

Linee di indirizzo per la riorganizzazione della Emergenza-Urgenza in rapporto alla Continuità Assistenziale. La Conferenza Stato- Sancisce l'accordo

I Medici di Emergenza della FIMEUC, pur condividendo di massima i contenuti dell'accordo siglato il 7 febbraio con l'intento di fornire indicazioni finalizzate a "favorire un armonico sviluppo dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri, esprimono perplessità rispetto alla all'espressione di linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza che fanno presagire nell' intervento in rapporto alla continuità assistenziale " l'unica soluzione alle tante criticità che attanagliano da tempo il settore.

La FIMEUC è convinta che l'efficienza del sistema di emergenza urgenza nazionale sia un elemento strategico, e come una delle porte d'accesso ai servizi, sia punto di valenza indispensabile per una tenuta degli standard qualitativi dell'intero servizio sanitario nazionale. Il documento rinforza il principio secondo cui intercettare i bisogni di salute del cittadino in ambito territoriale diventa sempre più urgente per ridurre il ricorso all'ospedale per acuti e al dipartimento di Emergenza e rendere appropriate ed efficiente la risposta sanitaria, soprattutto nei confronti dei pazienti affetti da malattie croniche che prevedono un forte incremento dell'assistenza di distretto e domiciliare.

A tal scopo si intende intervenire

centralizzando su base provinciale le chiamate le chiamate del 118 e della CA condividendo tecnologie e sistemi informativi nell'intento di intercettare la domanda a bassa intensità assistenziale e fornire l'appropriata risposta al domicilio del paziente

realizzando presidi territoriali multi professionale per le Cure Primarie attraverso la riconversione dei piccoli ospedali il potenziamento di ambulatori e forme di aggregazione già esistenti ma soprattutto mettendo in rete e riorganizzando l'assistenza distrettuale

realizzando all'interno dei DEA e PS percorsi Separati per pazienti classificati dai Sistemi di TRIAGE con codice di gravità Rossi e Gialli da Verdi e Bianchi avviandoli anche a Team sanitari distinti

garantendo la continuità della cura per pazienti a bassa complessità assistenziale attraverso percorsi agevolati per l'accesso alla diagnostica strumentale, alla rete delle cure Primarie e degli specialisti di Distretto

Sicuramente è tempo di rafforzare l'organizzazione della medicina del territorio che attraverso l'integrazione dei MMG, PLS, specialisti ed un maggiore coinvolgimento della CA, verrebbe a cambiare in modo rilevante l'attuale sistema delle cure primarie. Un presa in carico del malato nell'arco delle 24 ore eviterebbe realmente l'utilizzo improprio dell'Ospedale, e ridurrebbe il numero di accessi inappropriati ai servizi di emergenza. Quello a cui si assiste però è spesso la messa in atto provvedimenti volti a esercitare un'azione di "filtro" che si ritiene di probabile dubbia efficacia, perché effettuata da sanitari in turno, che spesso dispongono di scarse informazioni sul paziente e il suo contesto familiare e sociale, e probabilmente avrebbero a disposizione pochi strumenti diagnostici e terapeutici per intervenire in sicurezza, evitando l'accesso in ospedale. Seppure il documento indichi un indirizzo, va comunque ribadito che, qualunque sia il modello organizzativo prescelto, elemento determinante è l'individuazione dei livelli di governo clinico della rete che dovrà integrare MMG, PLS, Medicina Specialistica, attuale CA, CO 118 e DEA.

Tuttavia, anche migliorando l'efficacia dell'azione di filtro territoriale, tale progetto lascia inalterati tutti gli altri gravi problemi, primo fra tutti quello dei pazienti "barellati" costretti, una volta deciso il

ricovero, a sostare per ore o giorni in attesa di posto letto, occupando tutti gli spazi e le professionalità disponibili in Pronto Soccorso e trasformandolo del tutto impropriamente in area di degenza.

