colpo di fucile alle spalle mentre rientrava a casa, poco dopo l'ingresso nell'attuale contrada Borgoloto. Venne trasportato nella sua abitazione e qui fu assistito dal medico che, nonostante i tentativi di arrestare l'emorragia, dopo due ore dovette constatarne la morte. L'esame autoptico del giorno successivo confermò una lesione al cuore.

La Battaglia di Solferino segnerà un importante momento in grado di cambiare la storia del soccorso. Sul campo di guerra era presente Henry Dунant, cittadino svizzero, che rimase colpito dalla crudeltà con cui venivano trattati i feriti. La sua idea di prendersi cura di loro diede inizio alla storia della Croce Rossa con la costituzione di *una società di soccorso, il cui scopo fosse quello di provvedere alla cura dei feriti, in tempo di guerra, per mezzo di volontari solerti, disinteressati e ben qualificati per tale compito.*

Nei primi anni del Novecento fecero la loro comparsa a San Marino le prime automobili: nel 1908 un'Isotta Fraschini di proprietà di Olinto Amati, condotta dallo chauffeur Beltrame riusciva con altre due persone a bordo a salire sino alla Rocca. Nell'anno successivo si registrò il primo incidente automobilistico nella curva della Massaretta.

*Il salvataggio avvenne in men di quello non si creda; il chirurgo dott. Lancelotti, i medici dott. Ventola e dott. Ghisellini gli studenti in medicina Ceresa e Tonnini prestarono subito le prime cure. Le autorità i gendarmi e i cittadini tutti si riversarono sul luogo e fecero a gara nel prestare i migliori soccorsi. Ma hai dura sorte! Sull'istante si rinvennero due morti [...] e gli altri tutti feriti più o meno gravemente.*



*Il carro-lettiga, prodotto dallo Stabilimento San Giorgio di Pistoia, costò 1.380 lire.*

I primi soccorsi ed il trasporto all'ospedale dei feriti avvennero con mezzi di fortuna, carri e barelle improvvisate servirono allo scopo.

Il primo carro lettiga di cui si ha notizia a San Marino fu quello prodotto dalla Ditta San Giorgio di Pistoia, a doppia trazione, umana o ippica. L'acquisto sarà perfezionato dal primario Chirurgo dell'Ospedale della Misericordia, il riminese dott. Oscar Lancellotti, e giungerà a San

Marino nell'ottobre del 1915. Non ci è dato sapere quale fosse la sua gestione, anche se è verosimile come risulta da più d'una testimonianza, che chiunque avesse avuto bisogno di trasportare un malato od un ferito all'ospedale avrebbe dovuto farsi carico di andarsi a prendere il carro lettiga.

La prima vera struttura di Pronto Soccorso realizzata dalla Repubblica di San Marino va identificata nell'Ospedale di Guerra, struttura destinata a seguire le truppe italiane sul fronte durante il primo grande conflitto mondiale.



*Omaggio di autorità e medici sammarinesi al primario chirurgo Dott. Oscar Lancellotti, 1920.*

Il dott. Amedeo Kraus, figlio del Barone Alessandro Kraus, Console di San Marino a Firenze promosse la costituzione dell'Ospedale Sammarinese.

Il ruolo di Direttore Generale e Consulente fu affidato al prof. Gerolamo Gatti (maestro del dott. Kraus, allievo all'Università Bolognese di Pietro Albertoni e Augusto Murri), eminente chirurgo e Senatore del Regno Italiano. Gli Ufficiali sammarinesi che operarono nella struttura furono: Luigi Balsimelli, Amedeo Kraus, Ferdinando Fattori, Carlo Galassi, Vito Galassi, don Giuseppe Guidi e il capitano medico Egidio Tonnini. L'ospedale aveva una dotazione di posti letto che arrivò a 125, era provvisto di una sala chirurgica, un gabinetto radiologico, e poteva contare su di una ambulanza per il trasporto dei feriti realizzata su camion Ford, capace di 10 posti seduti e di 4 barellati, dono della Croce Rossa Americana.

