

COMUNICATO STAMPA

Roma, 28 marzo 2017

INTEGRITÀ E VALENZA STRATEGICA, QUESTO È QUELLO CHE SERVE AL SISTEMA SANITARIO DI EMERGENZA-URGENZA

Il sistema d'emergenza-urgenza ha compiuto ieri i suoi primi 25 anni. Rappresenta certamente uno degli ambiti più critici del SSN perché opera in una "terra di nessuno o di tutti" tra l'ospedale e il territorio, perché è emarginato dalle politiche di investimento sanitario, perché è investito da ruoli complessi senza poter assumerne la leadership, perché costretto a fare il "lavoro sporco" senza alcun legittimo riconoscimento.

Eppure opera in un Paese dove oltre ai quotidiani problemi di organizzazione sanitaria, esistono situazioni critiche, l'immigrazione, terremoti, dissesti idrogeologici, terrorismo e tanto è sufficiente per rendere strategico ogni intervento nel settore.

Se la sanità sta cambiando attraverso gli standard ospedalieri, le reti assistenziali e le cure primarie, allora il sistema di emergenza-urgenza deve sviluppare analoghe capacità di risposta ai bisogni di salute ma, questa volta, con pari dignità rispetto agli altri settori, uscendo dalle attuali ambiguità organizzative, allocative e soprattutto, di natura giuridica, legate allo status del medico.

Come più volte evidenziato, occorre superare la disomogeneità nella gestione di casi con medesimo percorso clinico e terapeutico, le difficoltà nella gestione del paziente dopo le prime fasi di stabilizzazione, i problemi legati alle ridotte o mancate relazioni tra i servizi territorio-ospedale e ospedale-ospedale, le difformità operative nella prevenzione del rischio e del governo clinico, i non uniformi percorsi di formazione, accreditamento, sviluppo continuo della qualità e ricerca.

Fino ad oggi il Patto della salute e il DM 70/15 non hanno inciso in modo adeguato sui punti di debolezza perché continuano a proporre un sistema di emergenza-urgenza "spacchettato" in Centrale Operativa, rete ospedaliera dell'emergenza e rete territoriale dell'emergenza, senza considerare le reti per patologie tempo-dipendenti quali l'ictus, l'IMA ed il trauma. Soprattutto, manca una vera integrazione tra le diverse figure professionali che lavorano nelle Centrali Operative, sui mezzi di soccorso, nei Pronto Soccorso, inclusi Triage e OBI.

Ma a 25 anni dalla nascita del sistema nazionale dell'emergenza-urgenza è giunto il momento di garantire la figura di un medico che sia inquadrato in un **ruolo unico** e che si dedichi a tempo pieno dalla presa in carico del paziente, alla sua gestione, fino al trattamento delle patologie e dei traumi tempo-dipendenti. Tale condizione garantirebbe il superamento di una organizzazione, come quella attuale, che vede operare nell'emergenza medici dipendenti e convenzionati, medici di varia estrazione specialistica o addirittura medici privi di specializzazione.

Analogo discorso riguarda i processi organizzativi. Se, fino ad oggi, la gestione del paziente acuto è avvenuta in ambiti o modelli diversi tra le varie realtà territoriali e ospedaliere regionali e tra le stesse Aziende Sanitarie, creando eterogenee risposte al soccorso sanitario, è finalmente giunto il momento di lavorare affinché il nostro Paese si doti di una **rete unica dell'emergenza** soprattutto a garanzia della uniformità dell'assistenza.

Ovviamente il percorso necessita anche di ulteriori sviluppi ad iniziare dalla formazione e, in tal senso la Scuola di Specializzazione in Medicina di Emergenza-Urgenza, seppur non riesca ancora a formare un adeguato numero di specialisti, rappresenta un passo fondamentale nell'ottica di una moderna visione del settore.

In un contesto socio-economico particolarmente difficile, dove i problemi di sostenibilità diventano sempre maggiori, il sistema di emergenza-urgenza è, oggi, l'unico in grado di garantire l'universalità delle cure. Da qui la rilevanza strategica ma, soprattutto, la centralità del ruolo all'interno del SSN quale unico e vero anello di raccordo tra ospedale e territorio.

Immaginare, poi, che il sistema emergenza-urgenza venga riconosciuto, nell'ambito della politica nazionale e regionale, con pari dignità rispetto ai tre livelli di assistenza quali la prevenzione, l'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale è semplicemente un atto di civiltà.

GUIDO QUICI – VICE PRESIDENTE NAZIONALE CIMO