

Il Pronto Soccorso, un paziente in codice rosso

Dott. Domenico Montemurro

Responsabile nazionale ANAAO Giovani

Dott.ssa Chiara Rivetti

Segreteria regionale ANAAO Piemonte

Il Pronto Soccorso (PS) rappresenta l'interfaccia tra ospedale e territorio, il primo servizio dove si rivolgono i cittadini con problemi di salute reputati urgenti. Di fatto, il biglietto da visita dell'ospedale. Tuttavia il messaggio trasmesso dalle immagini di affollamento e sovraffollamento dei PS non è certo quello di affidabilità ed efficienza che si prefigge un biglietto da visita: se dobbiamo giudicare dall'organizzazione dei PS, non abbiamo l'impressione di una sanità che funzioni. Le attese per essere visitati e per essere ricoverati, nei PS di tutto il paese, sono la chiara dimostrazione di come i tagli lineari cui è stato sottoposto il Sistema Sanitario Nazionale negli ultimi anni abbiano avuto delle pesanti conseguenze sulla qualità dei servizi ai cittadini.

Tabella. 1 **Principali cause di sovraffollamento dei PS in Italia**

Input	Throughput	Output
difficoltà di accesso alle strutture di cura primaria	scarso numero di operatori sanitari dedicati al PS	sovraccarico di pazienti ricoverati in relazione ai posti letto disponibili
capacità attrattiva dell'ospedale perché dotato di diagnostica strumentale	scarso numero di operatori sanitari dedicati ai servizi afferenti al PS (es. radiologia)	scarsa disponibilità di strutture di lungodegenza per la dimissione dei ricoverati
tempi di attesa troppo lunghi per prestazioni specialistiche ambulatoriali/esami diagnostici	presenza limitata, o assenza, dei principali consulenti (cardiologo,neurologo,ortopedico)	
chiusura degli ospedali di piccole dimensioni e pazienti dirottati su Dea I o II livello senza un loro potenziamento	limitate dotazioni tecnologiche	
crescenti bisogni di salute legati all'invecchiamento della popolazione		
mancanza di PDTA per le principali patologie causa di accesso al PS		

I numeri dei PS

Il **pronto soccorso è presente** nell'81,6% degli ospedali. Per la precisione sul territorio italiano sono presenti 299 PS, 264 DEA di I livello, 108 DEA di II livello, in cui lavorano un totale di 12000 medici e 25000 infermieri (nel testo, se non specificato diversamente, indicheremo con il termine PS anche i DEA di I e II livello).

Nel 2013 gli accessi al Pronto Soccorso in tutta Italia sono stati circa **24 milioni**: 240.000 i codici rossi (1%), 4.3 milioni i gialli (18%), quasi 16 milioni i codici verdi (66%) e 3.6 milioni i bianchi

(15%). Sul totale, una parte è stata dimessa senza necessità di ricovero, dopo aver concluso l'iter diagnostico/terapeutico già in Pronto Soccorso: circa 98% dei bianchi, l'88% dei verdi ed il 64% dei gialli. Se rapportati alla popolazione, si calcolano ben **3,4 accessi in PS ogni 10 abitanti**.

L'incidenza dei cosiddetti **accessi inappropriati è stimata del 24% in media**, con differenze geografiche rilevanti: il nord registra un 24%, il centro 18%, mentre al sud e nelle isole la percentuale sale al 31%.

In ogni caso questi accessi "inappropriati", pur in numero rilevante, sono gestiti in tempi brevi e impegnano relativamente poco personale dei PS: meno **del 15% delle ore totali**.

Annualmente, circa **3.528.000 pazienti** che si rivolgono al PS vengono ricoverati (quasi il 14.7% del totale). Il dato presenta una importante variabilità regionale: dall' 11% nella Regione Piemonte si raggiungono valori pari a 26,7% nella Regione Molise.

Overcrowding (Affollamento)

Il cosiddetto overcrowding del PS ha importanti conseguenze sul paziente e sugli operatori che vi lavorano, che vanno dall' aumentato rischio di errore al burnout del personale (tabella 2).

