

## AGIRE ALLA FONTE DEL SOVRAFFOLLAMENTO DEI PRONTO SOCCORSO: LA RISPOSTA DELLA RETE DI SERVIZI SOCIO-SANITARI TERRITORIALI

GIULIO FORNERO \*

*Tempi di risposta non adeguati della rete di servizi socio-sanitari per i bisogni indifferibili delle persone anziane malate non autosufficienti significano non solo una contraddizione rispetto al diritto alla salute (diritto umano fondamentale dell'uomo), ma anche un significativo aumento dei costi e un maggiore sovraffollamento degli ospedali, in particolare dei dipartimenti di emergenza. Per risolvere la delicata questione è necessario sviluppare con priorità le cure a domicilio e i servizi socio-sanitari residenziali in continuità terapeutica.*

La situazione dei Pronto Soccorso è un interessante punto di partenza per alcune considerazioni sul rapporto ospedale-territorio e sull'effetto che l'immediata (oppure rimandata, o ancora del tutto mancata) attivazione dei servizi socio-sanitari territoriali per le persone malate non autosufficienti hanno sull'ospedale stesso.

### **Sovraffollamento: il problema è il “blocco degli accessi” ai reparti**

Il sovraffollamento dei Dipartimenti di emergenza (i cosiddetti Pronto Soccorso) è un fenomeno diffuso in molti Paesi sviluppati, soprattutto nelle aree metropolitane. La ragione principale non è l'accesso inappropriato in Pronto Soccorso, ma il “blocco degli accessi” ai reparti per i pazienti da ricoverare in urgenza, blocco conseguente alla carente recettività degli ospedali e dell'intero sistema sanitario. Il sovraffollamento dei Dipartimenti di emergenza si verifica quando la domanda di prestazioni in emergenza supera la capacità del Dipartimento di garantire cure qualitativamente appropriate in un arco di tempo accettabile. Secondo gli standard raccomandati dalla *Canadian association of emergency physicians* (2007), il tempo di permanenza nel Dipartimento non deve superare le 6 ore per il 95% dei pazienti e le 4 ore per i pazienti più critici mentre tutti i malati che si rivolgono al servizio devono essere ricoverati in una area di degenza entro due ore dalla decisione del ricovero. Il sovraffollamento del Pronto Soccorso e

delle Degenze è possibile fonte di eventi avversi e di contenziosi, sia diretti (per cadute, infezioni correlate alla permanenza in Pronto Soccorso, difficoltà nell'esercizio delle cure), sia indiretti, generando minore attenzione alla sicurezza dei pazienti.

### **La situazione in Italia: carenza di cure a domicilio e di servizi socio-sanitari residenziali in continuità terapeutica**

Il sovraffollamento dei servizi di Pronto Soccorso e il ricovero ospedaliero in posti-letto di fortuna, non attrezzati, dovuto alla grave carenza di servizi sanitari domiciliari e residenziali per i pazienti cronici non autosufficienti, è una grave criticità della Sanità in Italia. L'affollamento del Pronto Soccorso è determinato dall'attesa per il ricovero di quei pazienti che non possono essere dimessi perché hanno bisogno di proseguire le cure in ospedale e poi a domicilio con l'adeguato intervento dell'Asl, oppure, laddove non sussistano le condizioni del rientro a casa, in struttura sanitaria o socio-sanitaria. L'attesa in Pronto Soccorso per il ricovero in molti casi si estende da 1 a 6 giorni.

La vera inappropriately per il Pronto Soccorso non è tanto il paziente con un codice basso (che talvolta risulta avere pure necessità di ricovero), ma il paziente in attesa di essere ricoverato in un reparto dell'ospedale.

Gli accessi in Pronto Soccorso di pazienti “inappropriati” (che non vuol dire “non malati”, ma che non si sarebbero probabilmente rivolti al Pronto Soccorso se avessero avuto altri interventi di presa in carico a domicilio o in altre

\* Coordinatore Commissione organizzazione sanitaria, accreditamento istituzionale e programmazione professionale dell'Ordine dei Medici chirurghi e odontoiatri (OMCeO) Torino.

strutture in precedenza), pur costituendo il 30% degli accessi totali, sono gestiti in tempi brevi, se non è necessario il ricovero, e impegnano limitatamente il personale dell'emergenza: meno del 15% dell'impegno totale. L'impegno enorme del personale del Pronto Soccorso è invece per i pazienti più gravi, codici verdi, gialli e rossi, che dovrebbero essere ricoverati entro 6 ore, secondo gli standard di riferimento e che, invece, restano molto di più in Pronto Soccorso, con aumento proporzionale dell'impegno del personale e conseguente rallentamento della presa in carico dei nuovi arrivi.

