



Giorgio Ferrara
Coordinatore Nazionale Medici DEA-PS

IL SISTEMA DI EMERGENZA-URGENZA TRA CRITICITA' E TAGLI

Uno dei compiti istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale è quello di garantire la presa in carico del paziente critico e il suo trasporto in condizioni di sicurezza, nei centri attrezzati per il trattamento delle specifiche patologie.

In ogni Regione opera la **Rete dell'Emergenza -Urgenza** che assicura l'assistenza alle persone che subiscono eventi acuti.

L'attuale organizzazione del sistema di emergenza –urgenza comprende:

1 Un sistema di allarme sanitario

E' costituito dalle Centrali Operative 103 C.O. in tutta Italia (previste dalle singole programmazioni regionali) che raccolgono le telefonate mediante la diffusa conoscenza del numero unico telefonico 118.

E' un Sistema di intervento e cura, con funzione di filtro, che avvalendosi di strutture territoriali ed ospedaliere funzionalmente integrate, è in grado di garantire assistenza adeguata nelle condizioni di emergenza –urgenza.

Il sistema di allarme sanitario è assicurato dalla Centrale Operativa cui fa riferimento il numero unico nazionale “**118**”; alla C. O. affluiscono tutte le richieste di intervento per emergenza sanitaria.

Rappresenta il cervello del sistema di emergenza urgenza 118, riceve e gestisce tutte le richieste di soccorso, analizza e ne definisce la tipologia, valuta il grado di complessità dell'evento e garantisce, coordinandoli, tutti gli interventi di soccorso nell'ambito territoriale di riferimento.

2 Un sistema di risposta territoriale

Classificati gli eventi utilizzando codici noti e definiti, la Centrale Operativa dispone l'invio di mezzi di soccorso idonei (livello di soccorso avanzato o un livello di soccorso base) o attiva le postazioni territoriali. Dovrebbe garantire l'intervento in tempi brevi (circa 8 minuti in area urbana e circa 20 minuti in area extraurbana)

Mezzi di soccorso:

- Moto medica
- Auto medica
- Ambulanza di base e di trasporto
- Ambulanza di soccorso
- Ambulanza di soccorso avanzato
- Centro mobile di rianimazione
- Eliambulanza
- Idroambulanza

3 Un sistema di risposta Ospedaliera

Agisce su diversi livelli di operatività:

- **Punti di primo intervento fissi o mobili**
- **Pronto Soccorso Ospedalieri**
- **Dipartimenti di Emergenza di 1° livello**
- **Dipartimenti di Emergenza di 2° livello**

Punti di primo intervento

Strutture che effettuano il primo intervento medico in caso di problemi minori, presentati come urgenti, stabilizzano e richiedono il trasporto protetto presso un presidio ospedaliero idoneo.

La presenza di P.P.I. trova il suo razionale unicamente in aree a bassa /media densità di popolazione nelle quali il DEA/PS di riferimento sia difficilmente raggiungibile.

L'orario di copertura del servizio può variare dalle 12 alle 24 ore.

Il personale medico appartiene alla Struttura Complessa di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza del DEA di riferimento oppure al sistema 118 o ad entrambe.

Sono necessarie unicamente dotazioni tecnologiche atte alla stabilizzazione del paziente ed al suo trasporto nel Pronto Soccorso più appropriato.

Pronto Soccorso Ospedaliero (ne esistono 550 in Italia, 512 in strutture pubbliche e 38 presso strutture private)

Struttura organizzativa deputata alla emergenza urgenza, agli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente, agli interventi diagnostici terapeutici e clinico –strumentali di urgenza e a garantire il trasferimento urgente.

E' ubicato in un Ospedale di zona della rete ospedaliera.

Il personale medico appartiene di norma alla Struttura Complessa di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza del DEA di riferimento.

Può essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva.