Tabella. 2 **Conseguenze del sovraffollamento del PS**

Aumentato rischio di errori sanitari
Pazienti in attesa di posto letto
Deviazione delle ambulanze
Insoddisfazione degli operatori sanitari con conseguente ridotto rendimento lavorativo
Prolungamento dei tempi d'attesa per la visita medica
Ritardo diagnosi e/o trattamento
Mancanza di privacy
Poco tempo e attenzione da dedicare agli studenti e ai medici in formazione
Diminuita fiducia dei cittadini verso i servizi di emergenza
Errori di comunicazione
Aumento dei re-accessi

Se nei periodi di normale afflusso **l'attesa per prima visita** di un codice verde nei DEA I livello è di 70 minuti e di un codice giallo di 30 minuti, nei periodi di sovraffollamento si può attendere più di 240 minuti per un codice bianco, più di 300 per un codice verde ed oltre 120 per un codice giallo.

Nelle strutture con maggiore afflusso si è persino inserito nel **sito web aziendale** l'informazione in tempo reale sui tempi di attesa, divisi per codice di triage, per una visita in DEA. Il dato è presente sui siti web del 33% dei PS, 38% dei DEA di I livello e 39% dei DEA di II livello. Se consideriamo che negli anni i pazienti che più di altri accedono in PS, e soprattutto richiedono un maggiore utilizzo di tempo e di risorse, sono gli anziani, ovvero coloro che meno di tutti utilizzano i sistemi informatici e che comunque presentano patologie per cui l' attesa non è un deterrente, risulta evidente come questi metodi abbiano uno **scopo informativo di dubbia utilità, se non per generare sconforto nel personale dei PS.**

Per affrontare il sovraffollamento negli ultimi anni sono stati definiti standard per il **tempo massimo di permanenza in PS** (6 ore) e per il tempo massimo **di attesa per l'invio in reparto dopo la decisione sul ricovero** (2 ore). Dai dati 2016 del PNE si evince che gli accessi in PS terminati entro 12h dall'ora di arrivo sono oltre il 90%, quelli oltre le 24 ore circa il 3%, con scarsa variabilità regionale.

Questi dati sono di fatto poco significativi, perché comprendono tutti i codici e soprattutto non distinguono i pazienti in attesa di ricovero da quelli valutati e successivamente dimessi dal PS. Parlano poi di dati medi, da cui non possiamo desumere le attese nei periodi di maggiore criticità.

In uno studio sui PS italiani, la SIMEU invece evidenzia come il limite di 2 ore di permanenza in PS dopo la decisione di ricovero sia ampiamente superato nel **76% dei casi**, con situazioni critiche in circa 1/3 degli ospedali. Nei PS dei grandi centri urbani, dove l'overcrowding è più frequente, ben 25000 pazienti hanno atteso il ricovero per un tempo compreso tra **le 24 e le 60 ore**.

Degenze in OBI (Osservazione Breve Intensiva)

Il tempo di degenza in OBI può essere considerato un **buon indicatore** dell'attesa di ricovero perché, soprattutto in caso di sovraffollamento, l'OBI è snaturata dalla sua funzione originaria ed anziché ospitare pazienti in osservazione diventa un vero e proprio "parcheggio" per chi aspetta un posto letto in reparto.

I DEA di I livello sono quelli ad avere **OBI più affollate**. Quasi la metà dei DEA di II livello, il 44% dei DEA di I livello ed il 33% dei PS hanno letti aggiuntivi oltre a quelli stabiliti.

L'attesa di ricovero per i pazienti in OBI è particolarmente alta nei DEA di II livello in cui si aspetta per il ricovero nel 19% dei casi da 24 a 48 ore, nel 38% oltre le 48 ore. Nei periodi di sovraffollamento (epidemie influenzali o nel corso delle ondate di calore) **le attese raggiungono i 7 giorni**.

Inappropriatezza dei ricoveri

L'eccesso di domanda sanitaria che si verifica nei periodi di overcrowding in DEA è indubbiamente causa di **inappropriatezza di ricovero**. Durante i mesi invernali nei reparti di Medicina Interna il numero dei ricoveri è fino al 30% superiore allo standard previsto nel semestre di minor afflusso. Quindi vengono ricoverati da PS pazienti che con minor carico di lavoro si sarebbero potuti gestire e dimettere direttamente a domicilio.

