

Le aree del Pronto Soccorso in Italia

L'area di emergenza-urgenza e più nello specifico il Pronto Soccorso di un'Azienda Sanitaria rappresentano la struttura organizzativo-funzionale di accettazione in urgenza dell'utenza.

Il Pronto Soccorso è indubbiamente l'area più esposta dell'intera organizzazione ad una articolazione dinamica delle attività e ad una estrema variabilità di scenari clinico-assistenziali, laddove gli operatori sanitari sono chiamati ad erogare le più disparate prestazioni sanitarie, talora ad alta complessità, in condizioni di limitazioni di tempo (patologie tempo-dipendenti) e di elevata pressione emotiva e relazionale (turni notturni, stanchezza/fatica, gestione dei familiari) in condizioni ambientali (sovraffollamento, inadeguatezza dei locali) non sempre ottimali.



Inoltre, ad oggi il sistema è penalizzato da inadeguatezza numerica di risorse umane in risposta alla domanda, carenza di aggiornamento professionale e più recentemente l'impiego di operatori sanitari che non hanno ancora completato il percorso formativo e che entrano nel sistema lavorativo in risposta ad esigenze di sistema.

(N.B. Oggi nei PS lavorano soggetti neolaureati e senza adeguata esperienza "forniti" da cooperative, ma non possono lavorare specializzandi universitari del 3° anno).

E' cronaca quotidiana il racconto di sovraffollamento e malcontento sia da parte degli operatori sanitari che dell'utenza con conseguenze talora drammatiche sulla qualità assistenziale e la sicurezza delle cure. Il paradigma del Pronto Soccorso in sofferenza

strutturale e funzionale ha innescato un meccanismo di sfiducia da parte dell'utenza e di pressione sugli operatori sanitari e in generale sul Management aziendale.

Alcuni studi conoscitivi hanno evidenziato che i professionisti impegnati nell'area critica soffrono di sindrome da burnout (BOS) in modo rilevante (uno studio del 2014 evidenziava che almeno due terzi del personale infermieristico in area critica soffre di una BOS severa).

Peraltro in una recente indagine cui hanno aderito alcune aziende associate a Federsanità è risultato che il personale medico di ruolo presente a marzo 2023 era il 50,65% sul totale previsto, con percentuali che variavano dal 100% di una azienda ospedaliera catanese al 10% di una ASL Romana che aveva un solo dirigente di ruolo sui 10 previsti in dotazione organica.

Bisogna tutta via aver chiaro che nei PS, esiste un problema di accesso inappropriato che è una delle motivazioni che creano sovraffollamento.

Vi è infatti la tendenza, da parte del cittadino, all'utilizzo dei servizi di emergenza urgenza sia territoriali che ospedalieri non sempre appropriato (in Italia nel 2021, sulla base dei dati dell'Annuario Statistico del SSN del Ministero della Salute, ci sono stati circa 246 accessi per adulti ogni 1000 abitanti, mentre per i ragazzi fino a 18 anni, lo stesso dato è di 103 accessi ogni 1000 abitanti fino a 18 anni).

Un'altra delle ragioni del sovraffollamento ha anche una genesi nella non tempestiva e appropriata gestione dei flussi di pazienti derivante dalla carenza ormai strutturata di medici e infermieri (secondo dati Anaa Assomed dell'inizio del 2023, mancano 4.200 tra medici e personale infermieristico da impiegare nei PS), stanno spingendo le aziende sanitarie a trovare soluzioni che, alla lunga, potrebbero avere esiti negativi sia sulla qualità delle prestazioni erogate che sulla soddisfazione degli operatori.

La tendenza del cittadino a rivolgersi a servizi ospedalieri e in particolare del PS anche per problematiche non urgenti è il risultato di una cultura ancora troppo concentrata sulle cure ospedaliere nonostante l'esperienza vissuta con la pandemia e le giuste riforme della sanità territoriale. Di fronte a patologie non urgenti è quindi opportuno e doveroso, in prima battuta, rivolgersi alla medicina territoriale o al proprio Medico di Medicina Generale, il quale deciderà poi l'eventuale accesso in Ospedale.

A complicare ancor di più il lavoro del personale sanitario sono poi le richieste (spesso insistenti) che vengono avanzate dai pazienti in attesa: c'è chi invoca un farmaco e chi di essere sottoposto a radiografia.

È il medico di base la prima persona preposta a prescrivere le cure e i farmaci, decidendo la modalità e i tempi di assunzione, radiografie o qualsiasi altra prestazione. In assenza del medico di base non ci si può rivolgere al PS per accelerare i tempi di un esame o per semplici prescrizioni. Tutto ciò è frutto anche di mancata educazione all'uso del servizio sanitario generata da carente informazione o, a volte, da carente impegno della medicina territoriale.

RISCHI DEL SOVRAFFOLLAMENTO

RITARDO DIAGNOSI
RITARDI CURE
ERRORI DIAGNOSI
ERRORI TERAPIA
AUMENTO INFEZIONI
AUMENTO MORTALITA'
CADUTE
COMUNICAZIONE
PRIVACY

STRESS
DANNO ECONOMICO
CONTENZIOSO
DENUNCE PENALI
RISARCIMENTI
AGGRESSIONI
SUPER LAVORO
BLOCCO AMBULANZE ...

