

La crisi dei Pronto Soccorso. I perché di un'emergenza

processo e la conferma degli accreditamenti e l'eventuale riconversione della rete ospedaliera regionale.

Clinical governance. Vengono poi rimodulati gli standard di qualità per i singoli presidi basati sulla clinical governance, dalla gestione del rischio clinico alla formazione del personale e alla valutazione della qualità delle cure.

Standard e reti. Vengono poi ridefiniti gli standard organizzativi, strutturali e tecnologici generali dei presidi e quelli specifici per le alte specialità.

Nascono le "reti ospedaliere" per le grandi patologie, dall'infarto all'ictus, ma anche per le malattie rare, l'oncologia e la pediatria. In tutto 10 reti ospedaliere dedicate per ottimizzare la risposta terapeutica e assistenziale per altrettante aree terapeutiche.

Infarto, traumi e ictus e il fattore "tempo". In questa fase ci si è però limitati a indicare alcuni riferimenti precisi solo per le reti cosiddette "tempo dipendenti" ovvero laddove il fattore tempo è fondamentale per la riuscita degli interventi. Ne sono state individuate tre: quella per l'emergenza cardiologica (infarto), quella per i traumi e quella per l'ictus.

Una nuova rete d'emergenza. Vengono poi ridefiniti i criteri per l'intera rete dell'emergenza urgenza, dal 118, ai punti di primo intervento, fino alla definizione dei diversi tipi di Pronto soccorso sia per bacini di utenza che per tipologia geografica del sito prevedendo indicazioni specifiche per le sedi ospedaliere in zone particolarmente disagiate. Individuati i diversi livelli di DEA (1° livello "Spoke" e 2° livello "Hub") e i rapporti con la continuità assistenziale.

Gli ospedali gestiti dagli infermieri. Ultimo capitolo del regolamento quella sugli ospedali di comunità nell'ambito del processo di integrazione ospedale territorio per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza. L'ospedale di comunità, al quale è affidato il compito di "interfaciarsi" con l'ospedale ordinario per la presa in carico di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano del ricovero per impedimenti di varia natura (logistici o familiari) ad essere erogate a casa del paziente. Questi ospedali saranno gestiti dagli infermieri, avranno dai 15 ai 20 posti letto e l'assistenza medica sarà assicurata da medici di medicina generale o pediatri o da altri medici dipendenti o convenzionati con il Ssn secondo modalità scelte localmente. A livello gestionale questi ospedali faranno capo ai distretti sanitari. **Y**

Contrariamente a quanto si potrebbe pensare gli accessi ai Pronto soccorso italiani sono in calo. Ma nonostante ciò l'emergenza ospedaliera è sempre più in sofferenza. Perché? La spiegazione sta in un "tridente" diabolico. Prima di tutto la progressiva riduzione della dotazione di posti letto in corsia (-71mila dal 2000 a oggi, ai quali si aggiungereanno altri 3.000 posti letto che saranno tagliati a seguito dei nuovi standard del Patto per la salute), che ha drasticamente ridotto la possibilità di assorbire i ricoveri d'emergenza non programmati come sono quelli provenienti dai Pronto Soccorso. Poi il blocco del turn over per il personale, che impedisce il ricambio generazionale (quasi 24mila unità in meno nel Ssn dal 2009 ad oggi), con carichi di lavoro sempre più pesanti che si ripercuotono ovviamente di più nell'attività dei Pronto Soccorso, per definizione più stressante e comunque

attiva H24. E infine, nonostante i progressi, l'ancora zoppicante riforma dell'assistenza territoriale dalla quale ci si aspettava un "filtro" dell'emergenza con la possibilità di gestire a domicilio o in strutture ambulatoriali le piccole emergenze, riducendo così gli accessi ai Pronto Soccorso ospedaliere, soprattutto quelli "impropri" che sono ancora il 30% del totale.

E l'emergenza influenza, alla quale, quest'anno in particolare dopo il caos vaccini, si addebita l'intasamento del pronto soccorso? Stante ai dati relativi all'ultima settimana di gennaio (quella del picco), elaborati dall'Istituto superiore di sanità e basati sui risultati del sistema di sorveglianza degli accessi al pronto soccorso, risulta che solo il 12,5% degli accessi totali è relativo a una sindrome respiratoria, che comprende tutta una serie di potenziali patologie tra cui "anche" l'influenza. Ma anche ammesso, e così non è, che fossero tutti casi di influenza, stiamo appunto parlando di poco più di un caso su dieci. Un numero troppo basso per mandare in tilt una struttura di pronto soccorso, considerando anche il fatto che le sindromi respiratorie figurano tra le cause d'accesso tutto l'anno, estate compresa, con una percentuale che nei mesi estivi si aggira attorno al 7%. Il gap tra estate e inverno sarebbe quindi di poco più di cinque punti percentuali ad ulteriore conferma che la cosiddetta "emergenza influenza" con le barelle nel pronto soccorso non c'entra nulla.

E non è andata così solo quest'anno. Osservando la serie storica dei dati sugli accessi al Pronto soccorso dell'Iss, vediamo che dal 2012 ad oggi non si è osser-

vata alcuna significativa oscillazione del dato sulle sindromi respiratorie che si assesta mediamente, sempre considerando l'ultima settimana di gennaio, attorno all'11/11,5%.