Altra conseguenza è certamente la mancata appropriatezza di destinazione nei reparti, dimostrata dalla percentuale di **DRG medici ricoverati in chirurgia**, che raggiunge una media nazionale del 28%, con punte in regione Calabria del 36% e in Sicilia del 35%, mentre non dovrebbe superare il 20%.

Sospensione dei ricoveri in elezione

La gestione del sovraffollamento dei PS prevede la riduzione dei **ricoveri programmati** a favore dei ricoveri urgenti, fino alla loro completa sospensione. Il provvedimento penalizza soprattutto gli

interventi chirurgici in elezione, data l'occupazione dei letti dei reparti chirurgici per gli "appoggi" della medicina e contribuisce ad allungarne le liste d'attesa.

In questo senso può essere cruciale la figura del **Bed Management**, che dovrebbe gestire il sovraffollamento bilanciando la disponibilità dei letti per i ricoveri programmati con quelli urgenti. La funzione di Bed Management è ben poco diffusa, in modo particolare sembra quasi sconosciuta nel Sud Italia.

L'attività programmata ospedaliera è certamente più remunerativa di quella urgente, prova ne è che le cliniche private forniscono solo attività in elezione. Considerando invece le strutture pubbliche e private accreditate, nel 2014 i ricoveri d'elezione sul territorio nazionale sono stati 2.731.000, a fronte di 3.638.000 ricoveri urgenti, ovvero circa il 56% del totale mentre nel 2010 ammontavano a poco meno del 54%.

Quindi nessun miglioramento negli anni, anzi un andamento in lento peggioramento.

Da sottolineare la notevole variabilità regionale: i ricoveri urgenti ammontano in Liguria al 68%, al 65% di Calabria e Sardegna, mentre si fermano al 50% in Lombardia e al 53% in Piemonte.

La mancata programmazione del numero e della destinazione dei posti letto, che comporta la sospensione dell'attività in elezione, si riflette **sull'allungamento delle liste d'attesa**: 21.5 giorni l'attesa dell'intervento per Ca colon-retto (contro i 20.5 del 2010), 68 giorni per ernia inguinale (contro i 56 del 2010) e 91,6 per tonsillectomia (76 giorni nel 2010).

Osservando gli altri paesi OCSE, risulta evidente come sostanzialmente due siano state le strategie per ridurre le liste d'attesa: l'**incremento della spesa sanitaria con maggiori finanziamenti per le strutture ospedaliere** ed il controllo del servizio fornito.

Effetto imbuto

Nel 2013 il S.S.N. disponeva di 224.576 posti letto per acuti e lungodegenza, **ben 71.233 letti in meno** rispetto alla dotazione posti letto del 2000. Nel biennio 2013-2014 si è confermato il trend in discesa, con una ulteriore perdita di 4150 PL.

Se rapportati alla popolazione, i PL totali per 1000 abitanti sono passati dal **6,1 del 1996 al 3,8 del 2013**.

Sicuramente il taglio dei posti letto si è reso necessario per adeguarsi al D.L. 95 del 06/07/2012 (art. 15, comma 13, lettera c) che prevede 3,7 PL per 1.000 abitanti, di cui 0,7 per non acuti, standard successivamente confermati dal patto della salute 2014-2016.

Non è peregrino ricordare che siamo ormai **tra gli ultimi in Europa** per PL in rapporto al numero di abitanti : secondo i dati OECD riferiti al 2014, l'Italia con 3,3 PL per acuti ogni 1000 abitanti è ben al di sotto della media dell'Europa (5,2‰) e distantissima dall'8,2‰ della Germania, dal 7,6‰ dell'Austria e dal 6,2‰ della Francia.

Ma il taglio dei posti letto, senza una adeguata ristrutturazione della rete territoriale, con il progressivo aumento in PS della popolazione anziana e con necessità sanitarie complesse, causa il cosiddetto "effetto imbuto", ovvero la difficoltà a ricoverare per ritardi nelle dimissioni dai reparti.