Gli anni del fascismo sammarinese videro un notevole impulso dei lavori pubblici fra cui: l'elettrificazione del territorio, la costruzione del Palazzetto delle poste, del teatro di Città, l'Ara dei Volontari e l'ampliamento dell'Ospedale della Misericordia. La principale realizzazione del ventennio fu certamente la Ferrovia Elettrica Rimini-San Marino. Solo i lavori per la sua costruzione comportarono centinaia di feriti e quattro morti.

Gravissimi incidenti, di cui alcuni mortali, si verificarono anche durante i lavori di elettrificazione del territorio, la realizzazione del Teatro Titano e del Palazzetto delle Poste.

In ogni evento il soccorso consisteva nel chiamare il medico o nel trasportare i malcapitati il più rapidamente possibile in ospedale con i mezzi disponibili, frequentemente con un carro trainato da qualche animale.

Un grave incidente si verificò anche durante i lavori di ampliamento dell'Ospedale.

*Il giorno 21 Ottobre u.s. durante i lavori dell'ala sinistra dell'Ospedale della Misericordia, per la rottura di una trave che sorreggeva una impalcatura non molto alta dal suolo, precipitarono sulla strada tre operai che trasportavano sassi su una barella. Mentre due di essi, certi Santi e Simoncini, rimanevano feriti e contusi, il terzo, il giovane Marino Conti di anni 24, rimaneva invece ferito mortalmente, tanto che decedeva dopo pochi istanti.*

Se la grande guerra vide la sanità sammarinese presente sui campi di battaglia italiani, la seconda guerra mondiale varcò i confini della Repubblica portandovi morte e distruzione. Nel tragico giorno del bombardamento, il 26 giugno 1944, furono sganciate su San Marino 263 bombe. Il primario chi-

urgo Giuseppe Aquilanti operò e medicò i molti sammarinesi ed i profughi che avevano riportato ferite. Alcuni di loro e parte del personale sanitario si spostarono nelle gallerie della ferrovia elettrica ormai ferma per sempre. Inagibili per i bombardamenti gli ospedali vicini, tutti facevano capo a San Marino. Venivano portati qui i feriti della guerra dai territori del Marano a quelli del Marecchia, l'ospedale che aveva una capienza di 48 posti letto, si trovò a dover ricoverare circa 400 feriti, oltre alle donne partorienti e gli altri ammalati.

*Francesco Balsimelli racconta: arrivavano con ogni mezzo, soprattutto camion, i feriti dei bombardamenti aerei e delle cannonate, sulla porta dell'Ospedale dovevamo fare il primo smistamento fra (cadaveri e feriti ancora in vita) vivi e morti. ... il giorno 18 settembre, il giorno prima della liberazione furono eseguite diciannove amputazioni d'arti inferiori e superiori. Il tragico bilancio del Bombardamento fu di 63 morti. Anche l'ospedale di Rimini dovette trasferirsi a seguito del grave bombardamento e dopo una prima collocazione a Covignano fu sistemato a San Marino nell'edificio dell'IPOIS.*

Soccorsi e trattamenti medici furono garantiti anche all'interno delle gallerie dove le carrozze del Treno Bianco-Azzurro vennero adibite in più di una occasione a degenze temporanee per malati e feriti.



*L'ambulatorio di Pronto Soccorso dell'Ospedale della Misericordia.*

Uscita dalla guerra, la Repubblica di San Marino affrontò il percorso della ricostruzione materiale e politica. Quest'ultima fu particolarmente difficile con vicende che segnarono profondamente i rapporti umani fra i suoi cittadini. Nell'apice di tali vicende fu la Sicurezza Sociale a legare in una scelta comune la maggioranza e l'opposizione in Consiglio. Prese infatti il via nel 1955 il modello sammarinese di sicurezza sociale che, con il riferimento alle teorie del deputato liberale inglese William Beveridge, riuscì a coniugare l'assistenza sanitaria gratuita e l'estensione della previdenza sociale ai ceti meno abbienti.