Insomma l'attribuzione all'influenza della responsabilità del caos dei pronto soccorso non è supportata da alcun dato epidemiologico. C'è poi il fenomeno degli accessi impropri che ancora oggi si stima attorno al 30%. Un segnale palese dei ritardi nella costruzione di una rete di emergenza territoriale effettivamente capace di assorbire parte delle richieste di soccorso. Ma questo dato, che spiega in parte l'affolla-

mento e i lunghi tempi di attesa prima di essere trattati, non incide alla fine sul vero dramma dei pronto soccorso, simboleggiato dalle immagini ormai ricorrenti di barelle, sedie e materassi per terra (ai quali quest'anno si sono aggiunte anche quelle delle scrivanie usate come giaciglio temporaneo per i pazienti). L'imbutto, e il conseguente affollamento,

sta infatti nel trasferimento nei reparti, dove i letti mancano. Sia perché sono pochi, sia perché, in alcuni casi, suppliscono all'assenza di "ospedali territoriali" per la lunga degenza.

Resta quindi il nostro "tridente" di cause: troppi tagli ai posti letto ospedalieri, non ancora compensati da una vera riforma del territorio, e troppo poco personale. **Y**

Dal 2000 ad oggi tagliati oltre 71mila posti letto e l'alternativa sul territorio non decolla. Personale senza ricambio...e l'influenza non c'entra niente

La "strage" dei posti letto: dal 2000 tagliati 71mila letti. E presto ne salteranno altri 3.000

■ Analizzando il dato dei posti letto si registra a livello nazionale dal 2000 al 2013 una diminuzione del 24% pari a meno 71.233 letti. Ma non basta dai nuovi standard ospedalieri approvati l'anno scorso dalla Sato Regioni si aspetta un'ulteriore riduzione di circa 3.000 letti nei prossimi anni. Una dieta che ha portato il Ssn a disporre nel 2013 di 224.576 letti per acuti e lungodegenza con un rapporto di 3,8 letti per 1000 abitanti (un target molto vicino al limite imposto dai nuovi Standard ospedalieri di 3,7 letti ogni 1000 abitanti. Ma l'analisi dei numeri evidenzia come tra le Regioni vi siano in ogni caso dif-

ferenze marcate: alcune hanno meno letti rispetto a quanto previsto dalla normativa nazionale, mentre altre sfiorano i limiti fissati dagli standard. Superano la media nazionale del 3,8 il Molise (4,6 letti ogni 1000 ab.), l'Emilia Romagna (4,5 letti x 1000 ab.), la Pa di Trento con il rapporto di 4,3 e il Piemonte e la Val d'Aosta con un rapporto di 4,2 letti ogni 1000 abitanti, la Pa di Bolzano e il Friuli con il 4,1, il Lazio e la Lombardia con il 4 e Marche e Liguria con il 3,9. Insomma la metà delle Regioni è oltre gli standard e dovrebbero tagliare ancora. Dall'altro lato della graduatoria le Regioni che hanno invece meno

letti e dovrebbero averne di più ci sono la Calabria (appena 3 letti ogni 1000 abitanti) seguita dalla Campania (3,2), dalla Puglia (3,3) e dalla Sicilia con un rapporto di 3,4.

Ma come hanno tagliato le Regioni? Nello specifico la Regione che in percentuale ha eliminato più letti è la Calabria (-40,7%) seguita dalla Sardegna (-35,4%), dalla Puglia con il -33,5% e dal Lazio (-31,5%). Minori riduzioni si sono registrate in Molise (-10,3%), Emilia Romagna (-13,2%), Pa Bolzano (-15,5%) e Campania (-15,7%). Unica Regione che ha aumentato i posti letto è la Val d'Aosta (+8,3%).

Personale in calo: quasi 24mila in meno negli ultimi 4 anni

■ In questo contesto negli ultimi anni si è assistito anche ad un calo del personale del Ssn, spesso causato dal blocco del turnover nelle Regioni in Piano di rientro. Dal 2009, con la crisi, al 2013 gli occupati nel Servizio sanitario nazionale sono diminuiti di 23.476 unità. Nel

Servizio sanitario nazionale, nel 2013, risultano impiegate 670.240 unità di personale, di cui 616.214 a tempo pieno e 54.026 part time. Gli uomini sono 232.187 e le donne 438.053. Rispetto al 2012 si registra un calo di 3.175 unità (-0,5%) e di 23476 (-4,4%)

negli ultimi anni. Per il 2014 le previsioni non sono rosee: dovrebbe proseguire il trend negativo con un ulteriore calo dello 0,59%. La maggior parte degli operatori ha un contratto a tempo pieno (92%). Mentre a rapporto determinato ci sono 27.327 persone.

L'Italia agli ultimi posti in Europa per numero di posti letto ospedalieri

■ La riduzione dei posti letto ospedalieri è stata attuata anche negli altri Paesi dell'UE, ma non in misura così pesante come in Italia, che rimane costantemente sotto la media EU 28. La diffe-

renza del nostro Paese che secondo Eurostat possiede 3,6 letti ogni 1000 abitanti con i nostri diretti competitor europei come Francia e Germania è elevata, rispettivamente nel 2011 segnano una me-

dia di 6,37 e 8,22 posti letto per acuti ogni 1000 abitanti. Ma ci sono anche alcuni Stati, che hanno invece meno posti letto: Svezia con 2,70, il Regno Unito con 2,89 e la Spagna con 3,1. **Y**