Caratteristiche dei pazienti ricoverati

Sul totale dei pazienti che rivolgono al PS, **il 20% ha un problema assistenziale/sociale** prevalente. Negli anni sono poi aumentati gli accessi in PS dei pazienti più complessi, quindi con prevedibile necessità di ricovero: i **pazienti over 80** nel 2005 erano l'8% del totale, il 10% nel 2010 e il 12 % nel 2015. Si calcola che ogni anno si siano rivolti al PS 100.000 pazienti ultraottantenni in più rispetto all' anno precedente, con un incremento dal 2005 al 2015 **di circa il 60%**.

Nel 2014 il 28% dei ricoverati aveva oltre 75 anni di età e per loro la degenza media **sale**, dal valore nazionale di 6,7-6,8 giorni, **a 9 giorni**. Le stime Istat prevedono un ulteriore aumento nel tempo della popolazione over 85 anni, che passerebbe da 1.3 milioni del 2007 a 4.8 nel 2050.

La problematica più frequente per l' accesso in PS è il trauma ma le cause più frequenti di ricovero sono le malattie del sistema circolatorio (14%) e i tumori (10,6%). Se poi consideriamo le diagnosi di dimissioni dei pazienti, quindi di coloro che dal PS sono stati ricoverati, la **somma dei DRG medici** (apparato respiratorio, cardiocircolatorio, digerente, malattie renali, infettive, metaboliche, neurologiche e del sangue) raggiunge il **58,6% del totale**.

I tagli degli ultimi anni sono stati non puntuali ma lineari, quindi possiamo considerare nell' area medica, dal 2000 al 2013, una riduzione del 24% dei posti letto, parallelamente alla loro aumentata necessità se si ricoverano sempre più pazienti anziani, polipatologici, con problemi assistenziali e diagnosi internistiche.

Che siano i pazienti con problematiche internistiche quelli che più di tutti attendono, spesso in barella, il ricovero è anche dimostrato **dai tassi di occupazione posto letto**. In Italia nel 2013 i posti letto totali delle strutture pubbliche ed accreditate utilizzati per l' attività di ricovero erano 219.804, per un totale di giornate di degenza di 64.312.000, corrispondente ad un tasso occupazione posto letto del 80.5% contro il 77.1% del 2004.

Ma se consideriamo il dato dei soli reparti di area medica, si va dal 115 % al 99% a seconda delle regioni e delle specialità. E con i tagli degli ultimi anni, i dati sono in progressivo peggioramento: nello specifico, per esempio, in Liguria si è passati dal 107.3% della geriatria e 97% della medicina generale nel 2011 a rispettivamente il 115% ed il 98,6% nel 2013.

Va ricordato che il tasso ottimale, per evitare aumento di mortalità e morbidità, viene considerato non superiore all' 85%, pur se imprudentemente aumentato al 90% dal Decreto Ministeriale n° 70/2015 sugli standard ospedalieri.

Ambulatorio dei codici bianchi gestito dal MMG

In Italia annualmente a 2.640.000 pazienti viene in triage assegnato il codice bianco. In alcune realtà, particolarmente nei DEA di II livello, è presente **un ambulatorio dei codici bianchi**, gestito dai medici di famiglia (medico di fast track).

Questo tipo di collaborazione tra ospedale e territorio ha dimostrato di funzionare soprattutto nei PS con molti accessi. Oltre a ridurre il carico di lavoro dei medici di PS, si è registrato una minore prescrizione di esami diagnostico-strumentali e di consulenze, perché viene riprodotta nei PS l'attività eseguibile dai MMG negli studi sul territorio. I tempi d'attesa sono diminuiti significativamente, fino al 50% nelle realtà con frequente sovraffollamento. Altro aspetto positivo è

quello della riduzione del **rischio per i pazienti gravi** e medio-gravi conseguente al maggiore tempo a disposizione dei medici del DEA (rischio che si riduce quando il personale per il DEA è adeguato, grazie ai MMG o ai medici d'urgenza). Va tuttavia considerato che il codice di triage definisce una priorità clinica e con l'ambulatorio per i codici bianchi si potrebbero realizzare situazioni in cui i pazienti a bassa gravità clinica, avendo un percorso parallelo, vengano visitati prima di altri con quadri più urgenti. Inoltre laddove i MMG possono prescrivere esami, si potrebbe indurre un aumento paradossale della domanda, quindi favorire anziché ridurre l'affollamento nei DEA e la prescrizione di esami e consulenze. I vantaggi economici infine sono dubbi, considerando il costo aggiuntivo necessario per l'attività dei medici di fast track.

