

Claudia Lamanna, Elisa Trastulli

SIMGiovani, Terni

FORUM

Accessi impropri al Pronto Soccorso e H24. L'opinione di due medici in formazione

SIMGiovani

Negli ultimi tempi si è ampiamente discusso di come si potrebbe rinnovare il sistema sanitario in relazione alle nuove esigenze mediche della popolazione, soprattutto per l'incremento delle patologie croniche. È fuor di dubbio che il sistema sanitario necessita di una riorganizzazione sia a livello ospedaliero sia in quello territoriale, nell'ambito dell'acuzie come della cronicità. L'incremento della patologia cronica non si è associato a una diminuzione degli accessi ai luoghi di cura per patologie acute, come si potrebbe immaginare, ma al contrario a un incremento di questi ultimi. Spesso gli accessi impropri al Pronto Soccorso (PS) sono legati a una mal gestione di patologie croniche a livello territoriale o comunque a una convinzione illusoria da parte degli utenti di poter aver risposte rapide ed efficaci ai più svariati problemi.

Come si evince da uno degli ultimi articoli pubblicati su questa rivista, sempre più si dovrebbe tendere alla gestione territoriale della cura del paziente. In parte questo cambiamento si sta già concretizzando: le malattie croniche stanno cambiando il ruolo del medico di famiglia, che, da unico gestore della cura, diventa "regista" dell'equipe medica territoriale garantendo così la continuità dell'assistenza.

Noi medici in formazione come possiamo adattarci a questi cambiamenti? Come si modificherà la Medicina Generale? È chiaro che siamo interessati in prima persona a queste problematiche poiché si stanno

trattando temi che forse determineranno i presupposti per la nascita di una nuova organizzazione sanitaria.

In tale contesto, da qualche tempo si è sviluppato un dibattito riguardante i cosiddetti accessi impropri al PS, il ruolo del medico di famiglia, la possibilità di incrementare i fondi destinati alla rete territoriale, le riforme da applicare in ambito sanitario.

Focalizzando l'attenzione su un aspetto ampiamente discusso, anche dai media (gli accessi impropri al PS) abbiamo cercato di approfondire l'argomento e di provare a fare alcune considerazioni.

I dati ministeriali ci dicono che i PS italiani effettuano circa 47.000 accessi annui, 80% tra codici bianchi e verdi, i cosiddetti accessi impropri.

A tal proposito il Presidente SIMG Cricelli pubblica una risposta a seguito del caos PS negando che il boom di accessi a tale servizio sia legato a inefficienza e irresponsabilità dei MMG. Dall'ultimo rapporto Health Search emerge infatti che il MMG effettua in media circa 30 visite al dì. Da questo dato possiamo evincere il numero complessivo delle visite medie di tutti i MMG italiani, che sarebbe di circa 376 milioni/anno. Pertanto, anche se si dovessero intercettare gran parte dei codici bianchi e verdi, si tratterebbe di un aggravio irrisorio rispetto a quello abituale: un solo paziente in più al giorno da visitare per ogni medico!!

"(..) Si accomodino, verrebbe da dire, non

ce ne accorgeremmo neppure, al massimo ci vorrà un'altra sedia in sala d'attesa!" (M. Tombesi).

Ammesso che possa trattarsi di una soluzione, i medici di famiglia sarebbero pronti a incrementare e migliorare l'assistenza territoriale per cercare di ridurre il sovrappollamento del PS, ma a tal fine sarebbe necessario incrementare le risorse umane e finanziarie indirizzate verso le cure primarie. Si risolverebbe realmente il problema solo incrementando le risorse territoriali e della medicina generale? O forse alla base del sovrappollamento ci può essere una motivazione più complessa?

L'analisi dei dati e delle valutazioni effettuate circa gli accessi impropri alla struttura di pronto Soccorso richiede un attento esame di tutte le variabili possibili. Sono stati redatti studi in merito e il *primum movens* a spingere la popolazione sembrerebbe legato a fattori socio-culturali.

