

RELAZIONE SANITARIA 2016

PREMESSA

Il presente documento copre l'arco temporale 1 gennaio-16 dicembre 2016, essendo questo l'ultimo giorno di servizio dello scrivente, e quindi di direzione della Struttura, ancorché posto in ferie dal Direttore Sanitario già da fine settembre u.s.; comunque i dati attività sono relativi a tutto il periodo annuale, quindi 1 gennaio-31 dicembre 2016, per consentire il confronto con gli anni precedenti.

Le attività della Struttura comprendono:

- attività ambulatoriale di diagnosi e terapia di patologia "minore";
- attività di osservazione breve intensiva finalizzata a garantire la massima azione possibile di filtro ai ricoveri evitabili;
- attività diagnostica e di osservazione breve intensiva finalizzata a determinare il reparto di destinazione più appropriato in caso di necessità di ricovero;
- attività di diagnosi e terapia d'urgenza con stabilizzazione delle funzioni vitali nei casi di urgenza o emergenza.

Va evidenziato che il corretto espletamento di tutte le sopra citate attività, che sono proprie di una moderna Struttura di Pronto Soccorso, rappresenta il mandato del Direttore Generale al Direttore di questa struttura nel momento di attribuzione dell'incarico, mantenuto in sede di riconferme dell'incarico. Oltre alle ovvie esigenze di adeguata attività connessa all'emergenza/urgenza, sono prese in particolare considerazione l'azione di filtro ai ricoveri impropri o comunque evitabili e la corretta destinazione di reparto per i pazienti da ricoverare, nonché in quest'ultimo caso l'esigenza di "stabilizzare" i pazienti prima di avviarli in strutture di degenza ordinaria, soprattutto nella fascia oraria notturna.

1. DATI DI ATTIVITÀ.

Tutti i dati di attività sono automaticamente archiviati nella rete informativa SEI.

Si rappresentano qui di seguito i principali dati di attività della Struttura di Pronto Soccorso relativi all'anno 2016.

1.1 Numero di accessi

Il **numero di accessi complessivi** risulta di **74.172**, con una **media giornaliera** di **202.6** accessi.

Nel 2015 gli accessi sono stati 69.161, quindi nel 2016: + **5.011**.

	Pronto Soccorso unico
Anno 2016	202.6
Anno 2015	189.5

Tabella 1 - Media accessi giornalieri al PS

1.2 Osservazione Breve Intensiva

Riguardo all'attività di osservazione breve intensiva (OBI) risulta nel corso del 2016 un totale di **6.624** pazienti accolti, con una **media giornaliera** pari a **18.1** casi, con un calo del 42.4% rispetto al 2015 (11.500). La differenza in decremento è dovuta dalla ridefinizione dei criteri di accoglimento in regime di OBI conseguente al riassetto operativo della struttura intervenuto nel corso del 2015.

1.3 Ricoveri

Totale pazienti ricoverati dopo accesso al Pronto Soccorso nell'anno 2016: **15.498**, con una **media giornaliera** pari a **42.3**, con **percentuale pazienti ricoverati/accessi = 20.9**.

Totale pazienti ricoverati dopo accesso al Pronto Soccorso nell'anno 2015: 14.225, con una media giornaliera pari a 39, con percentuale pazienti ricoverati/accessi = 20.6.

2. STATO DELLA SEDE DELLA STRUTTURA OPERATIVA DI CATTINARA.

La configurazione della sede del Pronto Soccorso di Cattinara (PSOC) risale al 1984, quando l'afflusso di pazienti era enormemente inferiore all'attuale, pur risultando già allora gli spazi inadeguati.

La ristrutturazione parziale della sede terminata nel 2008 ha consentito di superare alcune delle criticità rappresentate nelle precedenti relazioni sanitarie, soprattutto rispetto all'area di triage e all'area di attesa dei pazienti in definizione diagnostica, ma l'incremento "esponenziale" di pazienti barellati, soprattutto grandi anziani, pone da anni pesanti problematiche, che nell'ultimo anno sono divenute vere e proprie **gravi criticità**, soprattutto **relativamente alla sicurezza del paziente (sorveglianza) e alla privacy** dello stesso, sostanzialmente impossibili o quasi negli spazi e con le risorse attuali, come ripetutamente segnalato dallo scrivente con note formali di sollecito ad assumere adeguati provvedimenti, in particolare incrementando l'attività della sede del Maggiore in modo da detendere Cattinara.

