

## COMMENTI ANAAO ASSOMED ALLA DELIBERA N° 657 DEL 21.06.21

**Nota:** il testo della delibera è in azzurro, i commenti e le proposte in nero

*1. per le motivazioni riportate in narrativa, di dare mandato alle direzioni aziendali di porre in essere con immediatezza le seguenti azioni, proporzionate alle necessità operative di breve termine dei presidi di pronto soccorso ubicati nelle rispettive aree di competenza:*

La carenza dei posti letto e del personale in PS sono un problema presente da un decennio circa. Interventi d'urgenza hanno un senso estremamente limitato: occorre con estrema urgenza un progetto a medio termine di più ampio respiro a valenza non aziendale ma regionale per recuperarli ponendosi come obiettivo il raggiungimento della media europea

*1a. coinvolgimento, adeguatamente formalizzato, dei medici in organico alle altre discipline specialistiche equipollenti presenti nel presidio considerato (in particolare Medicina Interna e Chirurgia Generale) per:*

- *Supporto pazienti internistici/chirurgici*
- *Supporto ai pazienti posizionati nelle aree di Osservazione Breve Intensiva (OBI) presenti nell'area del PS*
- *Presa in carico anticipata (cd. boarding) di pazienti già inquadrati in PS e destinati al ricovero nel reparto di medicina;*

Mettere un internista o un chirurgo in PS è come mettere un medico del Pronto Soccorso in sala operatoria della Cardiochirurgia: le performance sarebbero pessime. Non è la soluzione e va contro il percorso di specificità e professionalità del Medico d'Urgenza. Di positivo la proposta avrebbe la presa in carico dei malati in attesa di ricovero (boarding). Deve essere però ben definita dal punto di vista operativo:

1. Il medico di reparto che viene in PS a farsi carico dei "destini" se ne fa carico totalmente, altrimenti il problema rimane al personale del PS.
2. Per questo i pazienti NON devono rimanere in PS. La proposta che formuliamo da tempo è il cosiddetto **Full Capacity Protocol**. Si tratta di un metodo con già solide evidenze scientifiche che dimostrano che la riduzione dei tempi di accesso ai reparti comporta un miglioramento della prognosi (il lavoro scientifico di riferimento è stato già citato nella relazione). In pratica il malato viene ricoverato subito nel reparto e staziona nel corridoio del reparto (che è del tutto simile al corridoio del PS). Lo specialista quindi non si muove dal reparto ma si fa carico del malato nei locali del reparto.
3. I pazienti potrebbero essere già divisi in base ai reparti (esempio: 15 destini e 5 medicine, 3 destini ciascuno)
4. La proposta di inviare i medici dei reparti in PS a farsi carico dei destini ha grosse criticità: quali infermieri assisteranno i pazienti, quelli del reparto o del PS? A chi chiedono le cose da fare? A chi ha formalmente in carico il paziente? La SDO è aperta o no? La STU c'è o no?
5. **Holding Unit:** l'idea ha un fondamento anche se paga il lavoro in più del medico d'urgenza per gestire una carenza del sistema. Perde senso se la capienza è di un tot di letti e i destini sono costantemente il doppio o il triplo.

6. **OBI:** l'OBI è una peculiarità tutta del medico d'urgenza: si ritiene che gli specialisti non abbiano le competenze specifiche per poterlo gestire e sarebbe un errore che interferissero nella gestione. Vanno garantiti però i posti adeguati secondo gli standard SIMEU – FIMEUC (citati) che considera il 1 OBI ogni 4-6000 accessi.

*1b. attivazione di tutti i percorsi possibili di Fast Track (invio diretto del paziente dal triage allo specialista di reparto codici bianchi e azzurri): la Direzione Sanitaria Aziendale e/o il Responsabile di Presidio ridefiniscono e formalizzano adeguatamente i singoli percorsi, con i relativi orari di funzionamento;*

I Fast Track se ben funzionanti sono un'ottima soluzione. In molti PS non ci sono, se implementanti sono una bella risorsa. Purtroppo se vogliamo snellire i percorsi i consulenti devono garantire la loro disponibilità per gran parte della giornata, e anche lì abbiamo problemi di carenza di personale.

*1c. impiego nei presidi, nelle forme consentite dalle norme emergenziali, di medici già contrattualizzati per esigenze legate all'emergenza Covid;*

Ottima idea se fosse effettivamente praticabile. A tale proposito si ritiene esauriente quanto già esposto in audizione.

