

Pronto soccorso o soccorsi pronti

Gli articoli della “grande stampa” di queste ultime settimane di febbraio mettono in evidenza problemi reali e attuali ma in una prospettiva “antica”, nel senso che siamo in un momento di grande trasformazione del sistema italiano. I malati cronici e l’invecchiamento della popolazione costringono ogni sistema a rimodulare l’assetto organizzativo territoriale anche se con notevoli difficoltà, dato il momento di crisi generale. D’altra parte le malattie croniche hanno sostituito quelle acute come problema dominante per la salute, essendo la causa principale di uso dei servizi, consumando il 78% dell’intera spesa sanitaria.

Hanno cambiato il ruolo del medico (di famiglia) che, da “unico” gestore della cura, diventa membro di un team multiprofessionale, in grado di elaborare il piano di cura e di assistenza, che tenga conto della molteplicità dei bisogni, così come di garantire la continuità dell’assistenza.

Hanno cambiato il ruolo del paziente che, da soggetto passivo diventa protagonista attivo della gestione del proprio stato di salute, assumendo comportamenti e stili di vita adeguati.

Il medico di famiglia non può più lavorare attraverso interventi “puntuali e tra loro sordinati”, ma ha bisogno di chiedersi e di sapere, per esempio, quanti sono i pazienti con particolari patologie, le loro comorbilità, come essi sono trattati, se hanno raggiunto determinati obiettivi di salute, se hanno criticità gestionali (e quindi se corrono particolari rischi clinici) e tra essi quali sottogruppi

generano costi elevati e/o comprimibili con una migliore strategia assistenziale.

Sappiamo da analisi svolte in realtà territoriali differenti (Modena, Roma, Firenze) che:

1. l’assegnazione del codice colore in ingresso sembra essere molto variabile in relazione a:
 - valutazione individuale dell’infermiere di triage;
 - variabilità organizzativa e gestionale dei diversi ospedali;
 - mancanza di una lista unitaria per tutti gli ospedali di patologie/problemi con un corrispettivo codice-colore/gravità;
2. la maggior parte dei cittadini in attesa di visita presso un PS interrogati esprime un giudizio positivo nei riguardi del proprio medico di medicina generale (MMG), sia in termini *organizzativi* (modalità ambulatoriali, orari) che *relazionali* e tuttavia per il problema/disturbo/malessere/malattia che lo ha condotto al Pronto Soccorso (PS) non ha pensato né di contattare il proprio medico di famiglia (che in quell’ora era in ambulatorio) né pensa che sarebbe stato per lui utile andare in ambulatorio.

D’altra parte non sembra che il fattore che induce all’accesso in PS si esaurisca soltanto in un’elevata urgenza percepita, aggiungendosi anche la necessità di avere risposte in tempi “brevi” e da personale ritenuta “esperto” che il PS fornisce per mezzo di strumenti tecnologici.

- ... *li mi fanno i Rx per questa brutta tosse,*
- ... *sarà un calcolo ... l’urologo specialista mi fa una ECO,*
- ... *questo strano mal di testa ... stai a vedere ... una TAC*
- ... *questa caviglia gonfia ... come faccio a lavorare ... stai a vedere che è rotta ...*
- ... *sempre meglio un altro parere medico ...*

Il paziente medio, che si reca in PS con problemi non urgenti e quindi potenzialmente di pertinenza del MMG, è diverso dal paziente medio che va dal MMG (M.S. Padula, O. Capelli, G. Ugolini, Modena).

Emerge forte la necessità/priorità di insegnare/educare il cittadino sui percorsi di cura e di lavorare sull’efficienza delle liste d’attesa per prestazioni.

Nell’ambito delle cure primarie, la figura infermieristica sta diventando sempre più rilevante, soprattutto per le complesse modalità organizzative necessarie per la gestione delle malattie croniche. Tali condizioni richiedono, infatti, l’individuazione di percorsi prevedibili della storia naturale e quindi un approccio programmato, secondo una logica prevalentemente prognostica e preventiva, anziché sintomatica e attendista, come accade abitualmente.

Comunque nessuno ha mai dimostrato che una maggiore disponibilità oraria dei MMG determini una riduzione di accessi al PS (si aumenta solo il contatto dei soliti “attenders e il tassametro gira”).