



Senato della Repubblica

XVIII LEGISLATURA

Commissione igiene e sanita'

audizione informale, nell'ambito dell'esame dei disegni di legge nn. 1715 e connessi

Prof. Francesco **PUGLIESE**

Direttore Dipartimento Emergenza e Accettazione
aree critiche e trauma presso il Policlinico Umberto I

Università di Roma La Sapienza

Direttore scuola di Specializzazione

Anestesia e Rianimazione

Riorganizzazione Emergenza- Urgenza

Ad oggi nella maggior parte delle Regioni la gestione della rete delle emergenze si scontra con problematiche

Organizzative

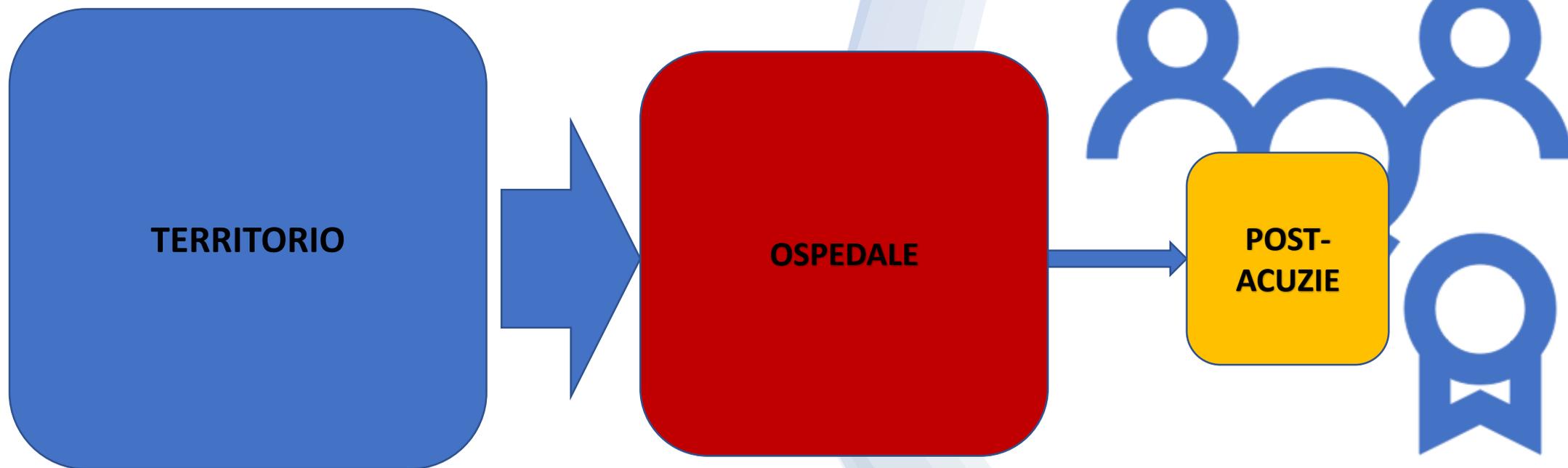
Territoriali

Strutturali.

CRITICITA'

- Il primo elemento di criticità riguarda la considerazione della gestione della emergenza che si riferisce esclusivamente alla preospedaliera e alla ospedaliera, non considerando il problema del post-acuzie che inevitabilmente comporta una riduzione della capacità di assorbimento da parte delle Aziende Ospedaliere.

SITUAZIONE ODIERNA



SITUAZIONE IDEALE



PROPOSTA

- Quindi, oltre ad una assolutamente necessaria riorganizzazione assistenziale del territorio che permetterebbe una riduzione degli accessi impropri in pronto soccorso, è fondamentale pensare ad un incremento significativo delle degenze per post-acuzie (riabilitazioni neurologiche, respiratorie, post-traumatiche, lungodegenze e hospice) che attualmente non soddisfano la domanda che proviene dalle Aziende Ospedaliere.