2.1 - La dimensione della **camera calda** dove arrivano le autoambulanze e gli automezzi privati che trasportano pazienti è sottodimensionata rispetto al numero di mezzi che vi transitano.

Non è infrequente che una o più autoambulanze con paziente a bordo sostino in coda nell'attesa di entrare nella camera calda, soprattutto al mattino, quando vi è un forte afflusso di pazienti non solo destinati al Pronto Soccorso, ma anche per visite specialistiche, esami strumentali, ecc.

2.2 - **L'area di triage**, comprensiva della zona di attesa dell'utenza che può rimanere seduta e dell'area di osservazione per i malati barellati, è **inadeguata** in termini di dimensioni rispetto non solo ai flussi di pazienti in ingresso, ma anche alla possibilità di effettuare una serie di primi interventi di valutazione diagnostica elementare e primo trattamento in condizioni di sufficiente privacy: **a fronte di spazi per un massimo di 8 pazienti barellati vi sosta un numero ben più elevato di barelle, anche 15-20 con picchi di 25 e oltre.**

Risalta anche la carenza di un numero adeguato di servizi igienici per pazienti e accompagnatori. Nella zona attesa barellati manca un locale con idoneo "vuotatoio" ed il personale deve per lo svuotamento di padelle e/o pappagalli percorrere il corridoio per recarsi in OBI, transitando di fronte la zona attesa parenti (la zona è costituita da una fila di sedie lungo il muro del corridoio).

Negli ultimi mesi la **situazione** dei pazienti in triage è divenuta **ancor più critica**, caratterizzata da un **pesante allungamento dei tempi di attesa**, che non di rado hanno raggiunto le oltre 10 ore per i codici

bianchi, 7-8 per i verdi, ma anche oltre l'ora per i codici gialli, fenomeno assai raramente osservato negli anni precedenti.

2.3 – L'area **box-ambulatori** conta complessivamente 5 ambulatori, tutti **gravemente insufficienti per dimensioni**. Gli “standard organizzativi delle strutture di emergenza-urgenza 2011” della SIMEU (Società Italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza), che si richiamano alle Linee Guida dell'ISPELS (Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro), indicano per 75.000 accessi l'esigenza di almeno 15 ambulatori dedicati ai codici verdi e gialli, oltre ad un'area distinta, anche se non dimensionata in dettaglio, dedicata ai codici bianchi.

Pertanto se ai 5 box-ambulatori di Cattinara si aggiungono i 2 effettivi del Maggiore risultano disponibili 7 ambulatori sui 15 indicati, quindi **mancono 8 ambulatori, quindi più della metà di quelli considerati necessari per gestire adeguatamente i codici gialli e verdi**, nonché quelli dedicati per i codici “minori”.

L'area di stazionamento dei **pazienti in carico agli ambulatori** che devono completare il percorso diagnostico-terapeutico è rappresentata da **un'unica stanza** idonea a contenere al massimo 4 barelle, **lo stazionamento degli altri pazienti in barella avviene necessariamente nei corridoi, come nei corridoi attendono i pazienti in attesa di indagini radiologiche**, tutti senza possibilità di sorveglianza continua, quindi **senza sicurezza, privacy, comfort**.

Anche qui risalta la **carenza di servizi igienici**: è disponibile un unico servizio igienico (indifferenziato per sesso) per l'area ambulatori e zona sosta dei pazienti in carico agli ambulatori.

2.4 Gli Standard SIMEU prevedono ogni 40.000 accessi una **postazione per i codici rossi**, ove possa lavorare sul paziente un team multidisciplinare (fino a 3 medici e 4 infermieri), per cui risulta necessario uno spazio di almeno 40 mq per ciascuna delle postazioni.

Servirebbero quindi 2 postazioni per i codici rossi di almeno 80 mq complessivi, ma a Cattinara **tali postazioni non trovano spazio** per cui i codici rossi sono trattati nelle stanze 3 e 4 dell'OBI, ove il team multidisciplinare si trova ad operare in spazi di circa 10 mq, in pratica attorno al letto del paziente con 1 metro circa di spazio per parte e 1 metro e mezzo dal lato piedi del letto.

