

PRONTO SOCCORSO/ Sindacati e ministero al lavoro sulla ristrutturazione del settore dell'emergenza

Urgenza, codici «light» al territorio

Le proposte: casi lievi gestiti in h24, più personale, risorse da obiettivi di piano e Fsn

Un doppio canale, tra ospedale e territorio, che veda assegnati al primo i codici di maggiore gravità e al secondo le urgenze minori (codici bianchi e verdi). E ancora, in ospedale, una duplice corsia, con spazi fisici e logistici separati in base al tempo d'attesa preventivo. Sul fronte finanziamenti, si attinerà agli obiettivi di piano; mentre si sta ragionando sulla creazione di una macro-area specifica in sede di riparto del Fsn, accanto alle tradizionali dedicate a ospedale, territorio e prevenzione. Infine, ossigeno al personale, con l'ipotesi di uno sblocco del turn-over nelle Regioni con piani di rientro.

Sono queste le principali proposte sul piatto in vista della ristrutturazione del pianeta emergenza-urgenza, la cui situazione «drammatica» è fotografata nell'Indagine conoscitiva del Senato, presentata a metà aprile (si veda Il Sole-24Ore Sanità n. 15/2011). Ne hanno discusso, mercoledì a Roma, i principali sindacati dei medici ospedalieri e convenzionati e il ministro della Salute **Ferruccio Fazio**. Che ha già incassato anche un primo ok dalla commissione Salute delle Regioni. La parola d'ordine è lavorare in un'ottica di sistema, sbarrando la strada all'exploit di accessi inappropriati in Pronto soccorso (+50% in dieci anni) e rivedendo le linee guida sul sistema di emergenza, datate 1996. Già alla vigilia dell'incontro, il ministro aveva annunciato l'intenzione di «separare fisicamente i codici bianchi e verdi da quelli gialli e rossi, proprio per tagliare le attese dei Pronto soccorso, e dunque mettere più personale del territorio possibile alla gestione dei codici minori». Una riforma per cui, spiegava, «useremo gli obiettivi di piano e dovremo farlo rapidamente, perché sono stati già approvati in Stato-Regioni, salvo ulteriori intese sulle cure primarie. Successivamente, inizierà il processo vero e proprio di riforma, che in realtà ha già preso avvio due anni fa con lo stanziamento di 350 milioni annui per l'h24». Il ministro ha poi avanzato l'ipotesi di «creare una quarta macro area in ambito Fondo sanitario nazionale».

L'esigenza di decomprimere gli accessi al Pronto soccorso mette tutti d'accordo: **Giacomo Milillo** (Fimmg) e **Angelo Testa** (Snami) concordano con la proposta del ministro

I nodi da sciogliere

- Il tempo d'attesa in Pronto soccorso è in media di 241 minuti (circa 4 ore), con oscillazioni dai 100 minuti del Nord ai 451 registrati in Abruzzo
- Manca in molti casi qualsiasi criterio di programmazione dei Dea e degli Eas (Dipartimenti di emergenza e accettazione ed emergenze in alta specialità)
- Le cure in Ps sono spesso affidate a personale precario o a neolaureati senza esperienza
- Manca un'efficiente ed efficace attività di "gatekeeping" sul territorio, in grado di intercettare la domanda inappropriata rispetto al territorio
- Va armonizzato il soccorso extra-ospedaliero, colmando le gravi lacune relative in particolare all'elisoccorso e al trasporto neonatale

nonché la necessità di coprire i posti vacanti del settore e quelli oggi affidati a personale precario. **Riccardo Cassi** (Cimo). Che spezza anche una lancia a favore di «un progetto specifico per gli accessi pediatrici». Parzialmente soddisfatto **Massimo Cozza** (Cgil): «l'obiettivo illustrato dal ministro - commenta - è condivisibile anche se parziale, nel senso che il problema dell'emergenza-urgenza non si risolve solo con la separazione dei codici. Per noi - aggiunge - la priorità è coprire i vuoti di organico del Pronto soccorso e dei 118 e risolvere il buco nero del precariato».

