

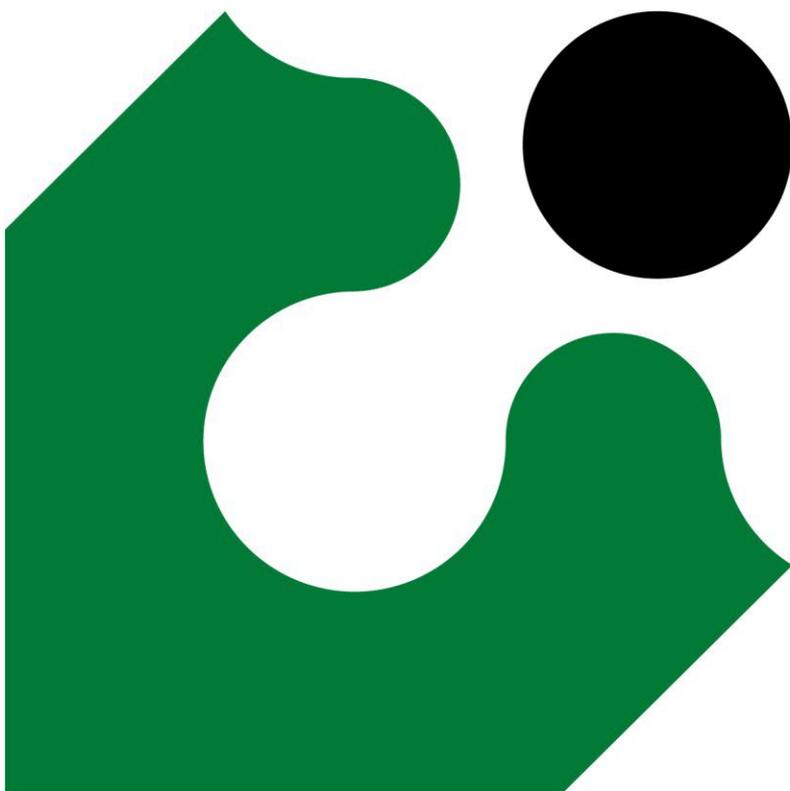


“NUOVI SINTOMI E BISOGNI DELLA SOCIETÀ POST PANDEMICA: IL PRONTO SOCCORSO E LA VISIONE DEL RIPARO”

Dr.ssa Rosaria Tiziana Fraterrigo

**Corso di formazione manageriale
per Dirigenti di Struttura Complessa**

2021-2022



Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa

DSC2101/BE

Università degli Studi di Milano

L'AUTORE Dr.ssa Rosaria Tiziana Fraterrigo Direttore UOC Pronto Soccorso Presidio
Ospedaliero di Vimercate ASST della Brianza

IL DOCENTE DI PROGETTO

Prof. Federico Lega - UNIMI

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Prof. Federico Lega UNIMI

Pubblicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

INDICE

1. Introduzione
2. Obiettivi
3. Metodi e strumenti
4. Analisi dei risultati raccolti
5. Proposta strategie di intervento
6. Conclusioni
7. Bibliografia

INTRODUZIONE

Sebbene il coronavirus non abbia colpito la salute mondiale in modo così catastrofico come la peste bubbonica del XIV secolo, quest'ultima pandemia ha però cambiato la società politico-economica e, soprattutto, lo stile di vita dell'intera popolazione: il Covid-19 ha rivelato le traballanti fondamenta su cui è costruito gran parte di ciò che diamo per scontato nel mondo sviluppato.

La cura, valore a lungo ignorato negli ultimi decenni, che procura quanto necessario a vivere, che fa fiorire, che ripara la ferita nel corpo e nell'anima, è stato il soggetto principale degli ultimi due anni. La cura rivolta a sé stessi con l'attenzione a tutto quello che è stato trascurato, rinviato e sottostimato, forse con una parte di paura e ipocondria, e quella chiesta a un sistema che si è rilevato caotico nelle varie fasi della pandemia, talvolta assente e inefficace ma soprattutto inconsapevole di una nuova svolta, sostenuto però, dalla professionalità e dedizione di tutti gli operatori sanitari che hanno creduto in una nuova visione del *caring*, in cui inscindibili sono la cura del corpo e della mente attraverso un unico valore: il dialogo, che dà inizio alla cura e che accompagna il processo di guarigione.

Il primo lockdown (Marzo-Maggio 2020) ha allontanato la maggior parte dei pazienti dagli ospedali italiani, in primis dal Pronto Soccorso (PS) [Giostra, 2021]: presso il PS di Vimercate, le informazioni provenienti dal sistema informativo di ASST della Brianza indicano che durante il primo lockdown si è passati mediamente da 200 a 70 accessi al giorno, mentre nei mesi successivi dello stesso anno, si sono raggiunti 130 accessi al giorno arrivando, oggi, ai numeri pre Covid.

