



Dopo il "caso Umberto I" il ministero annuncia ispezioni e lotta all'inappropriatezza

Buferera sul pronto soccorso

Balduzzi: «Rilanceremo il progetto h24» - Le proposte della Fimeuc

Otto giorni parcheggiati in barella: 192 ore in attesa di cure adeguate e di ricovero. Accade a Roma, nel pronto soccorso di un grande ospedale. E non è nemmeno la punta massima registrata dagli operatori dell'emergenza sanitaria che da anni organizzano il "barella day", per accendere i riflettori sul dramma del sovraffollamento e delle lunghe attese nei Dipartimenti di emergenza e accettazione (si veda *Il Sole-24 Ore Sanità* n. 43/2011).

Nelle Regioni con piano di rientro, dove si fanno più sentire i tagli a posti letto e a personale e soprattutto non si sono ancora trovate, sul territorio, valide soluzioni alternative al ricovero, l'allarme è all'ordine del giorno. Emblematico il caso del Lazio, che dopo l'episodio della paziente lasciata per quattro giorni legata in barella, al Policlinico Umberto I, è nell'occhio del ciclone. E dove, a fronte di una riduzione degli accessi del 2% tra 1997 e 2009, i decessi in pronto soccorso sono aumentati dell'84%: quasi duemila in più rispetto al centinaio circa delle altre Regioni che registrano forti aumenti percentuali. «Nella capitale - spiega Massimo Magnanti, segretario del sindacato Spes-Specialisti dell'emergenza sanitaria - almeno 250-300 pazienti rimangono in attesa di un posto letto, collocati sulle barelle anche per giorni». Il cittadino che arriva in pronto soccorso, insomma, sempre più difficilmente trova un reparto in grado di accoglierlo.

Del resto, raramente il territorio offre alternative: il riordino della rete di cure primarie che dovrebbe intercettare le emergenze più lievi, allo studio da anni e nell'agenda del nuovo Patto per la salute, è ancora al palo (si veda il servizio a pag. 23). La stessa Intersindacale dei medici pubblici punta l'indice contro l'assenza di filtri adeguati. E il ministero conferma: il numero di accessi supera di gran lunga i 400 per mille abitanti, soprattutto nelle Regioni del Sud, che non hanno riorganizzato la rete ospedaliera né sviluppato le cure primarie. Sono 456 in Molise tra 1997 e 2009; 421 in Calabria; 431 nel Lazio. Non a caso, tutte Regioni gravate dal

L'attività di pronto soccorso nel 2009 e confronto con il 1997								
Regioni	ACCESSI		RICOVERATI		DECEDUTI		ACCESSI PER 1.000 ABIT.	
	N.	Diff. % con 1997	N.	Diff. % con 1997	N.	Diff. % con 1997	N.	Diff. % con 1997
Piemonte	1.696.237	-7,0	169.969	-33,3	2.353	-6,2	356	-11,2
V. d'Aosta	34.856	30,7	7.528	-5,6	65	-56,9	358	21,8
Lombardia	3.160.233	14,6	513.691	-32,7	5.574	-21,3	372	5,3
Pa Bolzano	200.312	48,3	37.579	-25,9	88	-46,6	595	35,4
Pa Trento	197.508	1,5	23.549	-34,2	104	26,9	386	-8,7
Veneto	1.912.079	0,3	258.146	-46,1	2.713	-33,0	393	-8,2
Friuli V.G.	409.686	-7,7	57.449	-45,9	357	5,9	307	-11,8
Liguria	766.162	-14,5	102.804	-59,7	1.888	-65,9	405	-15,5
Emilia R.	1.473.110	18,6	247.145	-22,1	1.772	-13,3	403	7,4
Toscana	1.003.058	23,7	154.066	-35,1	1.327	16,3	335	16,6
Umbria	280.202	22,8	53.251	-4,2	89	112,4	385	12,5
Marche	548.226	1,5	67.882	-52,6	797	-27,9	354	-6,2
Lazio	2.199.490	-2,1	402.641	-21,1	2.185	84,2	383	-10,8
Abruzzo	510.334	12,6	92.709	-52,6	416	-11,8	431	6,5
Molise	113.701	28,7	43.314	-11,8	109	0,9	456	30,0
Campania	2.095.312	12,2	381.839	-22,5	6.424	-84,7	404	10,3
Puglia	1.311.993	15,0	344.742	-43,4	1.120	-33,3	370	14,0
Basilicata	189.536	29,7	35.194	-67,0	126	-23,0	416	32,5
Calabria	485.890	74,1	160.919	-12,7	210	81,9	421	76,8
Sicilia	2.190.039	-11,2	292.772	-50,5	919	42,9	386	-11,8
Sardegna	496.210	-21,5	75.404	-30,1	1.773	-87,6	233	-22,9
Italia	21.274.174	6,9	3.522.593	-36,6	30.409	-28,6	379	0,8

Fonte: elaborazione Il Sole-24 Ore Sanità su dati ministero della Salute, Annuari statistici Asl vari anni

piano di rientro dal deficit. Al contrario, gli accessi per mille abitanti calano a 335 in Toscana, 354 nelle Marche e a 356 in Piemonte. In generale, nelle Regioni "virtuose" (Lombardia, Veneto, Toscana ed Emilia Romagna) che negli anni hanno ridotto ospedali e posti letto più delle altre ma hanno sviluppato anche migliori servizi territoriali, il pronto soccorso funziona.

