



FP CGIL Medici

Le nostre proposte per il sistema integrato di emergenza-urgenza

9 Maggio 2011

Introduzione

Le attività in emergenza ed urgenza sanitaria comprendono eventi acuti non prevedibili e non differibili che, considerato l'elevato rischio per la salute del cittadino, richiedono interventi sanitari immediati, di alta qualità professionale e di elevato livello tecnologico per fornire una risposta efficace ed appropriata.

Non si tratta della semplice attivazione di un servizio, ma di un sistema da rendere efficiente in ogni sua parte.

E' pertanto necessario mettere in connessione risorse territoriali ed ospedaliere secondo un modello capace di operare dal livello territoriale più periferico fino al centro ospedaliero ad alta specializzazione con la presa in carico del cittadino bisognevole di cure in emergenza.

L'ospedale è diventato sempre di più l'unico luogo di riferimento in grado di fornire risposte assistenziali, ma la sua efficacia si va compromettendo a seguito dell'intasamento che si è determinato per l'affluenza anche di una grande quantità di urgenze minori.

Ciò ha comportato per un verso un incremento degli accessi impropri che, congiunto ad una riduzione progressiva dei posti letto per acuti, ha mutato ulteriormente la funzione del pronto soccorso che è diventato anche un luogo di stabilizzazione, cura e osservazione del paziente in attesa di allocarlo nella unità operativa più appropriata.

Questa condizione deriva evidentemente dalla inadeguatezza dei servizi territoriali nell'offrire una risposta appropriata alle esigenze dei cittadini, tanto da costringerli a lunghe attese al pronto soccorso.

In particolare il modello organizzativo attuale della medicina generale (assistenza primaria e continuità assistenziale) è infatti inappropriato a dare risposte efficienti per le urgenze minori (codici bianchi e verdi) soprattutto durante le ore diurne dei giorni feriali.

Un altro dato da tenere in debita considerazione è che, in questi anni, il pronto soccorso alle criticità "storiche" - ritmi lavorativi incalzanti, aumento del carico di lavoro, "sindrome da burn out", strutture talvolta inadeguate, scarsità di finanziamento, una domanda di cura sproporzionata e inadeguata rispetto alle reali capacità di risposta del sistema - ha sommato anche altre problematiche derivanti dalle leggi economico-finanziarie e dai piani di rientro, con gravi ripercussioni sulle dotazioni organiche.

E' inoltre sempre più evidente il fenomeno del pellegrinaggio sanitario in urgenza - emergenza con i cittadini che in prima battuta sono impropriamente trasportati in strutture sanitarie non attrezzate per le prestazioni sanitarie dovute, e da queste poi trasferiti negli ospedali con le specialità appropriate, con disagi e perdita di tempo prezioso per l'assistenza.

I dati della situazione

Il sistema dell'emergenza-urgenza è sempre di più in difficoltà, come da tempo denunciato dalla FPCGIL Medici e come certificato nella recente indagine conoscitiva della XII Commissione Igiene e Sanità del Senato.

Il numero degli accessi in pronto soccorso negli ultimi anni è aumentato del 50% circa, fino ad arrivare a quasi 30 milioni. Il tempo medio di attesa è di 4 ore, con picchi negativi in Campania, Puglia, Sicilia, Molise ed Abruzzo. Le chiamate alle centrali operative sono 14 milioni e nel 47 % dei casi si invia un mezzo di soccorso.

C'è una disomogeneità organizzativa e strutturale tra le varie Regioni con criticità in particolare nell'emergenza cardiovascolare, traumatologica e cerebrovascolare, nonché nell'elisoccorso e nel trasporto neonatale, ed anche nel territorio, con l'impossibilità di offrire adeguati standard di trattamento a tutti i cittadini.

Diverse strutture hanno gli organici non coperti e funzionano grazie al precariato, e a medici dipendenti costretti sempre di più allo straordinario e a turni prolungati, a danno della qualità del lavoro e dell'assistenza ai cittadini.

