

## Emergenza ospedaliera ed emergenza territoriale: quale spazio per collaborare?

Chiara Rivetti  
Medicina Interna -  
Asl TO 5 Ospedale  
Maggiore Chieri

**Costi, capacità produttiva e il possibile ampliamento di utilizzo delle postazioni di pronto soccorso avanzato. In questo articolo una fotografia dettagliata dell'esperienza realizzata in Piemonte nell'ambito del sistema dell'emergenza urgenza.**

Il sistema 118 in Italia costituisce una risorsa preziosa, che fornisce un servizio territoriale capillare ed efficiente. La collaborazione dei medici del 118 con il sistema di emergenza ospedaliera, rappresenterebbe un'opportunità di confronto tra professionalità e sistemi organizzativi complementari, nonché un'ottimizzazione dell'allocatione delle risorse, aspetto non secondario in questo periodo di ristrettezze economiche. Nello studio Agostini-Rivetti presentato al Coripe-Università di Torino nel settembre scorso, si è analizzata l'attività del 118 piemontese, valutando nel dettaglio le 63 postazioni di soccorso avanzato, i loro costi, la capacità produttiva e il possibile ampliamento di utilizzo. Il costo complessivo del sistema 118 piemontese nel 2011 è stato di 117,5 milioni di euro, pari al 1,8% della spesa sanitaria regionale. Oltre il 75% dei costi del sistema 118 sono direttamente imputabili ai 63 Mezzi di soccorso avanzato (Msa). Il costo medio di ogni intervento medicalizzato terrestre è di circa 800 euro, variando tra i circa 300/intervento euro per le postazioni con più richieste ai 2mila euro per quelle con meno richieste. Il costo medio di ognuno dei 63 Msa piemontesi ammonta a circa 1.171.000 euro/anno, ovvero 3.200 euro/giorno. Il costo del personale medico è il più rilevante, incidendo per il 50% dei costi totali di un Mezzo di Soccorso Avanzato, ovvero 102.000/anno/medico per 5,7 medici impegnati per postazione. I dati di utilizzo delle 63 Msa piemontesi nel 2011 evidenziano un numero medio di interventi di 1.561/an-

no, con tuttavia dati di attività estremamente differenziati tra i diversi Msa, con estremi compresi tra 570 (Pragelato) e i 3.925 interventi (Torino Maria Vittoria). I mezzi di soccorso avanzato che effettuano il maggior numero di interventi sono quelli delle aree urbane, in particolare di Torino, Alessandria, Asti, Biella, Cuneo, Novara e Vercelli; tali mezzi risultano sino ad 8-10 volte più utilizzati rispetto ad alcuni Mezzi di soccorso avanzato localizzati in aree rurali e montane. È interessante scorporare i dati di attività dei Msa piemontesi tra la fascia diurna 8-20 e quella notturna 20-8: mediamente il 62,5% degli interventi dei Msa vengono effettuati nella fascia diurna tra le ore 8 e le ore 20. Emerge da questi dati una disomogeneità di utilizzo dei Msa, per quantificarla utilizziamo un indice di utilizzo della capacità produttiva (IU) ovvero il tempo di utilizzo/tempo di disponibilità (24 ore per 365 giorni). Il sistema 118 rappresenta per definizione un servizio di attesa e deve garantire risposte tempestive ai bisogni di salute. È evidente che si impone definire il limite di utilizzo della capacità produttiva tale da non compromettere la capacità di risposta, che è stato individuato tra il 16% ed il 17%. Il 65% dei Msa piemontesi (IU < 15%), risultano utilizzati meno di 3 ore e mezza al giorno, ed il 25% mediamente 1,5 ore al giorno, con un indice di sfruttamento della capacità produttiva medio del 6,7% (nettamente al di sotto dell'intervallo auspicabile compreso tra il 16% ed il 17%). L'utilizzo medio della capacità