L'ospedale deve essere dotato di Struttura Complessa di Medicina Interna, Chirurgia, Anestesia, Ortopedia in servizio di guardia attiva o in pronta disponibilità, secondo le esigenze del bacino d'utenza devono essere disponibili in H 24 i servizi di Radiologia, Laboratorio ed Emoteca.

Il P.S. deve compiere interventi diagnostici terapeutici di stabilizzazione e cura del paziente di bassa complessità, di ricovero oppure di trasferimento urgente mediante 118 (trasporto primario) al DEA di riferimento secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità o che richiedono comunque tecnologie più appropriate non presenti in sede (IMA, ictus, trauma maggiore).

DEA I° livello

Garantisce oltre alle funzioni di Pronto Soccorso anche interventi diagnostici-terapeutici di emergenza.

E' ubicato nell'Ospedale principale dell'ASL (ove non insistano DEA di II° Livello).

Il Personale medico è costituito da Medici d'Urgenza, appartenente alla S.C. di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza del DEA principale.

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva e può essere dotato di Letti a medio-alta intensità di cure e di assistenza (letti di "Area Critica", previsti dall'Atto d'Intesa fra Stato e Regioni del 1996), anche comuni con l'Area di Osservazione.

L'ospedale deve essere dotato di Struttura Complessa di Medicina Interna,Chirurgia generale,Anestesia e Rianimazione,Ortopedia, Ginecologia, Pediatria, Cardiologia con UTIC (ed Emodinamica non interventistica, qualora prevista dal Piano, integrata nella S.C. di riferimento sovrarazionale o di Area Vasta), di Neurologia con Stroke Unit di I° Livello, Dialisi per acuti, Endoscopia in Urgenza, Psichiatria,Oculistica, ORL, Odontostomatologia, Urologia, in servizio di guardia attiva o di Reperibilità o misto a seconda delle esigenze del bacino d'utenza; devono essere presenti o disponibili H24 i Servizi di Radiologia con TAC ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale

DEA di II° livello

Deve essere ubicato in un ospedale con un bacino di utenza di norma > a 500.000 abitanti.

L'Ospedale deve essere dotato di tutte le Strutture Complesse previste nel DEA di 1 livello.

Inoltre devono essere presenti le altre S.C. che attengono alle discipline più rare e complesse non previste nel DEA di 1 livello: Neurochirurgia, Cardiochirurgia, Rianimazione Cardiochirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica,Chirurgia Maxillo facciale,Chirurgia Plastica, Emodinamica Interventistica,Broncoscopia interventistica,Endoscopia digestiva,Rianimazione Pediatrica e neonatale,devono essere presenti o disponibili H24 i servizi di Radiologia con TAC ed Ecografia ,Medicina Nucleare,Laboratorio e Sistema Immunotrasfusionale.

Deve compiere interventi diagnostici terapeutici di stabilizzazione e cura del paziente anche di alta complessità e di ricovero in maniera da dare una risposta a tutti i bisogni sanitari della popolazione di quel bacino.

Il sistema di emergenza nasce in Italia con il DPR del 29/3/1992 e a distanza di 20 anni dalla istituzione rappresenta uno degli ambiti più critici del SSN.

E' necessario un aggiornamento e una rivisitazione del servizio al fine di renderlo sempre più efficace efficiente ed omogeneo su tutto il territorio nazionale.

In media quasi una persona su due si reca una volta l'anno in Pronto Soccorso accedendo direttamente, l'86% dei casi o tramite il 118, il 12%.

Il 75% dei cittadini viene successivamente dimesso e solo il 13% viene ricoverato con estreme variabilità regionali.

Tutto ciò dimostra l'enorme lavoro prodotto all'interno del PS e la grande efficienza degli operatori che porta ad un numero piuttosto ridotto di ricoveri.

Va rilevato che per il cittadino, anche nelle peggiori situazioni, il Pronto Soccorso è spesso visto comunque come la strada di accesso più breve, sicura e con ticket più conveniente, come porta girevole per ogni problema di salute.