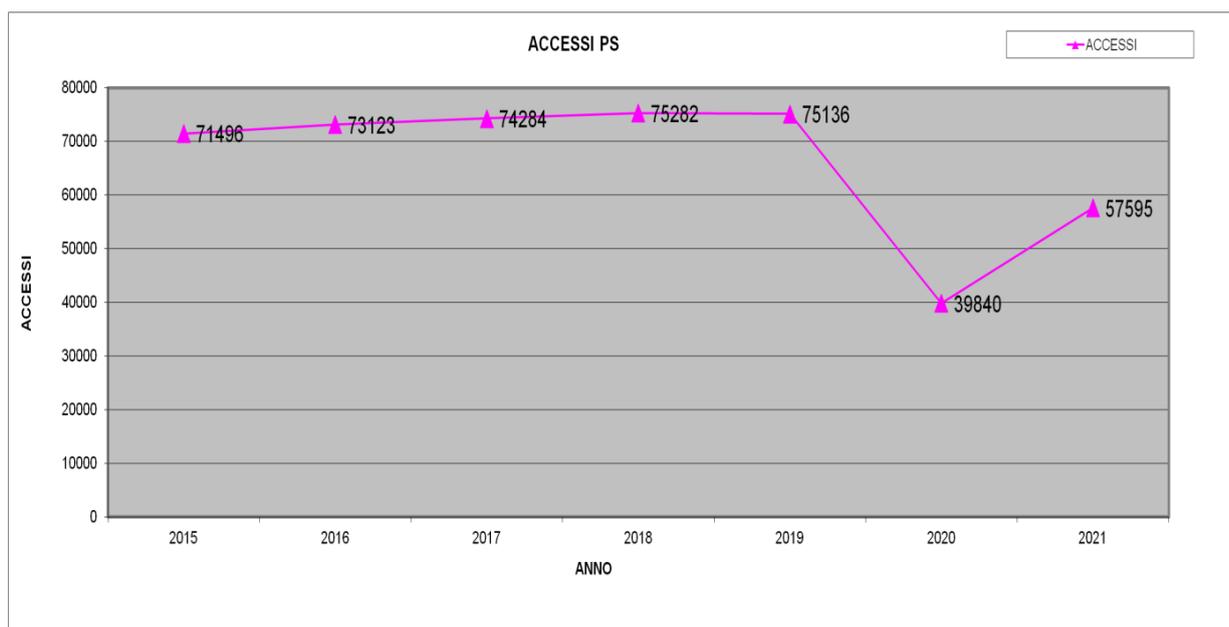


Figura 1 - Accessi in PS dal 2015 al 2021

Sia per la concentrazione dell'attività sui pazienti Covid – secondo una definizione d'uso corrente sui tavoli delle unità di crisi "gli ospedali hanno cambiato pelle"- sia per il timore di esporsi a un contagio , sottostimando, talvolta, sintomi e segni clinici inerenti patologie gravi e gestite a domicilio con il contributo telefonico del medico di base o dell'amico intrappolato dentro pesanti bardature, si è delineato un gruppo nuovo di pazienti all'ombra del Covid che hanno cronicizzato l'acuzie non trattata con successivi e numerosi accessi in PS. A questo si è aggiunto un gruppo nuovo sociosanitario, il cui fabbisogno insistente ha determinato un ulteriore stato di emergenza post-pandemico.

"Se è vero che i virus sono relativamente democratici e colpiscono in misura variabile tutti i ceti sociali, è altrettanto vero che nei momenti di emergenza le società si imbattono nella scarsità delle risorse. Questa scarsità amplifica le vulnerabilità e le diseguaglianze e con esse le distanze negli esiti e nelle opportunità". [Cortile dei Gentili, 2020]

È necessario a questo punto definire la ben nota FRAGILITÀ, togliendo la connotazione geriatrica a cui spesso fa riferimento.

La FRAGILITÀ è la *sindrome fisiologica caratterizzata da una ridotta riserva funzionale e resistenza agli stress, provocata da un declino cumulativo di più sistemi fisiologici* [Fried, 2004] Questa si distingue in SOCIALE, riferita in genere a una condizione di privazione economica e mancanza di risorse materiali ma, soprattutto, relativa alla mancanza di una rete di relazioni e integrazione, che esclude dalla società fino all'isolamento e al disadattamento, e in BIOLOGICA che fa riferimento a parametri sanitari e "aiuta il clinico a identificare i pazienti fragili e conseguentemente stratificarli per i diversi livelli di rischio prima di un trattamento oncologico, di una angiografia coronarica o intervento chirurgico". Quest'ultima è diversa dalla COMPLESSITÀ CLINICA (sanitaria - assistenziale - ambientale) connessa alla specifica patologia, alle caratteristiche che assume nel singolo soggetto in particolare in riferimento alle co-morbilità. [Stenholm, 2015].

Le fragilità e le complessità condizionano la gestione del malato in Pronto Soccorso, determinandone un IMPATTO DIRETTO (soggetti emarginati e deboli, homeless, etilisti, tossicodipendenti, anziani soli, disoccupati e migranti) e un IMPATTO INDIRETTO (es. contesto socioassistenziale che condiziona la dimissibilità al domicilio) - il Pronto Soccorso mantiene anche la funzione di OSSERVATORIO per la violenza domestica, i maltrattamenti e, in questa momento storico, anche per gli adolescenti che manifestano problemi relazionali conseguenti all'isolamento, le dipendenze, le disparità di genere e le disuguaglianze in ambito lavorativo [Laudisio, 2015].

“NUOVI SINTOMI E BISOGNI DELLA SOCIETÀ POST PANDEMICA: IL PRONTO SOCCORSO E LA VISIONE DEL RIPARO”