Preponderante fu lo sviluppo dell'Ospedale e di alcune discipline specialistiche mentre era ancora assente ogni cultura del soccorso che rimaneva affidato ai cittadini per trasportare i malati velocemente all'ospedale. Alla fine degli anni '60 il livello assistenziale erogato dalle prime ambulanze era pressoché nullo, si provvedeva al trasporto rapido senza alcuna prestazione sanitaria. I mezzi dovevano arrivare in fretta, caricare in fretta, poco importa se male, e sempre velocemente dirigersi in ospedale a volte con il solo autista. Nei primi anni '60 erano circa 70 i posti letto dell'Ospedale della Misericordia divenendo circa 100 nel decennio successivo.

Nacque e si affermò in seguito negli ospedali un luogo specifico quale riferimento per le emergenze sanitarie, il Pronto Soccorso. *Prōmptus*, da *promēre posto davanti agli occhi, messo alla portata*. Il Pronto Soccorso ha quindi nel suo significato letterale la disponibilità di un servizio sanitario estremamente rapido per la gestione delle emergenze urgenze. Negli anni più recenti le parole Pronto Soccorso hanno assunto il significato di un aiuto correlato allo stato di salute che si configura in un vero e proprio apparato organizzativo, in un luogo definito con strumenti e personale dedicato.

Il Pronto Soccorso a San Marino, dapprima posto in un angusto ambulatorio di un sottoscala del reparto chirurgico dell'Ospedale della Misericordia, divenne un'area di cura specifica nel 1972 con l'ubicazione nei pressi della porta d'ingresso dell'ospedale. Ebbe un suo medico di riferimento, un suo personale infermieristico, barellieri ed autisti di ambulanza. Va riconosciuta al



*Immagine della prima ambulanza della CRS, poi donata al nuovo Istituto per la Sicurezza Sociale.*

prof. Tedeschi la promozione della nuova struttura organizzativa dell'Ospedale e il suo affidamento al dott. Guido Morri che lasciò definitivamente la chirurgia per guidare il Pronto Soccorso sino ai primi anni '80.

È il 1972 l'anno di inizio di una attività strutturata che proseguirà nel tempo e diverrà il punto di riferimento delle emergenze sanitarie nel territorio di San Marino. L'ospedale in quegli anni arrivò ad avere circa 130 posti letto.

Nel 1976 le suore dell'Ordine di Sant'Anna cessarono il servizio infermieristico presso l'ospedale e furono sostituite da personale laico formatosi con l'apprendimento del lavoro nelle corsie. Si svilupperà negli anni seguenti la formazione infermieristica professionale grazie all'istituzione di appositi percorsi scolastici e di aggiornamento per il personale in servizio. Nel 1976 il dott. Guido Morri fu affiancato nel Pronto Soccorso dal dott. Giuliano Giardi.



*Elisoccorso.*

Il 25 Luglio del 1981 l'ospedale si trasferì da Città nella nuova sede di Cailungo, l'Ospedale della Misericordia cessò di esistere e nacque l'Ospedale di Stato. L'area del Pronto Soccorso comprendeva due ambulatori riservati alle urgenze, due per le medicazioni, una sala di attesa, una *camera calda* per le ambulanze, una *centrale operativa* per rispondere alle chiamate telefoniche e una cameretta con due letti

per l'osservazione dei malati. Il personale medico era composto da tre unità e garantiva l'attività diurna, il turno notturno veniva svolto dal medico di guardia ospedaliero proveniente dai vari reparti.

La strumentazione clinica negli anni Ottanta annoverava un elettrocardiografo e un defibrillatore, materiale per suture e medicazioni, presidi per l'immobilizzazione degli arti e poco altro. Nel 1983, a seguito del pensionamento del dott. Guido Morri, la conduzione del Pronto Soccorso fu affidata al dott. Giuliano Giardi, divenuto successivamente aiuto dirigente del servizio, poi primario e successivamente, con l'atto organizzativo del 2004, Dirigente di Unità Organizzativa Complessa. Nel 1991 il Pronto Soccorso divenne autonomo con un numero di medici sufficiente a garantire la presenza

del suo personale nelle 24 ore. Tutti i sanitari che vi operavano appartenevano al Servizio ed erano appositamente formati nella gestione dell'emergenza territoriale ed ospedaliera.

