

Il Pronto Soccorso. Il grande imbuto del Servizio Sanitario Nazionale

2012-03-05 10:03:33 Redazione SI



Marco Geddes

I video shock sul Pronto soccorso del Policlinico Umberto I di Roma diffusi recentemente sono un remake di un film visto già troppe volte! Il problema è noto, come sono note le soluzioni. Ma chi le attua?

In questi giorni ho assistito a un film che avevo già visto precedentemente, in versione leggermente diversa. Si titolava: **“Affollamento al Pronto Soccorso! Condizioni oltre i limiti della decenza. Blitz dei Nas”**.

“Il remake, recita Wikipedia, può essere più o meno fedele all’originale: si può ad esempio cambiare l’ambientazione (nello specifico generalmente si ambienta al Policlinico di Roma[1], qualche personaggio o aggiornare la **trama**”. Una trama che si svolge in dieci “scene”:

1. I cittadini hanno un problema: piccolo trauma, disturbo intestinale, attacco di sciatica, leggera dolenzia precordiale...
2. Al di fuori dell’ospedale non ci sono risposte adeguate per una parte preponderante di tali problematiche.
3. In ospedale ci sono strumenti e medici e li è sempre aperto, anche di notte, sabato e domenica.
4. La persona va al pronto soccorso; molti PS, in particolare nei centri urbani e nelle metropoli, sono sovraffollati, specie in alcuni periodi dell’anno (influenza, molto freddo etc.).
5. I medici del PS non sono in grado di “smaltire” le richieste e gestire rapidamente all’interno del PS i percorsi diagnostici.
6. I reparti non sono disponibili ad accogliere pazienti, perché pieni o, in alcuni casi, con posti prenotati per il giorno successivo (un tumore del colon da operare; un impianto di pacemaker che deve essere effettuato; uno scompenso che è instabile etc.).
7. I pazienti restano in barella per ore e ore; la disponibilità di barelle si esaurisce e si ricorre pertanto a quelle da lungo tempo accantonate in attesa di riparazione.
8. Qualcuno telefona ad un quotidiano, il giornalista arriva, vede casi “eclatanti” e effettua un servizio. La televisione riprende la notizia e la tematica viene dibattuta anche nei talk show della settimana.
9. I parlamentari passano (nel senso che vanno al pronto soccorso, non che ritornano alla precedente occupazione); il Ministro fa alcune dichiarazioni e manda i Nas; i medici di base dichiarano che non è certo per causa loro, è inutile che gli si chieda di lavorare a turno di giorno prefestivo o festivo (ci mancherebbe!); i medici del pronto soccorso fanno presente che non possono certo mandare via chi arriva e che sono necessarie ulteriori risorse (personale, tecnologie); i manager assumono alcuni impegni; i supposti responsabili (non è ben chiaro di cosa...) sono sospesi dall’incarico (la formula usata nel copione è generalmente “a titolo cautelativo”).
10. La sceneggiatura viene poi riposta nel cassetto pronta per la prossima occasione.

All’analisi dei problemi del pronto soccorso, poiché analoga a quella di molti altri paesi, è dedicata un’ampia letteratura[2], da cui si desumono i punti di criticità e le possibili soluzioni, e si evidenzia anche la rilevanza, sotto il profilo degli esiti, di una prolungata permanenza nel pronto soccorso[3]. **Le valutazioni che emergono, sulla base di complesse indagini e revisioni della letteratura, offrono chiare indicazioni. Il problema nostro non è quindi tanto analitico quanto attuativo.**

Vi sono – ovviamente – tre ambiti, temporali e spaziali, su cui intervenire, che descriverò in termini semplicistici:

1. **A monte del pronto soccorso:** rispondere ai bisogni necessari al di fuori dell'ospedale; ridurre pertanto l'afflusso e aumentare l'appropriatezza degli accessi al pronto soccorso.
2. **All'interno del pronto soccorso:** selezionare in modo adeguato le problematiche in modo da indirizzare il paziente nel percorso idoneo e rendere così più fluidi i percorsi[4].
3. **A valle del pronto soccorso:** assicurare un adeguato flusso verso i reparti di degenza per quei pazienti (che, a seconda della tipologia di PS oscillano fra il 15% e il 20% degli accessi) che necessitano di ricovero.

Per ciascuno di questi “comparti” vi sono politiche sanitarie e strategie gestionali efficaci, ma non è possibile che il sistema funzioni, se non si agisce, contestualmente, su tutti e tre i punti.

