

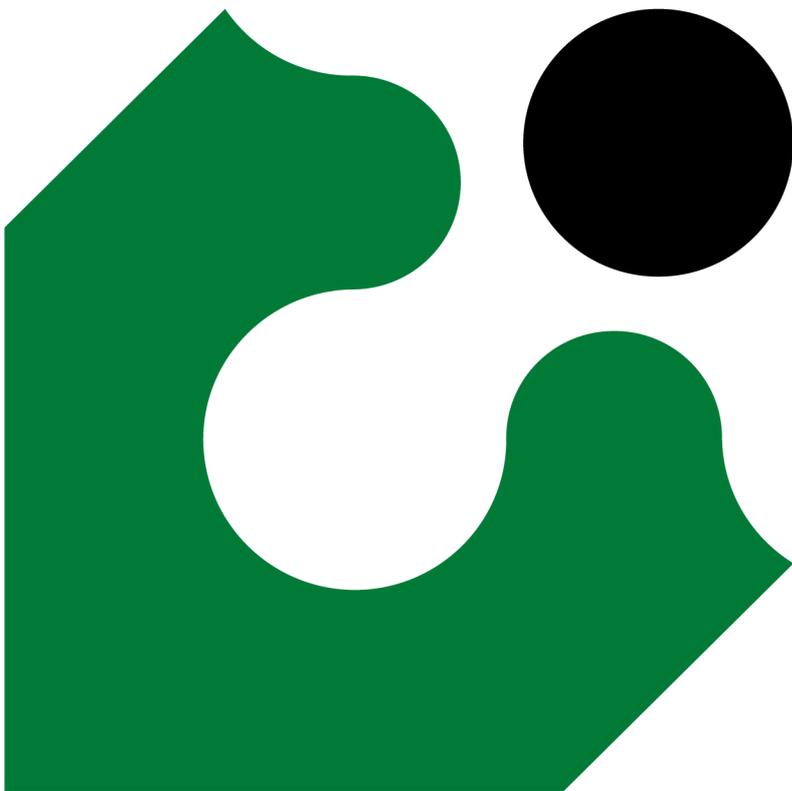
**Chiusura del PS di un Ospedale Spoke, sito in
zona disagiata, per un servizio di
urgenza/emergenza più efficace
per la Comunità.**

Ernesto Anesi

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

2021/2022

Codice corso UNIMI 2101/BE



| | |
|--|----|
| INTRODUZIONE | 3 |
| L'evoluzione storica della Medicina Italiana | 3 |
| La Medicina di Pronto Soccorso..... | 3 |
| L'attualità del Pronto Soccorso | 7 |
| L'accesso improprio e Il sovraffollamento | 7 |
| I Pronto Soccorso non sono tutti uguali | 9 |
| IL NOSTRO PROGETTO WORK | 11 |
| Esperienza degli ultimi anni in Lomellina | 12 |
| Descrizione del progetto | 16 |
| La sostenibilità economica | 17 |
| Discussione | 18 |
| Conclusioni..... | 21 |
| Riferimenti e bibliografia | 22 |

INTRODUZIONE

L'evoluzione storica della Medicina Italiana

La Medicina di Pronto Soccorso

Le strutture sanitarie solitamente poste alla porta degli Ospedali che accolgono il paziente con bisogni di cura urgenti vengono chiamati "pronto soccorso". Tuttavia, spesso l'utente che vi accede ha la giusta sensazione di non ricevere un servizio sufficientemente tempestivo ("pronto"). Inoltre, a volte la struttura non è in grado di erogare l'adeguato livello di "soccorso" che invece serve al cittadino che vi accede o a cui viene riferito. Frequentemente i piccoli Pronto Soccorso (PS) offrono mediamente prestazioni più tempestive (pronte) ma spesso difettano nella qualità delle loro prestazioni (soccorso). Questo, quasi sempre non per carenze del personale che vi opera ma per reale inadeguatezza delle possibilità di diagnosi e cura dell'Ospedale in cui sono collocati. Il contrario succede più frequentemente nei PS dei grandi Ospedali dove il livello di cura solitamente è qualitativamente più elevato ma l'ascolto dei bisogni minori dei cittadini è sicuramente meno pronto.

La definizione di pronto soccorso rappresenta quindi a volte una situazione intrinsecamente ossimorica rispetto al nome che normalmente in Italia viene dato alla struttura ospedaliera dedicata alla valutazione ed alla cura delle situazioni urgenti. Andrea Vannucci, nella prefazione di un documento dell'Agenzia Regionale di Sanità della Regione Toscana che analizza il processo di pronto soccorso [[Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, n° 94 giugno 2017](#)], scrive che "è raro osservare come un aggettivo e un sostantivo "pronto soccorso" descrivano contemporaneamente una finalità, una modalità di lavoro, una filosofia di organizzazione e un luogo fisico". Purtroppo, come abbiamo sottolineato frequentemente il cittadino, spesso a ragione, non ne apprezza i benefici sino a patirne addirittura le inefficienze.