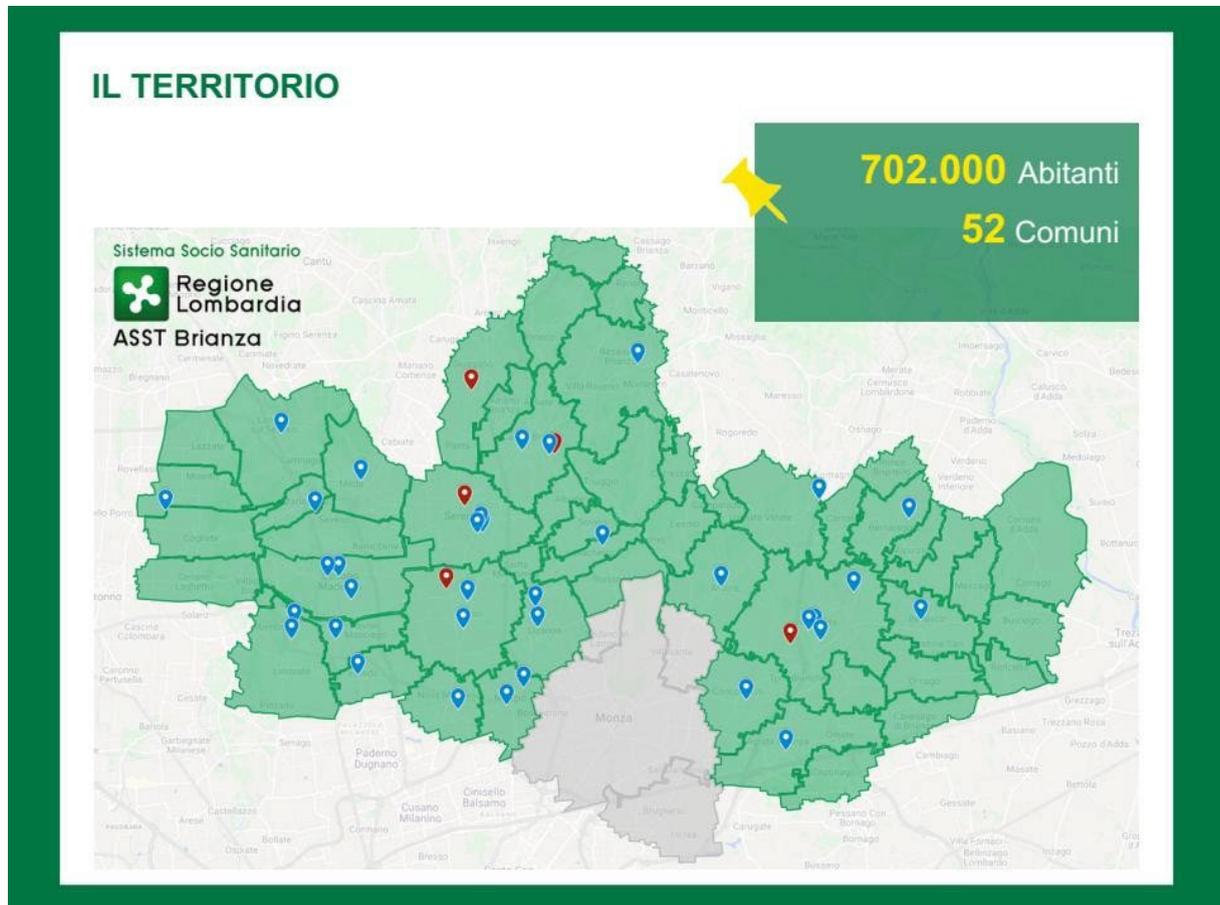


Figura 2 – Ospedali della ASSt della Brianza



"Nuovi sintomi e bisogni della società post pandemica: il Pronto Soccorso e la visione del riparo"

Con la Legge Regionale 30 Dicembre 2019 n. 23 allegato 1, la ASST di Vimercate viene sostituita con ASST della Brianza comprendente oltre al territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex distretti ASL di Carate Brianza, Seregno e Vimercate, anche quello di Desio.



L'Azienda così composta e organizzativamente distinta in aerea EST e OVEST nel rispetto della viabilità e dei riferimenti storici territoriali, consta di un bacino d'utenza pari a 701.482 abitanti su 52 comuni.

C'è una discreta parità di numero tra maschi e femmine, una fascia d'età prevalente tra i 15-44 e i 45-64 anni, un indice di vecchiaia (età >75 anni) pari a circa 155.5 vs Italia 173,1, di dipendenza strutturale (carico economico e sociale) di circa 56.4, e una presenza di stranieri in percentuale del 32.9%. I dati sono riferiti al 2019.

Il numero di residenti tra il 2018 e il 2019 con età "75+" e tra i "64 e 74", quelli che tendono più frequentemente a essere ricoverati e a consumare più farmaci e prestazioni ambulatoriali, ha avuto un incremento, rispettivamente del 2.11% e del 1.32%, rispetto a quelli delle fasce d'età inferiore, dati che si invertono per i residenti stranieri.

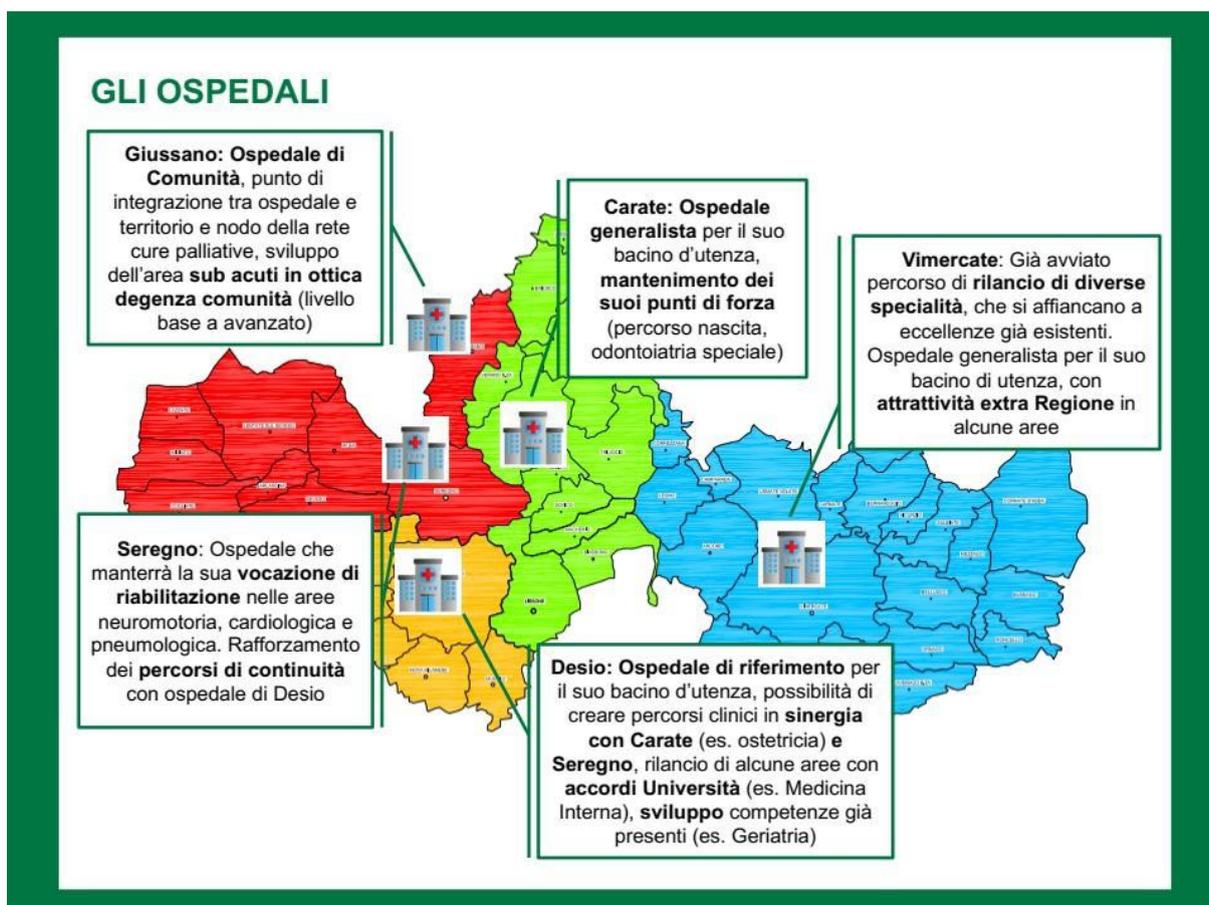


Figura 4 - Ospedali e territorio ASST della Brianza

La mission della nuova ASST della Brianza si fonda su:

- SINERGIA tra strutture ospedaliere a diversa vocazione, in particolare due ospedali provinciali generalisti con diversi settori di eccellenza, fortemente integrate con il territorio
- RILANCIARE in modo specifico tutte le strutture ospedaliere, tra loro diversificate in modo da rispondere ai diversi bisogni
- COSTRUIRE una rete territoriale molto importante, che raccoglie tutta la Brianza e che dovrà essere in grado di rispondere in modo innovativo ai bisogni dei cittadini, in particolare fragili e cronici.

