



---

## Audizione indagine conoscitiva pronto soccorso 18 gennaio 2024

### Camera dei deputati

Sig.or Presidente, signore e signori onorevoli,

buongiorno e grazie dell invito.

I Dipartimenti di Emergenza Urgenza sono un punto nodale importante ed un riferimento strategico per l intero sistema sanitario, sia intra che extra ospedaliero. Baluardo di risposta di salute e garanzia di assistenza e cura 24 ore al giorno per ogni giorno dell anno ed in ogni condizione. Presidio di garanzia per ogni dubbio o necessità assistenziale, sia: sanitaria, psichiatrica, sociale, di disagio.

Offrono pertanto delle prestazioni che risultano incompressibili in tempi e organizzazione ma, al contrario, richiederebbero di essere dilatati e potenziati in particolari orari, condizioni o situazioni epidemiologiche.

Questa doverosa e apparentemente scontata premessa per sottolineare quanto invece, nel tempo, siano rimasti sottovalutati, poco considerati e semmai residuali rispetto al resto della specialistica e della organizzazione ospedaliera, in termini di risorse, strutture e personale: in qualità, competenze, sensibilità e dotazione.

Negli ultimi anni si è notata una inversione di tendenza ma il gap non risulta ancora colmato e alcuni aspetti non appaiono facilmente e rapidamente modificabili.

Questo, anche perché il modello sanitario, le esigenze dei percorsi clinico assistenziali e gli accessi si sono modificati e, insieme, è modificata la risposta che deve essere offerta e garantita ai nostri concittadini malati e che necessitano di diagnosi e cura. Nei P S si tende necessariamente ad arrivare il prima e più presto possibile ad una diagnosi, un tempo demandata al ricovero e, al contrario, a ridurre e limitare gli stessi.

Questo implica però un allungamento dei tempi di permanenza dei pazienti all interno dei DEA, la necessità di supporto diagnostico intra ed extra servizio, a carico anche dei medici del P S e spazi adeguati ove far transitare e soggiornare i pazienti in attesa di consulenze, in corso di terapia, in valutazione clinica successiva. Risulta evidente quanto siano poche le strutture che sino dotate di adeguati spazi e di dotazioni in grado di rispondere adeguatamente a queste mutate esigenze.

È noto peraltro come tutto ciò che accede ai nostri Dipartimenti e Pronto Soccorsi non rientri nella sfera dell emergenza urgenza e sia rappresentato da patologie e condizioni cliniche che potrebbero e dovrebbero essere valutate e gestite diversamente.

Ma purtroppo il territorio non offre diversa opportunità !!

Senza riportare la memoria al periodo pandemico, che ci ha trovati assolutamente impreparati e non organizzati, lo vediamo riproporsi in questo ultimo mese, nel quale la sovrapposizione tra infezione influenzale, malattie respiratorie stagionali e da Covid, ha visto un iperafflusso di pazienti che avrebbero dovuto e potuto essere valutati e trattati a livello ambulatoriale, in strutture intermedie o al domicilio dai MMG o del territorio. Con minor impiego di risorse, minori disagi e senza intasamenti degli ospedali e della rete di soccorso territoriale.



---

Comprendiamo però, senza colpevolizzare ma condividendo ragioni e preoccupazioni dei malati e caregiver, che per chi ha in carico anziani pluripatologici o pazienti in età pediatrica, le fasce deboli e sensibili appunto, non possa certo aspettare l'appuntamento per una visita ambulatoriale o programmata dopo giorni.

Non credo comunque che l'espansione infinita delle nostre strutture sia la risposta ma semmai la risposta debba essere modulata sugli accessi e sulla stratificazione delle opportunità, uscendo dall'ottica ospedale-centrica verso una sanità di prossimità.

Questo consentirebbe di utilizzare al meglio le risorse, motivare il personale, ridurre il rischio e lo stress, le lunghe attese spesso foriere di contenzioso e aggressioni e minacce, ormai insopportabili e troppo frequenti a carico del personale.