2.5 L'assetto dell'area di **Osservazione Breve Intensiva** è il seguente:

- 1 stanza con 4 posti con monitoraggio e per terapia d'urgenza;
- 1 stanza con 2 posti con monitoraggio e per terapia d'urgenza;
- 3 stanze con 2 posti;

- 1 stanza con 4 posti;
- 1 stanza di lavoro.

Ovviamente tale assetto si intende di massima, in quanto è previsto un utilizzo flessibile in base alle esigenze contingenti del servizio.

I posti di osservazione monitorati sono tutti serviti da un nuovo sistema di monitoraggio_centralizzato, che risulta affidabile e sicuro.

Non esistendo attualmente in tutta l'area del Pronto Soccorso un'area dedicata alla gestione dei codici rossi, questi pazienti e molti di quelli in codice giallo accedono direttamente dal triage ai posti delle stanze 3 o 4 dell'OBI, con la conseguenza di dover **gestire pazienti anche molto complessi e con équipe multispecialistiche** (diversi operatori contemporaneamente impegnati attorno al paziente) **in spazi assai angusti e con altri pazienti critici nelle immediate vicinanze**. Oltreché impegnare letti che dovrebbero essere dedicati alla degenza in osservazione.

2.6 L'**area multifunzionale** è destinata ad ampliare la ricettività del PS in caso di attivazione del PEMAF. Per non lasciare inutilizzati spazi preziosi tale area è anche sede di attività logistiche, nonché di formazione. In caso di attivazione del PEMAF viene trasformata rapidamente in area di assistenza per codici bianchi e/o verdi.

2.7 L'area riservata alla **Sala Gessi** (facente capo al DAI di Ortopedia) è **insufficiente** in termini di dimensioni operative. Per quanto riguarda le ricadute sul PS, si verificano costanti intasamenti dell'utenza in attesa di prestazione ortopedica che, non trovando spazio nel corridoio in cui è stata ricavata una precaria zona di attesa, si riversa nell'area di triage sottraendo spazio operativo al PS e creando confusione.

Anche la Sala Gessi non dispone di servizi igienici; vengono utilizzati per i pazienti deambulanti i bagni del Triage (vedi nota sopra), mentre il paziente barellato deve essere trasportato in OBI per l'espletamento del bisogno fisiologico.

2.8 **Non esistono:**

- **locale salme**
- **saletta colloqui comunicazioni coi familiari**
- **sale d'attesa per i familiari dei pazienti degenti in OBI**
- **locali dedicati a pazienti in agitazione psicomotoria**
- **sala dedicata alle donne vittima di violenza (Progetto GOAP)**

2.8.1 Tutti i pazienti non barellati in attesa di definizione diagnostico terapeutica presso l'area ambulatori e tutti i familiari di tali pazienti, nonché dei pazienti degenti in OBI, sostano o sulle sedie sistemate lungo i corridoi o in piedi, sempre nei corridoi.

I corridoi ove sostano i pazienti barellati e non, in attesa di definizione diagnostico e/o terapeutica, nonché tutti i familiari, nelle giornate di bora divengono **gallerie del vento** con i conseguenti gravi disagi per pazienti ed accompagnatori; nell'ambito del possibile in tali giornate si cerca letteralmente di stipare più malati possibile nelle stanze, ma quasi sempre il numero di questi eccede la capienza dei locali protetti dal vento.

2.8.2 La mancanza di un'area idonea per lo stazionamento delle salme costringe ad utilizzare per tale scopo una stanza dell'OBI.

2.8.3 La mancanza di una saletta colloqui con i familiari costringe a dare notizie in piedi nell'atrio dell'OBI o in corridoio con le ovvie conseguenze sulla **privacy**, mentre ancor più rileva tale carenza quando vi è la necessità di colloquio con lo psicologo per assistenza psicologica a familiari di pazienti giunti cadaveri o deceduti in PS (attualmente viene utilizzato un ambulatorio oppure la stanza 6 dell'OBI).

2.8.4 E' particolarmente critica l'impossibilità a disporre di locali dedicati ai pazienti in agitazione psicomotoria, che richiedono in prima istanza contenzione fisica, in modo da poter praticare la dovuta assistenza nelle migliori condizioni di sicurezza.

