

A cura di NET/WORK Salute FVG

Il tema dell'emergenza-urgenza nella Regione Friuli-Venezia Giulia è affrontato attraverso un percorso di confronto, analisi e proposta, con il coinvolgimento e la partecipazione di professionisti che fanno riferimento a diverse Associazioni e Società Scientifiche.

NET/WORK Salute FVG è un'Associazione che si occupa di temi di salute in Regione Friuli-Venezia Giulia. È costituita da un gruppo di Professionisti della sanità e del sociale e ha lo scopo di portare contributi documentati al dibattito sul futuro dei servizi regionali. Fino ad ora ha organizzato seminari sui temi dei servizi di prossimità e sulle aree interne. L'emergenza-urgenza è l'ultimo dei problemi approfonditi.

In riferimento alle criticità dei Pronto Soccorso e più in generale del sistema di emergenza urgenza, emerse in Friuli Venezia Giulia con sempre maggior insistenza negli ultimi mesi, e a cui si intende dare soluzioni parziali che non tengono conto dei diversi e



molteplici fattori che

concorrono a determinarle, **l'Associazione Net/Work Salute FVG ha progettato e realizzato un percorso di confronto, analisi e proposta con il coinvolgimento e la partecipazione di professionisti** che fanno riferimento alle Società Scientifiche della MG (SIMG), degli Internisti Ospedalieri (FADOI), dei Distretti (CARD), dei Medici d'urgenza/PS (SIMEU) e dell'Associazione degli Anestesisti Rianimatori (AAROI-EMAC). **Dal confronto sono emersi dati inattesi** (per es. in FVG gli accessi in P.S., confrontando i dati del 2019 con quelli 2022, sono diminuiti), ma soprattutto si è capito che tutti i servizi impegnati sulla linea delle attività non programmate sono attraversati da disfunzionalità che è necessario indentificare e affrontare con approcci e logiche di sistema, mettendo a fuoco nuovi profili di ruolo e soluzioni che convergano per rendere stabile l'intera organizzazione delle cure in emergenza e urgenza. Su questa lettura *di sistema* si fondano le considerazioni che seguono, articolate in quattro macro contesti critici. Per ciascuno sono proposte azioni che, integrate, possono risultare decisive per risolvere gli *scandali* che non possiamo più accontentarci solo di individuare.

1. L'urgenza sul territorio

È importante che i cittadini possano accedere a punti di intervento, alternativi al Pronto Soccorso, per le urgenze minori che non richiedono l'intervento del 112. Chi pensa di avere un problema di salute dovrebbe avere la possibilità di chiedere un consiglio telefonico a un professionista (o a personale addestrato) sul comportamento da tenere e sul percorso da seguire. **L'attuale organizzazione della Medicina Generale non consente di disporre di risposte di questo tipo sulle 12 ore diurne;** lo stesso servizio di *Continuità Assistenziale* andrebbe riconfigurato per renderlo coerente con le nuove esigenze dei cittadini e con i nuovi auspicati assetti organizzativi della Medicina Generale. [1]

In attesa che le Case della Comunità e le Centrali Operative Territoriali diventino operative, occorre:

- Favorire, attraverso gli accordi integrativi regionali e aziendali, la medicina di gruppo (anche di gruppi di 4 -5 medici) esercitata in una sede ben identificabile, integrata con la presenza di personale infermieristico e di supporto amministrativo e introdurre soluzioni innovative (teleconsulto, infermiere di comunità, coinvolgimento delle farmacie) nelle aree interne dove è difficile l'aggregazione dei MMG
- dotare il SSR di una rete digitale in grado di far comunicare in tempo reale gli operatori sanitari per una presa in carico coordinata e tempestiva dei pazienti, che coinvolga tutte le strutture esistenti nel territorio - ovvero emergenza, ospedalità, medicina generale, cure intermedie, privato convenzionato - coinvolte nel percorso di cura, con la condivisione delle informazioni
- accelerare l'attuazione del sistema 116117 dedicato a smistare la domanda di interventi per problematiche che non presentino particolari complessità.

Su questi aspetti possono essere prese ad esempio esperienze dei Paesi europei che hanno già attuato modalità organizzative per rispondere appropriatamente a questi bisogni dei cittadini che, in assenza di altri riferimenti, ora ricorrono al Pronto Soccorso.[6]

2. Il Pronto soccorso

L'attuale situazione dei Pronto soccorso, sempre più spesso descritta come sovraffollata, richiede di verificare l'adeguatezza dei locali di cui dispongono, per allineare i percorsi alle buone prassi organizzative, cliniche e assistenziali, assicurare condizioni

confortevoli e rispettose della dignità dei cittadini, consentire la vicinanza e il supporto di familiari, mettere i professionisti nelle condizioni di svolgere la loro attività in ambienti adeguati dal punto di vista della distribuzione e dell'attrezzaggio. **Ma richiede di porre attenzione anche ad altri aspetti rilevanti e non del tutto apprezzati:** la composizione delle equipe di personale medico, infermieristico e assistenziale, l'aggiornamento delle competenze, gli sviluppi di carriera.

