

Quando il sistema rischia di esplodere o di implodere

Ivo Casagrande

Direttore Responsabile

Il Pronto Soccorso è per sua funzione e collocazione l'interfaccia tra il territorio e l'ospedale e, come succede per tutte le strutture o le organizzazioni che si raffrontano con altre realtà, subisce le contraddizioni e le incongruenze organizzative di queste, con scarse o nessuna possibilità di intervento al fine di modificare quelle condizioni che vanno a influire in maniera pesante sul suo funzionamento. Anche chi è privo di immaginazione riesce a capire cosa può succedere a un sistema che abbia la forma di un imbuto dalla cui porta entra qualsiasi cosa e dal cui collo può uscire solo una parte di ciò che è entrato. Un sistema così fatto ha solo due possibilità: o esplode o ciò che è all'interno rischia di essere inesorabilmente schiacciato.

In molte realtà il sistema Pronto Soccorso è sovrapponibile all'esempio riportato sopra, nel senso che è costretto ad accogliere un numero eccessivo di persone, molte delle quali non hanno alcuna necessità di una prestazione urgente, mentre d'altra parte ha difficoltà a ricoverare le persone che ne hanno bisogno per la carenza vera o presunta di posti letto.

Il fenomeno del sovraffollamento o *overcrowding* interessa molti Paesi nel mondo, tra cui anche gli Stati Uniti che non hanno un sistema sanitario nazionale pubblico. Questo fenomeno è ben evidente nella realtà degli *Emergency Departments* americani ed è interessante vedere come questo problema e le sue cause siano stati affrontati in un recente articolo scritto da un gruppo di infermieri che hanno svolto un'indagine conoscitiva, intervistando persone arrivate in Pronto Soccorso per problematiche non urgenti.

La domanda che stava alla base di questa ricerca era: «Perché le persone scelgono di venire in Pronto Soccorso invece di rivolgersi al proprio medico curante?». Le risposte date al questionario ruotano essenzialmente attorno alla difficoltà di ottenere una visita rapidamente e per un tempo sufficiente. In sintesi, le ragioni della preferenza del Pronto Soccorso, secondo questo lavoro, sono la maggior

flessibilità temporale («Se mi assento dal lavoro perché sto male, devo andare dal medico il giorno stesso e io non posso sprecare tutta una giornata in ambulatorio... il Pronto Soccorso è la via più rapida per essere visitati»), la difficoltà di ottenere un appuntamento («Io vorrei andare dal mio medico, ma è impossibile vederlo») oppure l'invio da parte dello stesso medico o dell'infermiera del paziente in Pronto Soccorso («Ho chiamato il mio medico, ma non mi è andata bene. Devi chiamare e parlare con la segretaria la quale ti passa l'infermiera, alla quale lasci un messaggio. Dopo di che aspetti due o tre ore perché ti rispondano, per dirti poi di andare in Pronto Soccorso»).

Sempre nel 2005, da uno studio fatto su 279 pazienti visti presso un *Emergency Department* universitario risultò che il 47% di questi riteneva che il Pronto Soccorso desse una migliore risposta rispetto al proprio medico per le necessità non programmate.

Probabilmente questi non sono i soli motivi dell'utilizzo incongruo di tale struttura. Un lavoro di Lucas e Sanford pubblicato nel 1998 evidenzia come il 72% dei pazienti arrivi nelle strutture deputate all'emergenza pensando che il proprio disturbo sia di gravità moderata o severa e nel 59% dei casi i pazienti ritengono che il loro problema necessiti un'attenzione immediata. Inoltre, molte persone che non hanno alcuna forma di assicurazione o non hanno il medico, come succede per gli immigrati, si affidano al Pronto Soccorso per le cure di base.

Quello che fa riflettere è che a differenza degli Stati Uniti il nostro sistema sanitario offre ai cittadini molte alternative gratuite o a basso costo per la diagnosi e la cura, dal medico di famiglia agli ambulatori specialistici ospedalieri ed extraospedalieri, ma questo non sembra essere sufficiente visto il numero consistente di persone che arrivano direttamente in Pronto Soccorso senza aver interpellato prima almeno il proprio medico.

Da un'indagine svolta in Piemonte dai medici di

base, inseriti in alcuni Pronto Soccorso per gestire i codici bianchi, utilizzando un questionario simile a quello usato nel lavoro prima citato, è emersa una realtà quasi sovrapponibile a quella descritta negli Stati Uniti. Infatti, il 41% degli intervistati si era recato in Pronto Soccorso perché riteneva di poter avere una risposta più tempestiva e il 47% riteneva il proprio problema realmente urgente. Da questa indagine non sono emersi problemi nel rapporto di tipo fiduciario o in merito alla risposta professionale del medico di famiglia.