Attualmente questi pazienti vengono necessariamente trattati in OBI, quindi accanto a pazienti degenti con patologie gravi ed urgenti, che vengono coinvolti psicologicamente da quanto accade vicino a loro, ed in proposito va evidenziato anche il **pericolo riguardo la stessa integrità fisica** di tali pazienti, giacché non è infrequente dover affrontare persone anche molto violente, la cui contenzione riesce talora difficile anche con l'ausilio delle forze dell'ordine, tenuto conto che fino all'arrivo di queste l'intera area dell'OBI è gravata da **fortissima esposizione di pericolo e per le persone e per le cose**.

2.8.5 Da primavera gli ambienti sono stati perennemente infestati dalle **zanzare**, soprattutto l'OBI, fino ad autunno inoltrato, con conseguenti disagi sia per i pazienti che per il personale.

3. STATO DELLA SEDE DELLA STRUTTURA OPERATIVA DEL MAGGIORE.

Il PS del Maggiore, che è stato trasferito nella nuova sede del Polo Tecnologico di via Gatteri 25/1 in data 1.12.2014, è adibito principalmente ad attività di pronto soccorso “ambulatoriale”, con pazienti in grande maggioranza autosufficienti.

Per tali tipologie di attività la sede si è dimostrata sufficientemente adeguata per quanto riguarda l'area triage, **inadeguata relativamente all'area ambulatori e all'area OBI, sia per configurazione, sia per dimensioni.**

4. RISORSE UMANE.

4.1 Al 16 dicembre il numero di **dirigenti medici operativi** nella Struttura risulta di complessive **22 unità**, ma con 1 medico esente dai turni notturni ed 1 medico assente per malattia lunga e prossimo al trasferimento per inabilità.

Quindi con un **saldo negativo di 4 unità mediche** rispetto al 31 dicembre 2015 (dando per non disponibile il medico assente).

Con tale forza operativa si riesce ad assicurare la copertura dei turni, come qui di seguito indicata (ma nel periodo estivo 1 unità in meno in tutta la fascia oraria diurna dal lunedì al venerdì):

- presso la sede di Cattinara presenza di 4/5 medici nella fascia oraria diurna feriale e di 2 medici nell'orario notturno (durante il 2015 un turno pomeridiano è stato prolungato fino alle ore 22);
- presso la sede del Maggiore presenza di 1 medico nella fascia oraria diurna, nel mentre la notte è coperta da un medico del Servizio Continuità Assistenziale.

L'assetto operativo a Cattinara prevede in orario diurno:

- 2/3 medici applicati agli ambulatori;
- 1 medico con sigla R applicato all'OBI con funzione prioritaria di trattamento dei pazienti ivi degenti e rivalutazione degli stessi al termine dell'osservazione prima della dimissione/ricovero;
- 1 medico con sigla J dedicato prioritariamente al trattamento delle emergenze/urgenze, nonché al see and treat presso il triage;

Gli Standard SIMEU (Società Italiana di Medicina di Emergenza Urgenza) calcolano la dotazione di personale medico sulla base di più parametri.

Relativamente agli accessi e prevedendo che un medico visita in media 2-2.5 pazienti all'ora, quindi 25-30 minuti per ciascun paziente, viene indicato come organico adeguato 1 medico ogni 3000-3750 accessi; ma con la precisazione che le strutture di emergenza con caratteristiche “HUB”, avendo una casistica più complessa, presentano tempi di “processo” di questi casi significativamente più lunghi. A ciò si aggiungono le esigenze connesse all'attività di osservazione dove viene indicata la necessità di 6 medici per ogni modulo da 6 a 10-12 posti letto, oltre ad un “medico responsabile d'area per dare continuità alla programmazione e allo svolgimento delle attività” .

Applicando le indicazioni di tali standard al PS di Trieste ne escono le seguenti indicazioni.

Il PS dispone nella sede di Cattinara di 16 posti letto di OBI (Osservazione Breve Intensiva) con 8 posti ad alta intensità e nella sede del Maggiore di 5 posti letto di OBI.

Pertanto:

- relativamente agli accessi il rapporto 1 medico/2 pazienti all'ora indica un fabbisogno di ore medico di 37.500 ore/anno;
- relativamente all'OBI/OT di 19.000 ore/anno;
- in totale 56.500 ore/anno, che, diviso il numero di ore annue/medico=1414, corrisponde ad un organico di 40 (quaranta) medici.