Tema importante per i DEA è rappresentato dal personale, sia medico che infermieristico. In un tempo nel quale trovare personale è difficile e complesso per i DEA lo è ancora di più. Per una serie infinita di motivazioni: il rischio clinico, il rischio delle denunce, lo stress, l'incertezza delle turnistiche, il burnout, l'impossibilità a svolgere libera professione, la pressione continua e costante dei pazienti, parenti, dell'organizzazione intra ospedaliera che porta spesso dissapori e incomprensioni. Questo deve essere però affrontato rendendo ai PS il loro ruolo di gestione e trattamento delle emergenze urgenze.

Del resto, il ricorso ai gettonisti e alle cooperative ha dimostrato di ridurre la qualità e le competenze, e ha imposto di avere all'interno dei PS colleghi che non conoscono la struttura, i protocolli, poco governabili e in continuo turnover.

Abbiamo invece bisogno di stabilità e modalità gestionali e organizzative governabili e che garantiscano continuità, anche attraverso personale adeguatamente motivato, preparato ed incentivato economicamente e nel riconoscimento di carriera. Questo vale anche negli ospedali più piccoli e magari disagiati, per il rischio clinico-diagnostico e soprattutto legato all'insidia delle auto presentazioni.

La gestione del paziente acuto è un'attività che richiede esperienza, capacità, chiarezza e linearità, un approccio specialistico completo e rapido nella valutazione. Certo carico di responsabilità ma sicuramente affascinante e che richiede una preparazione specifica. Per questo deve essere indirizzato alla propria mission e funzione. In caso contrario, avremo sempre un costante e assoluto disinteresse da parte dei medici alla specialità di Medicina d'Urgenza e alla propensione al lavoro presso i DEA. Analogamente per quanto riguarda il personale infermieristico che vede i più anziani e preparati ormai stanchi e indotti ai trasferimenti.

Per far fronte alle difficoltà e in future previsioni, servirebbe potenziare e standardizzare invece alcuni percorsi ed esperienze già in atto quali il fast-track

Questo consente di organizzare percorsi e accessi diretti e alternativi per le patologie cosiddette minori o mono specialistiche senza sovraffollare i P.S.



---

Inoltre è iniziato e va incentivato il percorso per la presa in carico anticipata. (PPCI), con la possibilità per gli infermieri di chiedere esami diagnostici e valutare oltre il triage. Un buon sostegno, che riduce i tempi della presa in carico e della valutazione del medico con un supporto diagnostico già avviato.

A questo proposito sarebbe utile intervenire legislativamente per indicare i limiti e le possibilità per il personale infermieristico di richiedere almeno determinati esami radiologici di base in autonomia e penso ad esempio all Rx addome e torace, al rx femore in caso di trauma da caduta negli anziani ed alcune altre eccezioni, rinviando la valutazione medica a percorso diagnostico concluso e con riduzione dei tempi di diagnosi e dimissione.

Altri due temi di diversa natura che complicano il percorso sono: da un lato la continua riduzione dei posti letto e l'impossibilità di ricovero con un aumento del boarding e intasamento dei servizi con conseguente sovraccarico assistenziale. Parametri che speriamo vengano rivisti in considerazione dell'aumento dell'età media della popolazione, delle pluri-patologie e delle complicanze multifattoriali, spesso accompagnate ad un abbandono sociale. A ciò si somma la carenza o mancanza di strutture per post acuti o pazienti che necessitano soprattutto di supporti assistenziali e non trovano alternative di ricovero o sostegno domiciliare e che potrebbero invece rappresentare una possibile strada alternativa.

Questa difficoltà pone urgenti riflessioni relativamente alle strutture e alla logistica dei nostri DEA o PS, nati e immaginati in altre epoche con esigenze diverse e modalità di risposte oggi non più immaginabili. Se deve perdurare la permanenza dei pazienti in corso di terapia o in attesa di collocazione e dimissione vanno rese condizioni di degenza adeguate e rispettose con assistenza medica e infermieristica idonea e dedicata.