Quindi, pur essendo i due sistemi sanitari molto diversi, i problemi che hanno a tal riguardo sembrano gli stessi. In ambedue i casi il sistema non è in grado di offrire prestazioni in tempi considerati accettabili per i cittadini e il tempo di attesa per problemi non urgenti è considerato particolarmente lungo.

Ma il cittadino ha anche consapevolezza che il Pronto Soccorso è una rete di sicurezza per la salute della comunità e in tal senso si sono espressi anche i nostri cittadini in una recente indagine condotta da Monitor Biomedico in collaborazione con il Censis, dalla quale è emerso che il Pronto Soccorso degli ospedali sembra essere una delle poche certezze degli italiani in cerca di cure.

La conclusione è che il sovraffollamento negli ultimi 15 anni è diventato l'elemento critico di questa importante e delicata struttura. Questa situazione porta con sé anche un considerevole fattore di rischio per il paziente e per gli operatori, in quanto il tempo di attesa prolungato conduce a un ritardo nella diagnosi e nel trattamento.

Ma cosa è stato fatto fino ad ora e cosa si può fare? Negli anni sono state sperimentate diverse strade per arginare il fenomeno, quali l'imposizione del pagamento del ticket (*copayment* in California), la creazione di percorsi rapidi (*fast track* negli USA), la creazione di strutture ambulatoriali per i codici bianchi, l'affiancamento ai medici d'urgenza di un medico di base allo scopo di gestire i codici bianchi (Piemonte). Tutte queste soluzioni hanno avuto un successo limitato, forse perché hanno in comune un elemento di forte criticità costituito dal fatto che i percorsi alternativi hanno comunque, nella maggior parte dei casi, come punto di partenza la struttura deputata all'emergenza.

Probabilmente per evitare l'*overcrowding* dovremmo porre le soluzioni alternative prima del Pronto Soccorso, a livello del territorio, del medico di famiglia.

La recente proposta sull'associazionismo dei medici di base potrebbe essere la premessa per una soluzione organizzativa in grado di soddisfare le esigenze dei cittadini con problemi non urgenti. Un'iniziativa

simile riportata da Chiritakis riuscì a ridurre il numero di accessi della popolazione pediatrica.

In quest'ottica il medico di famiglia presente continuamente per 12 ore al giorno potrebbe, a seconda delle necessità, usufruire per i propri pazienti di percorsi snelli, messi a disposizione dall'ospedale di riferimento o da apposite strutture di tipo poliambulatoriale gestite dall'ASL, sul modello della *walk-in clinic* statunitense. Questo modello sposterebbe le funzioni di *triage* al medico di famiglia, il quale avrebbe la possibilità di indirizzare il paziente al Pronto Soccorso per le problematiche davvero urgenti, mentre potrebbe utilizzare i percorsi offerti dalle strutture ambulatoriali dell'ospedale o dell'ASL per gestire le problematiche minori. Esperienze simili hanno avuto un buon successo in alcune realtà statunitensi (Diesburg-Stanwood 2004).

Il problema a questo punto è come far ripartire il sistema, visto che la maggior parte delle persone arriva in Pronto Soccorso senza aver interpellato il proprio medico curante: vale a dire, cosa si può fare per ottenere che i cittadini considerino il proprio medico come il primo interlocutore, quello che ha in mano le chiavi per aprire le porte dei vari percorsi, come succede in Austria o in Germania? Questo è un problema di sistema che si può tentare di risolvere facendo lavorare assieme i rappresentanti dei medici di famiglia, i manager delle aziende ospedaliere e delle ASL, i direttori sanitari e dei Pronto Soccorso.

Se non si riuscirà a far ripartire il sistema a cominciare dal medico di famiglia, qualsiasi soluzione sarà probabilmente destinata, a lungo termine, a fallire.

Il secondo elemento di crisi del sistema che abbiamo definito "a imbuto" è la cronica carenza o difficoltà di reperimento del posto letto. Questo fenomeno dipende da problematiche di ordine programmatico, sociale e organizzativo. Negli ultimi 10 anni vi è stata una cospicua riduzione dei posti letto negli ospedali a seguito della programmazione nazionale prima e regionale poi. Attualmente il numero di posti letto previsto è di 4/1000 abitanti. L'invecchiamento della popolazione richiede un'assistenza diffusa e continua che si accentua a seguito delle acutizzazioni delle patologie di base o a seguito della comparsa di stati di malattia che si impiantano su un organismo cronicamente compromesso. In questi casi il ricorso al Pronto Soccorso e la necessità del posto letto sono piuttosto frequenti. Sul piano organizzativo le carenze sono tante e discendono da una mentalità poco aziendale, per cui il paziente che arriva in Pronto Soccorso è un problema solo ed esclusivamente dei medici d'urgenza anche per quel

