



Segreteria Aziendale – Azienda Ospedaliero-Universitaria “Ospedali Riuniti di Trieste”
Via Nordio, 15 – 34125 Trieste
Tel./Fax 040 633200 – E-mail: segr.friuliveneziagiulia@anaao.it

Trieste, 3 giugno 2014

Assessore Regionale alla Salute
Dott.ssa Maria Sandra Telesca

Direttore Centrale della Salute
Dr. Adriano Marcolongo

p.c. Direttore Generale
AO/UTS
Dr. Francesco Cobello

Direttore Generale
ASS n.1
Dr. Nicola Delli Quadri

LL. SS.

Sul Piccolo del 12 maggio u.s. in prima pagina di cronaca cittadina sono stati riportati dati di attività dell’Azienda Ospedaliera-Universitaria che risultano grossolanamente non aderenti alla realtà e quindi assai fuorvianti sugli effettivi carichi di lavoro che gravano sull’ospedale.

In relazione all’attività di pronto soccorso si legge nel citato articolo che gli accessi al Pronto Soccorso di Trieste sono calati da 65 286 nel 2012 a 63 796 nel 2013.

Ma dai riepiloghi statistici INSIEL, quindi da riscontri oggettivi, risulta che gli accessi in Pronto Soccorso nel 2012 sono stati 72 868 e nel 2013 71 301, quindi ben 7 500 pazienti in più di quanto indicato nel citato articolo.

Questi sono i numeri come oggettivamente riscontrati, ma al di là dei numeri, cioè della mera quantità, conta anche, e molto, la “qualità” degli accessi; esaminando i soli numeri il paziente che arriva in Pronto Soccorso per un arrossamento oculare o per un mal di denti conta quanto il politraumatizzato o l’infarto di cuore o l’ictus, cioè le vere urgenze ed emergenze, i cui numeri sono rimasti sostanzialmente stabili nel biennio, mentre sono invece diminuiti i piccoli problemi, e ciò a partire dall'applicazione dei nuovi ticket decisa dal governo alcuni anni fa. Ma sono invece aumentati, e di molto, gli accessi di pazienti anziani con patologie croniche e degenerative, trasportati in ospedale per le sempre maggiori difficoltà a trovare adeguata gestione della malattia cronica a livello territoriale, e da ciò i numerosi ricoveri cosiddetti evitabili, in quanto determinati non dall’acuzie, ma dalla necessità di garantire comunque una risposta assistenziale.

E così vengono trasportati in ospedale malati con dolori osteoarticolari, che non trovano sul territorio terapia del dolore in tempi adeguati, anziani sofferenti di Alzheimer o altri disturbi comportamentali che non trovano sufficiente assistenza, ecc. ecc.

Ma il 118 ormai trasporta in ospedale anche chi non ha dove dormire o cosa mangiare, e l’ospedale provvede anche a questo, perché prima di tutto viene la persona.

La scrivente O.S. ritiene opportuno sgombrare il campo da ogni equivoco documentando con riscontri oggettivi un campione di accessi impropri in ospedale osservato nell'ultimo semestre, precisando che si tratta solo di un campione esemplificativo, giacché l’elenco di tutti gli accessi impropri o comunque evitabili in Pronto Soccorso richiederebbe non una lettera, ma più volumi, essendo il numero di tali accessi misurabile in centinaia ogni mese.

Pertanto qui di seguito ci si limita a rappresentare un campione esemplificativo delle tipologie di accesso, senza commenti, ma solo riportando *in corsivo* il motivo di invio in ospedale esattamente come scritto dagli stessi sanitari sulle schede 118 che accompagnano i pazienti trasportati in Pronto Soccorso (tutti i casi sotto riportati, nessuno escluso, hanno avuto come esito il trasporto al Pronto Soccorso di Cattinara) Mediante ulteriori e-mail saranno trasmesse le copia delle schede 118 relative ai casi qui di seguito rappresentati per riscontro oggettivo, consapevoli che altrimenti potrebbero sembrare incredibili.