Il 1992 fu l'anno del 118, il numero unico che l'Italia scelse per la chiamata sanitaria d'emergenza e collegava il territorio alle strutture di Pronto Soccorso con ambulanze ed elicotteri. Anche San Marino realizzò una propria centrale operativa 118 per rispondere in maniera adeguata alle richieste provenienti dal suo territorio. Negli anni '90 il telefono cellulare si diffuse rapidamente e le chiamate al 118, seguendo le reti mobili, iniziarono ad incrociarsi fra Italia e San Marino rendendo di fatto obbligato il collegamento fra le Centrali Operative italiane del circondario e quelle sammarinesi.

Le attività del Pronto Soccorso in questi anni si ampliarono moltiplicando le prestazioni sanitarie eseguite sia internamente che sul territorio. Gli ambulatori divennero aree pronte a rispondere ad ogni emergenza con respiratori, defibrillatori e dotazioni sanitarie avanzate, mentre le ambulanze, da mezzo di trasporto per pazienti barellati, furono trasformate in rianimazioni mobili con personale medico e infermieristico altamente specializzato.

Non sono mancati fra gli anni '90 e il 2000 emergenze sanitarie di rilievo, che hanno messo a dura prova la struttura di soccorso sammarinese. Fra queste, con un numero importante di feriti vi fu il ribaltamento di un'autocorriera a Serravalle e l'incendio-scoppio di un silos in una falegnameria di Galazzano.

Nel 1996 si sviluppò un incendio nell'atrio dell'Ospedale di Stato che causò lo spostamento temporaneo dell'ingresso reso inagibile dal fuoco. I lavori di ristrutturazione del Pronto Soccorso alla fine degli anni Novanta consentirono la realizzazione di posti di degenza dedicati all'Osservazione Temporanea ed alla Degenza Breve dei malati.

Le nuove politiche sanitarie dagli anni '90 al 2005 portarono gli ospedali a ridurre sensibilmente il numero dei posti letto riservando il ricovero ai pazienti portatori di patologie acute e ad ottimizzare la durata delle degenze. La richiesta di una sempre migliore appropriatezza nei ricoveri portò ad un ulteriore sviluppo delle attività svolte in Pronto Soccorso. Non più *admit to work* ma *work to admit*. Non più il ricovero rapido per poi fare diagnosi in reparto, ma la diagnosi il più possibile corretta in Pronto Soccorso per poi ricoverare, solo se necessario, nel reparto più appropriato.



*45 anni di Pronto Soccorso a San Marino. Da sinistra: Guido Morri, Antonio Morri e Giuliano Giardi.*

Il filtro costituito da valutazioni cliniche approfondite, indagini diagnostiche, consulenze specialistiche, esami di secondo livello durante la permanenza del paziente in Osservazione Temporanea, hanno ridotto nella nostra realtà la percentuale di ricoveri dei pazienti che si presentano in Pronto Soccorso a circa il 10%.

Negli ultimi 10 anni gli accessi al Pronto Soccorso sono aumentati di circa il 50% e su questa evidenza è possibile capire l'importanza che viene riconosciuta a questo servizio.

Nel 2008 il dott. Giuliano Giardi lasciò la guida del Pronto Soccorso al dott. Antonio Morri, il quale assunse la dirigenza dell'Unità



