

Proposte per sostenere la tenuta dei Pronto Soccorso e della Medicina d'Urgenza

Premessa:

La fuga dei medici dai Pronto Soccorso non è un segno di disaffezione professionale, ma una resa sofferta a due situazioni particolarmente critiche, ovvero la disfunzione del sistema ospedaliero e l'inadeguatezza dell'offerta a livello di cure intermedie e della rete territoriale, particolarmente critica nel caso di pazienti fragili.

Di seguito si propongono azioni specifiche e sostenibili per supportare la tenuta del sistema di Pronto Soccorso/Medicina d'Urgenza in termini di leva organizzativa, leva professionale, leva economica.

Alcune di queste azioni sono state recepite da Regione Lombardia nell'ultimo anno attraverso specifici atti di programmazione. Il programma di azioni ha prodotto, nel corso dell'ultimo anno, significativi miglioramenti dell'appropriatezza di utilizzo dei Pronto Soccorso con una riduzione di circa 10mila accessi nell'area metropolitana ed ha avviato processi di autovalutazione e benchmarking sulla base dei dati di monitoraggio.

LEVA ORGANIZZATIVA:

1. Risoluzione del boarding

È necessario intraprendere azioni a breve termine che garantiscano un tempo di permanenza in PS per i pazienti da ricoverare inferiore alle 8 ore. Di seguito alcune misure efficaci:

- garanzia da parte delle aree di degenza di slot di posti letto predefiniti per ricoveri da PS 7/7, sulla base dello storico degli anni precedenti;
- "Full Capacity Protocol": attivazione di posti letto aggiuntivi in ogni area di degenza.
- in caso di persistenza di boarding, apertura di *admission room* diffuse in aree di degenza o centralizzate con spazi e organico infermieristico non di PS, o in alternativa gestione di "Boarding AREA" da parte di specialisti in aree ben definite di PS;
- accesso a posti letto di area subacuta e di cure intermedie, anche in strutture private (7/7), governati dal Servizio di Bed Management dell'Azienda Ospedaliera o da centrali regionali;
- attivazione di progetti di dimissioni precoci da PS, con il supporto di Team di Risposta Rapida Domiciliare/UCA e dei servizi previsti dalle COT, nonché di slot dedicati ai percorsi ambulatoriali POST-PS, secondo protocolli condivisi con gli specialisti di riferimento;

Per migliorare l'appropriatezza dei ricoveri occorre che ogni PS/DEA abbia dei letti dedicati di OBI (non occupati da boarding) e una degenza di Medicina d'Urgenza (afferente alla SC MeU/PS), con letti dedicati a degenza breve.

2. Miglioramento dell'appropriatezza degli accessi ai P.S.

Per migliorare l'appropriatezza degli accessi in PS è fondamentale la segmentazione della domanda all'accesso a triage prevedendo l'attivazione di percorsi per la gestione di codici 4 e 5, con organico e spazi esterni al Pronto Soccorso, tra cui percorsi fastrack (mono-specialistici) e ambulatorio codici minori da prevedersi in tutti i DEA I e II.

Ci sono poi alcuni progetti sperimentali che prevedono l'“Orientamento del bisogno di cura non urgente” attraverso:

- a) l'attivazione di Centrali Mediche integrate (CMI) gestite da professionisti esperti di PS con supporto della Telemedicina, con il compito di rio-orientare le chiamate pervenute al 112 non urgenti sulla rete dei servizi territoriali, attraverso il NEA 116117;
- b) riorganizzazione del servizio di **Continuità Assistenziale** 24/7, attraverso l'attivazione di una **Centrale Operativa (UNIC.A.)** gestita da medici di Continuità Assistenziale (MCA) adeguatamente formati alla gestione dei problemi non emergenti/urgenti e attraverso l'utilizzo di una piattaforma di telemedicina che garantisce l'attività di televisita in tempo reale, la prescrizione dematerializzata di terapia e accertamenti/certificazioni sanitarie.;
- c) attivazione di team di risposta rapida domiciliare (TRRD) attivati dalla Centrale Medica Integrata e da UNICA in una logica di Community Emergency Medicine, per favorire l'home treatment del paziente fragile, anche utilizzando diagnostica Point Of Care (POC), secondo protocolli condivisi.