Campione esemplificativo rilevato nel mese di maggio u.s.:

19.5.14 Pz F a.81 Scheda 118: *“Da 4 mesi tosse stizzosa e edemi declivi”*

16.5.14 (venerdì) Pz F a. 81 e Pz. M 83 Scheda 118: *“Caso sociale. Marito e moglie con importanti deficit mnesici. Si contatta l’ADI che riferisce che non permettono l’accesso al domicilio. Se vengono ricoverati si potrà lunedì procedere al ricovero in RSA.”*

15.5.14 Pz F a.81 Scheda 118: *“Astenia formicolii arti sup e facciali”*

14.5.14 Pz F a. 84 Scheda 118: *“Rif astenia generalizzata da più giorni. Rif più cadute in questi giorni a casa”*

14.5.14 Pz M a.69 Scheda 118: *“Possibile bronchite insorta ieri. Rif di aver preso freddo 2 giorni fa. Apiretico.”*

13.5.14 Pz F a.81 Scheda 118: *“Stato di deperimento psico/organico – rifiuta di alimentarsi e idratarsi”*

12.5.14 Pz M a.89 Scheda 118: *“Da questa mattina astenia con difficoltà deambulatoria, incontinenza urinaria”*

12.5.14 Pz F a.93 Scheda 118: *“Febbre in pz allettata che non si alimenta da giorni, vasta ulcera da pressione sacrale medicata dall’ADI. In attesa di RSA. Gestita a casa dai parenti.”*

12.5.14 Pz F a.94 Scheda 118: *“Rif. dolori lombari da alcuni mesi (resistente a terapia antidolorifica) La figlia rif. difficoltà nella gestione”*

7.5.14 Pz F a.67 Scheda 118: *“Da un mese circa sensazione di astenia generalizzata”*

7.5.14 Pz M a.52 Scheda 118: *“Senza documenti e senza fissa dimora. Riferisce di non mangiare da 15 gg.”*

Campione ulteriormente ridotto, esemplificativo del trimestre precedente:

19.4.14 Pz M a.56 Scheda 118: *“Intervento richiesto dalla RSA per trasportare il pz in PS poiché presso la struttura è FINITO IL METADONE”*

8.4.14 Pz F a.94 Scheda 118: *“La pz rif da alcuni mesi dolore lombosacrale dx non traumatico”*

4.4.14 Pz M a.69 Scheda 118: *“Viene accompagnato al PS in quanto la moglie (che lo accudisce e vive con lui) è stata accompagnata in PS”*

3.4.14 Pz F a.88 Scheda 118: *“Pz con deterioramento cognitivo, da un paio di giorni rifiuta categoricamente l’assunzione di solidi e liquidi, disidratata”*

18.3.14 Pz F a. 84 Scheda 118: *“Rif astenia e nausea, invio in PS di S.C.A. per malessere aspecifico”*

17.3.14 Pz F a.88 Scheda 118: *“Rif dolori dappertutto da febbraio. Poca compliance con la terapia, difficile raccogliere un’anamnesi, pz non collaborante. Si contatta la figlia che ci dice che la madre da sempre dice di avere dolori e perde facilmente la pazienza”*

9.3.14 Pz M a.94 Scheda 118: *“Grave difficoltà deambulatoria. Vive con la moglie inviata al PS di Cattinara per T.C. ...non può rimanere a casa da solo, senza parenti”*

1.3.14 Pz F a.90 Scheda 118: *“Rif difficoltà nella gestione del paziente in casa di riposo”*

19.2.14 Pz M a.43 Scheda 118: *“Pz senza fissa dimora. Chiamati dai passanti perché dormiva sulle scale del Mercato coperto”*

13.2.14 Pz M a.82 Scheda 118: *“Il paziente rif. dolori caviglia sx da 14 giorni”*

10.2.14 Pz F a.85 Scheda 118: *“ Rif da circa 1 mese dolori reg. lombare. Oggi rif. forti algie rachide lombare. Nega traumi recenti”*

3.2.14 Pz F a.76 Scheda 118: *“Astenia tremori generalizzati”*

3.2.14 Pz M a.80 Scheda 118: *“Astenia generalizzata, ca polmonare”*

3.2.14 pz F a.89 Scheda 118: *“Rif. astenia da circa un mese. Rif. di non alimentarsi da 3 giorni, la parte vive da sola senza parenti in casa senza riscaldamento”*

1.2.14 Pz F a.91 Scheda 118: *“Rif. senso di nausea da più giorni. Astenia generalizzata”*

Pare opportuno precisare che non si sono neppure citate altre cause di trasporto in ospedale, quali la febbre, la diarrea, la sostituzione di catetere vescicale, ecc. in quanto di fronte agli esempi sopra citati, queste fattispecie vengono ormai considerate come accessi “meno” inappropriati.