Il numero di medici in forza nel 2016 al PS è passato gradualmente da 26 a 22, a cui per correttezza di calcolo deve aggiungersi l'attività notturna prestata dai medici di guardia medica nel Centro Prime Cure, pari ad un'ulteriore disponibilità di organico di 3 medici, per cui risultano operativi a fine anno in totale $22+3 = 25$ medici, quindi **15 medici in meno** sui 40 previsti dagli standard SIMEU.

In questa situazione per ottenere il contenimento dei ricoveri è stato fatto tutto il possibile dal punto di vista sia organizzativo che operativo: **i medici hanno lavorato tutti in condizioni di particolare stress**, evidenziando che **ciascun medico ha lavorato circa 30 notti all'anno e 35-40 festivi** (sui 60 complessivi dell'anno); attualmente continuano ad operare con il massimo impegno, ma evidentemente **il superlavoro, se protratto lungamente, determina usura e logoramento**, con le intuibili conseguenze, soprattutto se non vengono prospettate soluzioni in tempi brevi e certi, ma al contrario si delineano ulteriori e più pesanti impegni nelle condizioni date.

Va evidenziato che nonostante tutto si è finora riusciti a garantire costantemente tempestivi ed adeguati trattamenti nelle emergenze, dall'accoglimento alla terapia e definizione diagnostica con conseguente ricovero nel reparto appropriato, anche grazie alla costante disponibilità di protocolli e linee guida aggiornati.

L'azione di filtro ai ricoveri evitabili è, come noto, particolarmente delicata e richiede idonee condizioni di lavoro per essere espletata con sufficiente sicurezza: **la pesante carenza di personale medico rispetto ai carichi di lavoro limita la possibilità di esercitare con la necessaria concentrazione l'attività diagnostica,** soprattutto in casi di difficile approccio, **con rischio accresciuto di errore e/o ritardo nell'esecuzione di atti** medici, per cui in tali casi si impone la definizione diagnostica in regime di ricovero.

A conferma di quanto indicato dagli Standard SIMEU, anche gli elevatissimi carichi di lavoro a cui sono sottoposti i dirigenti medici, come si evince dall'esame dei dati di attività rappresentati nel punto n.1, rendono conto dell'**esigenza di adeguamento degli organici alle effettive necessità.**

Si sottolinea che a livello di struttura è stata costante la massima attenzione nell'elaborazione dei piani di lavoro dei dirigenti medici, al fine di evitare la concentrazione di turni pesanti, di garantire sempre i riposi settimanali e il tempestivo, per quanto possibile, recupero di ore straordinarie effettuate, nonché il pieno godimento delle ferie maturate, assicurando sempre il **pieno rispetto delle normative contrattuali vigenti**, che è stata prassi costante in questa struttura, fin dal primo giorno di direzione dello scrivente.

Si può stimare un rapporto, se non ottimale, almeno adeguato tra risorse mediche e carichi di lavoro valutando che:

- per ogni paziente ambulatoriale il tempo dedicato a questi dal medico risulta in media di almeno 30 minuti primi, che è comprensivo di anamnesi, esame obiettivo, rivalutazioni dopo accertamenti diagnostici, compilazione della documentazione compresi eventuali certificati e referti di legge, nonché degli inevitabili tempi morti; considerando che se è vero che per casi meno complessi come un corpo estraneo oculare o altri piccoli traumi il tempo è certamente minore, per molti altri come stati febbrili, dolori addominali, affezioni polmonari, soprattutto se in grandi anziani con pluripatologie, i tempi diventano decisamente superiori, per cui si ritiene che calcolare un tempo medio di 30 minuti sia del tutto ragionevole e comunque certamente non sottostimato, se mai il contrario;

- invece per i pazienti in stato di emergenza urgenza (spesso trattati per molte ore in OBI per carenza di posti letto nei reparti subintensivi) o pazienti meritevoli di più approfonditi accertamenti diagnostici e/o più complessa terapia volti ad impedire ricoveri evitabili (OBI), il tempo medico complessivo non risulta quasi mai inferiore ai 60 minuti, ma talora è molto di più, per cui pare ragionevole stimare un tempo medio di 75 minuti.

Da ultimo è meritevole di attenzione la **perdurante situazione di incertezza organizzativa, operativa e normativa sull'attività dei medici di AAS n.1 applicati in orario notturno presso il Centro Prime Cure del Maggiore**, come già evidenziato con ripetute note formali trasmesse anche negli anni precedenti.