*2. per le motivazioni riportate in narrativa, di dare mandato alle direzioni aziendali di porre in essere le seguenti azioni, proporzionate alle necessità operative di medio termine dei presidi di pronto soccorso ubicati nelle rispettive aree di competenza:*

*2a) rotazione programmata per periodi adeguati dei medici specializzandi nei presidi di pronto soccorso, secondo le indicazioni del documento di indirizzo già ratificato dall'Osservatorio Formazione Specialistica, allegato A alla presente deliberazione;*

*2b) iniziative per la limitazione degli esodi dei medici oggi convenzionati a tempo determinato;*

Vale quanto già detto

*2c) elaborazione accordi di rete tra strutture ospedaliere nell'ambito della stessa area vasta, prevedendo rotazioni e forme di copertura flessibile tra diversi i presidi di PS in una logica di collaborazione e sostegno reciproco; a questo fine, la Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale fornirà il supporto tecnico-amministrativo necessario per regolare gli aspetti che richiedono specifiche intese (aspetti assicurativi, trattamento dati, orari, responsabilità, etc.);*

Questo è un aspetto in teoria condivisibile ma difficilmente praticabile se non garantendo: standard di sicurezza, volontarietà ed incentivi adeguati

*2d) assegnare ai PS nei primi 2 anni di servizio gli internisti e geriatri assunti a tempo indeterminato, anticipando opportunamente l'assunzione rispetto alla cessazione del personale da sostituire, in modo da non determinare carenze nel settore di destinazione finale*

Vale quanto detto al punto precedente

*3. relativamente al servizio 118, regione Toscana avvierà a breve termine un processo di rivalutazione complessiva del servizio, anche alla luce dell'evoluzione delle strumentazioni e dei mezzi di soccorso, a cui dovranno necessariamente ed attivamente partecipare i diversi stakeholders (associazioni di volontariato, sindacati, sindaci, ordini professionali, etc.) per giungere ad una nuova e condivisa articolazione del servizio,*

*improntata ad efficienza e pari efficacia; nell'immediato, le direzioni aziendali faranno fronte alle criticità privilegiando le azioni di rinforzo a quelle di rimodulazione;*

Assolutamente condivisibile

*4. di dare mandato alla Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale di istituire, tramite apposito decreto del Direttore, una cabina di regia regionale per determinare le priorità di copertura dei posti vacanti tramite nuovi reclutamenti o mobilità, da rapportarsi alle carenze oggettive di organico; la cabina di regia sarà sub articolata per area vasta;*

In queste cabine di regia ci siano medici che lavorano sul campo. Si propone poi di creare una task force esattamente alla stessa stregua di quella creata per la gestione del paziente Covid (CROSS), con tutta la Toscana collegata, al fine di effettuare ricognizione continue dei posti letto in tutti gli ospedali della regione.

*5. di dare mandato alla Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale di costituire un gruppo di lavoro interaziendale per definire un sistema di incentivazione organico e sostenibile degli operatori di PS e del 118, che venga applicato in modo uniforme nel sistema sanitario regionale, a partire dalle proposte e documenti prodotti dal gruppo di lavoro appositamente costituito con decreto del Direttore n. 4337 in data 19.03.2021, in esecuzione della DGR 233/2019;*

Assolutamente condivisibile

#### **QUESTIONE POSTI LETTO**

Sembra che sia un tema tabù, come riportato nello studio da noi pubblicato: i posti letto per acuti in Italia sono insufficienti, si deve avere il coraggio di aumentarli e di riportare il tasso medio di occupazione di essi al 90%

#### **PROPOSTA OPERATIVA:**

NUMERO DI RICOVERI AL GIORNO X DEGENZA MEDIA + 5% = POSTI LETTO NECESSARI.

#### **QUESTIONE NEO-LAUREATI**

Mancando i medici, si è iniziato ad utilizzare neo-laureati non specializzati per sostituire i medici d'urgenza: scelta non condivisibile. Preso atto della totale assenza di programmazione, nel frattempo le soluzioni tampone (perché tali sono) potrebbero essere:

- a) Far entrare nel sistema Specializzandi degli ultimi anni con contratti appositi (superando le ben note resistenze universitarie)
- b) Incentivare la presenza dei medici già in organico e i colleghi del 118 con pagamento in aggiuntivo di ore in più
- c) Infine e solo infine, affidare ai neo-laureati i codici a bassa priorità (codici 4 e 5), avvicinando le postazioni di prima assistenza territoriali al PS con lo stesso scopo.