Infatti, gli ospedali sono cinque con livelli di intensità e profili sanitari differenti, al fine di modulare la risposta più efficace ed efficiente alle richieste dell'utenza:

- Carate Brianza: ospedale generalista i cui punti di forza sono il punto nascita e l'odontoiatria speciale che saranno mantenuti;

"Nuovi sintomi e bisogni della società post pandemica: il Pronto Soccorso e la visione del riparo"

- Desio: ospedale di riferimento per il bacino d'utenza pertinente (es. il numero di accessi/anno in PS è pari a 65.000 mila circa), ha alcune specialità in via di realizzazione (es. Geriatria), accordi universitari come per la medicina e ha link di gestione professionale sia con Carate che Seregno;
- Giussano: sede di Cure Sub Acute, Hospice e Cure Palliative, rappresenta il punto di integrazione tra ospedale e territorio, già individuato come ospedale di Comunità in ossequio alla nuova riforma sociosanitaria Regionale;
- Seregno: area riabilitativa (neuromotoria, pneumologica e cardiologica), manterrà queste caratteristiche potenziando i percorsi di continuità con gli altri ospedali (Desio e Vimercate)
- Vimercate: ospedale di riferimento per il bacino d'utenza pertinente ma anche extra regione, con diverse eccellenze specialistiche e altre in rilancio, convenzione con l'Università, tecnologie all'avanguardia, gruppo di ricerca scientifica, gruppo di miglioramento clinico (Qualità e Implementazione) che ha come obiettivo rendere l'organizzazione aziendale più sicura nonchè fornire cure di prima scelta ai pazienti, al momento giusto nel posto, attraverso l'elaborazione e realizzazione di progetti dedicati.

Progetto ambizioso quello della nuova ASST della Brianza dentro un fitto tessuto abitativo le cui peculiarità restano, in prevalenza, la cronicità, le fasce deboli, le dipendenze e le nuove malattie della povertà emersa con la pandemia.

OBIETTIVO

Le Fragilità e le Complessità, determinando una ricaduta sullo stato di salute e anche una difficoltà nella gestione delle stesse, aumentano gli accessi in Pronto Soccorso - sito più facilmente raggiungibile, affidabile e efficiente - snaturando la vera mission dell'emergenza-urgenza e favorendo fenomeni come l'overcrowding (sovraffollamento) che si verifica quando le necessità identificate nei servizi di emergenza superano le risorse disponibili per la cura dei pazienti presenti nel dipartimento di emergenza, con ricadute negative sul paziente, incremento degli eventi avversi, ridotta soddisfazione, ritardo nei trattamenti e nei trasferimenti, aumento degli abbandoni, mancato rispetto della privacy; sul personale per episodi di violenza, ridotta gratificazione, incremento del burnout. Altro fenomeno è l'aumento del boarding per mancanza di posti letto in regime di ricovero rispetto alla domanda, infine l'inappropriatezza dell'utilizzo delle risorse [Durand, 2011].

Le problematiche sopra esposte sono peggiorate anche per la riduzione di personale. Infatti, nel corso dell'emergenza Covid, si è registrata l'attitudine del personale sanitario all'abbandono del posto di lavoro in ragione delle condizioni di stress patite. Questo fenomeno è comune a tutti i PS, non escluso quello del Presidio Ospedaliero di Vimercate dell'ASST della Brianza.

Al fine di confermare l'uso inappropriato del PS da parte dei cittadini evidenziato soprattutto alla fine dell'acuzie pandemica e per confutare la percezione di incapacità da parte degli operatori di affrontare un nuovo stato di emergenza, è stato somministrato agli utenti un questionario che mettesse in evidenza il loro tipo di approccio al Pronto Soccorso e le attese relative.

METODI

Lo studio è stato condotto nel Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di Vimercate dell'ASST della Brianza.

Nei mesi di Maggio e Giugno 2021, è stato somministrato un questionario ai pazienti che afferivano consecutivamente al Pronto Soccorso nelle dodici ore diurne, ammessi in codice verde (codice alfanumerico 3 e 4) e con la possibilità di rispondere agevolmente in assenza di sintomi che compromettessero parametri vitali, stato di vigilanza e attenzione o stati dolorosi.

Alla consegna del questionario nessuno degli utenti è stato oppositivo, anzi, superata la diffidenza che spesso negli ultimi tempi accompagna gli accessi in PS e la paura della malattia – dato soggettivo relativo non solo alla preoccupazione per ciò che non si conosce ma anche per ciò che si interpreta dal web - sono state chieste informazioni in merito e la compilazione è stata accurata. Il timore iniziale è stato la mancata compliance dell'utente di fronte a quindici domande in una condizione emotiva particolare, in realtà, però, lo stesso si è sentito considerato e al centro di un sistema in cui l'ascolto è fondamentale.

L'obiettivo del questionario è stato quello di verificare la conoscenza da parte dell'utenza del corretto utilizzo del Pronto Soccorso e la reale urgenza del bisogno di salute e cura, vista la particolare attenzione verso le stesse emersa con la pandemia. Nel dettaglio il questionario si componeva di una prima parte anagrafica (sesso, età, titolo di studio e modalità di lavoro durante il lockdown), mentre nelle restanti sezioni si indagavano gli aspetti psicosociali dei pazienti durante il lockdown (sintomi psicologici, tempo libero, dipendenze, aspetti relazionali) e gli aspetti clinici e sanitari (relazione con i servizi sanitari, percezione del ruolo del PS, sintomatologia associata all'accesso in PS).

Poiché tutti i dati presenti nel questionario sono classificati in variabili categoriche, sono state inutilizzate statistiche descrittive con numeri assoluti e frequenze stratificate per sesso.

QUESTIONARIO PAZIENTI PRONTO SOCCORSO

Quanti anni ha?

