

Allegato 3.- Pronto Soccorso

PRONTO SOCCORSO – SOVRAFFOLLAMENTO – PROVVEDIMENTI

1) Il sovraffollamento è uno dei principali problemi dei servizi di pronto soccorso (PS) in Italia, come in tutti i paesi occidentali. In estrema sintesi le cause:

- l'aspettativa di salute e di prestazioni sanitarie della popolazione aumenta;
- la popolazione invecchia e aumenta il numero dei soggetti bisognosi di interventi sanitari ripetuti, così come aumenta la cronicità;
- l'aspettativa è di una risposta rapida ad ogni problema sanitario;
- i tempi ed orari di risposta devono essere compatibili con orari e ritmi di vita e lavoro;
- nel confronto ospedale/territorio l'ospedale stravinca per tecnologie e competenze disponibili e immediatamente accessibili;
- la medicina di base italiana si è dequalificata, e ha scelto di puntare di più sulla cronicità
- la guardia medica, ora continuità assistenziale ha cambiato nome, ma mantenuto il basso livello di qualificazione.

2) Il sovraffollamento dei PS ha conseguenze negative:

- il gran numero di malati non urgenti ha il rischio continuo di rallentare l'accesso e il trattamento dei malati urgenti;
- i tempi di attesa si allungano;
- i costi lievitano;
- il personale sanitario è frustrato per dover affrontare con ritmi, orari e tempi da urgenza i casi non urgenti.

3) Rimedi principali attuati:

Triage: ormai ben consolidato in quasi tutti gli ospedali, consiste nel noto sistema di codifica dei pazienti con i codici-colore, che identifica il livello di urgenza in base a regole semplici ed esplicite. Consente di dare priorità ai malati più urgenti e di lasciare in attesa coloro che urgenti non sono.

Fast track (percorso veloce): accesso facilitato verso altre aree dell'ospedale (di solito ambulatori specialistici) per alcune tipologie di malati non critici.

Ambulatorio codici bianchi: i malati riconosciuti come non urgenti vengono avviati ad un ambulatorio apposta, in sede separata, che funziona con ritmi, orari e tempi da attività semi-programmata. In alcuni casi i medici impiegati sono ospedalieri di PS, in altri medici dei reparti di degenza, medici a contratto appositamente assunti, medici di medicina generale (MMG), di guardia medica/continuità assistenziale.

Strategie see and treat: si visitano per primi i malati a bassa complessità ed il cui percorso è ben collaudato e più breve, smaltendo più in fretta le code.

Questi ultimi tre rimedi hanno una loro efficacia, ma hanno un effetto collaterale negativo: incoraggiano ulteriormente l'afflusso di malati non gravi e non urgenti ai PS.

I governi regionali e nazionali hanno adottato negli anni provvedimenti mutevoli di introduzione di **ticket e compartecipazione alla spesa per le prestazioni di PS.**

L'efficacia in termini di riduzione dell'afflusso è stata sempre modesta e temporanea, più

legata agli annunci sui media che alla reale esazione del ticket.

L'effetto è limitato da esenzioni per età: esclusi i bambini sotto i 14 anni e gli anziani sopra i 65. Esenzioni per patologia e reddito, un tempo cancellate in Lombardia, sono state reintrodotte da alcuni anni.

Ogni ospedale deve dimostrare che applica il ticket e che un certo numero di pazienti "codice bianco" sono presenti nella sua casistica di PS, ma ha interesse a limitarne il numero perché le prestazioni effettuate su pazienti "codice bianco" vengono valorizzate meno delle altre e l'ospedale deve farsi carico della riscossione, che spesso non va in porto e comporta costi amministrativi.

La Regione Lombardia aveva inventato alcuni anni orsono **il bollino verde "urgente differibile"**: un adesivo fornito in numero limitato ai medici di medicina generale, da apporre sulle prescrizioni di accertamenti ed esami ritenuti relativamente urgenti, da eseguire entro 72 ore. Doveva servire a sgravare i PS da queste attività. L'iniziativa ha avuto scarso successo. Ha incontrato l'ostilità dei MMG, investiti di una nuova responsabilità e che spesso ne hanno fatto un uso distorto. Gli ospedali non hanno colto l'opportunità, finendo spesso per rinviare al PS i pazienti col bollino verde.

Il problema sovraffollamento merita dunque di essere affrontato, con la consapevolezza che soluzioni semplici e certamente efficaci non esistono.

4) **Le proposte del sottosegretario Fazio**

Ambulatori per la gestione dei codici di minore gravità. Coincidono con gli ambulatori per "codici bianchi" di cui sopra.

