

# IL SOCCORSO NON È PRONTO

Ormai le accettazioni del servizio d'emergenza scoppiano: bisogna riorganizzarlo con altri criteri



**40%**  
dei classificati  
come codici  
bianchi e verdi  
non ne hanno  
bisogno

L'assistenza sanitaria al cittadino continua a registrare disservizi. Questa volta il tallone di Achille sono le lunghe code e gli accessi "inutili" al Pronto soccorso. Si stima infatti che circa il 40% dei codici bianchi e verdi (i pazienti meno gravi) siano inutili e intasino gli ambulatori d'emergenza per nulla. **Negli ultimi dieci anni, infatti, queste strutture sono diventate per i cittadini i punti di riferimento per qualsiasi problema di carattere sanitario o sociale non risolvibile in tempi brevi** presso le altre strutture sanitarie. L'affollamento ha reso necessarie delle modifiche alla sua organizzazione: tra queste, la più importante è stata la creazione del filtro *triage* (vedi box), gestito da personale infermieristico adeguatamente addestrato. Malgrado ciò, però, i problemi non sono stati risolti.

Per garantire ai cittadini visite e diagnosi più veloci, il sottosegretario al Welfare, Ferruccio Fazio, ha avanzato una proposta. «Si tratta di una sperimentazione che partirà con diversi progetti nelle varie Regioni», dice. «L'idea è quella di spostare sul territorio l'assistenza per i pazienti che nelle strutture del Pronto soccorso sono classifi-

cati come non gravi, con i codici bianchi e verdi, come pure i servizi di prevenzione primaria, quelli relativi alla diffusione degli stili di vita più corretti, alla prevenzione verso le categorie a rischio e a quella tesa a evitare ricadute in chi è già malato. L'obiettivo è quello di disegnare un percorso per il malato, a partire dal medico di famiglia e dal ricovero in ospedale per uscirne guarito prima possibile». Il progetto è ambizioso. Un team di architetti sta lavorando con il ministero del

**In 10 anni**  
il Pronto soccorso  
si è trasformato,  
diventando il  
primo riferimento  
per ogni problema



## IL COLORE DELL'URGENZA

Il termine *triage* deriva dal verbo francese *trier* e significa scegliere, classificare e indica quindi il metodo di valutazione e selezione immediata usato per assegnare il grado di priorità per il trattamento quando si è in presenza di molti pazienti.

L'applicazione del *triage* nel Pronto soccorso è motivata dall'aumento progressivo

degli utenti che vi afferiscono, soprattutto di casi non urgenti. Tale metodo permette di razionalizzare i tempi di attesa secondo le necessità dei pazienti, utilizzando come criterio di scelta le condizioni cliniche degli stessi e non il criterio dell'ordine di arrivo. Il *triage* è svolto da personale infermieristico

esperto e specificamente formato che, valutando i segni e i sintomi del paziente, identifica le condizioni potenzialmente pericolose per la vita e attribuisce un codice di gravità al fine di stabilire le priorità di accesso alla visita medica.

Ecco i vari codici:

► **codice rosso:** molto critico, pericolo di vita, priorità massima, accesso immediato alle cure;

► **codice giallo:** mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, possibile pericolo di vita;

► **codice verde:** poco critico, assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili;

► **codice bianco:** non critico, pazienti non urgenti; ● È bene utilizzare i servizi del Pronto soccorso per problemi urgenti e non risolvibili dal medico di famiglia.



## PRIMA GLI ANZIANI

► Tra poco partirà la sperimentazione del progetto "Codice Argento", in quattro Regioni italiane: Veneto, Toscana, Lazio e Sicilia. Un codice particolare per gli anziani fragili all'interno dei Pronto soccorso e una rete di servizi di collegamento tra ospedali e territorio, coordinata da figure professionali specializzate nella valutazione delle modalità di intervento più adeguate. L'obiettivo della sperimentazione è di garantire a queste persone risposte personalizzate e continuative che tengano conto delle reali necessità e bisogni assistenziali di ciascun paziente. I risultati attesi riguardano la riduzione della durata della degenza, del tasso di riospedalizzazione, della disabilità e della mortalità intraospedaliera. Il progetto, della durata di tre anni, inizierà nei primi mesi del 2009, sarà coordinato da un comitato scientifico insediato presso il ministero del Welfare e da un centro coordinatore, l'Università Cattolica del Sacro Cuore, che collaborerà con le Regioni individuate.

Welfare per trasformare alcuni ospedali in presidi diagnostici territoriali, privi di barriere architettoniche, con servizi adeguati di informazione e assistenza ai pazienti.