18-25
 26-35
 36-45
 46-55

56-65
 66-75
 76 o più

Sesso:

Maschile Femminile

Titolo di Studio:
Una sola risposta

Licenza elementare
 Licenza Media
 Maturità (diploma superiore)
 Laurea
 Altro

Durante la prima fase della pandemia COVID (lockdown 2020):
Più di una risposta possibile

ha lavorato in smart working
 è stato messo in cassa integrazione
 è stato licenziato
 la sua attività ha avuto un calo di rendimento

Durante la prima fase della pandemia COVID (lockdown 2020) ho manifestato:
Rispondere a tutte le righe

	Mai	Quasi mai	Qualche volta	Spesso	Molto spesso
Solitudine	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tristezza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paura	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senso d'impotenza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mancanza di iniziativa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi del sonno	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rabbia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Figura 5 - Questionario PS Vimercate

"Nuovi sintomi e bisogni della società post pandemica: il Pronto Soccorso e la visione del riparo"

e la prima fase della pandemia COVID (lockdown 2020) quanto ha sentito il bisogno:
rispondere a tutte le righe

	Molto	Abbastanza	Né tanto né poco	Poco	Per niente
Di stabilità economica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Di relazione con gli altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Di tutela della salute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Di sentirsi sostenuto dalle istituzioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante la prima fase della pandemia COVID (lockdown 2020) chi ha tutelato la sua salute?
Piu' di una risposta possibile

Medico/Pediatra di base
 Pronto Soccorso
 Guardia Medica
 Non ho avuto bisogno
 Altro

Quanto il Pronto soccorso dovrebbe rispondere ai seguenti bisogni?
Rispondere a tutte le righe

	Molto	Abbastanza	Né tanto né poco	Poco	Per niente
Solitudine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestione familiari fragili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestione malattie croniche	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestione del fine vita	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dipendenze	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impossibilità di accesso alle cure per precarietà economica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3

Figura 6 - Questionario PS Vimercate

RISULTATI

Nel periodo di osservazione sono selezionati 252 utenti, in relazione anche alla disponibilità dell’infermiere di triage durante l’accettazione (l’infermiere di triage individua i pazienti urgenti e li inoltra immediatamente all’area di trattamento e/o all’avvio di specifici percorsi diagnostici-terapeutici-assistenziali; attribuisce a tutti i pazienti un codice di priorità che regola l’accesso alle cure in relazione alla gravità delle condizioni e al potenziale rischio evolutivo)

Su 252 utenti, il 53, 5% sono risultati di sesso femminile con una prevalenza di ultra 65enni pari al 25,4%. Non si sono osservati rilevanti differenze nell’età degli utenti in base al sesso. Viceversa, si è osservata una maggiore prevalenza di maschi vs. femmine con basso livello di scolarizzazione (Licenza elementare e media: 47% vs. 36,3%) e una tendenza opposta per l’alto livello di scolarizzazione (<licenza superiore e laurea: 52,1% vs. 60,8%)

Tabella 1. Caratteristiche demografiche del campione

	M (N=117)	F (N=135)	Totale (N=252)
Età			
18-25	11 (9.4%)	13 (9.6%)	24 (9.5%)
26-35	10 (8.5%)	16 (11.9%)	26 (10.3%)
36-45	21 (17.9%)	19 (14.1%)	40 (15.9%)
46-55	17 (14.5%)	23 (17%)	40 (15.9%)
56-65	27 (23.1%)	31 (23%)	58 (23%)
66-75	17 (14.5%)	15 (11.1%)	32 (12.7%)
76 o più	14 (12%)	18 (13.3%)	32 (12.7%)
Titolo di studio			
Licenza elementare	16 (13.7%)	22 (16.3%)	38 (15.1%)

"Nuovi sintomi e bisogni della società post pandemica: il Pronto Soccorso e la visione del riparo"

	M (N=117)	F (N=135)	Totale (N=252)
Licenza Media	39 (33.3%)	27 (20%)	66 (26.2%)
Diploma superiore	46 (39.3%)	63 (46.7%)	109 (43.3%)
Laurea	15 (12.8%)	19 (14.1%)	34 (13.5%)
Altro	1 (0.9%)	4 (3%)	5 (2%)

Attraverso il questionario è stata anche indagata la qualità di vita dei pazienti durante il lockdown per le eventuali ricadute sullo stato di salute dovuto all'isolamento e sono state considerate: l'attività lavorativa (il 23,5% è stato messo in cassa integrazione dato da non sottostimare soprattutto per i disturbi umorali), le sensazioni vissute (paura, tristezza e rabbia dal 20 al 30%), l'impiego del tempo libero con prevalenza per la cucina, gli hobby e la cura delle relazioni amicali e parentali anche o soprattutto attraverso i canali social (dal 30 al 40%).

Il bisogno percepito durante il lockdown è stato sempre quello relazionale, la tutela della salute e la presenza forte delle istituzioni con una percentuale molto elevata tra il 70 e 90%. In particolare, la richiesta di cura è stata soprattutto rivolta alla medicina di base con una percentuale del 45%, come se la paura del contagio, le leggende metropolitane sul virus e le restrizioni dell'isolamento avessero sostenuto e forse riscoperto il patto cittadino-medico di base, anche solo attraverso la linea telefonica o il contatto email: il conforto, oltre alla ossessione del Supermercato e le relative lunghe code, ma si stava all'aperto e la stagione era stranamente calda.

Dal questionario può essere evinta un'analisi ancora più dettagliata del profilo dell'individuo nei confronti di una società improvvisamente cambiata, ma quello che si è voluto evidenziare è il rapporto dell'utente con il Pronto Soccorso: quanto sia in grado di percepire lo stesso come luogo deputato alle emergenze e urgenze, evitando attese inutili e inapproprietezze.

Ebbene, la richiesta e l'attesa verso il Pronto Soccorso evidenziate dalle risposte "Abbastanza + Molto" sono ben altre e descritte in Tabella 2: gestione fine vita 66.5%, gestione delle malattie croniche 66.1%, impossibilità d'accesso alle cure per precarietà economica 65.8%, gestione familiari fragili 59,6%, solitudine 37%, questa soprattutto dove si evidenziano dipendenze, malattie psichiatriche, stato di indigenza e una povera rete di relazioni.

Tabella 2. Percezione degli utenti sul ruolo del pronto soccorso nel rispondere a una serie di bisogni.

	Solitudine	Gestione familiari fragili	Gestione malattie croniche	Gestione del fine vita	Dipendenze	Impossibilità di accesso alle cure per precarietà economica
<i>Per niente</i>	65 (25.6%)	37 (14.6%)	33 (13%)	37 (14.6%)	43 (16.9%)	36 (14.2%)
<i>Poco</i>	30 (11.8%)	28 (11%)	11 (4.3%)	8 (3.1%)	17 (6.7%)	9 (3.5%)
<i>Né tanto né poco</i>	52 (20.5%)	27 (10.6%)	30 (11.8%)	26 (10.2%)	44 (17.3%)	28 (11%)
<i>Abbastanza</i>	62 (24.4%)	81 (31.9%)	73 (28.7%)	62 (24.4%)	84 (33.1%)	82 (32.3%)
<i>Molto</i>	32 (12.6%)	70 (27.6%)	95 (37.4%)	107 (42.1%)	51 (20.1%)	85 (33.5%)

È interessante osservare che su alcuni aspetti come solitudine e gestione dei familiari fragili il titolo di studio sembra influenzare le risposte, mentre per altri aspetti, soltanto i laureati hanno una percezione meno inappropriata sul ruolo del Pronto Soccorso (Tabella 3).