I processi formativi a livello universitario e di aggiornamento sono inadeguati e carenti.

Le lunghe attese al pronto soccorso sono intollerabili per un SSN di qualità, e rischiano di compromettere le cure a chi ne ha veramente bisogno.

Il territorio non è in grado di svolgere la propria funzione di intervento e di gestione sulle urgenze differibili.

In conclusione, il sistema di emergenza urgenza è in sofferenza, con reti territoriali non adeguatamente organizzate, pronto soccorso sovraffollati e vicini al collasso, pazienti "barellati" con difficoltà a trovare un posto letto per il ricovero ed assenza di percorsi di integrazione tra territorio ed ospedale che garantiscano la continuità delle cure in emergenza.

Le proposte della FPCGIL MEDICI

Il modello organizzativo che proponiamo vede la connessione della medicina territoriale con il sistema integrato dei servizi territoriali (118) ed ospedalieri di emergenza sanitaria e parte in primo luogo da una semplificazione dell'accesso. Questo non può che essere un unico numero telefonico: il 118.

Sarà poi il triage telefonico del 118 ad avviare i percorsi di risposta appropriati seguendo la strada dei servizi territoriali h24 per i codici bianchi e verdi oppure la via del pronto soccorso ospedaliero per i codici gialli e rossi.

Nel caso invece oggi più frequente di accesso diretto del cittadino al pronto soccorso ospedaliero, un unico triage valuterà la gravità ed in caso di codice bianco e verde verrà indirizzato ad un team separato, ma sempre in vicinanza al pronto soccorso, con la presenza dei medici di medicina generale.

Quest'ultimo caso deve nel tempo diventare sempre meno frequente in presenza di un'attivazione dei centri territoriali h24 in grado di dare una risposta più adeguata cittadino, in termini di familiarità, di vicinanza, di appropriatezza e di tempistica, e di analoga efficacia rispetto al pronto soccorso ospedaliero.

In caso di accesso diretto il centro territoriale H24 per i codici bianchi e verdi deve fornire una risposta completa, comprensiva della possibilità di accertamenti diagnostici (laboratoristici, radiologici, etc.) di primo livello e di visite specialistiche, e con la possibilità di trasferimento in pronto soccorso ospedaliero, tramite il 118, se invece dovessero diventare codici di gravità maggiore.

Per realizzare questo progetto servono però dei cambiamenti nell'attuale organizzazione del sistema emergenza urgenza che possiamo dividere nei tre capitoli del 118, dell'ospedale e del territorio.

Il 118 nel sistema integrato di emergenza - urgenza

La centralità del 118 nel sistema emergenza-urgenza deve prevedere un preciso impegno per una adeguata disponibilità di risorse umane e tecnologiche.

Per queste ragioni è necessario un suo potenziamento sul territorio ed una modernizzazione del servizio, che tenga conto della rete viaria e della rete ospedaliera dei DEA, coniugata ad un ammodernamento del servizio.

La centrale operativa del 118 è lo snodo fondamentale dove un operatore sanitario esperto dell'emergenza deve essere in grado di valutare la gravità della situazione ed attivare la soluzione più appropriata.

In caso di codici bianchi e verdi dovrà smistare la richiesta ai centri territoriali h24 a seconda del luogo della chiamata.

Invece in caso di codici gialli e rossi dovrà attivare il mezzo di soccorso più appropriato (autoambulanza con attrezzatura adeguata alla richiesta, automedica, motomedica, eliambulanza, etc.) inviandolo al pronto soccorso dell'ospedale attrezzato a dare risposte più idonee per la patologia riscontrata, e non più a quello più vicino.

Il nuovo medico del 118

Va normata la modalità di accesso per i medici del 118. Per una risposta qualificata bisognerà superare la commistione di medici che svolgono lo stesso lavoro in convenzione a fianco a medici che operano con contratto da dipendente. Riteniamo quindi che tutti i medici addetti alla emergenza sanitaria dovranno essere dipendenti.