Carenza di personale.

Dal 2009 al 2014 il numero dei medici dipendenti a tempo indeterminato **si è ridotto di 7.000 unità**.

La contrazione degli organici causata dal blocco del turn over ed i ricoveri sempre più complessi, hanno aumentato notevolmente il carico di lavoro per singolo medico ed in alcuni casi hanno reso impossibile il rispetto dei riposi come previsto dalla normativa europea sugli orari di lavoro.

Un recente sondaggio Anaaio Giovani rivela che circa il 40% dei medici ha dovuto **dimettere pazienti precocemente**, non sulla base dello status clinico ma a causa di criticità organizzative, come ad esempio il sovrappollamento del DEA. Inoltre il 20,6% degli intervistati riferisce di avere in carico tra 12 e 16 pazienti al giorno, il 25% per cento oltre 17 pazienti. La quasi totalità del campione intervistato, il 91,95 % reputa di essere sottoposto a un eccessivo carico lavorativo.

Inoltre il lavoro di PS, caratterizzato da particolare stress psico-fisico e da numerosi turni lavorativi disagiati (notti e week-end) è particolarmente gravoso per i medici oltre i 50 anni, piuttosto numerosi **data l'età media dei medici dipendenti**, che ha raggiunto nel 2016 i 54 anni.

Conclusioni

Un adeguamento degli organici, sia in PS che nei reparti, è dunque indispensabile, oltre che per avere professionisti meno stanchi e a rischio burn-out, per ottenere ricoveri più appropriati, minor rischio di errori e una maggiore efficienza nell'utilizzo dei posti letto.

Questo, e l'aumento dei posti letto ordinari soprattutto per le specialità mediche, sono le soluzioni urgenti da adottare se si vuole seriamente affrontare il problema dell'affollamento dei PS che, ormai, percorre la sanità italiana come un fiume carsico destinato ad emergere impetuoso in occasione di fenomeni contingenti ma largamente prevedibili, come l'ondata di calore, tra qualche mese o la diffusione virale nella stagione invernale. Comunque sia, siamo di fronte ad elementi strutturali che mal si prestano ad essere governati con provvedimenti tampone. Tantomeno con meravigliate quanto ipocrite lacrime di coccodrillo.

Bibliografia

- Annuario statistico italiano 2015 – Sanità e Salute. ISTAT 2015
- Programma Nazionale Esiti 2016
- Rapporto sull' attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO. Ministero della Salute 2013
- Rapporto sull' attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO. Ministero della Salute 2014
- Annuario Statistico del Servizio sanitario Nazionale 2013
- Annuario Statistico del Servizio sanitario Nazionale 2014
- Relazione sullo stato sanitario del paese (RSSP) 2012-2013
- Intern Emerg Med (2008) 3:S206–S212. Il Ricovero nei Reparti di Medicina Interna Eccesso di domanda come causa di inappropriatezza. V. Arienti • S. Pretolani • C. Luppi • M. Pescerelli C. Bottari
- Emergency Care Journal (06.2010) Sovraffollamento in pronto Soccorso. Analisi del fenomeno e proposte di gestione. G.Rastelli, M.Cavazza, G.Cervellin.
- Italian Journal of Medicine 2009;3(1):3-8 Sovraffollamento nei reparti di degenza e clinical risk management in Medicina Interna: soluzioni solamente strutturali o interventi sistemici sui processi assistenziali? R.Nardi, A. Gardellini, I. Iori
- Lo stato di salute dei Pronto Soccorso italiani. 2015 SIMEU-Cittadinanza Attiva
- Sondaggio ANAAO Giovani “La sanità secondo i medici” Dicembre 2015
- Regione Liguria - Settore Comunicazione, Ricerca, Sistema Informativo. Coordinamento Progetti in Sanità
- Rapporto OASI 2016. Cergas. Università Bocconi.