La storia

Sino alla metà del secolo scorso la maggior parte delle cure mediche venivano offerte al domicilio del paziente. Questo riguardava anche buona parte delle cure d'urgenza. I casi più complessi già allora venivano riferiti agli Ospedali ma qui venivano di solito gestiti direttamente all'interno dei reparti ospedalieri di degenza. Tuttavia, alla porta d'accesso degli Ospedali si sono progressivamente sviluppati luoghi fisici presidiati da personale infermieristico (nell'accezione allargata del termine). Qui i pazienti afferivano, ma spesso solo vi transitavano, per poi poter essere accettati nei reparti di degenza. Questa funzione di "porta" o meglio di "accettazione" (anche amministrativa) è stata una caratteristica per lungo tempo compresa anche nella stessa definizione di questi luoghi: "Pronto Soccorso ed Accettazione". La componente di "Soccorso" era spesso limitata ad interventi relativi alla presa in carico di alcune situazioni traumatologiche tra cui possiamo citare, come esempio paradigmatico, la sutura di ferite. Questi "Pronto Soccorso" non erano nemmeno presidiati da un medico dedicato ma a turno dai reparti veniva chiamato un medico per valutare i pazienti, non sempre per intervenire direttamente ma soprattutto al fine principale di definirne la destinazione. Il DPR 128/1969, ha previsto per la prima volta un organico autonomo di PS, almeno per quanto concerneva gli ospedali maggiori (allora denominati regionali e provinciali). La storia che segue il decreto è prevalentemente segnata da anni di immobilismo nei confronti dei montanti problemi dell'Emergenza-Urgenza, fino alla svolta dei primi anni '90 che ha il suo culmine nel DPR del 27/3/92 [Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992. ([GU Serie Generale n.114 del 17-05-1996](#))] con cui vengono delineate le basi del moderno Sistema di Emergenza sanitaria[[Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, n° 94 giugno 2017, DPR 128/1969, DPR del 27/3/92](#)].

Occorre tenere presente che il concetto di Medicina d'Emergenza è piuttosto recente. Sicuramente i fattori determinanti lo sviluppo del pronto soccorso e della medicina d'urgenza sono state le guerre. E' sui campi di battaglia che sono nati i concetti di soccorso d'urgenza. Ad esempio, la data in cui nacque il principio ispiratore della Croce Rossa viene fissata al 24 giugno 1859 sui campi della 2° guerra di indipendenza italiana. Quando nel corso della sanguinosa battaglia di San Martino e Solferino un giovane svizzero, Jean Henry Dunant, venuto ad incontrare per i suoi affari Napoleone III si trovò coinvolto in quel "terribile macello", aggravato dall'inesistenza della sanità militare. Dall'orribile spettacolo nacque in H. Dunant l'idea di creare una squadra di infermieri volontari preparati la cui opera potesse dare un apporto fondamentale alla sanità militare: la Croce Rossa. Dal Convegno di Ginevra del 1863 (26-29 ottobre) nacquero le società nazionali di Croce Rossa [<https://www.cri.it/storiaeprincipi>].

E' possibile fissare al 1968 la nascita della Medicina d'Emergenza anno in cui un piccolo gruppo di medici americani costituì l'ACEP (*American College of Emergency Physicians*), sulla base di due fondamentali acquisizioni. La prima consiste nel concetto di *golden hour*, secondo il quale il trattamento nei primi minuti influenza la mortalità e la morbilità dei malati gravemente compromessi come o più del successivo trattamento; ne deriva una seconda che vede la necessità di affidare la cura di tali malati a medici dedicati, i quali sentano questa specialità come il loro permanente interesse e ne assumano la responsabilità [E. BROOKE LERNER et al. - *The Golden Hour: Scientific Fact or Medical "Urban Legend"?* - *ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE* 2001; 8:758–760].

Tre sono state le tappe fondamentali dal punto di vista strettamente tecnico-scientifico per l'affermazione della ME:

- la defibrillazione esterna (1956);
- la ventilazione bocca a bocca (1958);
- il massaggio cardiaco a toracico chiuso (1960).

Il successo di queste misure rianimatorie, insieme ai progressi in anestesia cardiologia, chirurgia, dimostrò che situazioni cliniche ritenute incurabili erano recuperabili. Prima gli attacchi cardiaci e i traumi gravi, poi una vasta gamma di malattie (tossicologiche, psichiatriche, infettive, respiratorie, ecc.) hanno iniziato ad affluire nei PS e si è inequivocabilmente dimostrato che, dove si è sviluppata la ME, l'esito delle malattie è migliorato.

Nasce il concetto di "patologia tempo-dipendente" e quindi la necessità di unificare anche spazialmente il luogo fisico dove farsi carico e questo luogo è stato trovato nei vecchi "Pronto Soccorso Accettazione". Nel contempo, per ottimizzare gli interventi nelle situazioni patologiche tempo-dipendenti si è sviluppata la rete dei soccorsi avanzati territoriali.

Negli Ospedali i Pronto Soccorso diventano quindi non più luoghi di passaggio ma reparti sanitari autonomi dove vengono riferiti e dove ricevono un trattamento tutti i pazienti che accedono agli Ospedali stessi non per situazioni elettive. I Pronto Soccorso vengono quindi progressivamente dotati di spazi attrezzature e personale autonomo, non solo infermieristico ma anche medico. I medici furono inizialmente di estrazione principalmente chirurgica, perché storicamente soprattutto di attenzioni chirurgiche o traumatologiche un tempo avevano bisogno i pazienti che vi accedevano non solo per transitarvi velocemente. Poi, nel momento in cui tutte le patologie d'urgenza hanno cominciato a ricevere qui la loro prima risposta, l'evidenza della preponderanza di patologie di ambito internistico ha fatto confluire medici dotati di queste competenze. Tuttavia, solo recentemente è stata posta l'esigenza di formare medici specializzati in Medicina d'Emergenza (ME). Il

Manifesto EUSEM (*European Society of Emergency Medicine*) del 1998 riconosce per la prima volta la necessità degli specialisti in ME. In esso si afferma che la direzione del DE deve essere di uno specialista e si propone una certificazione europea con un *curriculum* comune. Tale *curriculum* è stato stilato nel 2009 a cura dell'*EUSEM Task Force on curriculum*. Solo dal 2012 è specialità ufficiale della Unione europea (3/5 dei paesi hanno riconosciuto la ME come specialità), sia pure con ancora diverse modalità formative [[Eur J Emerg Med. 1998 Dec;5\(4\):389-90.](#)].