Tabella 3. Attesa degli utenti a un ruolo attivo (risposte abbastanza + molto) del pronto soccorso nel rispondere a una serie di bisogni stratificata per titolo di studio

	Solitudine	Gestione familiari fragili	Gestione malattie croniche	Gestione del fine vita	Dipendenze	Impossibilità di accesso alle cure per precarietà economica
Licenza elementare (N=38)	52,7%	63,2%	60,5%	60,5%	50%	57,9%
Licenza media (N=66)	43,9%	62,1%	74,2%	75,8%	56,1%	69,7%
Diploma superiore) (N=111)	35,1%	60,3%	65,7%	69,3%	52,2%	67,5%
Laurea (N=34)	14,7%	50%	55,9%	47,1%	55,9%	58,8%

"Nuovi sintomi e bisogni della società post pandemica: il Pronto Soccorso e la visione del riparo"

Le elevati percentuali dell'erroneo utilizzo del Pronto Soccorso, soprattutto, hanno continuato a mantenersi tali a tutt'oggi e gestite comunque come urgenze-emergenze anche di tipo sociale, senza adeguati supporti e riferimenti, costringendo il più delle volte a ricoveri per la lunga attesa di posti letto dedicati alla cronicità/vulnerabilità, per il mancato contatto con il servizio delle "Dimissioni Protette", per l'assenza di un bridge con le istituzioni e/o associazioni in grado di sostenere "non solo" il paziente anziano fragile ma anche il "caso sociale". Questo processo assistenziale porta a una saturazione dei posti letto a discapito del paziente acuto costretto a una lunga attesa in Pronto Soccorso per mancanza di posto letto con tutti i rischi che ne derivano, a una diversificazione della spesa economica con dispersione di risorse e a perseverare nell'errore che tutte le cronicità necessitano di ospedalizzazione.

DISCUSSIONE

Dai risultati rilevati, il Pronto Soccorso sembra avere una mission dicotomica, sanitaria e sociale, e non più solo porta d'accesso all'ospedale ma “riparo” dentro il quale attendere una soluzione esaustiva.

Pertanto, per gli operatori l'aumento delle fragilità sociali o meglio della vulnerabilità, concomitante all'aumento degli accessi e delle nuove acuzie patologiche, non sono stati solo una percezione, l'abitudine a trattare un solo tipo di emergenza (vedi pazienti Covid pos) o l'incapacità di sostenere turnazioni difficili per un background di stanchezza e demotivazione, ma si è definito un nuovo e dirompente contesto che ha contribuito a rendere difficile la gestione del paziente stesso, per una logistica ancora organizzata in percorsi “sporco e pulito”, per mancanza di posti letto, impossibilità di link diretti sul territorio per allocare il paziente nel posto giusto - iter burocratici troppo lunghi per ricoveri di sollievo dall'area di emergenza-urgenza, difficile rapporto con il fine vita per la mancanza e/o lo scorretto utilizzo delle risorse del territorio - e, al contempo, la necessità di guardare il paziente/cittadino nella sua globalità e fornire una risposta appropriata.

Rispondere alla domanda di salute della popolazione significa mettere in atto tutte quelle strategie e tutti quei comportamenti volti ad offrire il miglior servizio possibile sia in termini di conoscenze tecnico/scientifiche, sia in termini di qualità percepita, che di gestione delle risorse umane e non nell'ottica di un sempre maggior contenimento della spesa volto ad offrire il miglior servizio possibile con un'ottimizzazione delle risorse disponibili.

Per il ripensamento delle cure, il baricentro deve spostarsi dall'ospedale, deputato al trattamento delle patologie acute, al territorio, che invece può e dovrebbe prendere in carico la gestione delle cronicità e delle fragilità sociali. Pertanto il bisogno del cittadino deve essere valutato nella sua globalità considerando le dimensioni biologica, psicologica e sociale.

Il benessere è determinato da una svariata moltitudine di componenti, strettamente legate ed interdipendenti l'una dall'altra, tutte fondamentali per il raggiungimento di un pieno stato di salute.

Le azioni da attuare per rispondere alle domande dei cittadini sono molteplici e si situano su una pluralità di livelli: dall'incentivazione di una cultura della sanità attraverso azioni di alfabetizzazione sanitaria, attività di informazione in materia di prevenzione secondaria e terziaria, creazione di una rete di supporto che sia in grado di costruire ponti tra le istituzioni che sono chiamate a rispondere ai bisogni e alle necessità della popolazione.

PROPOSTA STRATEGIE DI INTERVENTO

Da questo quadro emerge che è necessario ripensare e strutturare un percorso dedicato che possa rispondere a tutte quelle situazioni più genericamente definite di "emergenza socio-assistenziale", previo il dato clinico, attivando, a monte di questa "corsia prioritaria di presa in carico", una rete composta da una pluralità di interlocutori che siano in grado di rispondere alla domanda di salute.