Se si interviene prevalentemente o solo, come si sta facendo, sul pronto soccorso, si realizzeranno strutture adeguate dal punto di vista ambientale, si amplierà e ristrutturerà la diagnostica per immagini con un'area dedicata ai pazienti in urgenza, si attueranno sistemi efficienti di trattamento dei pazienti, con percorsi affidati agli infermieri per alcune patologie e piccoli traumi (il fast track è, ad esempio, un percorso che ha migliorato il flusso)[5], con la conseguenza che le prestazioni, erogate dal PS saranno più adeguate e attuate più celermente, ma il **collo di bottiglia, rappresentato dalla capacità di “assorbire” pazienti dai reparti resterà immutato. I malati in attesa di ricovero resteranno per lungo tempo in barella, ammassati in una area di osservazione, in realtà di stazionamento, definita di volta in volta “piazzetta”, “stanzone”, “budello”, a seconda delle caratteristiche del locale.**

Contestualmente, non affrontando la situazione a monte, cioè l'offerta territoriale, si aumenteranno gli accessi al pronto soccorso, reso ancora più attrattivo e funzionale (un “ospedale nell'ospedale”), unico luogo dotato di adeguate risorse per dare una qualche risposta.

Quali sono, in sintesi, le possibili strategie di intervento.

A monte del Pronto Soccorso è necessario realizzare alternative, superando un dibattito sterile rispetto alla “disponibilità” del medico di famiglia in periodo prefestivo e festivo[6]. È ovvio che non è possibile continuare ad assicurare a un medico del servizio sanitario – quali sono i medici curanti – 52 o 53 week end, con inizio il venerdì alle 20 (se va bene) e fine il Lunedì mattina, oltre a ferie e altre festività. Un sistema così si è modellato sulla società italiana degli anni Settanta, quando venivano predisposte le prime convenzioni uniche nazionali. La società è cambiata. Il sabato e la domenica sono, per molti, giorni di lavoro; molti negozi e in particolare librerie e grandi magazzini sono aperti continuamente e i centri delle città sono affollati dagli abitanti (e non solo dai turisti). Una organizzazione che escluda a priori la attività di tutti i medici di base nel fine settimana è del tutto anacronistica.

Se ci si limitasse a questo, tuttavia, si intercetterebbe una fascia minimale dei casi che si rivolgono, impropriamente, al pronto soccorso e si rischierebbe solo di ampliare gli orari utili per... farsi misurare la pressione, ritirare una ricetta, farsi prescrivere le analisi raccomandate dallo specialista.

La chiave di volta è realizzare strutture territoriali che raggruppino un consistente numero di medici di base, ma che nel contempo siano dotate di una presenza infermieristica, siano in grado di effettuare alcuni esami, siano equipaggiate di strutture diagnostiche, siano connesse con l'ospedale al fine di trasmettere immagini, ecg e avere una refertazione e una consulenza. Vi è ormai, anche qui, un'ampia letteratura e vari confronti internazionali[7] evidenziano come investimenti in tal senso, realizzando strutture in cui attuare la sanità di iniziativa[8], riescono a ridurre gli afflussi al pronto soccorso e a diminuire la ospedalizzazione, grazie anche alla capacità di prevenire – con una adeguata gestione delle cronicità – il ripetersi di episodi acuti che portano al ricovero.

A valle del pronto soccorso è indispensabile far sì che il flusso dei pazienti sia continuo, con i necessari provvedimenti di riorganizzazione della attività di degenza, aggregando i pazienti in aree omogenee, per utilizzare al meglio le disponibilità di posti letto. È inoltre necessario che il flusso delle attività non si interrompa, di fatto, dal venerdì, ma che – almeno il sabato – sia giornata di “ordinarie dimissioni”. Ciò vuol dire non solo ripensare all'organizzazione dei reparti di degenza, ma anche al sistema esterno: case di cura convenzionate, trasporti in ambulanza, attivazione dell'assistenza

domiciliare. Inoltre, se i reparti devono funzionare per accogliere i pazienti in urgenza e per effettuare una attività di high care, come è previsto negli ospedali dotati di pronto soccorso, è indispensabile un potenziamento del sistema di cure intermedie, in cui collocare quei pazienti che necessitano di un livello assistenziale inferiore, ma che non possono essere indirizzati direttamente a domicilio.

La politica sanitaria si è orientata in tal senso? E per fare questo sono necessarie nuove risorse o è possibile operare in un sistema “isorisorse” (con parola che è sulla bocca di tutti)?

Fatte salve le ampie differenze fra regione e regione – a tutti note – a mio parere un giudizio complessivo è di generale insufficienza rispetto alla sfida che il sistema sanitario ha di fronte e di occasioni perse.

La “generale insufficienza” deriva da un ampliamento della forbice fra ciò che si è investito in ospedale e ciò che si è investito in strutture territoriali. Non si è realizzato un sistema di punti di primo soccorso con la conversione dei piccoli ospedali periferici, ma spesso prossimi o ben collegati ai grandi ospedali; gli ospedali di comunità sono esperienze limitate e – mi pare – non in crescita; le connessioni fra la rete informatica dei servizi territoriali e gli ospedali (ad esempio la trasmissione delle immagini radiologiche) è collocata come l’ultima delle priorità rispetto alle connessioni interospedaliere.

L’occasione persa è stata lo scarsissimo utilizzo per strutture territoriali dei finanziamenti previsti all’articolo 71 della legge 23 dicembre 1998, n. 448 e la mancanza di cogenti indicazioni nella convenzione unica per la medicina generale.