L'attualità del Pronto Soccorso

L'accesso improprio e Il sovraffollamento

Con il tempo il PS è diventato l'unico luogo dove i cittadini ritengono sia utile rivolgersi per qualsiasi bisogno di ascolto, diagnosi ed eventuale cura di ogni condizione patologica acuta. Infatti, già da tempo gli strumenti tecnologici di diagnosi e cura necessari in gran parte di tali situazioni hanno superato le capacità diagnostiche normalmente a disposizione nell'ambulatorio del MMG. E' chiaro che nelle situazioni di palese urgenza-emergenza il cittadino adeguatamente informato sa che è opportuno rivolgersi non certo direttamente al PS ma, utilizzando il numero unico dell'emergenza (112), richiedere prima ancora l'intervento del soccorso territoriale gestito nella nostra regione dall'Azienda Regionale di Emergenza Urgenza (AREU). Tuttavia, la quota di auto-presentazione ai PS italiani è decisamente superiore al numero di persone riferite dai servizi di emergenza territoriale.

La maggior parte dei cittadini accede direttamente al PS. Un'indagine eseguita in un Pronto Soccorso italiano pubblicata nel 2018 ha rilevato che il 63,7% dei cittadini non consultava il proprio medico prima di recarsi in PS. L'11,7 non conosceva gli orari del suo ambulatorio. Inoltre, il 47,5% del campione considerava il PS come l'unico luogo fornito degli strumenti idonei a risolvere il suo problema [[R. Lupo et al. - L'accesso improprio in Pronto Soccorso e analisi](#)

delle possibili cause: studio osservazionale. *Italian Journal of Emergency Medicine* - N° 3 Ottobre 2018].

La proporzione dei pazienti che si reca al Pronto Soccorso per problemi non urgenti è attestata tra le varie strutture tra il 9% ed il 54,1% negli USA, tra il 25,5% ed il 60% in Canada, tra il 19,6% ed il 40,9% in Europa. Tale variabilità è presente anche in Italia, come documentato da un'analisi descrittiva delle strutture e dell'organizzazione dell'emergenza condotta nel 2010 dalla Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza (SIMEU) che, a titolo esemplificativo, mostra una eterogeneità nella frequenza di codici bianchi relativi a un campione di 206 presidi ospedalieri con diversa configurazione organizzativa, che varia fino ad un massimo dell'80%, con valore medio nazionale di 24,18% (sud e isole 30,94%, centro 17,98%, nord 23,85%) [Bisconi G, Moirano F. - ASSISTENZA H24 E RIDUZIONE DEGLI ACCESSI IMPROPRI IN PRONTO SOCCORSO: EVIDENZE E INDIRIZZI - 11° Supplemento al numero 32 2013 di *Monitor – Trimestrale di AGENAS*].

Altre ricerche focalizzano come una quota rilevante di pazienti trovino prevalentemente nei Pronto Soccorso la risposta ai loro bisogni sanitari, nella maggior parte dei casi non di emergenza ma spesso nemmeno propriamente urgenti. Una ricerca condotta in Francia da Stéphanie Gentile presso il Pronto soccorso dell'Hôpital la Conception di Marsiglia ha rilevato che il 78% degli utenti si è rivolto autonomamente al PS, solo un terzo (31,8%) ha consultato prima un MMG. Le principali ragioni addotte dai cittadini auto-presentatisi è stata la difficoltà di ottenere un appuntamento dal proprio MMG (22,3%), il fatto di avere dolore (68,5%) e la consapevolezza di trovare in PS disponibilità di diagnostica (per immagini e di laboratorio) e di prescrizioni terapeutiche (43,5%) [Gentile et al. *BMC Health Services Research* 2010, 10:66 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/66>].

I Pronto Soccorso non sono tutti uguali

Non raramente il cittadino che legge la scritta Pronto Soccorso sulla facciata di un Ospedale ha un'immediata sensazione di sicurezza. Nel tempo l'evoluzione tecnologica e della medicina specialistica ha purtroppo condizionato l'instaurarsi di differenze sostanziali tra i diversi PS. Tali disuguaglianze sono strettamente legate alle capacità di offerta sanitaria degli Ospedali e condizionano in modo sostanziale l'adeguatezza delle prestazioni degli stessi Pronto Soccorso. Un tempo la diffusione più capillare degli Ospedali sul territorio era giustificata non solo dalle difficoltà di comunicazione tra i diversi centri ma risultava anche maggiormente sostenibile perché le differenze tra i vari Ospedali sul territorio erano legate più alle loro dimensioni che a vere differenze di livello delle loro prestazioni. Progressivamente nel tempo questo non è stato più così. La capacità di diagnosi e terapia, anche nelle condizioni di urgenza-emergenza, è diventata sempre più dipendente non più dalle sole competenze del medico ma soprattutto dalla disponibilità di strumenti e tecnologie adeguate che non sono disponibili in modo capillare in tutti gli Ospedali e non sono nemmeno implementabili ovunque. E' così che i Pronto Soccorso dei piccoli Ospedali sono diventati progressivamente luoghi meno sicuri per i pazienti che hanno la necessità di provvedimenti terapeutici di adeguato livello in tempi rapidi. Il DM 70/2015 individua il livello minimo descrivendo l'Ospedale sede di Pronto Soccorso come una *"struttura organizzativa ospedaliera deputata ad effettuare in emergenza-urgenza stabilizzazione clinica, procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricovero oppure trasferimento urgente al DEA di livello superiore di cura, in continuità di assistenza, secondo protocolli concordati per patologia (es. reti assistenziali ad alta complessità). Devono essere presenti le discipline di Medicina interna, Chirurgia generale, Anestesia, Ortopedia e Servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità H/24 di Radiologia, Laboratorio, Emoteca"*. Questo livello minimo è immaginato per bacini di utenza di almeno 80.000 abitanti e con un numero

minimo di accessi pari ad almeno 20.000/anno. Diversi piccoli Ospedali non sono più in grado di garantire questa configurazione minima di attività. Lo stesso decreto descrive l'opportunità di riconvertire tali strutture da Ospedali per acuti in Ospedali per post-acuzie. I Pronto Soccorso, se presenti dovrebbero essere convertiti in Punti di Primo Intervento e mantenuti aperti per un periodo limitato nelle sole ore diurne. La chiusura dell'attività di Pronto Soccorso dovrebbe essere accompagnata da un'adeguata implementazione del sistema di soccorso territoriale [DECRETO 2 aprile 2015, n. 70].