Il problema principale è il sovraffollamento dell'area dell'emergenza-urgenza intra ospedaliera definita come quella situazione in cui la richiesta di prestazioni supera la capacità di fornire assistenza di qualità in un lasso di tempo ragionevole.

Il sovraffollamento provoca disagi e disservizi e tra i principali determinanti del maggior tempo di attesa nei PS vi è la ridotta disponibilità di posti letto che nell'ultimo decennio hanno subito un notevole ridimensionamento (dal 2000 al 2009 sono stati soppressi 45 mila posti letto pari al 15,1% del totale con un rapporto posto letto abitanti passato da 5,1 ogni mille abitanti di 12 anni fa a 4,2 attuale di cui 3,6 x mille dei letti per acuti e 0,6 x mille per le lungodegenze)

Soprattutto nelle regioni sottoposte a piani di rientro appare molto pericolosa la previsione di ulteriori tagli fino al rapporto di 3 pl x mille abitanti x acuti su tutto il territorio nazionale da raggiungere nel 2015.

Le cause del sovraffollamento vanno ricercate:

- nell'aumento della vita media ,invecchiamento della popolazione (grandi anziani)
- riacutizzazione dei malati cronici anziani con pluripatologie
- aumento delle malattie croniche
- aumento di malati difficili da dimettere per assenze di soluzioni residenziali territoriali
- aumento del peso specifico di complessità assistenziale dei pazienti
- aumentate richieste di salute nelle fasce vulnerabili e nelle forme di emergenza sociale
- aumento delle complessità delle cure
- gratuità delle prestazioni
- disponibilità nelle 24 ore
- inadeguata rete di assistenza domiciliare socio-sanitaria
- insufficiente presenza di strutture integrate ambulatoriali sul territorio in alternativa al ricovero ospedaliero

Le attese nel DEA per un ricovero sono diventate insostenibili, si attende in barella dalle 24 alle 72 ore mentre la conclusione dell'iter diagnostico terapeutico ed il ricovero, secondo le raccomandazioni delle comunità internazionali, dovrebbe avvenire entro le 6-8 ore dal triage.

Bisogna precisare che il malato che sosta nel DEA o nel PS, pur nel disagio della permanenza in barella, riceve le cure necessarie e di cui ha bisogno.

Il sovraffollamento da un lato rallenta il percorso di cura in emergenza, aumenta il rischio clinico e riduce la sicurezza delle cure; dall'altro aumenta il sovraccarico di lavoro del personale, aumenta la pressione dei pazienti e la comunicazione con i loro familiari, innalza la paura di commettere errori e il rischio di denunce, causando stress psicofisico per medici ed operatori sanitari dell'area dell'emergenza –urgenza e riducendo nell'utente la qualità percepita.

E' stato stimato che nelle ore di punta mentre un medico di reparto visita un paziente durante il giro visite un medico di Pronto Soccorso ha già preso in consegna e trattato 7 pazienti.

Bisogna evidenziare la storica carenza di personale nel sistema dell'emergenza –urgenza che nelle regioni con piano di rientro è notevolmente accentuato per il blocco del turn-over.

Inoltre l'esiguo numero di posti attivati della neo scuola di Specializzazione in Medicina di Emergenza – Urgenza che vedrà i primi 80 specialisti diplomarsi proprio questo anno.

Sarebbe auspicabile una integrazione della rete dell'emergenza –urgenza con quella ospedaliera e territoriale.

E' necessario il rafforzamento dei servizi territoriali attraverso l'aggregazione dei medici di base con l'estensione della loro attività e dei servizi ambulatoriali di assistenza per la gestione dei codici minori.

E' necessario migliorare l'accesso ai servizi diagnostici, accrescere la disponibilità di strutture sanitarie post –acuzie e di residenza sanitaria assistenziale.

E' necessario riqualificare il metodo del triage e ricorrere alla attivazione della unità di Osservazione Breve Intensiva (OBI)

Un DEA/P.S. sovraffollato è indicatore di un ospedale affollato e mette in risalto i limiti organizzativi di tutto l'ospedale di appartenenza.