produttiva dell'insieme dei Msa della Regione Piemonte risulta pari al 14%, che scende al 10% per la sola fascia notturna (media 78 min). Scomponendo i dati in quartili, si evidenzia come per il quartile delle ambulanze medicalizzate meno utilizzate, l'utilizzo medio diurno è di 68 minuti e quello notturno di 38 minuti, con un indice di utilizzo della capacità produttiva pari al 5,7% per il turno diurno e al 3,2% per il turno notturno. Viceversa per il quartile dei Msa piemontesi più utilizzati si evidenzia un utilizzo medio diurno di 218 minuti, pari ad un IU-diurno del 30,3% (con rischio quindi di compromissione della capacità di risposta), ed un utilizzo medio notturno di 152 minuti, pari ad un IU-notturno del 21,1%. Nel complesso questi dati denotano un utilizzo sub ottimale dei Msa, soprattutto durante la fascia notturna e nelle aree rurali/montane. L'obiettivo primario del 118 rimane quello di garantire risposte ed interventi tempestivi, ma al fine di ottimizzarne la capacità produttiva senza comprometterne la capacità di risposta, si potrebbero assegnare alle Msa, in proporzione al loro utilizzo, funzioni aggiuntive: gestione dei trasporti secondari, supporto delle attività in Dea, integrazione al servizio di Continuità Assistenziale, collaborazione con le Uoop oppure gestione a domicilio dei pazienti in ventilazione assistita. La professionalità dei medici del 118 e le loro competenze sarebbero così utilizzate al meglio, a beneficio dei pazienti e del sistema tutto.

► segue da pag 11

### Obiettivo realizzabile o utopia organizzativa?

to per questi scopi. Mi sembra che la prassi più comune sia quella che la creazione dei dipartimenti risponda, alle volte, più a logiche di potere che di organizzazione. Non secondario risulta il problema dell'edilizia sanitaria. Gli ospedali italiani presentano strutture vetuste e prive di funzionalità (a volte fati-

scenti). Attuare il modello per intensità di cure prevede che vi siano ospedali moderni, studiati per gestire i flussi di pazienti, organizzando gli spazi in modo da valorizzare la centralità dell'assistito e facilitare il lavoro di professionalità e tecnologie che gli ruotano intorno. La struttura ospedaliera sta al "sistema" come l'hardware sta al software; se il computer è scadente i programmi "non girano o girano male". Anche la mentalità di noi medici dovrà cambia-

re. È rischioso rimanere ancorati ai vecchi sistemi se si opera in ospedale organizzato per intensità. Il percorso del paziente va definito sin dall'inizio del ricovero e già nel setting di alta intensità. Il rischio è che provvedendo alla sola stabilizzazione, in assenza di un vero e proprio responsabile clinico, i problemi si trascinino sino alla bassa intensità, rischiando di trovare i letti dedicati a tale livello intasati di pazienti di fatto acuti e senza che siano stati affrontati pro-

## Tra il dire e il fare c'è di mezzo il mare (..la Manica e non solo)

Alessandra Spedicato  
Anestesia e rianimazione  
Dip. Malattie Polmonari -  
Az. Osp. San Camillo  
Forlani, Roma

**Tra le proposte emerse nel corso del recente convegno della Fondazione Enpam "Mercato del lavoro e previdenza: nuovi strumenti di previsione e programmazione" è emersa quella dell'iscrizione all'Enpam per gli studenti degli ultimi due anni della Facoltà di Medicina. Un intento lodevole, quello di guardare con lungimiranza al futuro previdenziale. Peccato che, ricorda in questa pagina Alessandra Spedicato, ai giovani camici bianchi manchi la certezza di poter esercitare la professione del medico.**

Nel recente convegno organizzato dalla Fondazione Enpam dal titolo "Mercato del lavoro e previdenza: nuovi strumenti di previsione e programmazione" sono state presentate proposte volte a favorire un'assistenza previdenziale attiva e presente nei confronti di ogni momento del professionista. Tra queste mi ha colpito quella di aprire l'iscrizione all'Enpam agli studenti degli ultimi due anni della Facoltà di Medicina. Tale proposito, seppur lodevole nel suo intento di guardare con lungimiranza al futuro previdenziale di chi ancora deve affacciarsi al mondo del lavoro, mi pone un interrogativo: che senso ha pensare alla pensione di un giovane quando questi non ha neanche la certezza di poter esercitare - almeno in Italia - la professione del medico?