IL NOSTRO PROGETTO WORK

Come si può procedere?

La strada corretta non sta certamente nell'incrementare l'attuale offerta di prestazioni di PS.

Inoltre, la necessità al contrario di porre un limite all'attuale eccesso di prestazioni nei PS è dettata non solo da opportunità clinico-organizzative ma soprattutto dalla mancanza di risorse. Questo deficit di risorse questa volta non riguarda solo quelle economiche ma è in primis condizionato dall'attuale drammatica carenza di medici specialisti.

Nel territorio della Provincia di Pavia che coincide con quello di ATS Pavia sono oggi presenti ben **8 punti di pronto soccorso** gestiti da 3 Aziende Sanitarie diverse:

- **1 DEA di 2° livello** (EAS) a Pavia gestito da Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo;
- **2 DEA di 1° livello** gestiti da ASST-Pavia a Vigevano ed a Voghera;
- **3 PS generali** gestiti 2 da ASST-Pavia a Broni-Stradella ed a Varzi, 1 gestito a Vigevano dall'Istituto Clinico Beato Matteo;
- **2 Punti di Primo Intervento (PPI)** gestiti a Mortara ed a Mede da ASST-Pavia chiusi con l'inizio dell'emergenza pandemica da Sars CoV-2 e non più riaperti.

Rispetto alle esigenze teoriche per la presa in carico delle reali urgenze-emergenze di una popolazione complessiva di circa 500.000 abitanti ed al numero reale di accessi per alcuni punti, l'offerta può essere considerata per certi aspetti eccessiva. E' evidente la dispersione di attività di pronto soccorso in alcuni piccoli Ospedali che oltre ad avere un utenza ben al di sotto dei limiti fissati sia dalla letteratura medica che dai più recenti decreti regolatori, non sono sempre in grado di garantire il minimo livello di risposta necessario nelle reali urgenze anche non particolarmente complicate.

ASST Pavia ha iniziato un percorso di razionalizzazione dell'offerta sul territorio limitando progressivamente la presenza di attività di pronto soccorso laddove non più sostenibili dai numeri e dalle competenze non implementabili in loco e centralizzandola invece nei punti sostenibili. Tale strada è anche chiaramente indicata da norme nazionali vigenti [\[DM 70/2015\]](#).

Esperienza degli ultimi anni in Lomellina

. Questo territorio è una zona geografica triangolare definita da precisi limiti orografici (Fiume Ticino a Nord-Est, Fiume Sesia ad Ovest, Fiume PO a Sud) ed amministrativi (Città Metropolitana di Milano a Nord, Provincia di Novara della Regione Piemonte a Nord-Ovest, Provincia di Vercelli della Regione Piemonte a Sud-Ovest, Provincia di Alessandria della Regione Piemonte a Sud, territorio provinciale dell'Oltrepò a Sud, territorio provinciale del Pavese ad Est).

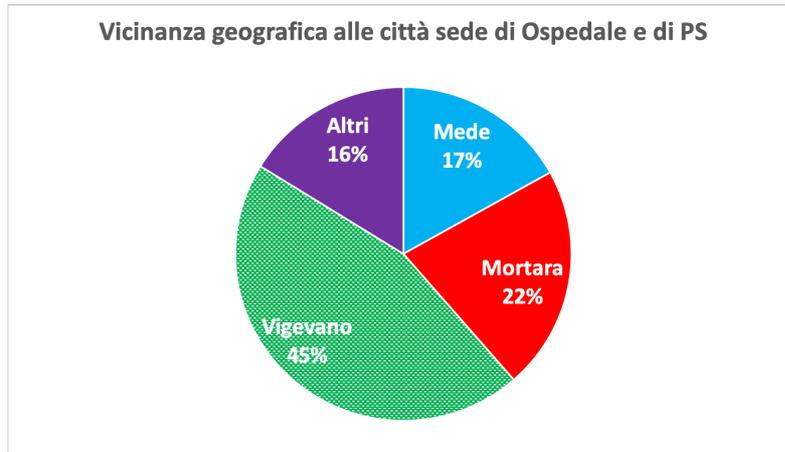
In questa area la popolazione residente è complessivamente di poco inferiore ai 200.000 abitanti.

In questo territorio vi sono 4 Ospedali attualmente tutti ancora dotati di attività di Pronto Soccorso:

Ospedale Civile di Vigevano (ASST-Pavia) con PS-DEA di 1° livello (oltre 40.000 accessi/anno), Istituto Clinico Beato Matteo di Vigevano (Gruppo San Donato) con PS (circa 20.000 accessi/anno), Ospedale Asilo Vittoria di Mortara (ASST-Pavia) con PPI aperto h12 nelle ore diurne (circa 6000 accessi/anno), Ospedale San Martino di Mede con PPI aperto h12 nelle ore diurne (con meno di 5.000 accessi/anno).

Nella successiva figura 5 viene rappresentata la distribuzione percentuale in termine di vicinanza geografica alle città sede di Ospedali e di attività di pronto soccorso. Si può osservare come una quota del 16% dei cittadini del territorio della Lomellina sia comunque più vicina ad Ospedali di altri territori (della nostra ASST o di altra Azienda, della nostra regione o di altra regione confinante).