Si deve, pertanto, portare a completamento il passaggio alla dipendenza dei medici convenzionati del 118 e successivamente porre fine all'accesso dei medici al 118 tramite la convenzione.

Il percorso - garantiti i diritti acquisiti di chi già sta in graduatoria e in convenzione nonché l'equipollenza alla specializzazione in medicina d'urgenza per i medici che già operano in questo settore dopo i 5 anni di lavoro - deve prevedere un accesso diretto alla dipendenza attraverso la specializzazione ed il concorso pubblico.

La riconversione del vecchio Pronto Soccorso dei piccoli ospedali

Attualmente, non è più tollerabile che il 118 continui a trasportare i cittadini con codice giallo o rosso presso il pronto soccorso di piccoli ospedali, troppo spesso luogo "pericoloso per chi ci lavora e per chi ci arriva per farsi curare".

Pertanto, l'implementazione del modello organizzativo rende ineludibile la riconversione di queste strutture che, adeguatamente organizzate, possono diventare strutture territoriali h 24 in grado anche di dare risposte ai codici bianchi e verdi.

L'ospedale nel sistema integrato di emergenza - urgenza

La copertura degli organici

Il primo punto da affrontare è garantire standard strutturali, tecnologici ed organizzativi uniformi per l'erogazione dei L.E.A. in emergenza-urgenza assegnando adeguati organici ai servizi afferenti al DEA, decisi sulla base di parametri nazionali.

Fondamentale, pertanto, è l'immediata copertura delle carenze di organico del personale (dirigenti e comparto) afferenti ai DEA, oltre che ai servizi di emergenza sanitaria territoriale (118), risolvendo anche il "buco nero" rappresentato dal precariato, superando il blocco del turn over nelle Regioni sottoposte ai piani di rientro per il personale dedicato al sistema di emergenza.

Per garantire la qualità dell'assistenza servono, infatti, medici formati ed integrati. Obiettivo che si raggiunge con la stabilità nel tempo e non con la temporaneità del rapporto di lavoro.

Inoltre bisogna potenziare sia l'osservazione breve intensiva, come articolazione organizzativa del pronto soccorso, che le unità operative di medicina d'urgenza, ad esso collegate nell'ambito del DEA.

.

Il percorso del cittadino

Quando il cittadino arriva autonomamente al pronto soccorso ospedaliero, dopo il triage che dovrà essere unico per tutti, in caso di codice bianco o verde, verrà indirizzato dall'operatore in spazi separati posti in vicinanza e facilmente raggiungibili, dove potrà ricevere cure adeguate con la presenza h24 dei medici di medicina generale.

Si tratta, infatti, di fornire una risposta ai cittadini che ancora si recano al pronto soccorso ospedaliero per le urgenze minori, non trovando ancora risposte sul territorio.

Un percorso che nel tempo dovrebbe essere sempre meno attuato in corrispondenza della realizzazione sul territorio di risposte h24 che siano apprezzate dai cittadini per migliore accessibilità, appropriatezza e tempestività.

I percorsi appropriati

Un obiettivo da perseguire è l'implementazione degli interventi e dei percorsi al servizio della stroke unit, dell'emodinamica cardiologica ed interventistica e della traumatologia, con l'identificazione di protocolli diagnostici terapeutici specifici per patologia e per gravità ed uniformi nel territorio.

Positivo appare l'obiettivo del modello organizzativo hub&spoke. Se si supera un certo grado di complessità l'assistenza si trasferisce dalle unità produttive periferiche (spoke) ad unità centrali di riferimento (hub). Ogni ospedale può essere sede di spoke per alcune specialità e hub per altre.

E' infatti solo dall'integrazione delle risorse che si può offrire una migliore assistenza.