4.2 La situazione relativa al **personale del comparto** è la seguente.

INFERMIERI

CATTINARA: 8 infermieri h24 (40) [2 triage, 3 ambulatori, 3 OBI] 1 infermiere h12 7gg su 7 (3) [OBI]

TOTALE = 43

MAGGIORE: 1 infermiere h24 (5) [ambulatori] e 2 infermieri h12 7gg su 7 (6) [1 triage, 1 OBI]

TOTALE = 11

TOTALE: 43 (PSOC) + 11 (PSOM-CPC) + 11 (assenti per licenza) LOG) = **65 unità**

Totale assegnazioni personale turnistico SCPS = **69** Infermieri Tempo Pieno + **2** Infermieri Part-Time + **1** Infermiere Generico = **72** unità (+ 6 rispetto al 2015)

Totale forza reale personale = 72 - 8 = **64** unità (+ 2 rispetto al 2015)

Note di criticità

- 3 infermiere sono assenti per maternità
- 2 infermieri hanno un contratto part-time 50%
- 1 Infermiere usufruisce di un permesso di maternità DMP220 settimanale
- 2 Infermieri usufruiscono di 3 permessi PER720 mensili
- 2 infermieri non prestano servizio notturno come da indicazioni del Medico Competente
- 4 infermieri assenti per malattia lunga

N.B.: nel calcolo non è compreso il CORDINAMENTO INFERMIERISTICO E LOGISTICA il cui fabbisogno è pari a **5 unità**, tutte coperte.

Alle criticità connesse alla carenza di infermieri rispetto ai carichi di lavoro, si è aggiunta ulteriore **gravissima criticità determinata dalle ricorrenti sostituzioni di infermieri esperti di Pronto Soccorso con infermieri di prima nomina**, di cui 11 a tempo determinato, provocando in tal modo un **profondo vulnus** sull'attività infermieristica e quindi **sull'intera attività assistenziale della struttura**, con conseguente ulteriore incremento di rischio per i malati.

PERSONALE OSS

CATTINARA: 3 h24 = 15

MAGGIORE: 1 h12 7gg su 7 = 3

TOTALE GENERALE: 15 + 3 + 4 (assenti per licenza) = **22 unità**

Totale assegnazioni personale SCPS: = **23 unità**

Totale forza reale personale = **21 unità**

Note di criticità:

- 1 OSS è assente aspettativa
- 1 OSS su giudizio del Medico Competente può eseguire solo trasporto provette e carteggi dal lunedì al venerdì
- 1 OSS usufruisce di 3 permessi PER720 mensili

PERSONALE ASSS (BARELLIERI)

Il **personale ausiliario** assegnato alla Struttura di **Pronto Soccorso** risulta di **38 unità** (10 a tempo determinato)

Con tale forza a **CATTINARA** si riesce a garantire la presenza di 3/4 unità in orario diurno e 3/4 unità in orario notturno, facendo ricorso ad ore straordinarie e talora impiegando in supporto OSS dell'OBI.

Un rinforzo diurno è dato da personale della Cooperativa (esclusi i notturni e i festivi).

Al **MAGGIORE** si riesce a garantire la presenza di 1 unità nelle 24 ore; non sempre la seconda unità nelle 12 ore diurne.

Le esigenze minime della Struttura di Cattinara per assicurare adeguatamente le attuali funzioni di trasporto per il pronto soccorso sono di:

- 4 ASSS in turno h24 per trasporti generali e presidio camera calda
- 1 ASSS in turno h12 per trasporti generali e presidio camera calda
- 1 ASSS in turno h24 per trasporti pazienti allettati area OBI
- 1 ASSS in turno h12 per trasporti pazienti allettati area OBI

Le **esigenze minime** della Struttura del Maggiore per assicurare adeguatamente le attuali funzioni di trasporto per il pronto soccorso sono di:

- 2 ASSS in turno h24

Per garantire la suddetta forza operativa sono necessari in totale **48 ASSS**, per cui risulta una **differenza in negativo di 16 unità** tra tale esigenza di risorse e l'attuale assegnazione (la disponibilità effettiva è più bassa).

N.B. La carenza di personale ausiliario è un fattore di grave rallentamento di tutta l'attività di PS, in quanto il ritardo di trasporto di pazienti per ricovero, accertamenti di diagnostica per immagini, prestazioni specialistiche, ritardi anche fino ad un'ora, tengono occupati spazi, per cui si allungano le attese in triage, si allungano le attese in Radiologia, con ripercussioni sull'intero ospedale.