Negli ultimi anni, in Italia, il numero degli accessi in Pronto Soccorso non è in aumento, il numero di ricoveri da Pronto Soccorso è stabile e, in molti ospedali, la gestione dei codici bianchi a cura dei Medici di medicina generale supporta l'organizzazione del Pronto Soccorso.

Il problema principale è il tempo di permanenza in Pronto Soccorso rispetto al quale c'è variabilità intraregionale, con particolare rilevanza del problema nelle Città metropolitane.

L'analisi corretta dei dati orienta dunque a progettare/realizzare interventi e destinare risorse non tanto sul problema degli accessi impropri, quanto piuttosto su altri fattori che sono i reali determinanti dell'affollamento: i percorsi intra-ospedalieri dai Pronto Soccorso ai reparti e i percorsi di uscita dall'ospedale al territorio, dove è indispensabile rafforzare il sistema di supporto domiciliare e la rete delle strutture residenziali.

La riduzione di migliaia di posti-letto ospedalieri non accompagnato dal sufficiente potenziamento dei servizi domiciliari e residenziali in continuità assistenziale (di prosecuzione di cure sanitarie e socio-sanitarie) con gli ospedali, ha portato alla crescita delle liste di attesa (secondo gli ultimi dati noti in Regione Piemonte per l'anno 2013 sarebbero più di 30mila i pazienti anziani malati cronici non autosufficienti in attesa di cure in Piemonte), al sovraffollamento dei servizi di Pronto Soccorso e al ricovero ospedaliero in posti-letto di fortuna, non attrezzati: dal 2008, in pochi anni, si è passati da brevi episodi di sovraffollamento nella seconda settimana di gennaio, al sovraffollamento cronico, quasi tutto l'anno, nel 2015.

Per dare evidenza concreta anche dei risparmi possibili attraverso una migliore organizza-

zione della continuità terapeutica, si può ricordare che il costo di una giornata di degenza ospedaliera per acuti in Medicina interna può superare i 500 euro al giorno, il costo di una giornata di degenza in Riabilitazione Il livello fascia A può oscillare tra 200 e 270 euro al giorno, in Lungodegenza (Casa di cura) è di 154 euro al giorno, mentre il costo di una giornata in Residenza sanitaria assistenziale (Rsa) può scendere fino a 70 euro al giorno (di cui 50% quota sanitaria a carico dell'Asl) e in Assistenza domiciliare a 25 euro giornalieri (di cui 50% quota sanitaria a carico dell'Asl).

È possibile evitare gli sprechi, ridurre le giornate di degenza in ospedale (minor numero di ricoveri e dimissioni protette più tempestive) e superare la crisi dei Dipartimenti di emergenza-urgenza, potenziando i servizi socio-sanitari territoriali, domiciliari e residenziali. Una delle dieci proposte formulate dalle Professioni sanitarie, attraverso tutti gli Ordini e Collegi sanitari piemontesi, all'allora prossimo Governo regionale del Piemonte, nell'aprile del 2014, è lo «sviluppo dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali, in continuità assistenziale con gli ospedali». L'obiettivo era, ed è ancora tutt'oggi, «superare il sovraffollamento dei servizi di Pronto Soccorso e il ricovero ospedaliero in posti-letto di fortuna, non attrezzati, potenziando e riorganizzando le reti assistenziali e i servizi sanitari e socio-sanitari territoriali, domiciliari e residenziali».

## Conclusioni

I pazienti con tali bisogni necessitano di adeguata e tempestiva risposta da parte delle cure domiciliari e residenziali nella medicina di comunità. In alternativa, i bisogni dei pazienti non autosufficienti sono riconosciuti come urgenti dai medici di Pronto Soccorso e i malati non autosufficienti sovraffollano i Dipartimenti di emergenza, urgenza e le degenze ospedaliere per lunghissimi e inappropriati tempi di permanenza.

A fronte del quadro descritto, quindi il superamento dei provvedimenti che comportano tempi di risposta non adeguati (liste di attesa) della rete di servizi socio-sanitari per i bisogni delle persone anziane malate non autosufficienti, eviterebbe spese inappropriate in ospedale e nei posti-letto per post-acuzie e favorirebbe il diritto alla salute, la coesione sociale e la sicurezza delle cure.