Il divario tra il numero di neo-laureati in medicina e la possibilità di accedere al percorso formativo post-lauream sta creando una schiera di pseudo professionisti con limitate possibilità di espressione. Per chi ottiene il titolo specialistico il quadro non è certamente più roseo: i dati presentati dalla Fnomceo nel corso dello stesso convegno vedono il 6,20% dei medici con

meno di quarant'anni disoccupati o, meglio, "gettonisti", il contratto atipico con consuetudine nelle fasce d'età tra i 25 e 33 anni (sia per il settore pubblico sia privato) e il miraggio della stabilizzazione - attualmente tra i 33 e i 40 anni - che si allunga inesorabilmente.

Un giovane lungimirante, davanti a tale prospettiva, più che pensare a versarsi i contributi pensa a scappar via! Con la Direttiva Europea 2005/36/EC - e successive integrazioni - sulla mobilità dei medici all'interno degli stati membri viene offerta piena libertà di movimento ai medici e risulta dunque comprensibile che un giovane, con arte - acquisita in Italia con tutti i relativi oneri legati all'istruzione che ne derivano - ma senza parte, decida di migrare oltrela: Francia, Germania, Inghilterra. Ma anche Canada e Australia... non solo alla ricerca di un salario adeguato ma anche di possibilità di carriera, di riconoscimento sociale, di un ambiente di lavoro stimolante. Il giovane medico con la valigia in mano può anche fare un'ulteriore considerazione: il decreto del "Fare" per l'occupazione e il mercato del lavoro indica chiaramente in quali direzioni il Governo sta orien-

tando le proprie energie. La decisione di incentivare, per il quadriennio 2013-2016, l'assunzione di lavoratori che siano privi di un diploma di scuola media superiore o professionale, seppur comprensibile come ammortizzatore sociale di fasce più deboli, può denotare un'attitudine a non tutelare chi ha impiegato soldi, tempo ed energie per un percorso formativo professionalizzante (e di pubblica utilità).

È se, dopo tanto tempo speso sui libri e poco in reparto - nonostante si parli di rivedere il sistema formativo universitario da anni - il giovane medico deve anche immaginarsi vessato dalla spending review, atterrito dal contenzioso medico-legale e inglobato in un Ssn che mira ad una universalità mitigata, viene agevole googlare alla ricerca di lavoro in qualsiasi altra parte del mondo. Da giovane medico mi chiedo se ci sia una soluzione a tutto ciò. Come si può colmare il divario tra pensiero e azione che talvolta rende noi italiani ottimi filosofi ma pigri esecutori dei buoni propositi?

Tra il dire e il fare ci deve essere il contrattare. L'unica soluzione per aiutare i medici di oggi e di domani è attuare quelle proposte che sono nel cassetto - che sono state illustrate anche nel corso della Prima Conferenza Anaaio Giovani - proposte che parlano di formazione, di tutela al numero crescente di donne medico, di lotta al precariato. Il diritto del lavoratore a contrattare, a far sentire la propria voce sui temi che lo riguardano non può essere arrestato da considerazioni economiche non tanto perché la contrattazione può avvenire anche solo su tematiche di organizzazione del lavoro ma soprattutto perché il prezzo da pagare sarà più alto quando, tra qualche anno, l'Italia si troverà sprovvista di una generazione di medici professionisti competenti, motivati ... e giovani!

blemi diagnostici e terapeutici nei setting più intensivi. Se non vi fosse quindi una seria valutazione dei percorsi clinici potrebbe anche accentuarsi il fenomeno chiamato: "revolving doors" (cioè delle porte girevoli); pazienti (soprattutto anziani o fragili) che entrano ed escono dagli ospedali a causa della incapacità di fornire risposte integrate atte a risolvere e non a "tamponare" i problemi. E il ruolo del sindacato? Questo processo or-

ganizzativo necessita una attenta sorveglianza; non deve essere l'occasione per fare passare una logica di soli tagli. Il sistema deve funzionare meglio ma non è detto che costi meno. Sempre più le Oo.Ss. sono chiamate a dare pareri nei processi di gestione delle risorse. A noi spetta il compito di non farci trovare impreparati a questo ruolo. Non credo di avere dissipato totalmente il mio dilemma. Sicuramente l'obiettivo risul-

ta raggiungibile se si verificano una serie di condizioni indispensabili: una struttura idonea, un organico sufficiente, tecnologie avanzate, chiara definizione dei percorsi e delle responsabilità, totale integrazione con il territorio e tra le varie figure professionali, ridefinizione della normativa che permetta di svincolarsi dal fardello della medicina difensiva. In questa Italia, ciò è possibile?