Per un buon funzionamento del Pronto soccorso è importante:

- garantire, per operatori e cittadini, ambienti confortevoli, con percorsi chiaramente individuati, modulabili per favorire la flessibilità nella organizzazione e gestione delle attività e permettere il massimo rispetto della dignità delle persone assistite [2]
- consolidare, in termini di posti letto, tecnologie e competenze, il ruolo della Osservazione Breve Intensiva, anche in considerazione delle costanti difficoltà di collocare nelle degenze i pazienti da ricoverare[2]
- garantire la presenza in turno di professionisti *senior*, a supporto di specializzandi o *liberi professionisti*
- consolidare e aggiornare i percorsi rapidi di valutazione (fast track, see&treat a gestione infermieristica) [2]
- garantire che le Unità di Medicina di Urgenza, con numero adeguato di letti semintensivi, siano integrate in quelle di P.S. [3][4]
- attuare ogni azione per rendere attrattivo il settore della Medicina di Urgenza, anche garantendo ai professionisti la possibilità di alternare il lavoro fra le varie funzioni (attività di P.S., OBI, Medicina d'Urgenza) [7] e favorendo la transizione professionale verso servizi a minor impegno
- mantenere la gestione delle funzioni di "emergenza e urgenza" al governo del Sistema Pubblico, limitando il ricorso alle Cooperative.

3. I reparti di Medicina interna

La condizione di costante sovrappollamento di questi reparti, che obbliga ad allestire posti letto oltre quelli ufficialmente previsti o ad occupare spazi in altri reparti, non può essere considerata normale. Occorre impegnarsi per evitare una *ospedalizzazione del territorio*, che trova nelle Medicine la soluzione alle difficoltà di gestione delle persone anziane con multiple patologie che, pur non richiedendo una intensità di cura elevata, sono egualmente ricoverate - in assenza di alternative praticabili - nel momento in cui la condizione di cronicità diventa instabile.

E', pertanto, prioritario:

- l'attivazione degli *Ospedali di Comunità*, con adeguato numero di posti letto, dove accogliere almeno una parte di questi pazienti [8]
- l'adeguamento delle capacità ricettive delle unità di *Post-acuzie*, dotate di letti utilizzabili per i pazienti che hanno superato la fase acuta della malattia, collocati all'interno dell'area ospedaliera, governate dalle stesse unità operative di Medicina Interna. [5] [8]

Appare anche necessario:

- incrementare i posti letto di cure intermedie, allineando programmazione e realtà
- disporre di meccanismi flessibili di attivazione di posti aggiuntivi per acuti nei momenti di maggiore richiesta
- ristabilire il ruolo dei percorsi diagnostici e terapeutici in regime di Day Hospital
- attribuire all'internista ospedaliero la responsabilità di stabilire la dimissibilità dei pazienti verso le cure intermedie, la cui gestione dovrebbe essere preferenzialmente affidata (in particolare nel setting post-acuto) a professionisti con competenza internistica/geriatrica
- concordare con le strutture per le cure intermedie percorsi di ingresso agili, tendenti a garantire il flusso costante delle persone anche nei fine settimana
- potenziare e raccordare la risposta dei Servizi Sociali perché si prendano tempestivamente carico delle problematiche di competenza [8]
- favorire l'integrazione socio/sanitaria da perseguire nei setting adeguati, comprensivi delle strutture territoriali.

4. Le Cure intermedie

Le Medicine interne accolgono i pazienti inviati dal Pronto Soccorso se hanno la disponibilità di posti letto. Tale disponibilità è assicurata *solo se* le Medicine possono contare su una collaborazione organizzata con le unità di degenza per malati post acuti, con le RSA, con le unità di Cure Palliative, con l'Hospice, con i Servizi Infermieristici Domiciliari, con i Servizi Sociali, con le Residenze Protette [5] [8]. L'impegno dell'organizzazione e la sfida per i professionisti si sostanzia nell'obiettivo di consentire che i malati, che non hanno più l'esigenza di rimanere in ospedale ma che non possono rientrare a domicilio, proseguano tempestivamente la stabilizzazione clinica in strutture che dispongono di competenze per recuperare le residue capacità di queste persone, riconsegnandole alla

propria possibile autonomia.