Esprimiamo ancora una volta decisa contrarietà alla istituzione di “Ambulatori Medicina Generale” in prossimità dei pronto soccorso, progetto già sperimentazione in alcune strutture ospedaliere con risultati deludenti e di assoluta inefficienza e che non contribuisce minimamente a ridurre il carico di lavoro in Pronto soccorso e il sovraffollamento del Pronto Soccorso, legato soprattutto ai lunghi tempi di attesa per l'accesso alla Degenza e quindi allo stazionamento di pazienti in attesa di ricovero (fenomeno del Boarding), con assorbimento di Risorse Umane e Materiali in DEA e riduzione della sicurezza delle cure in Emergenza per ritardi diagnostici e terapeutici.

La Confusione tra i percorsi di cura potrebbe inoltre mettere a rischio la salute dei pazienti includendo la categoria codice verde pazienti a cosiddetta criticità potenziale.

A nostro parere e' necessario passare da un modello di “medicina d'attesa”, ove il bisogno si trasforma in domanda, a una “sanità d'iniziativa”, proattivamente dedicata all'utente, attraverso la creazione di percorsi specifici per le patologie croniche quali scompenso cardiaco, diabete, ipertensione, broncopneumopatia cronica ostruttiva, osteoartrite, la cui cura assorbe rilevanti risorse, *realizzando presidi territoriali multi professionali e multidisciplinari con facile accesso alla diagnostica di base, radiologica, di laboratorio ed endoscopica*. Solo mediante l'integrazione di tali percorsi nell'organizzazione della rete ospedaliera, la programmazione a medio termine degli interventi, l'autocontrollo sarà possibile ridurre il numero dei cronici costretti a ricorrere a cure intense in Pronto Soccorso

La FIMEUC esprime alcune perplessità riguardo ai modelli ivi esposti, legate alla evidente contraddizione che tale documento esprime rispetto ai Modelli Organizzativi che la FIMEUC ha recentemente proposto al termine di un accurato lavoro di revisione dei dati e della letteratura disponibili. (www.fimeuc.org; www.simeu.it)

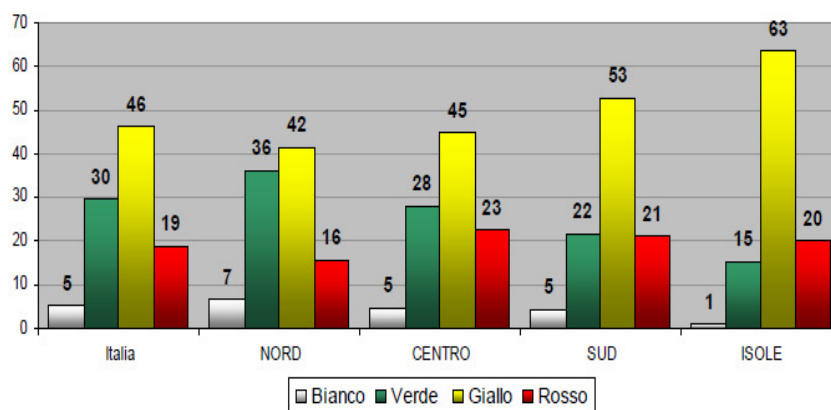
In particolare si sottolinea e precisa che:

- Il sistema 118 (che nel documento FIMEUC sugli Standard è indicato come sistema di emergenza Pre-Ospedaliero) è parte fondamentale del sistema di Emergenza-Urgenza e deve essere costituito da personale dedicato e addestrato a tale ruolo, in prospettiva a breve e medio termine, con contratto di lavoro tipico e dipendente dal SSN, con superamento della molteplicità di contratti di lavoro.
- Le attività di processo della chiamata e di dispatch sono una competenza della centrale operativa e del personale del sistema di emergenza-urgenza adeguatamente formato che vi opera.
- Nell'ambito di un rinnovato modello organizzativo che prevede la riqualificazione dell'offerta in ambito territoriale, il ruolo della CA potrebbe essere configurato come

soluzione temporanea integrata con i MMG, in attesa di una effettiva continuità assistenziale realizzata con modelli già da tempo previsti, ma ancora non completamente attuati su tutto il territorio nazionale, quali Ambulatori di Distretto, Strutture Protette, Assistenza Domiciliare Integrata, Unità Territoriali di Assistenza Primaria, Nuclei di Cure Primarie. attivi nelle ore diurne e notturne h24, con possibilità di accesso alle consulenze specialistiche, ai servizi di diagnostica per immagini e di laboratorio qualora appropriati.