La maggior parte dei soggetti ha una percezione erronea di gravità, urgenza o rischio e ritiene che le proprie problematiche siano valutabili solo in PS; spesso il MMG non viene neanche contattato. Oltre che dall'"abbattimento" delle liste d'attesa, il paziente sembrerebbe attratto e assicurato da una struttura dotata di alta tecnologia e apparecchiature sofisticate.

In questi ultimi mesi si è discusso circa la possibilità di ridurre il fenomeno degli accessi impropri, incrementando le ore di attività della medicina generale. A cosa ser-

virebbe una maggiore fruibilità dell'ambulatorio di MMG, in termini di orario e apertura nei giorni festivi, se tanto il problema non sarebbe legato alla difficoltà nella reperibilità del medico?

In effetti durante l'attività ambulatoriale della medicina generale non sembra che gli accessi al PS si riducano drasticamente. Il massimo degli accessi al PS viene riscontrato il lunedì mattina, quando è accertata una apertura ubiquitaria di tutti gli studi medici.

Nessuno ha mai dimostrato che una maggiore disponibilità oraria dei MMG determini una riduzione di accessi al PS ed è del tutto inverosimile che ciò possa accadere.

Forse una sorta di "ricondizionamento educativo della cittadinanza" potrebbe contenere gli accessi.

L'ipotesi di un h24 assimila la figura del medico di famiglia a quella del medico di PS. La "continuità ambulatoriale" non solo non comporterebbe una risoluzione del problema, ma impoverirebbe la funzione del MMG. La matrice culturale di queste figure professionali infatti è molto diversa: non conoscere il quadro clinico completo del paziente annullerebbe il vero vantaggio del MMG e l'approccio olistico.

"Attenzione a non confondere le cure primarie con un pronto soccorso di serie B (...)", l'emergenza urgenza è un'attività specialistica come la MG. "(...) Per decongestionare il PS bisogna far funzionare bene il sistema sanitario", come sostiene Emilio Pozzi in un documento dell'Ordine dei Medici di Bergamo.

Come si può ancora discutere sulle inadempienze del medico di medicina generale? Come si può ancora correlare l'intasamento del PS al lavoro del medico sul territorio? Sono anni che i MMG, occupandosi sempre più della cronicità, sono protagonisti di un lavoro che ha come ricaduta un processo di deospedalizzazione. Ne è testimonianza la progressiva e marcata riduzione di posti letto ospedalieri in tutte le Regioni negli ultimi dieci anni.

L'occuparsi di prevenzione e di medicina di iniziativa, la presa in carico dell'anziano fragile, le cure territoriali programmate non sono forse un mezzo per ridurre le acuzie e prevenire le riacutizzazioni? A questo punto non è forse fuori luogo chiedere di fronteggiare anche le acuzie che si rivolgono in modo improprio al PS attribuendo alla Medicina Generale il ruolo di medicina di attesa?

"(...) riportiamo l'attenzione sulla complessità delle persone e la gestione della persona nella sua complessità è propria delle Cure Primarie: rendiamoci conto di quanto siamo importanti e tracciamo noi i solchi, le strade da percorrere."

Barbara Starfield

Bibliografia

- 1 Cricelli C. *Comunicato stampa. Roma 20 gennaio 2012.*
- 2 Tombesi M. *Codici bianche/verdi tra Pronto Soccorso e Medicina Generale, febbraio 2012.*
- 3 Rocco S, Fusello M. *Il paziente non urgente (codice bianco) e il Pronto Soccorso.* Emergency Care Journal 2008;IV(VI) - <http://www.ecj.it>.
- 4 Pozzi E. *Comunicato Ordine dei Medici e Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Bergamo.*
- 5 Puccetti L. *Commento a: Rocco S, Fusello M. Il paziente non urgente (codice bianco) e il Pronto Soccorso.* Emergency Care Journal 2008;IV(VI).
- 6 Starfield B. *The hidden inequity in health care.* Int J Equity Health 2011;10:15.