*Ambulanza 118 - San Marino Soccorso.*

Organizzativa Complessa che riuniva il Pronto Soccorso, la Degenza Breve e la Centrale Operativa del 118. Il vertiginoso sviluppo tecnologico in ambito medico di questi ultimi anni ha reso possibile in Pronto Soccorso l'esecuzione di esami ematici, ecografia, ventilazione non invasiva, l'utilizzo di monitor multi parametrici, letti barelle dedicati all'emergenza, auto medica, un rinnovato parco ambulanze omogeneo nelle dotazioni strumentali e mediche. La realizzazione di una nuova Centrale Operativa 118 ha favorito la qualifica ulteriore degli autisti soccorritori, del personale infermieristico e medico, in Operatori di Centrale 118. RegISTRAZIONI delle chiamate con linee telefoniche dedicate e radio localizzazione satellitare dei mezzi di soccorso, permettono la gestione coordinata degli interventi sanitari sul territorio. Dalle ambulanze è possibile la trasmissione di elettrocardiogrammi, protocolli comuni di intervento con le Forze dell'Ordine e collegamenti con altre centrali operative del circondario rendono il lavoro quotidiano sempre più efficace. Protocolli, procedure e istruzioni operative dettano i tempi ed i modi di tutte le attività del Pronto Soccorso e la professionalità del personale sanitario è certificata da percorsi formativi specifici con scadenze periodiche.

E' sotto gli occhi degli addetti ai lavori il ricorso di pazienti al Pronto Soccorso per ogni tipo di patologia (traumatica, internistica o chirurgica) sia essa urgente che non urgente. Andare in Pronto Soccorso è diventata una delle vie preferenziali per ricorrere alle cure sanitarie grazie anche alla celerità dei tempi per la valutazione clinica, l'esecuzione della diagnostica e della terapia necessaria. Di fatto oggi oltre il cinquanta per cento della popolazione utilizza questo servizio che, se usato correttamente, dovrebbe registrare un afflusso percentuale inferiore al trenta per cento dei residenti. Una riflessione è d'obbligo. Continuare a potenziare l'offerta rincorrendo la domanda, senza esaminare il perché della stessa nei casi impropri, rischia di creare un servizio ipertrofico con una *mission* sbagliata. Responsabilità del cittadino o responsabilità dell'organizzazione sanitaria? Una analisi corretta può mettere in luce comportamenti e percorsi da migliorare.

L'attività strutturata del Pronto Soccorso dell'Ospedale di San Marino si sta avviando verso la conclusione del quinto decennio, la comprensione di quanto avviene oggi in termini di domanda sanitaria e di offerta di prestazioni è alla base di una programmazione futura. Oggi il Pronto Soccorso esegue complessivamente circa 18.000 prestazioni ambulatoriali della durata compresa entro le sei ore, circa 500 ricoveri presso la sua degenza del-



*Dipartimento Emergenza Urgenza, un progetto per il futuro; vista frontale (rendering Antaoprogetti).*

la durata media di due giorni, oltre 1.300 interventi del 118 e altrettanti di trasporti in ambulanza. Politica sanitaria, piani sanitari, aziendalizzazione, hanno contribuito a costruire una mole di lavoro amministrativo volto a ricercare e certificare la qualità delle cure ma capace anche di sottrarre tempo all'attività clinica e al rapporto con il malato. Cultura scientifica specialistica e tecnicismo hanno contribuito a spezzettare

la medicina in tante discipline in grado di creare labirinti dove spesso si perde il soggetto principale della sanità. Il medico non sempre riesce ad essere il *registra* della salute del suo paziente. Sempre più frequentemente è sostituito dalla rete o soppiantato da indicazioni e consigli richiesti e trovati sui *social*. Tutto ciò contribuisce in taluni casi a creare un rapporto medico paziente fatto esclusivamente di richieste di esami e prescrizioni farmacologiche. La diffusa ricerca di vie personali per la cura della propria salute è influenzata dalle cure alternative che per tanta parte si fondano sulle *fake news* propinate dai *social*, ciecamente ascoltate e diffuse da tante persone con grave responsabilità.

Il ritornello, quale ospedale per questo paese, torna alla ribalta ciclicamente, quasi fosse un anno bisestile, grazie ad una classe politica per tanta parte impreparata. Identificare correttamente la necessità di un ospedale per un piccolo territorio e le cure specialistiche da offrire prescinde da modelli e regole di altri stati che pur restano un riferimento. La programmazione sanitaria di ieri oggi necessita di aggiustamenti, quanta e quale tipo di sanità offrire ai cittadini è un dilemma che si consuma continuamente fra fughe in avanti e impetuose ritirate.

