

PROPOSTA CIMO-ASMD PER EMERGENZA E 118

In Italia la normativa che regola l'organizzazione del Sistema Integrato di Emergenza-Urgenza è rappresentata dal D.P.R. 27.03.1992 e dalle Linee Guida del 1996 che individuano una componente territoriale, costituita da mezzo di soccorso di base, mezzo di soccorso avanzato (autoambulanza ed automedica), Punto di Primo Intervento Territoriale, Centrale Operativa provinciale, e una componente ospedaliera, costituita da Pronto Soccorso, Osservazione Breve, Medicina di Urgenza, Dipartimento di Emergenza Urgenza (DEA) di 1° e di 2° livello.

Questa normativa ha avuto il merito di costituire un canovaccio per l'attuazione del sistema 118 nelle singole Regioni che hanno realizzato 20 diversi modelli organizzativi, ma attualmente, anche in considerazione della modifica del Titolo V della Costituzione, si impone un adeguamento della stessa per ricondurre l'organizzazione del sistema a uniformità nelle singole regioni, nel rispetto di specificità territoriali e del nuovo contesto costituzionale.

Un altro dato da tenere in debita considerazione è che, in questi anni, il Pronto Soccorso alle criticità "storiche" quali ritmi lavorativi incalzanti, aumento del carico di lavoro, "sindrome da burn out", strutture inadeguate e talvolta fatiscenti, scarsità di finanziamento, una domanda di cura sproporzionata rispetto alle reali capacità di risposta del sistema, ha sommato anche altre criticità accentuate dalle Leggi economico-finanziarie e dai Piani di Rientro come difficoltà di reclutamento del personale per il blocco del turn over, organici ridotti, riduzione dei posti letto per acuti, riduzione di servizi territoriali ed ospedalieri con ripercussioni negative sull'assistenza e difficoltà a garantire i L.E.A.

Inoltre, l'utilizzo crescente da parte dei cittadini dei servizi territoriali ed ospedalieri di emergenza sanitaria con il progressivo incremento degli interventi del 118, ma soprattutto del numero di accessi in P.S. è anche il risultato della incapacità da parte dei servizi territoriali di intercettare la domanda e/o di una inappropriata risposta territoriale, per cui l'Ospedale è diventato spesso per i cittadini l'unico luogo di riferimento anche per richieste di natura socio-assistenziale che dovrebbero essere erogati da altri servizi.

Ciò ha comportato un incremento degli accessi impropri che, congiunta ad una riduzione progressiva dei posti letto per acuti a seguito dei tagli imposti dalle politiche sanitarie nazionali e regionali, ha mutato la funzione del P.S. in un luogo di stabilizzazione, cura e osservazione del paziente in attesa di allocarlo nella Unità Operativa più appropriata.

Per questi motivi il Ministero della Salute, sulla scorta di quanto elaborato dalle Società Scientifiche, per ridurre gli accessi impropri ha proposto la realizzazione di ambulatori di Medicina Generale per la gestione dei codici di minore gravità (bianchi) nelle vicinanze dei P.S. dove i pazienti sono inviati dagli operatori del Triage Ospedaliero, mentre per ridurre ricoveri e dimissioni improprie ha proposto la realizzazione della Osservazione Breve, che è una area adiacente al P.S. dimensionata sul numero di accessi dove i pazienti possono sostare, non oltre le 24 ore, in attesa della definizione diagnostica e stabilizzazione clinica.

Ma al di là di questi interventi è innegabile che per migliorare le prestazioni erogate dal S.S.N. ai cittadini bisognevoli di assistenza in emergenza è necessario mettere in connessione risorse territoriali ed ospedaliere secondo un modello dipartimentale capace di operare dal livello territoriale più periferico fino al centro ospedaliero ad alta specializzazione, e di prendere in carico il paziente garantendo la continuità delle cure attraverso una reale ed efficace integrazione tra territorio ed ospedale.

Pertanto bisogna intervenire con specifiche linee di intervento:

1. Dotazioni organiche dei servizi pre ospedaliera ed ospedalieri afferenti al DEA sulla base di parametri nazionali e sblocco del turn over per il personale (dirigenti e comparto) ad essi dedicati;
2. Realizzazione di strutture distrettuali h24 gestite dai medici convenzionati di Medicina Generale (Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale) organizzate in modo da fornire risposte alla domanda di salute in urgenza;
3. Potenziamento della rete territoriale di soccorso in emergenza che operi secondo il modello hub & spoke;
4. Realizzazione del Dipartimento Integrato territorio-ospedale realizzato tenendo conto della distribuzione territoriale delle specialità e del fabbisogno sanitario in emergenza (dati epidemiologici e demografici)