

Il sistema emergenza in Italia

Riformare per evitare il declino

di Massimo Bacchella

Strutture fatiscenti, sovraffollamento, mancanza di personale e finanziamenti bloccati stanno mettendo a rischio il buon funzionamento del sistema di emergenza. L'allarme è stato lanciato dalla Società di Medicina di emergenza urgenza (Simeu) e dal sindacato Anaao Assomed riuniti in seminario di studio sul sistema di emergenza

«Il sistema di medicina d'emergenza è un sistema in crisi, dovuta ad un sottofinanziamento che non è un dato solo numerico ed economico, ma ha come conseguenza meno posti letto, meno retribuzioni e quindi più difficoltà di gestione»: È quanto ha affermato Domenico Iscaro Presidente Nazionale Anaao Assomed, introducendo il seminario di studio "Il sistema emergenza in Italia: presente e futuro" tenutosi il 22 maggio scorso nella sede nazionale dell'Enpam a Roma. «Il sistema emergenza in Italia» ha detto Anna Maria Ferrari, presidente Simeu «è un sistema complesso che sta continuamente crescendo. Nato nel lontano 1938 con il primo decreto che obbligava gli ospedali ad avere un pronto soccorso indipendente, solo nel 1996 ha avuto una vera e propria organizzazione, con punti di primo intervento, pronto soccorso ospedaliero, dipartimento emergenza – urgenza ed accettazione di I livello e II livello (Dea)». In Italia su 742 ospedali pubblici ci sono 427 con sede di pronto soccorso, 196 con Dea di I livello e 119 ospedali con Dea di II livello. La media degli accessi al pronto soccorso nel 2005 è di 68732 nei Dea di II livello, 41816 nei Dea di I livello, 23398 nei pronto soccorso ospedalieri. La media nazionale dei ricoveri da pronto

soccorso è pari al 17,9 % e rappresenta il 45,6% dei ricoveri ospedalieri. Nelle regioni del sud la percentuale risulta superiore, 23%.

«L'organizzazione e l'organigramma dell'emergenza» ha detto Anna Maria Ferrari «è diversa da regione a regione e con delle grosse differenziazioni. In Italia gli accessi al pronto soccorso sono in continuo aumento arrivando nel 2008 a circa 30 milioni. A questo aumento di lavoro non è seguito un adeguamento delle risorse professionali e spesso non sono state adeguate le strutture. Inoltre la riduzione dei posti letto per acuti, non supportata adeguatamente dalla creazione di posti letto per lungodegenti, ha ridotto notevolmente la disponibilità di posti letto per il pronto soccorso». «In questo contesto» ha concluso Ferrari «aprire un tavolo sull'organizzazione complessiva del sistema, sbloccare il fondo sanitario nazionale e affrontare seriamente il problema contrattuale e del reclutamento diventa urgentissimo».

«Il dipartimento di emergenza in ambito ospedaliero» ha detto Luciano Strizzolo direttore Dea ospedale civile di Palmanova, Udine «è fallito soprattutto perché non ci sono medici preparati. Non c'è stato un vero e proprio cambiamento di mentalità con un percorso formativo. Al-

l'organizzazione generale dell'ospedale questo modello ha risposto solo in parte alle aspettative, soprattutto per le difficoltà nell'avere una mentalità incentrata sulla collaborazione e sui percorsi condivisi. Spesso prevalgono gli aspetti di tipo conflittuale, favoriti in genere dalla situazione di sovraccarico e di difficoltà organizzativa dei Dea: diventa così impossibile creare dei percorsi fluidi che sono necessari per il buon funzionamento della struttura».

Un altro problema è quello legato al coordinamento tra le strutture fisicamente distanti come i pronto soccorso degli ospedali periferici.

«Nella creazione di percorsi preordinati» ha detto Luciano Strizzolo «e nella capacità di mettere in contatto specialisti diversi, i Dea, del singolo ospedale o di differenti ospedali, si possono esprimere nella loro massima capacità operativa. I Dea devono sviluppare una capacità di coordinamento e di gestione del paziente che permetta di ottimizzare l'erogazione delle cure, evitando situazioni nelle quali le risorse vengano impegnate in

maniera inappropriata su pazienti che hanno ormai ridotto il loro livello di necessità o su pazienti con necessità troppo elevate mettendo così in crisi sistemi non adeguati alla loro gestione».

L'emergenza territoriale va poi vista anche dal punto di vista del 118 in collegamento con la rete delle strutture ospedaliere dei Dea e anche dal punto di vista della composizione dell'equipe medica.

«Non si può non segnalare» ha detto Simone Di Giorgi, presidente nazionale Comes (Coordinamento Medici Emergenze Sanitarie) «che una parte delle regioni hanno favorito in questi anni modelli in cui la centrale 118 più o meno inserita in un network in rete, abbia una totale indipendenza organizzativa dalla struttura del Dea: occorre quindi riflettere su come coordinare i sistemi di emergenza territoriale ed ospedaliero.

Per quanto riguarda i medici dei servizi occorre fare una seria riflessione sul profilo della figura del medico di emergenza e lo scenario della formazione ad esso dedicata an-

che in considerazione dell'istituzione della nuova scuola di specialità in emergenza – urgenza. Occorre, inoltre, affermare che è necessario e urgente chiedere un provvedimento legislativo per permettere alle Regioni di terminare il processo iniziato, garantendo il passaggio al rapporto di impiego dei medici che non hanno beneficiato in prima istanza del D. Lgs 229/99. Per quanto riguarda la nuova scuola di specialità occorre attivare un processo per stimare e qualificare i fabbisogni formativi e ottenere dall'università un numero di posti adeguati per i servizi di emergenza territoriale così come quello di pronto soccorso».

Il medico di emergenza infatti, deve essere una persona in grado di valutare, rianimare e stabilizzare il paziente nella fase extra ed intra ospedaliera, inquadrarlo dal punto di vista diagnostico ed attuare il primo trattamento, coinvolgere in modo appropriato gli specialisti e gestire la dimissione del paziente attraverso forme di integrazione

con le professionalità e le attività intra ed extra ospedaliere. Infine, «dall'indagine sull'organizzazione dei Dea nei diversi Paesi europei» ha detto Giovanni Baldi direttore generale Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna «si è riscontrata una tendenza alla chiusura dei Dea piccoli perché troppo cari e con limitata affidabilità e una stabilizzazione ed autonomia degli staff medici. Inoltre è emerso che il carico di lavoro è variabile nei diversi Paesi, sia in dipendenza delle dimensioni dei Dea che in funzione della presenza o meno di ospedali di insegnamento. Anche i costi del personale sono variabili per importo, tassazione, grant aggiuntivi rispetto alla retribuzione base, possibilità di lavorare o meno fuori dall'ospedale. Infine il sistema preospedaliero di emergenza è raramente integrato con i Dea e talvolta in conflitto; di norma i servizi di emergenza sono accessibili e gratuiti per tutti i cittadini e l'incremento degli accessi nei pronto soccorsi è quasi una costante».