Punti di Primo Intervento (PPI). Sono i PS degli ospedali minori o postazioni estemporanee realizzate fuori dagli ospedali in località turistiche o di iperafflusso occasionale. Pareva fossero in dismissione in Lombardia e in altre regioni.

Spesso trattasi di servizi di basso profilo, gestiti da personale demotivato e spesso dequalificato. La gestione delle urgenze richiede rapido accesso a strumenti, tecnologie e competenze. I PPI rischiano di avere un ruolo ambiguo, essere chiamati a cimentarsi con problemi che non sono in grado di affrontare. Possono avere un senso in aree remote, in montagna, oppure se strettamente integrati nella rete dell'emergenza 118.

Presidi Ambulatoriali Distrettuali; Assistenza territoriale Integrata; Ambulatori territoriali Integrati. Sono articolazioni della medicina del territorio in cui si fa fatica a decifrare le differenze.

Se si vuole deviare il flusso crescente verso i PS comunque è necessario che il malato con un problema acuto trovi:

- qualcuno che (h 24) risponde al telefono, dà consigli per i provvedimenti immediati da prendere e programma una visita entro la giornata;
- un ambulatorio aperto e disponibile almeno 12 ore al giorno;
- un medico capace di dare una risposta soddisfacente ai problemi, in proprio o con l'aiuto di altri, senza ricorrere all'ospedale.

Il ruolo dei medici di base. Il singolo MMG non è possibile che sia in grado di provvedere. Devono essere realizzate associazioni di MMG convinti/incentivati/costretti a collaborare e dare risposte organizzate. Inoltre i MMG devono disporre di canali definiti di accesso tempestivo agli accertamenti e consulenze specialistiche dentro o fuori dall'ospedale, senza utilizzare la rete del PS.

5) I provvedimenti recenti della Regione Lombardia

La delibera del 30/3/09 consiste in una riduzione dei finanziamenti agli ospedali per le attività ambulatoriali di PS (pazienti rinviiati a domicilio) ed un'operazione da valutare sui rimborsi per i ricoveri, che probabilmente significherà comunque un altro taglio di risorse. Destinata a scoraggiare comportamenti opportunistici da parte degli ospedali, è nella sostanza un taglio di risorse per tutti gli ospedali dotati di PS/DEA/EAS.

Non si nasconde che esistono anche comportamenti opportunistici in PS. Il rimborso dei PS a prestazione è di per sé un meccanismo che incentiva ad effettuare prestazioni in sovrabbondanza. Per contro disincentiva dal ricoverare i malati che possono essere gestiti con un oculato percorso in PS e questo è positivo. Eventi aneddotici di comportamenti particolarmente opportunistici da parte di ospedali privati sono numerosi, con pazienti sottoposti a procedure diagnostiche e terapeutiche in sovrabbondanza.

6) Mettere mano a PS/DEA/EAS attraverso modifiche regionali

Fin dal 1998, data della delibera delle regole di accreditamento risultò evidente che i requisiti per accreditare i servizi dell'urgenza erano sorprendentemente minimali.

Dovrebbero essere:

- indicati degli standard quantitativi minimi di personale modulati sul numero di accessi e sulla struttura organizzativa del servizio (l'attuale requisito di un medico e un infermiere presenti h24 è inadeguato);
- definiti i requisiti formativi e di curriculum del personale medico e infermieristico;
- disincentivate formule organizzative che adottino la "rotazione" del personale dai reparti di degenza e promossa l'adozione di personale dedicato;
- favorito lo sviluppo di percorsi di carriera interni al sistema dell'emergenza per motivare e incentivare il personale;
- realizzate le unità di osservazione breve previste nel PSSR in vigore, indispensabili per gestire e trattare con sicurezza alcuni tipi di pazienti e contenere i ricoveri inappropriati;
- indicato un modello organizzativo/tipo per i servizi.

La Regione dovrebbe inoltre giocare quanto in suo potere per lo sviluppo della Scuola di Specializzazione in Medicina d'Urgenza (per i medici), per qualificare entro alcuni anni un numero sufficiente di professionisti per il settore (p.es finanziamento di borse di studio).

Per contro è necessario ridurre gli accessi e riportare i PS alla loro funzione originaria (rispondere all'urgenza/emergenza e non supplire alle carenze della medicina di base): ciò sarebbe vantaggioso per la popolazione, ben visto dagli operatori sanitari e salutare per i conti pubblici.

Verificare se aggiungere qualche dato: quelli visti finora non hanno dimostrazione o significativa differenza tra regione lombardia e resto