Investimenti: anno 1998, prima dell’Euro, (ecco qui il film su cui si è realizzato uno dei remake). Scandalo al Policlinico Umberto I di Roma: sovraffollamento al pronto soccorso, sale operatorie non a norma. Interviene la magistratura: sequestri di parti della struttura, altri interventi a Napoli, Palermo...

Il Ministro Bindi vara un piano di finanziamento straordinario delle aree metropolitane, di 1500 miliardi finalizzato ad alcuni obiettivi prioritari, fra cui la riqualificazione, la riorganizzazione ed il miglioramento degli strumenti di coordinamento della rete dei servizi ai cittadini e la territorializzazione dei servizi.

Molti obiettivi di tale piano sono stati, in alcune regioni, realizzati; non certo investimenti nella territorializzazione, che o non sono stati proposti o, quando approvati, sono stati poi progressivamente abbandonati.

Convenzioni: il rinnovo delle convenzioni della medicina generale non ha mai inciso in maniera significativa nel potenziamento delle dotazioni per tale attività: non si prevedono forme di accreditamento delle strutture dei medici di base, non incentivi ad investimenti né – corrispettivamente – penalizzazioni in caso di non adeguatezza a standard di locali ed attrezzature. Su tali questioni non vi sono proposte da parte dei contraenti, né Stato-Regioni, né, tanto meno da parte dei – seppur attenti – rappresentanti dei medici.

Veniamo al problema isorisorse. Non è possibile questa riorganizzazione in termini di isorisorse. La scelta **isorisorse** è una dichiarazione di non scelta, ovvero di tagli indiscriminati, che si accompagna all’approvazione di molti piani regionali. In tale formula si nasconde la **non decisione** di dire dove si investe e – nel contempo – di indicare **cosa non si fa**, quali strutture si convertono, quali acquisizioni si sospendono o si annullano.

Un solo esempio: ci sono due regioni particolarmente esposte, in termini sia economici (disavanzi che piani di rientro) sia di efficienza sanitaria (la situazione nei pronti soccorso, e non solo): Lazio e Campania.

Prendiamo due parametri: Consumo di antibiotici e alte tecnologie (Tac e Risonanza Magnetica, RM).

Consumo di farmaci antibiotici. DDD per 1000 abitanti^[9]: Minimo (prov. Bolzano) = 16,1; Media nazionale = 28,3; Lazio = 33,0; Campania = 39,9.

Alte tecnologie. Tac per 1.000.000 di abitanti: Media OCSE = 22,8; Media Italiana = 30,3 (+32,9% vs. OCSE); Lazio = 33,3; Campania = 51,1. **RM per 1.000.000 di abitanti:** Media OCSE = 12,2; Media italiana = 20,6 (+68,9% vs. OCSE); Lazio = 24,4; Campania = 21,1.

In un Paese che ha oltre il doppio di Tac del Canada (13,9), il triplo dell’Olanda (11,3) e della Francia (11,1); che presenta analoghi dati per le RM (Canada 8,0; Olanda 11,0) e circa il quadruplo della dotazioni

della Francia (6,4)[10], possiamo pensare ad una riconversione di risorse verso le strutture territoriali e la sanità di iniziativa, oppure verremo fuori da questa crisi del pronto soccorso con un potenziamento delle tecnologie?

Marco Geddes, Direttore Sanitario, Ospedale Santa Maria Nuova, ASL Firenze

Bibliografia

1. Per gli eventi recenti vedi anche la [relazione degli ispettori ministeriali](#) inviati dal Ministro della Salute
2. Matthew Cooke et al (editors). [Reducing Attendances and Waits in Emergency Departments. A systematic review of present innovations](#) [PDF: 550 Kb]. Report to the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO) – 2005.
3. Ackroyd-Stolarz S et al. The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study. *Bmj Qual Saf* 2011;20:564-569.
4. Coordinamento Nazionale Triage: Linee d'indirizzo per il triage in pronto soccorso. *Monitor* 2012, anno XI, 29: 44-53.
5. Oredsson S et al. A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2011; 19: 43
6. Massimo Trombesi. [Il Pronto soccorso in fiamme e il medico di famiglia-pompieri](#). 24.02.2012
7. Light D. and Dixon M. Making the NHS more like Kaiser Permanente. *BMJ* 2004; 328;763-765. Frolic Anne, Schiolz Michela L., Strandberg-Larsen M. et Al. "A retrospective analysis of health systems in Denmark and Kaiser Permanente *BMC Health Services Research* 2008, 8:252.
8. Maciocco G, Dei S. Sanità d'iniziativa. La vera sfida per la sanità distrettuale. L'esperienza della Regione Toscana. *Quaderni di Monitor*, 2011, 8: 184 – 195
9. [Rapporto sull'uso dei farmaci antibiotici. Analisi del consumo territoriale nelle regioni italiane](#) [PDF: 1,9 Mb]. AIFA
10. Differenze analoghe ci sono rispetto a Germania e Inghilterra, anche se confronti puntuali, per modalità di raccolta delle informazioni, non sono possibili. OECD (2011), [Health at a Glance 2011: OECD Indicators](#), OECD Publishing.