Fig.5



Nell'ambito territoriale della Lomellina troviamo 3 Ospedali gestiti da ASST-Pavia:

Vigevano: Ospedale con reparti di:

Medicina con guardia h24, Nefrologia con letti tecnici in Medicina e servizio Dialisi h24, Cardiologia ed Unità Coronarica con sala di emodinamica e guardia h24, Chirurgia Generale con guardia chirurgica h24, Chirurgia Generale ad indirizzo Vascolare, Ortopedia, ORL, Ostetricia Ginecologia con punto nascita con guardia h24, Pediatria con guardia h24, Psichiatria, Radiologia con TAC e RMN e guardia h24, Laboratorio analisi con guardia h24 ed emoteca, reparto di Rianimazione con guardia h24. PS DEA di 1° livello con doppia guardia h24.

Mortara: Ospedale con reparti di:

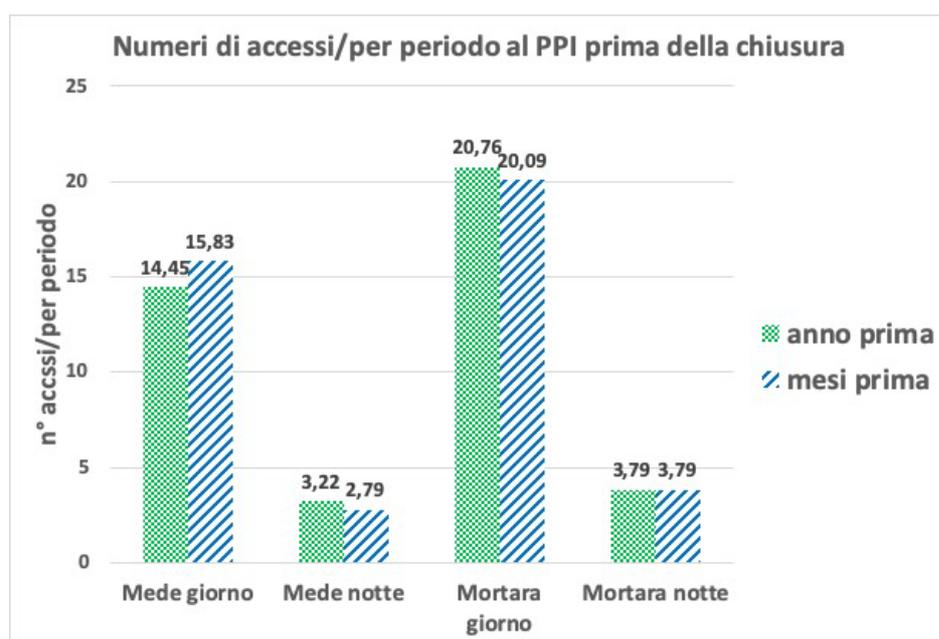
Medicina, Pneumologia, riabilitazione, Chirurgia Generale week-surgery (reparto aperto da lunedì a venerdì), Radiologia e Laboratorio solo in pronta disponibilità senza TAC, PPI aperto h12.

Mede: Ospedale con reparti di:

Medicina, Riabilitazione, Cure Palliative, Radiologia e laboratorio solo in pronta disponibilità senza TAC, PPI aperto h12.

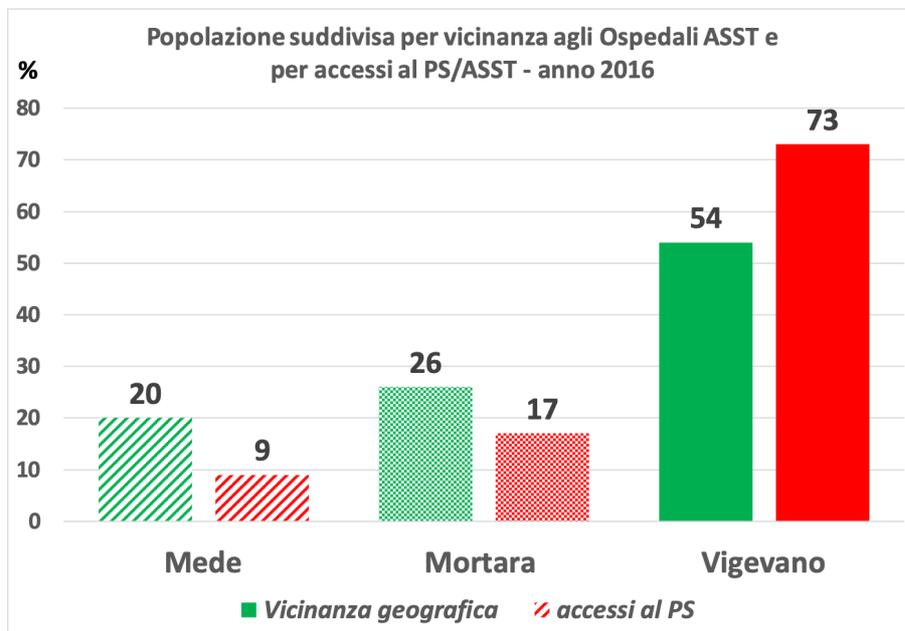
La configurazione generale dei 3 Ospedali rende evidente che la possibilità di risposta per bisogni urgenti anche di minore livello non è garantita negli Ospedali di Mede e di Mortara e quindi nemmeno nei Punti di Primo Intervento di questi nosocomi. La possibilità di implementare un livello di risposta più adeguato è improponibile non certo solo per ragioni economiche ma anche per la sola impossibilità di reperire personale specialista.

Fig. 6



La limitazione della loro attività, inizialmente alla sola diurna, è stato un primo passo necessario visto l'esiguo afflusso di pazienti nella fascia notturna (< 5/notte/Presidio). La chiusura anche diurna sarebbe una misura invece necessaria a garanzia dei cittadini che interpretando tali strutture come potenzialmente dotate di capacità di risposta adeguata vi accedessero (figura 6).