Dove l'organizzazione è efficace, insomma, le cure d'emergenza sono più efficienti. Come ha confermato lo stesso ministro della Salute Renato Balduzzi, «in Italia c'è buona Sanità anche nei pronto soccorso». In media, si registra un calo della mortalità del 28% nonostante un aumento tra il 10 e il 20% degli ingressi in pronto soccorso. Ma è indubbio che il sistema nel suo complesso registra gravi sofferenze. Tanto che all'annosa questione del sovraffollamento e soprattutto dello stazionamento in pronto soccorso (il cosiddetto board-

ing, che intasa i Dea e complica estremamente lo svolgimento dell'attività clinica), il ministero sembra deciso a mettere mano. Nei giorni scorsi il ministro ha annunciato l'invio di task force negli ospedali più critici e ha rilanciato il progetto "medicina 24 ore", legato alla riorganizzazione del territorio come strumento per disincentivare gli accessi inappropriati e dare risposte al sovraffollamento delle strutture. «La speranza - ha annunciato Balduzzi - è di arrivare in tempi molto brevi a chiudere finalmente questo capitolo per avere una medicina di base che sia davvero di base per tutti i cittadini. I dati parlano chiaro: dei quasi 23mila accessi al pronto soccorso - ha ricordato il ministro - il 15% esita in un ricovero mentre l'85% porta alle dimissioni. In questo 85% c'è una percentuale di ricorso non appropriata all'emergenza».

A denunciare le inefficienze del sistema era già intervenuta l'indagine co-

nositiva sulle reti d'emergenza dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato. Fino a 451 minuti in coda per il triage in Abruzzo, ambulanze che stazionano anche 127 minuti nel Lazio (il tempo medio considerato accettabile è 30 minuti), gravi lacune nell'informatizzazione del servizio, soprattutto al Sud. E, sempre nel Sud, l'assenza nel 40% delle strutture di sistemi di valutazione condivisi per l'assistenza in patologie gravi e frequenti come l'ictus. Un dato che va di pari passo con il gap organizzativo: basti guardare ai bacini di utenza dei Dea, che vanno da un minimo di un Dipartimento ogni 14mila abitanti per Toscana e Abruzzo a un massimo di uno ogni 12mila abitanti del Lazio e uno ogni 1.300.000 abitanti della Lombardia: una «forbice inaccettabile».

E sta proprio nel realizzare finalmente una rivoluzione organizzativa, la ricetta per affrontare i nodi del settore: ne sono convinti i professionisti della Fi-

meuc, la Federazione italiana medicina di urgenza e delle catastrofi. Che in una lettera aperta al ministro hanno messo nero su bianco le loro priorità. Chiarezza nel modello organizzativo (Dipartimento d'emergenza monospecialistico che comprende il 118, punti di primo intervento, pronto soccorso. Obi e medicina d'emergenza, ove prevista, caratterizzata da degenza breve e livello di intensità di cure medio-alto); più posti per la scuola di specializzazione in Emergenza, standard organizzativi e gestionali che facciano riferimento a un'organizzazione in rete "hub&spoke". Questi alcuni degli spunti contenuti nella proposta. Ma non solo. Il sovraffollamento è "misurabile" attraverso uno strumento ad hoc, il Nedocs, che si basa su parametri di struttura (posti letto dell'ospedale, postazioni di primo soccorso attrezzate e assistite) e variabili di attività (numero di pazienti in Ps e in attesa di un posto letto, tempi di attesa per il triage e tempi di attesa per il ricovero, gravità dei pazienti assistiti e così via). «Un pronto soccorso affollato - secondo la presidente Fimeuc, Cinzia Barletta - è indicatore di un ospedale affollato ed evidenzia i limiti organizzativi di tutta la struttura. È auspicabile che le direzioni strategiche aziendali aggiungano il Nedocs fra gli strumenti di misura del cruscotto di indicatori per il monitoraggio di efficienza dei servizi erogati, come già avviene in altri Paesi».