- Per decongestionare il Pronto Soccorso non appare risolutivo e proponibile, il semplice “*spostare codici Bianchi,e Verdi*” (questi ultimi a potenziale rischio evolutivo), ma piuttosto occorre fornire risposte “alternative” alle richieste di cure della popolazione, evitando che l'ospedale sia l'unico punto di riferimento e soprattutto l'unico di cui il cittadino ha fiducia.

Percentuale dei codici di gravità assegnati agli interventi effettuati
Anno 2005



Come si dimostra da una indagine del 2005 sui servizi di tutte le CO italiane i codici bianchi e verdi rappresentano solo il 35% e solo il 20% della popolazione si reca in PS con trasporto urgente 118!!!!

In ogni caso l'emergenza pre-ospedaliera (118 e medici d'emergenza pre-ospedaliera) deve rimanere collegata ai Dipartimenti d'emergenza, se si vuole mantenere qualità ed efficienza, con professionisti che possono operare indifferentemente in ambito di emergenza preospedaliera ed ospedaliera

- Le attività di triage sono una competenza e una responsabilità degli operatori professionali del Sistema di Emergenza – Urgenza Pre-Ospedaliero ed Ospedaliero, adeguatamente formati, con livelli organizzativi diversificati per il Triage telefonico, Visivo sulla scena dell'evento, l'Accoglienza in Pronto Soccorso , in via ordinaria o in caso di Disastro e rappresenta un processo dinamico, sottoposto a continua rivalutazione. Al di fuori del Sistema di Emergenza si può soltanto riferirsi a problematiche assistenziali non acute o

minori. Si deve inoltre sottolineare che il concetto di priorità (non di severità o gravità clinica) di accesso alla visita medica in DE ha senso solo nell'ambito ospedaliero dove tale attività è comunque sorvegliata e rivalutata nel tempo.

- La previsione che solo maggiori investimenti economici sul distretto e Cure Primarie si traducano in uno sgravio dei carichi di lavoro del Pronto Soccorso. si sono dimostrate ad oggi inefficaci. L'impegno richiesto per togliere dalla attuale situazione di "asfissia" il Pronto Soccorso è ben più ampio e comprende sicuramente le Cure Primarie, ma in misura specifica tutte quelle azioni sull'Ospedale e sulle cure Post Acuzie che rendano finalmente disponibili i posti letto per acuti ad un Sistema di Emergenza Pre Ospedaliero ed Ospedaliero reso finalmente adeguato negli organici, nelle strutture, negli standard organizzativi già resi noti e recentemente aggiornati (www.fimeuc.org; www.simeu.it).
- La centralizzazione delle richieste alla CO 118, (con un numero e con risorse dedicate) può apparire utile nelle ore notturne e festive, e potrebbe migliorare l'attività nelle ore diurne, rimandando alle Cure Primarie ove appropriato.
- La collocazione congiunta dei centralini, dove già attuata, non appare come risolutiva delle problematiche in questione. Tuttavia uniformare la ricezione delle chiamate di CA alla centrale del 118 (è in corso di progettazione la integrazione del 118 con il 112) potrebbe rappresentare un innegabile vantaggio per un miglior uso delle risorse tecnologiche ed umane. In particolare si auspica che sia integrato nel percorso lo sviluppo di soluzioni tecnologiche su numero dedicato per cure non urgenti 116117, lasciando distinto l'accesso degli utenti con bisogni urgenti da quelle di utenti con bisogni non urgenti (problematiche sociali)
- L'istituzione di un numero unico di coordinamento delle attività di Continuità Assistenziale (ad esempio 116117) potrebbe consentire, fra l'altro di individuare con facilità e in maniera continuativa, il percorso cui affidare il cittadino, dopo che il sistema di emergenza-urgenza ha processato la richiesta in una qualsiasi delle sue fasi (C.O 118, dispatch, triage, valutazione di PS, dimissione al domicilio.) e ne ha deciso l'invio e l'affidamento al Sistema della Continuità Assistenziale. Un numero unico dedicato consentirà l'immediata presa in carico del paziente da parte del Sistema di Continuità Assistenziale e il tempestivo inizio delle attività necessarie (attivazione dell'Assistenza Domiciliare, Dimissione Protetta, certificazioni, prescrizioni farmacologiche, rivalutazioni mediche, proseguimento delle cure all'interno delle low care, etc). Inoltre la separazione delle attività (emergenza-urgenza e Cure primarie) consentirà una migliore definizione e misurazione dell'efficienza e dell'efficacia attraverso l'analisi di indicatori predefiniti
- La efficace riorganizzazione e riqualificazione delle Cure Primarie e di tutte le attività assistenziali di distretto (ADI, Residenze Protette, Hospice, UTAP) porterà ad una de-

ospedalizzazione che si rende premessa indispensabile per garantire degenze medie ospedaliere compatibili con la gestione dei pazienti acuti, sovente anziani, fragili e complessi.

