

## *Il Pronto Soccorso, problemi e prospettive* *Intervista a Franco Riccardini*

di Dario Pagano

“Halloween, notte di folli festeggiamenti, tre giovani finiscono al pronto soccorso per l’alcool”. “Auto esce di strada, una donna in gravi condizioni al pronto soccorso”. “Incidente sul lavoro: 56enne elitrasmportato al pronto soccorso. Le sue condizioni di salute classificate con un codice giallo, di media gravità, per un trauma da schiacciamento”.

Per i giornali, il pronto soccorso è il fornitore di notizie di cronaca per eccellenza. Alcune di queste ci strappano persino un sorriso: “Cuneo, cane morde una passante, denunciato proprietario. La donna, portata al pronto soccorso, è stata giudicata guaribile in pochi giorni”. Di rado ci lasciano indifferenti: “Incidente stradale in tangenziale: sbalzato fuori dall’auto finisce nella corsia di sorpasso. Un’ambulanza ha provveduto a stabilizzare il ferito e a trasportarlo presso il pronto soccorso, dove è stato ricoverato in prognosi riservata”. Alcune riescono perfino a stupirci e a indignarci: “Taranto, calci e pugni all’autista del 118 durante un soccorso per un incidente stradale.

Ad aggredire l’operatore i familiari di una tredicenne che pretendevano l’immediato trasporto della ragazza ferita in ospedale”. Altre, infine, danno il via a lunghe e dolorose polemiche: “Morta in attesa dell’ambulanza.

Fu dimessa dal pronto soccorso”.

In tutte queste eterogenee notizie c’è un identico punto di partenza, ossia la consapevolezza che i reparti di pronto soccorso rappresentino uno dei cardini della sanità pubblica in Italia, il primo servizio verso cui si indirizzano le persone che pensano di avere urgenti problemi di salute. Negli ultimi decenni si è registrato in Italia un costante aumento degli accessi nei Pronto soccorso ospedalieri: secondo l’Istat, nel corso del 2010 sono stati circa 22 milioni 403 mila e di questi circa il 15% si è trasformato in un ricovero ospedaliero; nel 2013 - dati Anaa - sono saliti a circa 24 milioni, con 240 mila codici rossi (1%), 4,3 milioni gialli (18%), quasi 16 milioni codici verdi (66%) e 3,6 milioni i bianchi (15%).

Franco Riccardini, medico chirurgo, specializzato in Medicina Interna e Cardiologia, dal 1989 è dipendente dall'Azienda Sanitaria Città della Salute e della Scienza di Torino presso la Struttura Complessa di Medicina di Urgenza e Pronto Soccorso: è il responsabile *Front Line* del Pronto Soccorso. A lui chiediamo di spiegarci che cosa è e, soprattutto, come dovrebbe essere organizzata una efficiente struttura di questo tipo.

**Dottor Riccardini, qual è stato il processo di evoluzione del pronto soccorso?**

“Negli ultimi venti anni, l'attività clinico assistenziale in pronto soccorso è passata da un modello gestionale “Admit to Work” (ricoverare rapidamente per poi effettuare diagnosi in reparto) a uno organizzativo “Work to Admit” (effettuare la diagnosi più completa possibile in pronto soccorso per poi ricoverare, se necessario, nel reparto più appropriato). L'implementazione di tale modello a livello nazionale ha avuto larga diffusione, facendone emergere i notevoli vantaggi dal punto di vista economico, soprattutto dopo la forte riduzione dei posti letto di degenza ordinaria degli ultimi anni. Questo fenomeno ha prodotto, all'interno dei Pronto soccorso, un aumento esponenziale delle attività clinico assistenziali decentralizzate nelle Unità di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.), dove vengono inviati casi con malattie che non hanno bisogno di ricovero immediato, bensì di terapia con osservazione per alcune ore e/o di un accertamento diagnostico”.