Nella successiva **figura 7** si vede chiaramente come vi sia un'evidente differenza tra la percentuale della popolazione che in teoria sarebbe geograficamente più vicina ai 3 Ospedali e la percentuale dei cittadini che si rivolgono ai singoli Pronto Soccorso. I dati si riferiscono al 2016, prima che l'attività del PPI di Mede fosse limitata a quella diurna e prima che il PS di Mortara fosse stato trasformato in PPI con successiva limitazione di attività alla sola diurna.

Fig. 7

Analizzando i dati si vede chiaramente come, non solo i cittadini ma anche il sistema di soccorso territoriale, già in precedenza avessero operato centralizzando su Vigevano le proprie preferenze.

Descrizione del progetto

Abbiamo voluto definire un progetto sperimentale nella zona della nostra Provincia chiamata Oltrepò Pavese e coinvolgente l'Ospedale SS Annunziata di Varzi .

In questa zona della Provincia di Pavia sono presenti un DEA di 1° livello rappresentato dal Pronto Soccorso di Voghera gestito da ASST Pavia e 2 PS Generali a Broni-Stradella e a Varzi, anch'essi gestiti da ASST Pavia.

L'Ospedale SS Annunziata è in zona montana a circa 600 m di altezza con una popolazione residente di 3207 persone con una densità per Km² 54,6 abitanti. Questo Ospedale al momento ospita una Medicina generale con 24 letti, un laboratorio di analisi h24 e una radiologia senza TAC e RM e il Pronto Soccorso. Il Pronto Soccorso dell'Ospedale Di Varzi, negli ultimi cinque anni ha avuto un media di 3300 accessi /anno pari a circa 10 accessi nelle 24 ore.

Per garantire un servizio h 24 sono impiegati giornalmente 2 medici con turno h12 , 2 infermieri e 2 OS.

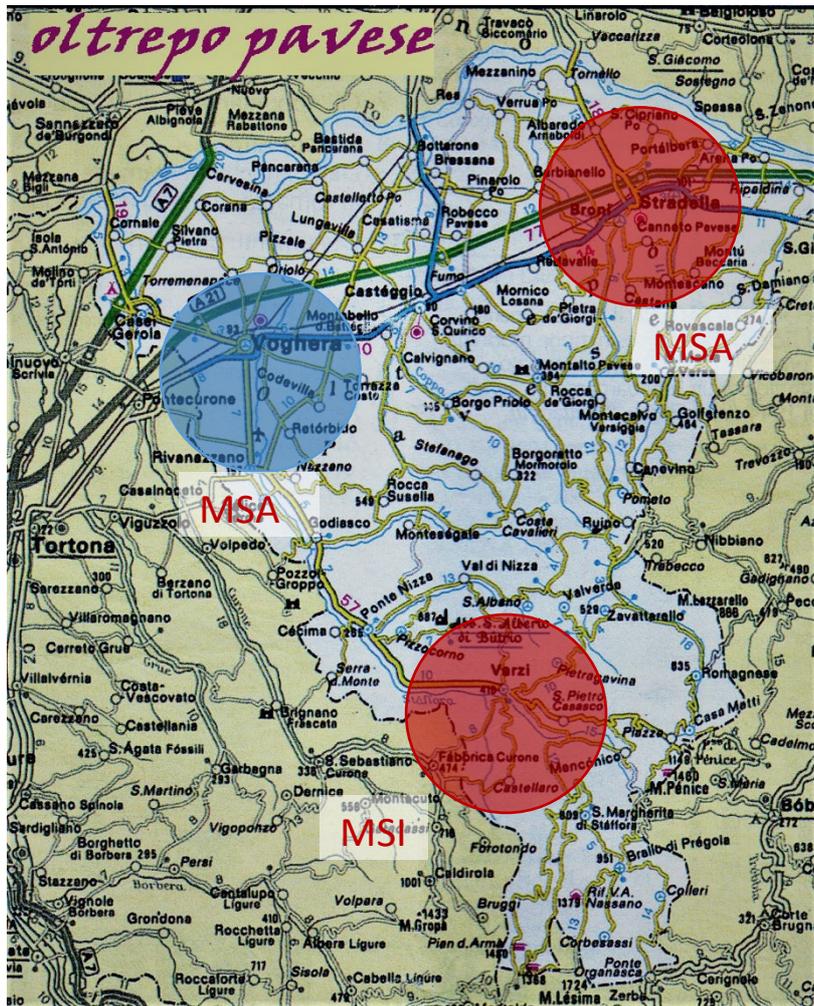
La chiusura del PS avverrebbe in due tempi passando attraverso un periodo di transizione nel quale il PS si trasformerebbe in PPI con attività diurna h12.

Come si può vedere in figura 8, in particolare nel territorio in esame, AREU ha organizzato la sua presenza con equipe di Soccorso Avanzato ha 24 a Voghera e 1 una equipe di soccorso avanzato h12 a Stradella.

Inoltre AREU garantisce la disponibilità di un equipe di soccorso avanzato su eliambulanza con tempi di volo medi <15'.

Nel nostro progetto la chiusura del PS Verrebbe accompagnato da una riorganizzazione della rete di AREU con posizionamento di un mezzo avanzato infermieristico proprio in prossimità dell'ospedale di Varzi.

Fig.8



La sostenibilità economica

La modifica organizzativa proposta comporta una redistribuzione delle risorse economiche secondo questa tabella .

| Personale | PS | AUTOINFIRMERISTICA | AUTOMEDICA |
|------------|-----------|--------------------|-------------|
| Medici | 350.000 € | | |
| Infermieri | 80000€ | | |
| OSS | 60000 € | | |
| Ausiliari | 60000€ | - | |
| TOTALE | 550.000€ | 600.000€ | 1.200.000 € |

Il costo dell'attività del PS che verrebbe a cessare a fronte dei costi dell'autoinfermieristica/ medica che verrebbe collocata in sua sostituzione. E' evidente che l'analisi proposta è indubbiamente parziale e meritevole di una più precisa e più dettagliata valutazione. Tuttavia, è altrettanto evidente come l'obiettivo principale del nostro progetto non sia certo il risparmio ma l'efficienza, l'efficacia e la sicurezza dei cittadini.