che riguarda la collocazione, per cui la collaborazione dei colleghi dei reparti è spesso molto carente. Sono in realtà molto poche le Direzioni Sanitarie che hanno studiato e creato le condizioni per rendere trasparente la disponibilità dei posti letto e per rendere fluido e rapido il loro utilizzo. Alcuni colleghi riferiscono di tempi di attesa per un posto letto che va oltre le 20 ore! Considerando che gran parte delle persone che hanno questa necessità sono anziane, il permanere così tanto tempo in un luogo non adatto alla degenza equivale ad aggiungere un grave disagio alle sofferenze derivate dalla malattia.

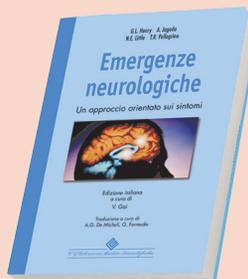
Credo che una possibile soluzione del problema sia in una riprogrammazione dei posti letto in base ai bisogni dei cittadini, riservando un maggior numero di posti letto all'area medica, che è quella con più richieste, dotando il territorio di strutture ad assistenza intermedia in grado di accogliere persone con problematiche soprattutto assistenziali, inviate direttamente dal medico curante o dal Pronto Soccorso, e infine medicalizzando maggiormente le case di riposo e le RSA per ridurre i ricoveri da queste strutture.

A livello ospedaliero potrebbe essere utile creare un sistema informatizzato, sotto il governo della Direzione Sanitaria, che fornisca costantemente la situazione dei posti letto liberi e la loro collocazione e che aiuti ad assicurare il governo di questa fondamentale risorsa.

Bibliografia di riferimento

- Chiritakis DA, Wright JA, Koepsell TD, Emerson S, Connell FC. Is greater continuity of care associated with less emergency department utilisation? *Pediatrics* 1999; 103: 738-742.
- Diesburg-Stanwood A, Scott J, Oman K, Whitehill C. Nonemergent ED patients referred to community resources after medical screening examination: characteristics, medical conditions after 72 hours, and use of follow up services. *J Emerg Nurs* 2004; 30: 312-317.
- Howard MS, Davis BA, Andersen C, Cherry D, Koller P, Shelton D. Patients' perspective on choosing the emergency department for nonurgent medical care. A qualitative study exploring one reason for overcrowding. *J Emerg Nurs* 2005; 31: 429-435.
- Lucas RH, Sanford SM. An analysis of frequent users of emergency care at an urban university hospital. *Ann Emerg Med* 1998; 32: 563-568.
- Northington WE, Brice JH, Zou B. Use of an emergency department by non urgent patients. *Am J Emerg Med* 2005; 23: 131-137.
- Pronto soccorso? Grazie a medici ed infermieri e rispetto della privacy è il più amato dagli italiani. www.forumbm.it (ottobre 2004).

EMERGENZE NEUROLOGICHE Un approccio orientato sui sintomi



G.L. Henry, A. Jagoda, N.E. Little, T.R. Pellegrino

Il delicato equilibrio fra il banalizzare il sintomo di un paziente e l'essere partecipi di accertamenti diagnostici esagerati è ancora la capacità più importante che un medico d'urgenza possa avere.

La vera funzione di questo libro è quella di consentire una migliore comprensione di questo atto di equilibrio, e di essere un aiuto per identificare velocemente, valutare, stabilizzare, trattare e gestire una gamma completa di sintomi neurologici. Il testo riflette del tutto le strategie, i trattamenti e le tecnologie odierni basati sulle evidenze, ponendo enfasi sull'anamnesi, l'esame obiettivo e la rapida valutazione del paziente. Grazie ad algoritmi, tabelle e disegni esplicativi l'accesso alle informazioni più importanti è semplice e veloce.

edizione italiana a cura di V. Gai

Direttore U.O.A. Complessa Medicina d'Urgenza DEA
Ospedale Molinette - Az. Osp. San Giovanni Battista di Torino

traduzione italiana A.G. De Micheli, G. Ferraudo

SCHEDA TECNICA

• formato 17 x 24 cm • 384 pagine • 50 figure • 110 tabelle

DESTINATARI

Medici di Medicina d'Urgenza, Accettazione e Pronto Soccorso

PREZZO DI LISTINO

€ 49,00

Per informazioni e ordini contattare il Servizio Assistenza Clienti al n. 011.37.57.38, oppure inviare una e-mail a cgems.clienti@cgems.it o consultare il sito www.cgems.it