**Il termine triage è entrato ormai a far parte del nostro lessico e non solo per gli addetti ai lavori. Perché è così centrale?**

“Una delle peculiarità del processo clinico assistenziale dei pronto soccorso è proprio la fase del triage, ossia il momento in cui vengono definite le modalità di accoglienza, approccio e valutazione delle persone che vi si presentano. Il triage si identifica in un processo adatto a garantire l'omogeneità delle azioni assistenziali tramite la corretta allocazione delle risorse partendo da una valutazione della condizione clinico-assistenziale dei pazienti e del loro rischio evolutivo. L'esito di tale processo viene espresso con il riconoscimento di una priorità di trattamento che viene indicata attraverso l'attribuzione di una scala di codici colore (in ordine crescente: bianco, verde, giallo e rosso)”.

**Come possiamo riassumere gli scopi di questa attività di scelta della priorità degli interventi in base alla gravità dei pazienti?**

“I principali obiettivi del triage sono essenzialmente quelli di eseguire una rapida valutazione del bisogno di tutte le persone che si presentano al pronto soccorso; individuare rapidamente le priorità clinico assistenziali in base allo

stato di salute del paziente; garantire la corretta allocazione delle risorse in modo tale da favorire individualizzazione e umanizzazione dell'assistenza. La difficoltà nella selezione dei malati e delle malattie è aumentata negli anni simmetricamente con l'aumento dell'indice di vecchiaia e della comorbilità – ossia la presenza concomitante di più patologie diverse in uno stesso individuo - del grande anziano e la crescita dei tempi di degenza medi in pronto soccorso”.

**Il Pronto soccorso è sinonimo di prima linea d'intervento sanitario, diffuso capillarmente pressoché ovunque.**

“In Italia ne sono attivi 844, in cui lavorano 12 mila medici e 25 mila infermieri. Ogni anno gli accessi sono circa 24 milioni, ossia due milioni al mese, 67 mila al giorno, 2.800 all'ora, 45 al minuto, quasi uno ogni secondo. Nel 2016, nel Pronto soccorso generalista della Città della Salute e della Scienza di Torino, presidio Molinette, sono transitati 68 mila utenti, di cui 2,5% codici rossi, 33% gialli, 57% verdi e 7,5% codici bianchi”.

**Schematizzando, che cosa cercano i cittadini in un pronto soccorso? Quali sono le principali patologie che presentano?**

“Su tutti i pazienti totali, il 20% ha un problema sociale prevalente, ossia povertà, fragilità, maltrattamenti, solitudine, abbandono. Il fenomeno del disagio sociale, da sempre ben noto al pronto soccorso, non ha mai avuto un impatto così rilevante sulle strutture di emergenza ospedaliera come oggi. La problematica clinica più frequente (un terzo dei casi totali) è il trauma, categoria in cui rientrano ferite, ustioni, fratture, distorsioni, lesioni agli organi interni da incidenti stradali, sul lavoro, domestici, sportivi, aggressioni. Seguono le malattie tempo dipendenti, ossia quelle sindromi neurologiche acute (ictus cerebri), cardiologiche (infarto miocardico acuto) e infettive (shock settico) dove un precoce intervento terapeutico (in genere entro le prime quattro ore dall'esordio) riduce in modo significativo la mortalità e la morbilità (*in statistica, il numero dei casi di malattia registrati durante un periodo dato in rapporto al numero complessivo delle persone prese in esame, NdR*)”.

**Perché si parla con frequenza di sovraffollamento?**

“L'alta prevalenza di casi sociali oltre che sanitari è una delle cause del sempre più frequente sovraffollamento dei dipartimenti di emergenza ospedalieri, così come la presenza di un gran numero di codici con bassa priorità sanitaria (bianchi e verdi). Questi spesso celano casi di emergenza sociale e quindi presentano un bisogno importante a cui dare risposta, anche se non strettamente sanitario. Il sovraffollamento è dovuto anche al *boarding*, ossia

al tempo intercorso tra la decisione clinica del ricovero verso i reparti dell'ospedale, in costante *overbooking* per l'occupazione dei letti a disposizione legata alla difficoltà nella dimissione dei pazienti (scarsità di risorse sulle territorio per post acuzie), e l'effettivo ricovero”.