Discussione

L'evoluzione storica della Medicina Territoriale e della Medicina Ospedaliera ha portato ad un progressivo passaggio della presa in carico dei problemi acuti dei cittadini dal territorio verso gli Ospedali. Nel contempo lo sviluppo della medicina d'Urgenza ha portato da un lato ad una maggior efficienza della risposta sanitaria rispetto alle emergenze territoriali e dall'altro alla crescita dell'importanza del ruolo dei Pronto Soccorso Ospedalieri. Tali strutture sono diventate non più la porta di ingresso ("accettazione") degli Ospedali ma il luogo fisico in cui viene data risposta in acuto ai bisogni sanitari dei cittadini. Sempre di più tali bisogni non riguardano solo le situazioni più gravi ma anche qualsiasi bisogno sanitario non ordinario. Ciò ha portato, non solo in Italia, ad un sovra-utilizzo delle strutture di Pronto Soccorso e ad un cronico sovraffollamento delle stesse (crowding) [C.MORLEY ET AL].

Questo è più evidente nei Pronto Soccorso con maggior numero di accessi e lo è decisamente meno nei piccoli Pronto Soccorso e nei Punti di Primo Intervento delle realtà ospedaliere periferiche. Tuttavia, tali strutture mantengono sì una maggiore possibilità di ascolto nei confronti dei bisogni minori ma sono gravemente insufficienti invece nel caso in cui si presenti o vi venga riferito una persona con bisogni di cura d'emergenza non erogabili localmente.

Anche in virtù di tale dato la necessità di razionalizzare l'offerta delle prestazioni Ospedaliere è evidente.

La distribuzione territoriale delle prestazioni sanitarie dovrebbe essere guidata da una logica di appropriatezza e sostenibilità. Entrambe questi elementi di fatto spingono a concentrare l'offerta in centri di riferimento che non possono più essere distribuiti sul territorio con la stessa logica che nel secolo scorso ha suggerito la nascita di Ospedali di prossimità. Per quanto riguarda la medicina d'urgenza e di emergenza negli ultimi anni l'evento più significativo è stata la creazione della rete di soccorso professionale territoriale che si è sviluppata grazie all'istituzione del numero unico per l'emergenza sanitaria, un tempo 118 ed oggi superato dal NUE 112 [biblio 92 118].

In passato il soccorso territoriale era gestito esclusivamente da benemerite associazioni di soccorso quasi sempre scollegate tra di loro e non in connessione con la rete dell'emergenza ospedaliera.

Mentre si è sviluppata la rete dell'emergenza territoriale anche quella ospedaliera ha di fatto concentrato la propria attività crescendo negli Ospedali già presenti sul territorio con adeguate caratteristiche. Gli Ospedali maggiori si sono configurati centri di alta specialità dove sono stati creati Dipartimenti di **Emergenza di Alta Specialità (EAS)** che sono diventati, per bacini di utenza > 1.200.000 abitanti, riferimento per tutte le situazioni patologiche di emergenza più impegnative, ad esempio: tutte le specialità chirurgiche, i traumi maggiori, l'emergenza pediatrica, etc. Per bacini di utenza più limitati, circa 600.000 abitanti, gli Ospedali dotati almeno di specialità mediche e chirurgiche non solo generali ma anche nell'ambito cardio-vascolare, neurologico/neurochirurgico, materno infantile e di Terapia Intensiva hanno visto la trasformazione dei loro PS in Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione (**DEA di 2° livello**). Queste 2 tipologie di Ospedali caratterizzati come EAS e DEA di 2° livello sono diventati centri di riferimento regionali per le emergenze. Qui vengono centralizzati i pazienti più critici possibilmente direttamente dal territorio (grazie al sistema del soccorso territoriale 112).

Vi sono poi altri Ospedali sufficientemente attrezzati per dare una prima risposta alle situazioni cliniche anche di emergenza-urgenza.

Sono Ospedali dotati almeno di reparti di Medicina e Chirurgia generale, Cardiologia ed Unità Coronarica con sala di emodinamica, Pediatria, Ortopedia, Neurologia con Stroke Unit, Ostetricia e Ginecologia, Terapia Intensiva, radiologia con diagnostica avanzata, laboratorio analisi ed emoteca. Questi Ospedali che hanno un adeguato numero di medici in servizio attivo anche di guardia, di un minimo livello di capacità tecnologiche di diagnosi e di cura (ad esempio sale operatorie per le urgenze e diagnostica avanzata), possono trattare un buon numero di situazioni di urgenza e di emergenza. In queste strutture, che generalmente servono un bacino d'utenza tra i 150-300.000 abitanti, sono collocati i Pronto Soccorso definiti **DEA di 1° livello** che hanno la capacità di garantire la stabilizzazione dei pazienti più critici per poi trattarli localmente od eventualmente procedere celermente a loro trasferimento protetto verso centri di riferimento specialistico nel caso in cui fosse necessario.

In Ospedali più piccoli (solitamente per bacini d'utenza di almeno 80.000 abitanti) in cui sono comunque attivi reparti di Medicina per acuti, Chirurgia generale, Ortopedia, dove vi è la possibilità di attività chirurgica d'urgenza, di diagnostica radiologica (anche avanzata) e di laboratorio h24, dove è prevista almeno anche una guardia anestesio-logico-rianimatoria h24, è possibile mantenere un'attività di Pronto Soccorso di base possibilmente sostenuta da un numero di accessi >20.000/anno.

Negli altri Ospedali di prossimità invece non è più possibile mantenere un'attività di Pronto Soccorso adeguata e sicura per i cittadini.