Tabella estratta da: A. Magnacavallo - Direttore Pronto Soccorso USL di Piacenza - 2019 - Nuovi standard per i Pronto Soccorso della Regione Emilia-Romagna

Le criticità riscontrate sia a livello dei singoli professionisti che a livello organizzativo rischiano di minare il requisito base di funzionamento del Sistema Sanitario che deve essere caratterizzato dall'affidabilità.

La responsabilità consapevole e l'affidabilità sono infatti i pilastri costitutivi del Sistema Sanitario, in quanto "Organizzazione" nella sua impostazione globale e nella sua espressione operativa verticale di management e trasversale amministrativa e assistenziale.

Possibili interventi

Se da un alto è necessario intervenire con i controlli sulla corretta occupazione dei posti letto, (evitando che i reparti accolgano i pazienti per non sovraccaricare il proprio personale, con la conseguenza di non risolvere il problema del cosiddetto boarding, ovvero il fenomeno dell'accumulo in PS dei pazienti che hanno già completato il percorso assistenziale in PS ma che, per cause diverse, non possono essere dimessi dal PS), è anche improcrastinabile attivare una serie di azioni che consentano nel breve di portare benefici alla intera organizzazione:

- Riforma dei corsi di specializzazione che consenta per tutta Italia l'inserimento degli specializzandi sin dal 3° anno, come dirigenti in formazione (in questo momento le regioni adottano differenti comportamenti);
- Introduzione dei protocolli analoghi a quelli del modello "see&treat" nei PS, che consentano l'intervento e la dimissione da parte degli infermieri su un elenco ben preciso di trattamenti;

- Necessità di un forte avvio del numero 116/117 per il coordinamento delle cure non urgenti;
- Attivazione dei fast track;
- Obbligatorietà di implementazione dei percorsi atti a favorire il turn over nei reparti ospedalieri (i PDTA stabiliscono tempi e modi di gestione dei pazienti nei reparti, anche quando il paziente è ricoverato in altro reparto non pertinente con la sua patologia);
- Abolizione dei tetti di spesa o implementazione dei tetti di spesa per il personale, che oggi non consentono l'apertura di reparti previsti nelle reti ospedaliere nelle singole aziende per l'impossibilità di assumere legata a vincoli di bilancio che le regioni devono rispettare;
- Obbligo di centralizzare a livello regionale, soprattutto nelle aree metropolitane, un sistema di monitoraggio sull'utilizzo di posti letto delle strutture accreditate, che altrimenti tendono a trattare pazienti elettivi, più semplici nella gestione, per alleggerire il boarding;
- Implementazione dell'utilizzo dell'ADI, che andrà finanziata anche dopo il PNRR in misura adeguata;
- Revisione dei percorsi formativi e di funzione dei MMG, per una migliore presa in carico di chi poi accede senza urgenza al PS;
- Valorizzazione delle abilità "non tecniche" o meglio competenze comportamentali che vanno sviluppate parimenti alle competenze tecniche fin dal corso di studi (il contesto ospedaliero si trova spesso a colmare il gap formativo del corso di studi, nessuna educazione al lavoro in squadra e alla comunicazione o alla gestione dello stress, per esempio). L'attenzione, lo sviluppo e il perfezionamento delle abilità non tecniche rappresenta la leva motivazionale e operativa per l'implementazione parallela delle abilità tecniche in un'ottica di aggiornamento, traslazione di linee guida, evidenze della letteratura e buone pratiche, miglioramento delle competenze specifiche e adeguamento alle innovazioni tecnologiche.

Infine, ma non ultimo per importanza, un cenno a due problemi che oggettivamente ostacolano l'accesso alla professione sanitaria:

- la violenza nei confronti dei sanitari;
- la colpa medica.

Nel primo caso, i tanti interventi "accennati" non hanno risolto di fatto il problema della violenza proprio per la mancanza di incisività. Dove ci sono le postazioni di polizia, gli agenti non possono di fatto intervenire, se non ad aggressione avvenuta e gli aggressori sono quasi sempre denunciati a piede libero.

Nel secondo caso, una depenalizzazione che escluda la colpa grave è essenziale e le difficoltà derivanti dall'inserimento di una tale norma in armonia al quadro normativo esistente vanno risolte con urgenza, prima che altri professionisti scelgano di abbandonare l'Italia a favore di altri luoghi più sicuri, più redditizi e dove è possibile svolgere la propria professione con serenità e soddisfazione.

In conclusione è necessario ribadire come il Pronto Soccorso sia un servizio di emergenza/urgenza e non ambulatoriale e ciò presuppone che, chi ci si reca, abbia problematiche che effettivamente meritano l'intervento di urgenza.

Occorre dunque la fondamentale collaborazione di **istituzioni**/cittadini/pazienti per evitare che il personale sanitario abbia difficoltà per individuare e fronteggiare le emergenze sanitarie per i soggetti con disagio sociale.

Questa Commissione ha la possibilità di dare un contributo significativo per la soluzione di questa reale emergenza attraverso l'impegno a prendere in considerazione le proposte di soluzione che io ho esposto in qualità di delegato di Federsanità, proposte certamente in linea con quanto rappresentato dalle altre istituzioni audite.