3. Ridefinizione del modello organizzativo della Medicina d'Urgenza, PS e Osservazione Breve (OBI)

È opportuno che tutte le Strutture sede di PS prevedano un'area di OBI con personale dedicato. Le Strutture sede di DEA di I e II livello dovrebbero prevedere, all'interno della loro organizzazione, una UO complessa di “Pronto Soccorso e Medicina d'Emergenza-Urgenza” che afferisce al Dipartimento di Emergenza-Urgenza e comprende attività di Pronto Soccorso, attività di OBI e sezione di degenza di Medicina d'Emergenza-Urgenza con annessi letti di Semintensiva.

4. Rispetto degli Standard di organico

Questi standard prevedono, sulla base del secondo documento Agenas e degli standard SIMEU, la piena integrazione del personale di PS con il Sistema dell'Emergenza-Urgenza preospedaliero.

5. Monitoraggio

Occorre favorire un costante monitoraggio della attività di PS, attraverso progetti di miglioramento di qualità e di performance secondo metriche condivise a livello Regionale e Nazionale, in un'ottica di benchmark.

6. Istituzione di un coordinamento regionale

Questo coordinamento ha come obiettivo il miglioramento dei livelli organizzativi del PS e prevede il pieno coinvolgimento delle Direzioni Strategiche e la rete dei Bed Manager. Occorre inserire tra gli obiettivi delle Direzioni Strategiche il raggiungimento e mantenimento di target definiti in merito all'attività dei PS.

LEVA PROFESSIONALE:

1) Differenziazione puntuale del setting professionale per medici e infermieri di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza

E' necessario definire in modo univoco ruolo e funzione degli specialisti MEU nel contesto ospedaliero e preospedaliero, favorendo l'integrazione armonica e sinergica con tutte le specialità medico/chirurgiche operanti nella Rete Emergenza-Urgenza e prioritariamente con gli Anestesisti Rianimatori.

Per rendere attrattiva la professione del MEU è indispensabile non relegare tali specialisti alla sola attività di turnista in Pronto Soccorso; a tal fine le Direzioni delle Strutture Ospedaliere sede di

DEA/Pronto Soccorso, devono garantire la rotazione del personale assegnato alle Strutture Complesse “Pronto Soccorso e Medicina d’ Emergenza-Urgenza” o ai Pronto Soccorso tra i seguenti servizi:

1. sistema di Emergenza – Urgenza preospedaliera;
2. Pronto Soccorso, OBI;
3. degenza di Medicina d’Emergenza-Urgenza (compresa sezione semintensiva);
4. trasporti medicalmente assistiti;

2) Valorizzazione dell’infermiere professionale: “task shifting”

Anche la figura infermieristica deve essere adeguatamente valorizzata, riconoscendo la piena autonomia nelle attività di presa in carico e cura dei pazienti in qualunque area del PS, secondo protocolli condivisi e in team con il personale medico, in una logica di Rapid Assessment & Treatment e, dopo adeguata formazione, anche nei percorsi di See & Treat.

Per evitare il demansionamento del personale sanitario e ridurre l’affollamento (anche nelle aree di triage) occorre prevedere personale amministrativo in PS, almeno in orario diurno; è necessario inoltre prevedere personale dedicato esterno al PS, per il trasporto intraospedaliero dei pazienti.

3) Riduzione progressiva del ricorso alle Cooperative

Questa riduzione può avvenire favorendo l’adesione da parte dei medici specialisti ospedalieri di area medica e chirurgica a turni aggiuntivi incentivati in PS, a partire dalle aree a bassa complessità (ambulatori codici minori).

4) Garanzia di un programma di formazione

È di fondamentale importanza favorire l’autonomia professionale e mantenere le competenze di medici e infermieri. La Lombardia ha avviato in questo senso un percorso virtuoso pianificando, in collaborazione con l’Università, la formazione di specializzandi MEU e Specialisti, garantendo presso il Teaching Center di AREU, tutta la formazione per l’abilitazione all’attività nel preospedaliero.

LEVA ECONOMICA:

1. Adeguamento dei riconoscimenti economici dei medici

I destinatari sono i medici che operano nei PS e nel sistema di emergenza-urgenza, nel rispetto degli istituti previsti dal CCNL, per i quali vanno previste azioni dedicate al personale del comparto

2. Estensione oraria dei contratti Libero Professionali per specializzandi da 8 a 12 ore.