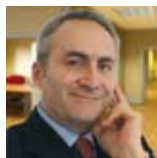


## Pronto soccorso troppi accessi inappropriati. L'infermiere di famiglia e di comunità, al via la campagna informativa



**di Giovanni Muttillo**

*Presidente*

Non è una notizia che i Pronto soccorso italiani siano intasati.

Che la situazione stia diventando insostenibile, però, e che sia opportuno correre ai ripari quanto prima, è un'assoluta certezza e forse finalmente se ne stanno accorgendo tutti, media in primis.

Il nostro Ministro Balduzzi vorrebbe intervenire rivedendo gli accordi con i medici di medicina generale.

Strutture territoriali di collegamento con l'ospedale, medici di famiglia per sette giorni, cruscotto informatizzato per il monitoraggio h24 dei posti letto disponibili, un coordinatore dei flussi in entrata e uscita del pronto soccorso e un care manager per la relazione con il paziente.

A nostro avviso la strada è tutt'altra.

Fondamentale sarà anche il costante monitoraggio dei flussi di pazienti nei Pronto soccorso.

Già a partire da inizio anno le Regioni che non inviano al Ministero i dati informativi vengono penalizzate per l'attribuzione dei finanziamenti.

Al momento, sulla base dei primi valori elaborati attraverso il rilevamento del sistema Emur (monitoraggio prestazioni erogate in emergenza-urgenza) - dal quale risultano 13 milioni di accessi su tutta Italia - nel 2011 sono 15 le regioni che hanno inviato i dati relativi ai Pronto soccorso: di queste 13 completamente e 2 solo parzialmente (Marche e Campania). Mancano all'appello Bolzano,

Friuli, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna. In totale, su tutto il territorio, (dati 2009) sono presenti 550 servizi di pronto soccorso con 343 dipartimenti di emergenza, di cui 325 in strutture pubbliche e 18 in strutture private accreditate; i pronto soccorso pediatrici sono presenti nel 15% degli ospedali e l'80% degli ospedali ha un pronto soccorso.

L'elevato numero di codici bianchi nei nostri pronto soccorso dimostra infatti come il servizio offerto dai medici di medicina generale non sia né adeguato né efficiente, fino all'estremo parossismo: il cittadino spesso preferisce aspettare ore al pronto soccorso pur di ricevere una prestazione che, evidentemente, non riesce a trovare altrove.

Non solo: il fenomeno delle "riammissioni", ossia di persone che rientrano più volte nella struttura ospedaliera, comprova come queste non vengano seguite adeguatamente sul territorio.

Che fare? Semplicemente istituire e valorizzare l'infermiere di famiglia e di comunità.

Abbiamo a disposizione professionisti preparati, competenti e pronti a "scendere in campo" per seguire direttamente "in famiglia" le persone con problemi di salute e non autosufficienti.

Questo significa valorizzazione delle competenze da un lato e ottimizzazione delle risorse dall'altro.

L'infermiere di famiglia, presente in molti Paesi europei ed extraeuropei, è previsto dal documento salute 21 della Regione dell'Oms, ed è una figura di raccordo con la struttura ospedaliera, il medico di base, lo specialista e il distretto socio sanitario.

È in sintesi l'anello mancante di una catena che necessariamente in queste condizioni non può essere efficace.

Inevitabilmente ciò crea paradossi: i tagli alle strutture ospedaliere, ai posti letto, al personale dipendente pubblico, senza il coraggio di rivedere la convenzione con i medici di medicina generale.

Una convenzione che potremmo definire una sorta di "tassametro" per il Servizio sanitario nazionale, che si trova anche a pagare due volte lo stesso servizio.

Così accade che, mentre il paziente è ad esempio in cura presso una struttura ospedaliera, lo Stato che retribuisce i medici e gli infermieri della struttura continui a pagare anche la quota al medico di famiglia.

Questo fa del medico di famiglia l'unico libero professionista italiano ad avere con la convenzione la certezza contrattuale ed economica.

Comunque, al di là di queste annose questioni, ciò che ci preme ribadire è l'importanza dell'istituzione, attraverso un progetto di legge anche

blocco del turn over e l'esodo pensionistico, che determinano flessione del numero di professionisti a fronte di un aumento dell'attività, come dimostrano gli afflussi al Pronto soccorso.

Poi le "aggressioni", le buste paga congelate dal blocco degli accordi contrattuali fino al 2014, l'aumento dell'età pensionabile con le Manovre degli ultimi due anni, con l'unico obiettivo di «fare cassa». Infine l'attacco all'autonomia professionale.

Messi assieme, questi fattori spiegano la crisi del pronto soccorso denunciata dai recenti fatti di cronaca, crisi però che è soltanto il sintomo della «crisi generale» in cui versa il sistema sanitario e alla quale non sono estranee direzioni aziendali



regionale, dell'infermiere di famiglia, ormai una necessità per il Sistema sanitario e per i cittadini tutti.

Considerato quindi che la sola gestione dei non autosufficienti a domicilio in mano ai medici di medicina generale si è rivelata fallimentare, è opportuno ora individuare un percorso legislativo originale e innovativo che vada oltre i CREG e oltre la farmacia dei servizi (in cui il cittadino rischia di pagare per la terza volta).

Contro il peggioramento delle condizioni di lavoro in ospedali e strutture pubbliche, a partire dai pronto soccorso, l'insostenibilità del presente

e Regioni, che, con i tagli lineari dei costi fissi rischiano di affondare il diritto alla salute dei cittadini insieme con le capacità dei professionisti.

Ecco perché è necessario attivarci per orientare la politica regionale e nazionale, per rafforzare i servizi territoriali con l'estensione dell'attività dei medici e degli infermieri di famiglia, creando maggiore continuità tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale con strutture ad hoc.

Da anni il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Milano-Lodi-Monza e Brianza lo va sostenendo a gran voce, ma la politica sembra sempre troppo distratta!