TERRITORIO

- Il teleconsulto deve essere uno strumento nella piena disponibilità della medicina del territorio, in maniera che il paziente, recandosi dal proprio medico di base, entri direttamente in contatto con lo specialista necessario.





TELECONSULTO

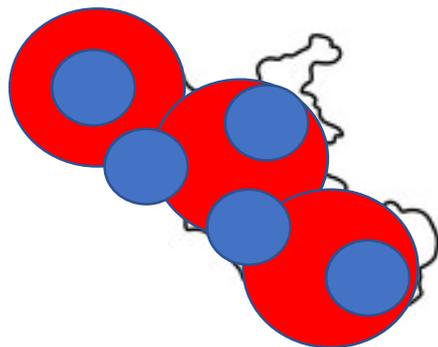
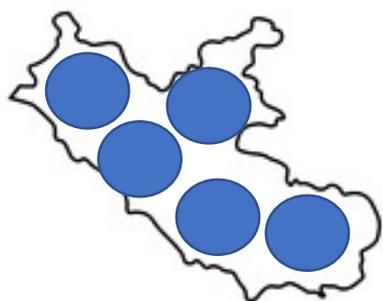
- Si propone una teleconsulenza in presenza anche del medico di base che parteciperà alla valutazione del paziente insieme allo specialista e potrà condividere, in questo modo, le impostazioni terapeutiche suggerite e, solo se strettamente necessario, inviare a visita. All'interno delle Aziende Ospedaliere e nei poliambulatori specialistici andranno quindi strutturati dei servizi di teleconsulto specialistico a disposizione dei medici di base.
- In sostanza è l'ospedale che entra nel territorio e non il territorio che entra nell'ospedale

118

- La organizzazione del 118, sulla base anche delle esperienze acquisite durante la pandemia, dovrebbe essere centralizzata a livello regionale con un eventuale sovrastruttura interregionale, identificata per contiguità, o nazionale. In caso di maxiemergenze la centralizzazione diventa fondamentale al fine di ottimizzare le risorse.



ORGANIZZAZIONE



La rete del 118 non deve essere organizzata per contiguità, ma per competenza. Un DEA di II livello deve accettare tutti i pazienti più critici, contemporaneamente non deve sovraccaricarsi per patologie di media gravità.

Il modello ideale da applicare dovrebbe essere coincidente con quello già in essere per le reti tempo dipendenti.



PERSONALE

- Per quel che riguarda invece il personale da strutturare nei servizi del 118 sarebbe utile la assegnazione funzionale di tale personale presso i DEA di I e II livello, pur rimanendo in carico da un punto di vista amministrativo al sistema 118.



PERSONALE

- Ciò garantirebbe un turnover assistenziale distribuito su più unità, limitando gli effetti negativi di una turnazione esclusivamente su mezzi di soccorso, e garantirebbe, al contempo, una formazione continua sicuramente più produttiva (Un anestesista rianimatore impiegato esclusivamente su 118 eseguirà in maniera significativamente inferiore le manovre invasive che vengono praticate routinariamente da identico specialista in ospedale, sarebbe più motivato e meno esposto al burnout)



FORMAZIONE SPECIALISTICA

- Per il discorso Formazione Specialistica di area medica, si ritiene che il problema sia da considerarsi superato dalla significativa implementazione delle borse di studio, se mantenuta e programmata a medio-lungo termine, come da recenti disposizioni ministeriali.
- Quasi 2000 posti in Anestesia e Rianimazione questo anno
- Quasi 17000 totali
- In pratica pari al numero dei laureati considerando la Medicina Generale