Il secondo tema è quello delle liste d'attesa e l'impossibilità spesso di trovare rapida o ragionevole risposta presso le strutture pubbliche o accreditate a una domanda sanitaria, se non a pagamento e comunque spesso incompleta. Questa difficoltà induce i pazienti a rivolgersi ai P S o i MMG a indirizzarli direttamente o indirettamente al DEA per le valutazioni e gli esami.

Il DEA che dirigo nel 2023, anno di possibile confronto nel periodo post pandemico ha leggermente ridotto gli accessi, da 49.358 nel 2018 a 47.953 nel 2019, siamo passati a 44.121 nel 2023. Dato ancora da approfondire ed analizzare ma contestualmente sono aumentati i tempi d'attesa e le difficoltà gestionali per la complessità dei malati che vi accedono, il conseguente tempo di assistenza e diagnostico, il boarding e non di meno, il turnover del personale e una diffusa stanchezza.

Degli 11 medici in organico siamo rimasti in 6 medici strutturati ma 4 operativi, per 2 gravidanze e il restante coperto con turni di colleghi in LL PP giovani, spesso neo laureati, inesperti ma motivati e speriamo affezionati alla materia - e turni incentivati a medici di altri reparti o agli stessi colleghi del PS. Purtroppo la carenza di medici non ci consente di avere il secondo medico nel turno notturno che sarebbe invece ormai indispensabile.



---

Il personale infermieristico è attualmente al completo ma con la introduzione di colleghi giovani e in formazione che presenta buona volontà e voglia d imparare ma devono essere supportati e non possono ancora svolgere tutte le mansioni previste che risultano pertanto a carico degli IP più anziani (triage, attività di 118, presa in carico anticipata).

Una struttura relativamente giovane ma progettata prima della riunificazione di due ospedali vicini, che risente ormai di un sovraccarico di accessi e di una parziale inadeguatezza logistica e negli spazi di accoglienza e sosta. Struttura compressa con poche possibilità di espansione e revisione.

Credo sia la fotografia di molti dei DEA di primo livello, sul territorio nazionale.

Non certo impietosa ma da cui partire per una strategia che ripensi e ridisegni il ruolo, i tempi, la mission di questi Presidi che rimarranno riferimenti determinanti anche per il futuro.

Come già detto dovremo lavorare sugli accessi e anche sui percorsi interni agli ospedali e nel rapporto con il territorio. Sia MMG, 118, guardie mediche.

Dividendo il ruolo di Hub e Spoke, facilitando le comunicazioni e anche l invio dei pazienti per patologie.

L implementazione della telemedicina, con i DEAS di riferimento, per la valutazione delle immagini e l utilizzo delle tele-visite e i tele-consulti, al fine di avere supporto e indicazioni che facilitino e favoriscano la gestione del pz., in emergenza o urgenza differibile.

Strutturare le case di comunità e gli ospedali di comunità affinché diventino strutture e presidi di riferimento, organizzati anche per la diagnostica e che diano riposte di qualità a richieste gestibili a livello ambulatoriale. Vi si possono integrare i MMG, dedicare figure infermieristiche ben formate e le guardie mediche che possano offrire la garanzia di un primo e sicuro screening e valutazione clinica.

Educare a evitare il fai da te, anche attraverso esami inappropriati o senza indicazioni che creano allarme ed ansie.

La prevenzione e l educazione sanitaria devo riportare fiducia nel sistema e nei professionisti della salute, riportando il senso delle necessità affinché l ansia e l apprensione non generino false aspettative che sfociano in pretese.

Abbiamo finora dimostrato grande impegno e dedizione, usciamo da un periodo certo complesso del quale, nostro malgrado, siamo stati vittime e protagonisti ma vogliamo continuare a difendere il nostro lavoro e la dignità di chi vi si impegna e insieme, il sistema sanitario e la sua natura universalistica e solidaristica a partire dal tema prioritario e inequivocabile dell emergenza-urgenza.

Non dobbiamo però rimanere soli ma sentirci parte di un sistema consapevole e collaborativo.

Dr. Gianpietro Briola