Da precisare anche che tale situazione, in costante aggravamento, dura ormai da oltre un quinquennio e ciò nonostante le ripetute segnalazioni alla Direzione sanitaria di ASS n.1 e l'intervento di questa, che sull'argomento ha istituito nel tempo diversi gruppi di lavoro, anche interaziendali con AO/UTS, e addirittura un evento formativo che prevedeva un periodo di frequenza dei medici ospedalieri nelle strutture territoriali e quella dei medici territoriali nelle strutture ospedaliere. E' evidente che nessuna di tali iniziative ha finora portato a risultati concreti.

Qui di seguito, a solo titolo di esempio, si riporta un campione ancor più ridotto relativo al 2013 (non si allegano le schede, per non appesantire la corrispondenza, ma sono ovviamente disponibili per riscontro oggettivo):

19.1.13 Pz M a. 84 Scheda 118: *“Caso sociale. Si accompagna la parte al PS, disabile, non è in grado di vivere da solo”*

24.1.13 Pz M a.80 Scheda 118: *“Sostituzione catetere”*

29.1.13 Pz F a.80 Scheda 118: *“Paziente con dolore arti inf e difficoltà nella deambulazione. Senza fissa dimora”*

18.5.13 Pz F a.76 Scheda 118: *“Difficile situazione familiare con una figlia seguita da Domio che però rifiuta terapia. La signora preferisce venire con noi per “staccare” da una situazione insostenibile”*

5.6.13 Pz M a. 88 Scheda 118: *“Rif stipsi”*

8.7.13 Pz F a. 77 Scheda 118: *“ Richiede il trasporto a Cattinara per secchezza delle fauci”*

17.8.13 Pz a. 38 Scheda 118: *“ Pz seguita da CSM Maddalena. Rif di non aver alcun posto ove dormire. Non ha assunto la terapia serale.”*

16.9.13 Pz F a.79 Scheda 118: *“Rif malessere generale da una settimana, molto ansiosa. Allertati perché urlava dalla finestra: aiuto. Caso sociale. La signora vive sola in un appartamento fatiscente, le hanno tolto il telefono (nonostante le bollette pagate), l'energia elettrica. Condizione scadente della casa e della signora. Non esce di casa*

perché la scala a chiocciola è pericolosa e aveva paura di cadere”

20.9.13 Pz F a.90 Scheda 118: *“Pz dimessa ieri da 1° Medica. Grande geronte con pluripatologie croniche. La casa di riposo vista la poca presenza dei familiari e l’inadeguatezza della struttura per questa tipologia di pz richiede il trasporto in PS”*

21.10.13 Pz F a.86 Scheda 118: *“Rif difficoltà nell'alimentarsi da qualche giorno e nella deambulazione”*

23.10.13 Pz F a.81 Scheda 118: *“Rif difficoltà nella deambulazione e stato confusionale, nega qualsiasi trauma e algia”*

1.11.13 Pz M a. 51 Scheda 118: *“Invio MdG per esaurimento scorta O2. Paziente vigile e collaborante”*

9.11.13 Pz M a. 48 Scheda 118: *“Rif insonnia da più giorni”*

12.11.13 Pz M a. 56 Scheda 118: *“Non problemi sanitari. Chiede di essere trasportato a Cattinara”*

12.11.13 Pz F a.84 Scheda 118: *“La badante chiama perché stamattina ha fatto il vaccino antinfluenzale e la nipote non vuole prendersi la responsabilità x l’eventuale morte della pz. Comunque rif da 2 gg tosse produttiva e 1 gg diarrea con inappetenza TC 37.2-37.4”. Il medico stamattina, a detta della badante, dice di chiamare il 118 se la paziente non si alimenta. Pz lucida, risponde a tono, sindrome da allettamento”*