Sotto la lente, inevitabilmente, il tema della specializzazione in medicina d'urgenza: «Oltre a migliorare la gestione dei posti letto in ospedale - spiega **Annamaria Ferrari**, past president Simeu - bisogna potenziare il numero degli specializzati, oggi carente. Basti pensare che oggi i posti disponibili sono solo cinquanta, a fronte dei 500 per gli anestesisti». Preoccupazione recepita dal ministro: «Esiste una criticità a livello di scuole di specializzazione che produce una disomogenea distribuzione tra le Regioni e una distribuzione tra scuole di specialità non necessariamente rispondente ai bisogni. Per questo - ha annunciato - abbiamo chiesto alle Regioni stesse di indicare i fabbisogni precisi, sulla base dei quali avanzare una proposta al Miur». Sul tavolo il ministro ha anche presentato la possibilità di «destinare gli ultimi 2-3 anni del corso di specializzazione a una formazione con funzioni cliniche attinenti alla specialità» e di abbreviare la durata di molte scuole da 5 a 4 anni».

Paolo Del Bufalo
Barbara Gobbi

Le proposte degli ospedalieri

1. Garantire standard strutturali e organizzativi adeguati all'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e alla riduzione del Rischio clinico in emergenza-urgenza assegnando adeguati organici ai servizi preospedalieri e ospedalieri afferenti al Dea (decisi sulla base di parametri nazionali) con sblocco del turn over per il personale dedicato (medici e infermieri) e assegnando spazi architettonici adeguati.
2. Implementare la Rete dell'emergenza secondo il Modello Hub and Spoke, attraverso
 - investimenti tecnologici regionali per il teleconsulto e trasmissione di immagini;
 - definizione dei protocolli operativi intra-area;
 - adeguamento del sistema di emergenza preospedaliero - Centrale operativa 118, Unità mobili di soccorso e Postazioni territoriali - (definendo gli standard in termini di Unità mobili e di personale specificamente formato, in possesso delle necessarie Clinical Competences e relativamente alla componente medica favorendo il completamento del percorso di assegnazione al settore della dipendenza prorogando i termini previsti dal Dl n. 229) al fine di garantire una corretta gestione del paziente dal livello territoriale più periferico fino al centro ospedaliero ad alta specializzazione, dove la continuità delle cure viene favorita anche attraverso una reale ed efficace integrazione tra i servizi preospedalieri e quelli intraospedalieri secondo un modello dipartimentale.
3. Potenziare l'Osservazione breve intensiva, come articolazione organizzativa del Pronto soccorso, con identificazione di Percorsi clinico-assistenziali e definizione del follow up per favorire la gestione del problema clinico acuto in un setting assistenziale alternativo al ricovero. Allo stesso tempo potenziare le Strutture di medicina d'urgenza collegate all'attività di Pronto soccorso.
4. Rendere efficiente il Governo del Posto letto per acuti per ridurre l'attesa del ricovero a standard accettabili, contrastare il Boarding e il sovraccollimento del Pronto soccorso e consentire l'umanizzazione delle cure. Oggi la maggior parte del Pronto Soccorso fornisce le prestazioni in condizioni di Grave sovraccollimento e pericolo per il livello di Sicurezza delle cure e degli operatori!
5. Potenziare la assistenza territoriale, "Case della Salute" come evoluzione dei Presidi Territoriali di Prossimità, (cooperazione Mmg, Mpt, continuità assistenziale, Specialisti, Servizi diagnostici di laboratorio e radiologia) per rispondere ai bisogni assistenziali del paziente evitando l'ospedalizzazione e potenziando l'Assistenza domiciliare (Assistenza socio-sanitaria Integrata) come Dimissione protetta dopo il ricovero in acuzie per la presa in carico del paziente alla dimissione.
6. Potenziare le strutture di post-acuzie, lungodegenza e cure palliative in grado di gestire pazienti con sindrome ipocinetica severa, bisogni assistenziali complessi non gestibili al domicilio, malattie neoplastiche sistemiche che richiedono misure di supporto generale, sostegno al fine vita per paziente e familiare.
7. Intervenire sulla formazione del personale dell'emergenza urgenza moltiplicando (come è già stato fatto in passato per alcune discipline) i contratti per la Scuola di specializzazione in medicina d'emergenza urgenza e applicando le Linee guida già esistenti per il settore.