In questa ottica va realizzato, sulla base di linee guida nazionali, il Dipartimento integrato di emergenza-urgenza tenendo conto della distribuzione territoriale delle specialità e del fabbisogno sanitario in emergenza (dati epidemiologici e demografici).

C'è bisogno di implementare in ogni sezione del sistema la tecnologia (teleconsulti, trasmissione delle immagini) e la diagnostica, gli standard organizzativi per le unità mobili, nonché i protocolli operativi.

Il territorio nel sistema integrato di emergenza - urgenza

Strutture territoriali H 24

L'obiettivo del Ministro Fazio di dirottare sul territorio i codici bianchi e verdi è condivisibile, ma il percorso indicato appare parziale rispetto alle diverse problematiche connesse al sistema dell'emergenza - urgenza.

In particolare la proposta dei due team separati al pronto soccorso ospedaliero può rappresentare solo una soluzione tampone di riorganizzazione interna per la migliore gestione degli attuali e numerosi i accessi impropri da coniugare con una riorganizzazione territoriale delle cure primarie.

Infatti questa proposta da sola non influisce sul numero di accessi - anzi in teoria con la riduzione dei tempi d'attesa potrebbero aumentare - e potrebbe rappresentare una contraddizione di indirizzo rispetto alla volontà di spostare sul territorio i codici bianchi e verdi

Il vero nodo, quindi, è la costruzione di alternative territoriali reali, visibili ed accessibili aperte nelle 24 ore ed in grado di fornire alla richiesta di salute risposte assistenziali immediate ed efficaci.

L'accesso dei cittadini al sistema emergenza-urgenza deve essere comunque unico e non può che essere il 118 con un unico triage telefonico che in base ai codici attiva le strutture territoriali h24 oppure il percorso ospedaliero.

Per quanto concerne invece gli accessi diretti, che sono la maggioranza, il cittadino non vuole fare lunghe attese al pronto soccorso e chi presenta urgenze differibili si recherà nelle sedi territoriali solo se troverà una risposta certa ed adeguata.

Il punto centrale della nostra proposta è pertanto la costruzione nel territorio di luoghi strutturati aperti h 24 con assistenza medica ed infermieristica e capacità di fornire anche un primo soccorso in tempi rapidi (ECG con telerefertazione, esami ematochimici di routine, diagnostica radiologica, traumatismi leggeri, accesso preferenziale e diretto a consulenze specialistiche, diagnostica e/o al ricovero ospedaliero, ecc).

L'implementazione della telemedicina, consentendo un collegamento diretto con i servizi specialistici ospedalieri, agevolerebbe inoltre la possibilità di dare risposte più complesse al cittadino anche in sede territoriale senza costringerlo a spostamenti. Far viaggiare le informazioni e non il paziente.

Si tratta di luoghi dove il cittadino deve poter trovare prestazioni sanitarie senza attese e più rispondenti alle sue necessità rispetto al pronto soccorso.

Si potrebbero utilizzare piccoli ospedali da riconvertire, sedi distrettuali, "case della salute", etc. Strutture governate dai distretti, all'interno comunque del coordinamento del sistema di emergenza urgenza.

Per costruire nel territorio una siffatta organizzazione sanitaria integrata, capace di intercettare i bisogni di salute dei cittadini, prendere in carico i pazienti per fornire ad essi risposte appropriate, è necessario ottimizzare le risorse disponibili ed intervenire con una nuova definizione della professionalità.

Non si può pensare di cambiare gli schemi organizzativi e continuare a fare le stesse cose che si facevano prima.

L'abolizione della guardia medica

Fra i diversi interventi da mettere in campo riteniamo ineludibile abolire la guardia medica (ora continuità assistenziale) come servizio autonomo ed utilizzare i circa 17.000 professionisti che oggi fanno questo lavoro, come medici di medicina generale a tutti gli effetti e a tempo pieno.