Per questo riteniamo fondamentale:

- attribuire ai professionisti impegnati nelle Cure Intermedie competenze culturali e tecnico professionali coerenti con il loro ruolo strategico
- evitare che il flusso delle attività, che permettono la transizione dall'ospedale ai servizi delle cure intermedie, si interrompa dal venerdì pomeriggio al lunedì
- organizzare le competenze cliniche e infermieristiche, in modo da assicurare una assistenza adeguata alla complessità delle cure anche durante la notte e i fine settimana
- attivare la Centrale Operativa Territoriale nel distretto, perché possa assolvere al ruolo di raccordo e coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali
- rinsaldare la collaborazione con i Servizi Sociali.

Conclusioni

Questa sintetica analisi indica che i Pronto Soccorso possono funzionare solo se si agisce contestualmente e sistematicamente sui quattro ambiti considerati. Intende portare all'attenzione di professionisti e decisori che le difficoltà non risiedono tanto nell'analisi del fenomeno, quanto nell'attuazione di quelle misure operative, prioritarie e non più rinviabili, idonee a garantire che l'intera filiera dell'assistenza ai cittadini che hanno problemi urgenti, e che necessitano di un ricovero non programmato, sia posta nelle condizioni di rispondere a questi bisogni in modo efficace.

Suggerisce che un insieme di condizioni, che non richiedano un ricovero ospedaliero in reparti a intermedia o elevata intensità di cura, possano avere soluzioni alternative trovando, possibilmente sul territorio, una risposta soddisfacente (una delle criticità che si prefigge di risolvere la Riforma della Assistenza territoriale, se non sarà accantonata o stravolta). Ritiene molto utile garantire alle persone una assistenza telefonica (in linea con le caratteristiche del numero europeo 116117) che le indirizzi verso percorsi appropriati.

Evidenzia la necessità di ripensare al ruolo dei reparti di Medicina interna, sia per gli aspetti strutturali e di distribuzione degli spazi che devono essere adattati ad una utenza sempre più anziana e complessa, ma anche per il ruolo che gli internisti ospedalieri potrebbero assumere come *registi* dei percorsi intraospedalieri e come riferimento per le cure intermedie.

Richiama la necessità di adoperarsi affinché Il Pronto Soccorso - che, in questa filiera, è snodo fondamentale e rappresenta l'interfaccia operativa tra territorio e ospedale, *luogo simbolo* del SSN - sia un posto di lavoro accogliente in cui i professionisti possano formarsi e lavorare in sicurezza e sia tenuto in prioritaria considerazione dai decisori politici, dalle Direzioni strategiche delle Aziende sanitarie e dal mondo accademico.

Hanno partecipazione alla stesura del post:

S. Carniello (1), S. Celotto (2), S. De Carli (3), F. Fiammengo (3), G. Franchin (1), L. Iogna Prat (4), L. Maschietto (2), G. Miglio (1), V. Moretti (1), M. Pagan (2), A. Peratoner (5), L. Pletti (6), M. Rondana (3), G. Scippa (1), L. Vidotto (6)

1 Net/Work salute FVG, 2 SIMG, 3 FADOI, 4 SIMEU, 5 AAROI-EMAC, 6 CARD

Per contatti, osservazioni, contributi e approfondimenti scrivere a:

networksalutefvg.segreteria@gmail.com

Riferimenti Bibliografici

1. Geddes da Filicaia M., *[Il grande imbuto del Servizio Sanitario Nazionale](#)*, Salute Internazionale, 05.03.2012;
2. Schema di accordo tra Ministero della Salute, Regioni, Province autonome di Trento e Bolzano, *Linee di indirizzo nazionale sulla Osservazione Breve Intensiva-OBI, Triage intraospedaliero, per lo sviluppo di un piano per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso*, 28.05.2019;
3. Gruppo di lavoro: G.A. Cibinel (coordinatore), N. Bacciottini, G. Carpinteri, V.Cianci, A. Del Prete, A. Fabbri, M. Guarino, G. Guiotto, A. Magnacavallo, S. Paglia, G. Ricciuto, B. Susi, *Le unità di Terapia Subintensiva nella rete ospedaliera italiana*, Approvato dal Consiglio Direttivo Nazionale SIMEU in data 21/05/2020;
4. Regione Friuli Venezia Giulia, DGR 16.10.2015 n. 5, *Piano emergenza urgenza della Regione Friuli Venezia Giulia*;
5. Regione Friuli Venezia Giulia, DGR 29.12.2022 n. 2042, *PNRR M6 DM77/2022*,

Programma Regionale della Assistenza Territoriale, approvazione definitiva;

6. The Kings Fund, [A&E NHS video .mov](#)
7. Decreto Ministeriale 2 Aprile 2015 n. 70, *Definizione standard qualitativi strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera* (GU, 127 4 giugno 2015);
8. Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*. (GU Serie Generale n.144 del 22 giugno 2022)