2.12.13 Pz F a. 94 Scheda 118: *“Non necessità sanitarie. La parte viene accompagnata in PS in quanto la badante , caduta a terra, veniva portata in PS. Le chiavi dell’appartamento rimangono alla figlia della badante (rimasta nello stesso) fino all’arrivo della badante notturna”*

12.12.13 Pz M a. 64 Scheda 118. *“ Difficoltà nella deambulazione Difficoltà riferita nel mantenersi eretto. Trovato in piedi”*

Si ribadisce ancora una volta che questi sono solo campioni comprendenti pochi casi esemplificativi degli assai numerosi accessi impropri che ogni giorno accedono in ospedale tramite 118, quindi per ciascuna di queste schede ve ne sono decine e decine di altre simili, che sono facilmente verificabili esaminando la documentazione agli atti, ma già ciascuno di tali casi sembra poter rappresentare un evento sentinella che avrebbe dovuto suggerire l’adozione di misure correttive, prima fra tutte un adeguato programma di aggiornamento e formazione del personale che opera in questo settore.

La formazione in ambito 118 appare invece incerta e discontinua, distaccata dalle specifiche attività formative dell'ospedale, e nella fattispecie del Dipartimento di emergenza, e che sarà oggetto da parte della scrivente O.S. di una trattazione più ampia e dettagliata nel prossimo futuro, stanti le conseguenze, anche e soprattutto sotto il profilo della qualità delle cure, che tale carenza di sinergie comporta.

Va precisato che questa situazione non deriva da colpe o responsabilità del personale che opera sulle autoambulanze, sono questi stessi operatori a lamentarsi per la carenza di specifico aggiornamento professionale, per la mancanza di chiare indicazioni operative, per il "clima di lavoro difficile. Così infermieri e operatori tecnici devono "arrangiarsi" ed il trasporto a Cattinara rappresenta per loro l'unica opzione disponibile in mancanza di altre istruzioni.

Pertanto questo personale pare motivato e orientato a fare il possibile per lavorare al meglio, ma si tratta di un lavoro francamente difficile e complesso che non può basarsi solo sulla buona volontà dei singoli.

Del resto con e grazie a questo personale il 118 di Trieste ottenne nel 2003, primo in regione, il certificato di qualità ISO 9000 dalla TUV Rheinland, ente di certificazione noto a livello internazionale per serietà e rigore.

Per inciso, è inquietante rilevare che dal 2011 il 118 di Trieste non è più in possesso di tale certificazione di qualità.

In conclusione pare non ulteriormente differibile una profonda revisione degli accessi in PS tramite 118, in quanto il perdurare, o ancor peggio l'aggravarsi altrimenti prevedibile, dello stato attuale comporta pesantissimi riflessi sull'attività dell'ospedale, che invece di dedicare le proprie risorse per i compiti di diagnosi e cura dei malati acuti e complessi deve dirottare parte cospicua di tali risorse, già insufficienti, all'assistenza sanitaria di base e/o socioassistenziale delle cronicità e delle disabilità, cosa che tra l'altro, e soprattutto, comporta anche immotivate sofferenze e disagi a persone fragili, come appunto gli anziani e i disabili, "sballottati" durante gli innumerevoli trasporti in autoambulanza e costretti ad attendere per ore e ore su scomodissime barelle in un affollatissimo pronto soccorso o nei corridoi dei reparti in attesa del letto (e dopo arriveranno anche gli inevitabili danni iatrogeni).

Un' ultima riflessione: dall'esame di molti dei casi esemplificativi sopra riportati risulta francamente immotivato l'utilizzo dell'autoambulanza, che rappresenta una costosa risorsa; sempre, ma soprattutto in tempi di grave crisi economica sembrerebbe opportuna una gestione più oculata delle risorse pubbliche.

Distinti saluti

Il Segretario Aziendale
ANAAO ASSOMED
Dr.ssa Elena Bernobich