Conclusioni

Utilizzando criteri di appropriatezza clinica e di sicurezza è difficile non concordare con i provvedimenti che mirano ad interrompere l'attività di pronto soccorso, nelle forme in cui ancora oggi viene svolta, negli Ospedali non adeguati per sostenerla. Però nello stesso tempo, oltre a verificare ed eventualmente implementare un'adeguata rete di soccorsi avanzati territoriali ed ospedalieri, occorre accompagnare questa azione necessaria con provvedimenti che aiutino i cittadini ed i MMG nella presa in carico dei bisogni sanitari acuti ma non di emergenza/urgenza. Alcuni di questi bisogni vengono oggi soddisfatti ancora anche da questi piccoli PS/PPI periferici.

Riferimenti e bibliografia

1. ATTO DI INTESA TRA STATO E REGIONI DI APPROVAZIONE DELLE LINEE GUIDA SUL SISTEMA DI EMERGENZA SANITARIA IN APPLICAZIONE DEL DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 27 MARZO 1992. (GU SERIE GENERALE N.114 DEL 17-05-1996)
2. BISSONI G, MOIRANO F. - ASSISTENZA H24 E RIDUZIONE DEGLI ACCESSI IMPROPRI IN PRONTO SOCCORSO: EVIDENZE ED - 11° SUPPLEMENTO AL NUMERO 32 2013 DI MONITOR – TRIMESTRALE DI AGENAS
3. BROKE LERNER ET AL. - THE GOLDEN HOUR: SCIENTIFIC FACT OR MEDICAL “URBAN LEGEND”? - ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE 2001; 8:758–760
4. CROCE ROSSA ITALIANA – STORIA E PRINCIPI ([HTTPS://WWW.CRI.IT/STORIAEPRINCIPI](https://www.cri.it/storiaeprincipi))
5. DECRETO 2 APRILE 2015, N. 70 REGOLAMENTO RECANTE DEFINIZIONE DEGLI STANDARD QUALITATIVI, STRUTTURALI, TECNOLOGICI E QUANTITATIVI RELATIVI ALL'ASSISTENZA OSPEDALIERA. (15G00084) (GU SERIE GENERALE N.127 DEL 04-06-201)
6. DECRETO LEGISLATIVO 19 GIUGNO 1999, N. 229 NORME PER LA RAZIONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, A NORMA DELL'ARTICOLO 1 DELLA LEGGE 30 NOVEMBRE 1998, N. 419. (GU SERIE GENERALE N.165 DEL 16-07-1999 - SUPPL. ORDINARIO N. 132)
7. DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N. 502 TESTO AGGIORNATO DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N. 502, RECANTE: "RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA, A NORMA DELL'ARTICOLO 1 DELLA LEGGE 23 OTTOBRE 1992, N. 421". (GU SERIE GENERALE N.4 DEL 07-01-1994 - SUPPL. ORDINARIO N. 3)
8. DOCUMENTI DELL'AGENZIA REGIONALE DI SANITÀ DELLA TOSCANA, N° 94 GIUGNO 2017, DPR 128/1969, DPR DEL 27/3/92
9. GENTILE ET AL. NONURGENT PATIENTS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT? A FRENCH FORMULA TO PREVENT MISUSE. BMC HEALTH SERV RES. 2010 MAR 15;10:66. DOI: 10.1186/1472-6963-10-66.
10. ISTAT - ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA- ANNUARIO STATISTICO ITALIANO - 1983, 1985, 1993
11. LEGGE 23 DICEMBRE 1978, N. 833 ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE. (GU SERIE GENERALE N.360 DEL 28-12-1978 - SUPPL. ORDINARIO)
12. LEGGE 29 GIUGNO 1977, N. 349 NORME TRANSITORIE PER IL TRASFERIMENTO ALLE REGIONI DELLE FUNZIONI GIÀ ESERCITATE DAGLI ENTI MUTUALISTICI E PER LA STIPULAZIONE DELLE CONVENZIONI UNICHE PER IL PERSONALE SANITARIO IN RELAZIONE ALLA RIFORMA SANITARIA. (GU SERIE GENERALE N.177 DEL 30-06-1977)
13. LEGGE 4 AGOSTO 1955, N. 692 ESTENSIONE DELL'ASSISTENZA DI MALATTIA AI PENSIONATI DI INVALIDITÀ E VECCHIAIA. (GU SERIE GENERALE N.189 DEL 18-08-1955)
14. LUPO R. ET AL. - L'ACCESSO IMPROPRIO IN PRONTO SOCCORSO E ANALISI DELLE POSSIBILI CAUSE: STUDIO OSSERVAZIONALE. ITALIAN JOURNAL OF EMERGENCY MEDICINE - N° 3 OTTOBRE 2018
15. MANIFESTO FOR EMERGENCY MEDICINE IN EUROPE. COUNCIL OF THE EUROPEAN SOCIETY FOR EMERGENCY MEDICINE. EUR J EMERG MED. 1998 DEC;5(4):389-90.
16. MINISTERO DELLA SANITÀ / DELLA SALUTE - ANNUARIO STATISTICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - 2008, 2013

17. MINISTERO DELLA SANITÀ / DELLA SALUTE - RAPPORTO ANNUALE SULL'ATTIVITÀ DI RICOVERO OSPEDALIERO - 2010, 2016
18. MINISTERO DELLA SANITÀ / DELLA SALUTE - RELAZIONE SULLO STATO SANITARIO DEL PAESE 1980, 1981-1983, 1984-1986, 1987, 1992-1994
19. MORLEY C. ET AL. EMERGENCY DEPARTMENT CROWDING: A SYSTEMATIC REVIEW OF CAUSES, CONSEQUENCES AND SOLUTIONS. PLOS ONE. 2018; 13(8): e0203316.
20. RAPPORTO SANITÀ 2018. A CURA DI: N.BUZZI, I. MOZZETTA - NEBO RICERCHE PA. REPERIBILE SU: WWW.PROGRAMMAZIONESANITARIA.IT