La guardia medica fu istituita nel 1978 quando non c'era internet e neanche i cellulari, e i medici di famiglia lavoravano completamente isolati.

I medici in convenzione d'altra parte iniziavano la loro gavetta dalla guardia medica e dopo pochi anni passavano a fare i medici di famiglia o gli specialisti ospedalieri.

Oggi non è più così: i medici di guardia sono costretti a rimanere in guardia per tutta la vita (il medico "figlio di un Dio minore" o di serie B delle notti e dei festivi). Non esiste una specializzazione in guardia medica.

Una anomalia disfunzionale per il sistema. C'è non solo frustrazione per la loro professionalità, ma anche un ingiustificato spreco di risorse, e un servizio spesso inadeguato alle esigenze dei cittadini.

Questa condizione di arretratezza organizzativa non regge più.

C'è la necessità di avere un sistema di cure primarie con un'organizzazione integrata atta a garantire la continuità assistenziale e la presa in carico h24 per sette giorni a settimana, compresa l'urgenza minore rappresentata dai codici bianchi e verdi, nei luoghi prima definiti.

E per questo obiettivo c'è l'opportunità di valorizzare tutte le risorse professionali già esistenti della medicina generale.

Il nuovo medico di cure primarie

L'abolizione della figura della guardia medica dovrà essere pertanto valorizzata nella complessiva riconversione della medicina generale verso una nuova e unica figura professionale del medico delle cure primarie che conservi il rapporto di convenzione e il rapporto fiduciario con gli assistiti.

Il "medico di cure primarie" deve essere strettamente legato al suo territorio di competenza (distretto, centro di salute, etc.), in grado di svolgere tutte le attività della medicina generale (guardia medica compresa) in integrazione con gli altri medici di medicina generale di quel territorio nelle 24 ore e per sette giorni alla settimana.

Solo così si potranno realizzare, valorizzando appieno le risorse professionali già esistenti, team per i codici bianchi e verdi.

Ovviamente vanno salvaguardati i diritti acquisiti dagli attuali medici di assistenza primaria, ma i medici della continuità assistenziale e in modo progressivo tutti nuovi medici che accedono alla convenzione di medicina generale dovranno essere valorizzati sia nel rapporto con gli assistiti, sia nella continuità delle cure, sia nel sistema dell'urgenza relativamente ai codici bianchi e verdi.

Questa nuova figura del medico delle cure primarie deve coniugarsi con il potenziamento dell'assistenza distrettuale e con la riorganizzazione delle cure territoriali per rispondere ai bisogni assistenziali del paziente,

Bisogna tendere ad evitare l'ospedalizzazione da un lato e dall'altro a potenziare l'assistenza domiciliare ed intermedia (Rsa, residenze protette, etc.) in grado di accogliere le dimissioni protette dopo il ricovero e realizzare la presa in carico territoriale.

Anche la pediatria di libera scelta dovrà essere integrata in questa riorganizzazione assistenziale del sistema integrato di emergenza-urgenza.

La formazione

Un ulteriore obiettivo da perseguire è l'implementazione della formazione in emergenza sanitaria a partire dai corsi di laurea di medicina, introducendo la materia pronto soccorso e l'esperienza sul campo al sesto anno.

E' necessaria una maggiore diffusione in tutte le sedi universitarie della nuova scuola di specializzazione in "Medicina di Urgenza" con aumento dei posti disponibili che tenga conto del fabbisogno degli specialisti tra servizi territoriali ed ospedalieri di emergenza sanitaria.

Pertanto bisogna aumentare il numero dei posti nella scuola di specializzazione in Medicina di Urgenza, oggi sottostimati, e nel contempo prevedere una norma che garantisca ai medici che già operano in questo settore l'equipollenza alla specializzazione in medicina d'urgenza, dopo 5 anni di lavoro.

Infine è importante un qualificato aggiornamento per tutti coloro (dirigenza e comparto) che operano nel sistema emergenza-urgenza.