Manifesto FIMEUC per le forze politiche scese in campo per il rinnovo del governo

ORGANICI

- In conseguenza della mancanza, fino a tre anni fa, della scuola di specializzazione in medicina d'emergenza, per sostenere gli organici si è negli anni fatto ricorso ad un numero elevato di equipollenze. Per la stessa ragione sono stati inseriti nel sistema emergenza anche medici provenienti da settori convenzionati e con contratti libero professionali, rendendo il settore uno dei più colpiti dal fenomeno del precariato medico
- L'appartenenza a specialità diverse induce molti medici a considerare il posto a ruolo in PS un passaggio verso la disciplina in cui sono specializzati, anche in conseguenza della pesantezza e dell'usura del tipo di lavoro
- A queste storiche carenze si aggiunge, maggiormente nelle regioni con piani di rientro, il blocco del turn-over

FORMAZIONE

- **Scuola specializzazione:** dalla sua attivazione in poi sono state stanziati ogni anno 50 contratti ministeriali; altri 50 contratti circa sono arrivati da finanziamenti regionali. Una goccia nell'oceano di un fabbisogno stimato di più di mille medici/anno. E' imperativo aumentare in modo consistente i contratti. Sarebbe inoltre importante potere iniziare ad utilizzare precocemente questi medici per compiti assistenziali almeno dal quarto anno.
- **Formazione medicina emergenza pre-ospedaliera:** la commistione di varie forme di contratto di lavoro rende difficile uniformare la formazione e i modelli organizzativi. I medici possono essere dipendenti, convenzionati, con contratto LP, a seconda della regione in cui operano e del periodo di reclutamento. Ogni regione ha strutturato modalità di formazione di questo personale e sarebbe importante tracciare un modello unico a cui fare riferimento, o comunque requisiti minimi di formazione dai quali non si può derogare.

MEDICINA EMERGENZA PRE-OSPEDALIERA:

- E' importante per la medicina pre-ospedaliera l'integrazione con quella ospedaliera, intesa come appartenenza, quantomeno funzionale, ad un'unica organizzazione dell'emergenza (Dipartimento d'emergenza urgenza) che permetta di svolgere attività

sia sul territorio che in ospedale, con modalità organizzative adattate ad ogni realtà (rotazione, progressione, etc..). L'integrazione è positiva per i medici e per il sistema.

- E' opportuno che il personale della medicina pre-ospedaliera sia personale "dipendente" . Occorre accelerare la possibilità del passaggio alla dipendenza dei Medici del 118 in convenzione, nelle regioni in cui ciò non è ancora avvenuto, con l'inquadramento nella disciplina di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza. Nelle more del passaggio alla dipendenza di tutto il personale dell'emergenza, si ritiene essenziale che vengano stabiliti degli standard organizzativi per l'inquadramento delle diverse figure mediche

STANDARD ORGANIZZATIVI DELLE STRUTTURE DELL'EMERGENZA:

- I primi documenti societari o riferimenti in seno alla normativa di accreditamento delle regioni che ne hanno avviato il percorso risalgono a partire dalle LG del maggio 1996. Si rendono necessari oggi riferimenti nazionali che vadano oltre le LG del 1996 e che indirizzino le regioni sull'organizzazione dei Dipartimenti d'emergenza urgenza, dei PS ai vari livelli operativi, delle OBI, delle Medicine d'Urgenza, dell'emergenza pre-ospedaliera compreso il sistema d'allarme sanitario (118) e delle reti hub & spoke.