### Un anno per un esame

A Roma e a Napoli ci vuole oltre un anno per sottoporsi a una mammografia, 240 giorni a Bari, contro un mese a Milano, Bologna e Firenze. **Le liste di attesa restano ancora una situazione critica**, nonostante i vari annunci di riforme. Quali sono le soluzioni proposte dal Governo? «Con le Regioni stiamo concludendo la riforma delle liste di attesa», continua Fazio. «In particolare per gli esami cardiologici e oncologici, provvederemo a stilare categorie con quattro differenti priorità,

## Le liste d'attesa di mesi costituiscono ancora un problema irrisolto e, a volte, scandaloso

in base all'urgenza. Bisogna distinguere tra una mammografia a scopo di *screening* e una per indagare su un nodulo, cioè tra prevenzione e diagnosi: nel primo caso si può aspettare, nel secondo no. A breve sarà presentato il nuovo piano con tutti i dettagli. Migliorerà il collegamento informatico fra i Cup (Centro unico di prenotazione), con l'introduzione di meccanismi per cancellare le doppie prenotazioni e ridurre le attese per visite ed esami».

### Malati cronici e burocrazia

Il cittadino paga di tasca propria le carenze del Servizio sanitario nazionale e per ottenere quanto garantito a livello pubblico: è questa la fotografia del cittadino affetto da malattie croniche che emerge dall'VIII Rapporto sulle politiche della cronicità condotto da Cittadinanzattiva. Secondo gli ultimi dati Istat a soffrire di almeno una patologia cronica in Italia è il

39,2%, mentre il 20% è affetto da più malattie croniche. Questa percentuale sale quando si passa alla fascia anziana della popolazione: l'87% degli ultrasettantacinquenni soffre di una malattia cronica, il 70% di due o più.

«La causa è da ricercarsi nell'inadeguata offerta di servizi sanitari territoriali (residenze sanitarie assistenziali, assistenza domiciliare, riabilitazione)», dice Stefano Inglese, responsabile del Tribunale dei diritti del malato-Cittadinanzattiva. «Mancano anche le figure socio-sanitarie specifiche, c'è carenza di centri di riferimento specializzati. Per non parlare dell'assistenza psicologica, una vera e propria chimera: quasi l'80% delle associazioni ne segnala la mancanza. Bisognerebbe prevedere forme di partecipazione delle organizzazioni civiche ai processi decisionali, che dovrebbero essere coinvolte anche nel monitoraggio dei Lea (Livelli essenziali di assistenza) nelle Regioni». ■

**240**  
giorni, a Bari,  
è l'attesa media  
per poter  
effettuare  
una mammografia

## UNA QUESTIONE SCOTTANTE

Negli ultimi mesi la questione sulla denuncia degli immigrati irregolari che si presentano ai Pronto soccorso da parte dei medici è stato al centro di accese discussioni. Il sottosegretario al Welfare, Francesca Martini, ha precisato che l'obbligo delle segnalazioni «sarà per i medici di Pronto soccorso, che sono pubblici ufficiali». Ma i medici e il loro sindacato replicano: «Tutti i medici sono pubblici ufficiali nell'esercizio della loro professione». Pietro Mingazzini, chirurgo dell'ospedale San Carlo di Milano, spiega: «La Società italiana di medicina d'emergenza-urgenza ribadisce il suo "no" alla segnalazione e lancia

lo slogan "Sì alla cura, no alla denuncia". Il Pronto soccorso dell'ospedale San Carlo ha una grande affluenza, circa 80 mila



accessi all'anno, compresi gli immigrati verso i quali abbiamo sempre mostrato una certa sensibilità. La nostra missione, secondo scienza

e coscienza, è quella di curare il malato, senza approfondire se è regolare o irregolare. Questo decreto se sarà mantenuto come è adesso sembra un *diktat* vessatorio che avrà delle conseguenze spiacevoli: *in primis*, spingerà i clandestini a evitare le strutture pubbliche favorendo la proliferazione di organizzazioni sanitarie parallele, non controllate, con la conseguenza di aborti clandestini, gravidanze non tutelate, minori non assistiti e così via. Non solo: aumenterà il rischio di diffusione di eventuali focolai di malattie trasmissibili a causa dei ritardi diagnostici e terapeutici e metterà molti operatori davanti a scelte difficili, in netto contrasto con i principi

etici e deontologici della professione. Potrebbero sorgere situazioni di conflittualità all'interno di spazi sanitari. La legge poi è ambigua, non specifica chi deve chiamare la polizia: se lo stesso medico o il personale amministrativo. Comunque, al di là delle implicazioni legali, l'effetto è già stato quello di spaventare gli immigrati (dopo il provvedimento si è registrato quasi un calo del 20% nell'affluenza). Bisogna spiegare alle comunità straniere che i medici non possono lasciare che le donne incinte e gli stranieri malati non siano curati. Ricordiamoci che il Pronto soccorso ha lo scopo di risolvere l'emergenza-urgenza nel migliore dei modi».