L'Ospedale e il Territorio

Pronto Soccorso e Triage

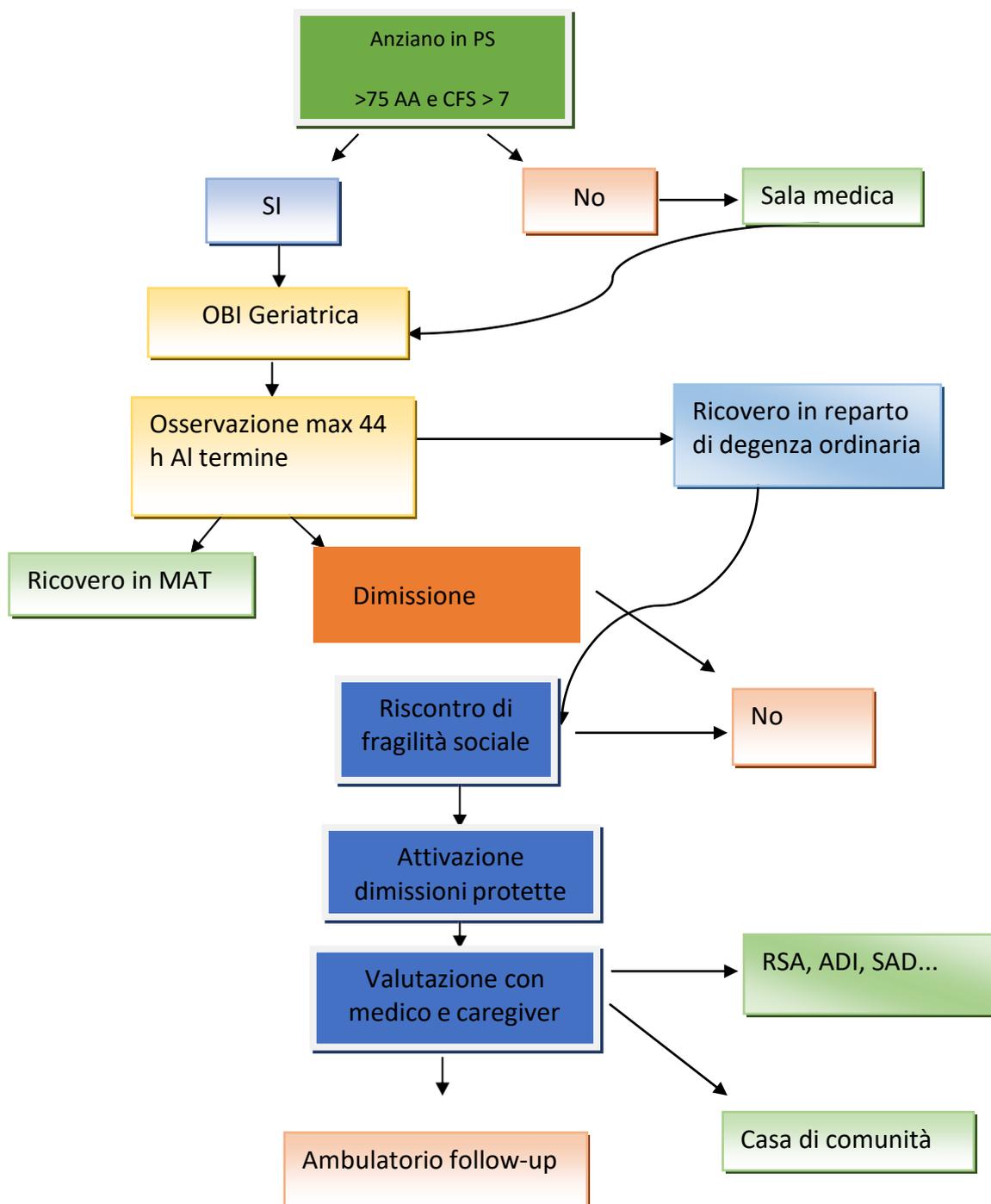
Definizione e attribuzione di un codice prioritario che coniughi l'emergenza clinica a quella sociale.

Pertanto, l'operatore di triage deve essere adeguatamente formato nell'identificazione di situazioni di interesse socioassistenziale, attraverso domande mirate volte ad indagare la situazione familiare, sociale e ambientale del paziente (es. giunto da solo e/o in ambulanza; accompagnato da badante\coniuge\ parente; parenti irreperibili o non residenti nel comune di appartenenza; rifiuto dei parenti all'assistenza; povertà culturale; trascuratezza nell'igiene e nel vestire; segnalazione da parte dei servizi territoriali). Valutare il numero dei precedenti accessi in Pronto Soccorso, la finestra temporale in cui sono avvenuti (frequent user?), richiedere una documentazione clinica e/o avvalersi del fascicolo sanitario, accertarsi sempre del medico di base a cui il paziente afferisce.

Valutazione medica

Dopo l'attribuzione del codice il paziente potrà essere ammesso, secondo percorso, in:

- Sala Medica (fino a 8 ore di permanenza second Linee Guida Ministeriali) dove il medico di guardia confermerà quanto rilevato a triage e, oltre a intraprendere l'iter diagnostico-terapeutico di pertinenza, comincerà a segnalare alle "Dimissioni protette" il caso. L'esito potrebbe essere anche la dimissione a domicilio con attivazione del MMG, dell'ADI e/o dell'infermiere di famiglia per il proseguimento delle cure.
- OBI (stanza delle fragilità dedicata) per un periodo maggiore di osservazione, oppure in attesa di posto letto in Medicina ad Alto Turnover (MAT) o in degenza regolare. In questo caso, le dimissioni protette, precocemente attivate, potranno valutare il percorso più adatto al paziente: Cure Subacute, RSA di sollievo, Ospedale di Comunità, ADI, infermiere di famiglia, Casa di Comunità, assistente sociale del comune di appartenenza.



La funzione delle dimissioni protette risulta centrale nella gestione del percorso e bisognerà stabilire nuove regole di “ingaggio” che consentano di realizzare una sollecita presa in carico del paziente, attraverso l’adozione di strumenti comunicativi (database condivisi, software dedicati ecc). Sia la condizione clinica che sociale del paziente dovrà essere sempre dettagliatamente descritta al fine di conseguire la gestione migliore.

Dovrà essere sviluppata una particolare sensibilità nell’approccio e gestione dei seguenti casi:

"Nuovi sintomi e bisogni della società post pandemica: il Pronto Soccorso e la visione del riparo"

- vittime di maltrattamenti (vedi violenza domestica\sessuale) per le quali sarà necessario avvalersi della rete già esistente sul territorio (Rete Artemide: è una rete interistituzionale integrata, fortemente voluta e realizzata grazie alla collaborazione dei cinque Ambiti di Monza Brianza a partire dal 2010. Gli Ambiti promuovono e attuano un sistema di collaborazione stabile e continuativo tra Istituzioni, Soggetti del terzo settore e altre Organizzazioni, variamente impegnati a contrastare la violenza di genere, attraverso obiettivi prioritari di intervento comuni e modalità operative trasversali condivise e coerenti tra loro.) anche attraverso la mediazione di uno psicologo presente in Pronto Soccorso.
- pazienti noti per autismo e gestiti con personale formato al fine di riconoscere il vero motivo di accesso in Pronto Soccorso e non confondere stereotipie e disagio con problemi di natura psichiatrica, rimandando gli stessi presso gli ambulatori del progetto DAMA.
- fine vita, con attivazione della Rete Hospice del territorio, tutelando il paziente e il familiare in attesa di posto letto, in una stanza singola del Pronto Soccorso.

Il Comune

Il Comune è l'istituzione di riferimento del cittadino, in particolar modo, per i casi di fragilità l'assistente sociale, in collaborazione con il medico di medicina generale e le istituzioni preposte, si occupa di fare una valutazione e di prendere in carico la persona cercando di creare il percorso a questa più funzionale.