### **Che cosa si può fare per cercare di risolvere o almeno ridurre il problema?**

“Per tentare di risolvere il problema del sovraffollamento e dare una risposta ai crescenti bisogni sociali oltre che sanitari della popolazione è necessario cambiare l'organizzazione dei percorsi di cura fra territorio, pronto soccorso e altri reparti dell'ospedale. Innanzitutto, è essenziale creare una rete di servizi sul territorio che sia in grado di offrire alternative al ricorso all'ospedale per i casi meno gravi: enti e associazioni che, in stretta collaborazione con il pronto soccorso, prendano in carico i casi già visitati e seguiti in quella struttura. Si potrebbe così evitare il ricovero in ospedale utilizzando una dimissione “protetta”, un percorso che garantisce una continuità delle cure al di fuori dell'ospedale tramite una strategia globale per standardizzare gli interventi e renderne più efficiente l'organizzazione. Nello stesso momento, all'interno dell'ospedale risulta vincente l'organizzazione dell'emergenza in due aree e attività distinte e complementari: pronto soccorso e osservazione breve intensiva. Il pronto soccorso per l'accoglienza e per la prima visita; l'osservazione breve-intensiva, con letti e personale dedicato per una degenza breve, fino a 24-30 ore, che consenta di dimettere i pazienti in sicurezza dopo una prima fase di cura oppure di avviare percorsi di assistenza per pazienti fragili o con problematiche sociali. In questo contesto, la nostra Azienda ha anche attivato la figura del *Bed Manager* che coordina l'attività della gestione dei posti letto, soprattutto nelle situazioni più critiche. Il futuro dei nostri pronto soccorso sarà in definitiva nell'organizzazione per aree a diversa intensità di cura e non più per aree nosologiche di specialità. Una soluzione che può dare una risposta adeguata a molti problemi del nostro sistema sanitario e soprattutto ai bisogni sanitari e sociali dei cittadini”.

### **Quanto è importante una corretta educazione dei cittadini a un uso “corretto” di un Pronto soccorso?**

“A quanto ho appena detto si aggiunge in effetti il grave problema culturale degli accessi impropri, di casi a bassa complessità che dovrebbero rivolgersi alle cure territoriali. Un fenomeno che si può risolvere prevalentemente con la diffusione di una migliore educazione fra la popolazione a un corretto uso dei servizi sanitari. Queste variabili generanti il sovraffollamento sono spesso fonte di aggressioni fisiche e verbali, da parte di familiari o di pazienti, nei

confronti del personale sanitario e aumentano il rischio di errore nelle pratiche clinico-assistenziali. L'*overcrowding* non deve essere visto come tempo di attesa, ma come diretta conseguenza del cresciuto tempo di attesa. Il tempo di attesa (per esempio, il tempo trascorso in barella), aumentando giorno dopo giorno, crea un sovraffollamento che assorbe risorse e non consente più di prendere in carico in tempi accettabili i nuovi casi che si presentano e, allo stesso tempo, aumento il rischio di errore all'interno delle attività lavorative. Negli ultimi anni, l'*overcrowding* è diventato un fenomeno noto e strutturato in tutti i Pronto soccorso nazionali. Basti pensare che, secondo una ricerca nazionale pubblicata nel 2016 dalla Fondazione Gimbe, in Italia nessuno dei Pronto soccorso oggetto di analisi rispettava gli standard internazionali medi di degenza identificati come intervallo di tempo che va da quattro a un massimo di sei ore di degenza”.

### **Quale prospettive dunque per la struttura in Italia?**

“A mio avviso il loro futuro nei processi lavorativi, affinché si garantisca un adeguato standard di performance sanitaria in termini di efficacia ed efficienza all'utenza, non può prescindere da un lavoro sinergico con il territorio, da un'adeguata e capillare campagna di educazione sull'utilizzo e finalità del servizio, da una modulazione dell'organizzazione di lavoro per intensità e complessità di cura e non più per area specialistica. In conclusione, il Pronto soccorso non è la risposta a tutto, soprattutto in relazione a problematiche socio assistenziali. Anzi, la permanenza in una struttura di pronto soccorso può solo aggravare o sviluppare la sindrome da delirio. Molte volte è difficile farlo capire e alcune volte non c'è nessuno a cui farlo capire.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità un anno fa dichiarava che la prossima epidemia non sarà rappresentata da una nuova forma di Ebola, ma da come sarà gestita la vecchiaia in tutte le sue forme. Il Pronto soccorso è fin d'ora la miglior prova concreta di come si stia medicalizzando questo problema”.