Riorganizzazione strutturale

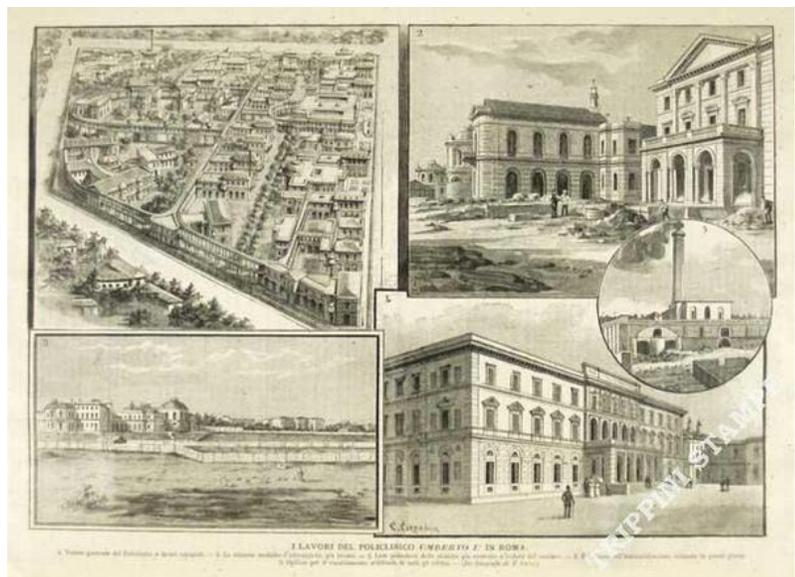
Oltre alla valutata riorganizzazione della medicina del territorio, nelle proposte di legge presentate, non viene menzionato un modello organizzativo ospedaliero alla luce della esperienza pandemica.

Ogni ospedale dovrebbe dotarsi di un numero definito di posti letto, rapportato alla disponibilità totale dei posti letto dell'ospedale stesso, da attivare entro 24 ore in caso di nuovi eventi pandemici o di maxiemergenze sul territorio.

PANDEMIA

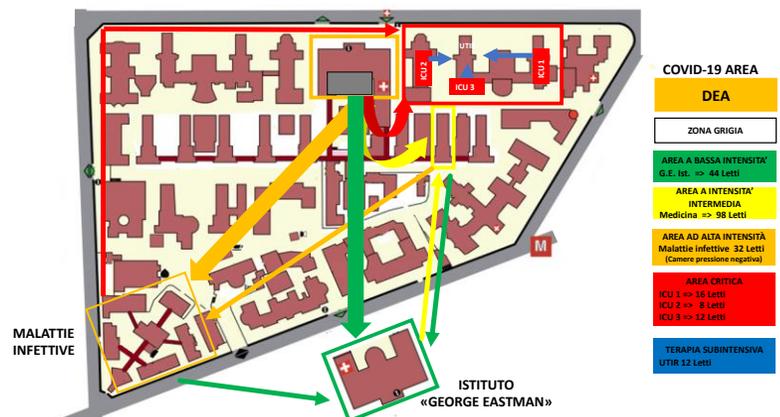
- La pandemia ci ha trovato impreparati a livello mondiale in quanto concentrati esclusivamente alla gestione dell'evento acuto (atti di terrorismo, calamità naturali etc.) che si risolve nel giro di 24 ore come impatto sul sistema ospedaliero, non prevedendo il perpetuarsi, in maniera incrementale, dell'evento come è accaduto per il COVID-19.





BOLLA

- La creazione di sacche o “Bolle”, all’interno dell’ospedale, permanenti e destinate a rispondere in acuto a qualsiasi evento catastrofico, ma al tempo stesso capaci di espandersi senza per questo andare a impattare in maniera negativa sulla attività di tutto il resto dell’ospedale, diventa prioritario sulla base della esperienza vissuta.



SICUREZZA E INNOVAZIONE

- Inoltre, pensando anche al rischio biologico del personale e alla disponibilità dei dispositivi di protezione individuale, implementare, quanto più possibile, le aree di isolamento di tutte le dotazioni tecnologiche disponibili per il controllo da remoto all'interno dei reparti. Si potrebbero individuare due o tre centri su cui sperimentare le nuove tecnologie prima di renderle attive su tutto il territorio, al fine di ottimizzare le risorse.



Grazie per l'attenzione