Punti fermi per ogni riflessione sul tipo di organizzazione sanitaria efficace per San Marino sono rappresentati da:

- L'invecchiamento della popolazione sammarinese ha raggiunto l'apice negli ultimi anni, la fascia di età più numerosa è quella compresa fra i 50 e 55 anni, risultano pressoché sovrapponibili quelle comprese fra 0 e 10 e fra 70 e 80 anni.

- Gli ammalati più bisognosi di cure sono gli anziani. In sanità una persona con più di 75 anni consuma prestazioni 25 volte superiori ad un



*Dipartimento Emergenza Urgenza, un progetto per il futuro; vista dall'alto (rendering Antaoprogetti).*

quarantenne; fra i vari codici colore di gravità (bianco, verde, giallo, rosso) sempre più frequentemente il Pronto Soccorso avrà a che fare con un nuovo codice dedicato agli anziani: il codice argento.

- Il finanziamento della sanità sta crescendo esponenzialmente negli ultimi anni, in assenza di riforme sostanziali e organizzative di sistema.

- La struttura edilizia principale dell'ISS evidenzia tutte le sue criticità, strutturali e di percorsi.

L'emergenza urgenza avrà un ruolo sempre più importante in un ospedale per acuti e l'auspicio che possa essere riunita in un dipartimento specifico e in un'unica area rappresenta una necessità. La soluzione in grado di garantire minori costi e massima efficacia potrebbe essere quella che fa riferimento ad una struttura dedicata posizionata nell'area antistante dell'attuale Pronto Soccorso, costituita da tre piani, con Terapia Intensiva, Medicina d'Urgenza e area Pronto Soccorso 118. Nello specifico la struttura potrebbe ospitare al terzo piano la Terapia Intensiva con sala degenza, una sala satellite d'isolamento, i servizi correlati e le aree riservate al personale. Al secondo piano un'area dedicata alla degenza per la Medicina d'Urgenza, eventuali ulteriori stanze dedicate a tipologie specialistiche e aree dedicate

a servizi. Al primo piano l'area *triage*, la camera calda con annessa camera di decontaminazione, ambulatorio emergenze, ambulatori PS e ambulatorio urgenze pediatriche.

L'edificio potrebbe contare su di una comoda connessione con l'area diagnostica TC e RN e può essere collegato in modo rapido e funzionale con le sale operatorie.

Risulta vantaggioso concentrare in un'unica palazzina tutto ciò che fa riferimento alla gestione immediata dell'emergenza urgenza definendo un'area ad operatività h. 24. Ciò consentirebbe l'instaurarsi di sinergie e di percorsi favoriti dalla contiguità, ma soprattutto offrirebbe al personale sanitario la possibilità di condividere una *vision* unica. La prospettiva di un'area così definita è quella di unire Terapia Intensiva, servizi di Anestesia e Terapia del Dolore, Medicina di Urgenza, Degenza Breve, Pronto Soccorso, 118 e Centrale Operativa. Il personale medico e infermieristico, condividendo gran parte dei percorsi formativi sarebbe portato ad assumere uno specifico indirizzo operativo volto al trattamento dell'emergenza urgenza con la possibilità di ruotare nei vari servizi dell'UOC, secondo criteri e regole codificate.

L'inserimento nell'ambito dell'area PS dell'ambulatorio pediatrico dedicato all'emergenza urgenza consentirebbe di comprendere in un luogo appropriato, per accesso e tipologia di servizio, una attività che richiede operatività h. 24.

Anche la guardia medica sul territorio, se opportunamente integrata nel percorso formativo dell'emergenza urgenza, potrebbe consentire sinergie operative con il Servizio di 118 in grado di migliorare entrambe le tipologie di intervento.

Il passaggio al numero unico di soccorso con la Centrale 112 (unione fra la Centrale Interforze e quella del 118) è in grado di garantire l'attivazione con efficacia maggiore del codice blu (paziente con perdita di coscienza) e di ogni intervento congiunto fra forze dell'ordine, di protezione civile e sanitarie che si rendesse necessario.

Il pensiero, la riflessione, la progettazione di nuove soluzioni rappresentano il senso più alto della politica. La crisi economica e sociale ha bisogno della vera politica anche nella sanità.