Intanto, i mezzi per arginare il sovraffollamento non mancano. La stessa Fimeuc ricorda le sperimentazioni in corso sul territorio nazionale: dal "bed management" alla pianificazione separata dei posti letto tra area dedicata all'emergenza e ricoveri programmabili. O, ancora, dalla fissazione del tempo massimo di attesa in pronto soccorso (8-12 ore lo standard nazionale) all'anticipazione degli orari di dimissione alle 13,00, utilizzando anche strumenti come l'Area di dimissione ospedaliera (discharge room).

pagina a cura di
Paolo Del Bufalo
Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ANALISI DEI MEDICI OSPEDALIERI

«Organici da stabilizzare e incentivare»

Largo al territorio, ma con modalità diverse da quelle preannunciate a livello ministeriale. E, soprattutto, largo a una diversa organizzazione delle strutture e sprint su organici, formazione e sistemi incentivanti. Elementi che, se adeguatamente sviluppati, potrebbero fungere finalmente da volano per la riorganizzazione del pronto soccorso. È quanto si legge nella relazione presentata mercoledì scorso in segreteria nazionale dalla commissione emergenza dell'Anaao.

Ben venga un potenziamento dell'azione di filtro svolta dal territorio, si legge dunque nel documento. Ma «l'ipotesi di istituire ambulatori dedicati ai codici bianco-verdi appare percorribile - è scritto nel testo - solo se collocati nelle strette vicinanze del Ps; non è infrequente che ai casi trasportati dal 118 con attribuzione di codice verde, alla valutazione successiva in Ps venga attribuito un codice più elevato;

d'altra parte, considerato l'elevato numero di accessi spontanei in Ps, non è ipotizzabile che l'utente stesso possa attribuirsi il codice di gravità e stabilire a quale struttura rivolgersi».

Territorio a parte, il "pezzo forte" della relazione è nel giro di vite da imprimere agli organici. «La stabilizzazione è elemento prioritario da perseguire», modificando l'art. 1 bis del Dlgs

229/99. Insieme all'aumento dei posti nelle scuole di specializzazione, andrebbe poi favorito in tempi medi il completamento delle piante organiche con personale qualificato. «I 50 contratti

ministeriali nelle scuole, cui si sommano gli altri 50 circa arrivati da finanziamenti ministeriali, sono una goccia nell'oceano. È imperativo aumentare in modo consistente i contratti, così come

si dovrebbe poter utilizzare precocemente questi medici per compiti assistenziali almeno dal quarto anno», precisa Sandro Petrolati, coordinatore della commissione Emergenza Anaao. Che indica come elemento cruciale, sempre in tema di formazione pre-ospedaliera, fissare requisiti minimi dai quali nessuna Regione possa derogare.

C'è infine il capitolo retribuzione: la commissione propone «strumenti incentivanti e premianti ad hoc, da ricercare anche nei livelli di trattativa decentrata, con gli attuali strumenti contrattuali». Una misura che, visto il blocco dei contratti, resta per il momento nel "libro dei sogni". Ma potrebbe essere uno strumento per attrarre risorse e personale stabile, di cui riconoscere il lavoro "usurante", nelle strutture d'emergenza. In più di un caso, infatti, i concorsi per i posti messi a bando sono andati deserti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I nodi da sciogliere

SOVRAFFOLLAMENTO PS
<ul style="list-style-type: none"> Per decongestionare i Ps non è sufficiente "spostare" i codici bianchi e verdi ma avere risposte "alternative" alle richieste di cure della popolazione, evitando che l'ospedale sia l'unico punto di riferimento di cui il cittadino ha fiducia
STANDARD ORGANIZZATIVI
<ul style="list-style-type: none"> Formalizzare standard di riferimento organizzativi e di personale Potenziare il ruolo organizzativo e di coordinamento del Dea nell'ambito dell'emergenza sia pre-ospedaliera che ospedaliera, facendo afferire a questo il Ps, l'Obi e la medicina d'emergenza ove presenti, il 118 e i punti di primo intervento

RISORSE
<ul style="list-style-type: none"> La previsione che maggiori investimenti sul territorio si traducano in uno sgravio dei carichi di lavoro dei Ps si è dimostrata inefficace: occorre un duplice, parallelo impegno di risorse sui Dea: adeguamento e formazione degli organici, delle strutture, agli standard organizzativi per il sistema pre e intra ospedaliero
ORGANICI
<ul style="list-style-type: none"> Superamento del blocco del turn over in area emergenza/Ti Incentivazione economica del personale in servizio: <ol style="list-style-type: none"> integrazione del personale medico che o-

FORMAZIONE
<ul style="list-style-type: none"> Esigenza di un adeguato numero di contratti della nuova scuola di specialità proporzionale al fabbisogno e relativo finanziamento Inserimento degli specializzandi già dal quarto anno nelle strutture di emergenza urgenza Adeguamento a standard formativi diffusi sul territorio nazionale