STANDARD ORGANIZZATIVI DELLE STRUTTURE DELL'EMERGENZA

- il dato di incremento del numero di accessi, giunti a 30milioni/anno, dal 2000 al 2010, è determinato da vari fattori:
 - Aumento della necessità di ricorrere al Pronto Soccorso per
 - crisi cure primarie
 - fasce vulnerabili
 - Invecchiamento della popolazione
 - Aumentate richieste di salute
 - Cure sempre più complesse
 - A fronte di queste necessità si registrano:
 - Scarse risorse umane e materiali
 - Indisponibilità di posti letto
 - Scarse risposte del territorio per cure e disponibilità o accessibilità rapida di/a diagnostica di base (ECG, POC, Ecografia).
 - Il potenziamento dell'azione di filtro degli accessi inappropriati da parte delle strutture del territorio, se effettuato in modo efficace e con la necessaria sicurezza, potrà determinare pertanto un parziale decongestionamento.

- Il Sovraffollamento delle aree di PS d'altra parte comporta gravissimi disagi per:
 - il percorso di cura che viene rallentato e per il rischio di salute che ne consegue
 - le risorse professionali che debbono essere loro dedicate in PS, che vengono necessariamente distratte da quello che è il compito primario di accettazione dall'esterno
 - il conseguente aumento dei tempi d'attesa per la prima visita medica
 - il notevole incremento del disagio ambientale di assistiti ed operatori
 - L'aumento del rischio di errore

STRUMENTI D'INTERVENTO:

- **QUOTE P.L. PER ACUTI / ABITANTI:**
 - Visti i risultati delle già attuale riduzioni di p.l. la previsione di giungere nel 2015 ad un rapporto di 3 x1000, appare molto pericolosa: la definizione a priori di una quota non rende ragione delle enormi diversità che delle diverse esigenze di ciascuna regione ed area in base a tipologia, età media della popolazione ed ai dati epidemiologici
- **RETE EMERGENZA**
 - **Razionalizzazione tarata sull'appropriatezza della risposta:** reale organizzazione in rete secondo il modello hub & spoke in emergenza urgenza, per le patologie che necessitano di risposte differenziate in base alla gravità.
- **RUOLO DEL TERRITORIO**
 - **Miglioramento dei percorsi di cura ambulatoriali / territoriali:** accessibilità degli ambulatori dei medici di famiglia almeno 12h diurne (con ambulatori associati) e disponibilità o accessibilità rapida di/a diagnostica di base (ECG, Ecografia). Riorganizzazione della continuità assistenziale con coordinamento della stessa da parte della CO118 e ridefinizione dei compiti.

- **Punti di Primo Intervento:** le postazioni medicalizzate del 118 più periferiche, con limitati interventi, potrebbero utilmente garantire dei punti, fissi o mobili, dove troverebbero soluzione, molte richieste che oggi si dirigono inevitabilmente verso i Pronto Soccorso (ad es. punture di insetti, piccole ferite, medicazioni successive, patologie minori, congiuntiviti, terapia parenterale ecc.). Questi Punti di Primo intervento del 118 non sono in “competizione” con i PPI spesso presenti nei piccoli ospedali che tuttavia dovrebbero essere sempre gestiti dal DEA di riferimento, sia come percorsi terapeutici sia come personale

GESTIONE CRONICITÀ E PATOLOGIE COMPLESSE:

- nelle realtà in cui esistono reti consolidate di assistenza a questi pazienti (ambulatori, specialistici e non, dedicati; medici di famiglia formati alla gestione di pazienti complessi con reti di assistenza medico/infermieristico ben organizzate), il loro ricorso al PS ed al ricovero ospedaliero si riduce notevolmente. Le case protette rappresentano una sede particolarmente a rischio per la gestione della cronicità in quanto, se l’assistenza degli anziani con patologie croniche non è attenta ai primi segnali di riacutizzazione e non è in grado di gestirli ab inizio, il PS rischia di diventare l’ambulatorio di primo accesso per la risoluzione di questi problemi. Il ruolo del Distretto e dei Medici di Medicina Generale in quest’area di intervento è fondamentale per evitare il continuo ricorso alle risorse ospedaliere e per garantire alla popolazione anziana, la più esposta a subire danni derivanti dall’ospedalizzazione, il tipo di assistenza più consono e sicuro

Il Presidente Cinzia Barletta

Il Segretario Adelina Ricciardelli