In un'ottica di ottimizzazione del percorso\processo, sarebbe opportuno attivare collaborazioni tra gli assistenti sociali e i referenti ospedalieri del Pronto Soccorso- Dimissioni Protette, per la discussione di casi e per la segnalazione di situazioni ad elevata criticità

- ricognizione dei casi presenti sul territorio e condivisione delle informazioni per i casi con elevata probabilità di ospedalizzazione o accesso ai dipartimenti di emergenza urgenza.
 - segnalazione da parte dei dipartimenti di emergenza urgenza dei casi di interesse sociale.
 - partecipazione a tavoli di lavoro per una condivisione delle linee generali di intervento (linee guida gestione caso, proposte per snellire al minimo la burocrazia, voucher sociale per locazione, spese sanitarie, acquisto dei beni di prima necessità ecc).
 - implementazione della dotazione organica degli assistenti sociali

Welfare e terzo settore

Abbiamo bisogno di una welfare society più che di un welfare state e di una sussidiarietà più avanzata rispetto a quella orizzontale finora praticata, che non è più sufficiente come la gestione della crisi pandemica ha dimostrato anche e proprio nell’ambito del sistema sanitario. Per costruire società resilienti che allontanino il vincolo di risorse scarse, è fondamentale ragionare in termini di qualità del vivere e di benessere multidimensionale individuale e collettivo e ripensare in tale prospettiva anche il sistema educativo. Questo deve puntare a far crescere una nuova generazione di cittadini responsabili, attenti al bene comune.

Il volontariato dovrebbe essere attivo nella gestione dei casi sociali nell’ambito dei bisogni quotidiani (spesa, trasporto, accompagnamento, conforto), relazionandosi sia con gli enti locali che con l’ospedale e il relativo territorio gestito: l’intercettazione della fragilità è interesse di tutti.

Un esempio da replicare è quello dell’associazione Mongolfiera di Firenze, nato durante la pandemia, nel realizzare un “Pronto Soccorso” in cui figure multidisciplinari (assistente sociale, psicologo, commercialista e avvocato), rispondevano al bisogno sociale dell’utente trovatosi in una realtà nuova e spesso problematica. Proviamo a pensare a chi, improvvisamente licenziato, ha dovuto far fronte a investimenti precedenti (es. mutuo casa, auto ecc.), alla gestione della famiglia con le relative richieste, senza avere un adeguato tessuto politico-economico-sociale a sostegno.

Anche le piccole e medie imprese, dovrebbero concorrere alla gestione delle fragilità, creando percorsi di formazione e introduzione nel mondo del lavoro senza considerare un limite d’età, eccetto quello pensionistico, ma utilizzando le esperienze acquisite dai singoli, dando la possibilità a chi della resilienza ha fatto una vita nuova e garantendo la possibilità di nuove tecnologie anche per quei lavori abbandonati e dimenticati, destinati a profughi e/o migranti.

Non si sta ai margini di una società, ma al centro.

CONCLUSIONI

La salute e il benessere sono condizionate dalla variabile socioassistenziale, la cui lettura deve essere precoce, per l'identificazione e sostenibilità del percorso adeguato soprattutto in post dimissione.

Questo consentirebbe una riduzione del consumo di risorse, altrimenti utilizzate in modo inappropriato (aumento del numero dei giorni di degenza anche per le complicanze intraospedaliere con consumo di farmaci e prestazioni specialistiche, riduzione della disponibilità dei posti letto per i pazienti acuti, frustrazione del personale, aumento del rischio clinico e dei contenziosi) e ridurrebbe i rientri in Pronto Soccorso, garantendo una efficienza organizzativa.

I percorsi proposti nel seguente Project Work sono in parte attuati presso il Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di Vimercate (Violenza Domestica, Adopoint, Autismo, Anziani) per la necessità di dare una risposta valida a un territorio molto vasto e eterogeneo.

La relazione con le Dimissioni Protette si è rinsaldata in virtù dei nuovi bisogni ma anche rinnovata, considerando come primo autore della richiesta proprio il Pronto Soccorso, escluso finora per l'esigenza di risposte immediate non sempre possibili.

In itinere l'elaborazione di un Pronto Soccorso Geriatrico per il quale sarebbe opportuno potenziare il numero di posti letto delle cure subacute e delle riabilitazione al fine di evitare ricoveri impropri in area acuta e la possibilità di rilevare, nelle unità operative a cui afferiscono i pazienti ricoverati, quali sono le variabili che rallentano una dimissione e quali sono i processi da elaborare per creare percorsi di degenza brevi con una prosecuzione delle cure sul territorio (ADI, infermiere di famiglia, CdC, OdC).

Il progetto, che vorrebbe una realizzazione in un anno circa, ha l'ambizione di mettere in comunicazione una serie di figure istituzionali e non, attraverso un network elaborato, proattivo e condiviso nelle strategie da attuare, che abbia come unico fine la visione globale del cittadino\paziente, dal suo benessere all'integrazione sociale.

BIBLIOGRAFIA

Consulta scientifica del Cortile dei Gentili. Caporale, Cinzia and Pirni, Alberto, eds. (2020). “Pandemia e Resilienza” Persona, comunità e modelli di sviluppo dopo il Covid-19. Cnr Edizioni, Roma. ISBN 978 88 8080 390 4

Durand AC, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P, Sambuc R. ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *Am J Emerg Med.* 2011 Mar;29(3):333-45. doi: 10.1016/j.ajem.2010.01.003

Fried LP, tangent CM, Walston J et al, “Frailty in older adults” *BMJ* 2004

Giostra, F., Mirarchi, M. G., Farina, G., Paolillo, C., Sepe, C., Benedusi, F., Bellone, A., Ghiadoni, L., Barbieri, G., Santini, M., Guido, G., Riccardi, A., Lerza, R., & Coen, D. (2021). Impact of COVID-19 pandemic and lockdown on emergency room access in Northern and Central Italy. *Emergency Care Journal*, 17(2). <https://doi.org/10.4081/ecj.2021.9705>

Laudisio A, Marzetti E, Franceschi F, Bernabei R, Zuccalà G. Disability is associated with emergency room visits in the elderly: a population-based study. *Aging Clin Exp Res.* 2015 Oct;27(5):663-71. doi: 10.1007/s40520-015-0324-5].

Stenholm S, Westerlund H, Head J, Hyde M, Kawachi I, Pentti J, Kivimäki M, Vahtera J. Comorbidity and functional trajectories from midlife to old age: the Health and Retirement Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2015 Mar;70(3):332-8. doi: 10.1093/gerona/glu113