SEGRETERIA

Personale impiegato nello svolgimento dell'attività:

- 2 unità

Considerati i carichi di lavoro della Segreteria soprattutto in merito alle documentazioni medico-legali richieste dalle autorità di Polizia, vi è l'esigenza di un'ulteriore unità.

ASSISTENTI DI SALA

E' stato attivato in data 9 marzo 2015 il Servizio di gestione delle attese dei pazienti mediante l'inserimento dell'Assistente di sala nella SS Pronto Soccorso di Cattinara, limitato alla fascia oraria diurna. Tale personale non dipende dal Pronto Soccorso, ma dalla Direzione Sanitaria.

5. STATO DELLE DOTAZIONI STRUMENTALI.

5.1 La dotazione di Ventilatori Polmonari (2 apparecchi) risulta del tutto insufficiente rispetto alle esigenze.

6. SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo SEI ha continuato ad evidenziare **problematiche di utilizzo assai rilevanti:**

- lentezza del programma, che costringe medici e infermieri a moltiplicare i tempi dedicati alla registrazione dei dati clinici, lentezza che con il tempo si accentua sempre più;
- errori di vario genere riscontrati nei verbali;
- frequenza di avarie e black out con gravi conseguenze sull'operatività della struttura;
- nessun sistema di sicurezza è previsto in caso di black out improvviso per consentire la visualizzazione della documentazione dei pazienti in trattamento.

L'inaffidabilità del sistema informativo del PS si traduce sul campo operativo in pericolosità, in quanto rallentamenti di funzionamento e soprattutto oscuramenti improvvisi di dati nelle situazioni cliniche di emergenza espongono i pazienti a gravissimo rischio anche quoad vitam.

Pertanto, come già ripetutamente rappresentato anche con note **formali trasmesse all'Amministrazione, non pare ulteriormente differibile la revisione/aggiornamento** del SEI, al fine di assicurarne pieno funzionamento h24 365 giorni all'anno.

N.B.: **il SEI non è dispositivo medico marcato CE**, con le conseguenti implicazioni operative e medico-legali che ciò comporta.

7. FORMAZIONE DEL PERSONALE.

Nel corso del 2016 è proseguito il programma di formazione avviato negli anni precedenti, sulla base dello specifico Piano adottato dal Dipartimento di Emergenza e Accettazione.

Una parte importante dell'attività formativa segue standard validati a livello internazionale, come Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) e Basic Life Support Defibrillation (BLSD) American Heart Association (AHA), Advanced Trauma Life Support (ATLS) American College of Surgeons (ACS).

Tutto il personale del PS a contatto del paziente è in possesso di certificato BLSD secondo linee guida AHA, nel mentre i medici sono in possesso di certificato ACLS-AHA e ATLS- ACS.

Nel corso del 2016 sono continuate:

- la formazione ECM sul campo ECOFAST dedicata ai medici del PS;
- la formazione: Emergency Care- SimMan 3G, dedicata a medici ed infermieri del PS, nonché a sanitari delle altre discipline dell'area dell'emergenza;
- la formazione accreditata ECM, tipologia FSC: “Le buone pratiche in Medicina di emergenza urgenza: operare in sicurezza, evitare l'accanimento, evitare le futilità”; meeting settimanali o bisettimanali tra medici e infermieri, di due ore ciascuno, in cui vengono analizzati casi clinici di specifica “rilevanza”, revisione/aggiornamento di linee guida, procedure, istruzioni operative.

Sono proseguite inoltre le edizioni dell'evento formativo residenziale "GIPIT: Gestione Intraospedaliera Presidi Immobilizzazione per Traumatizzati" rivolto al personale infermieristico e OSS inerente la conoscenza e gestione dei presidi di immobilizzazione e delle manovre relative al loro utilizzo.

8. ORGANIZZAZIONE INTERNA DELLA STRUTTURA.

Nel 2016 l'organizzazione interna è rimasta coerente con il percorso metodologico improntato sulla **gestione per la qualità**, secondo gli **standard JCI** (Joint Commission International).

E' quindi proseguito il processo finalizzato a **disciplinare tutta l'attività della Struttura con procedure, istruzioni operative e linee guida** scritte predefinite, sia relativamente all'attività clinica, sia riguardo agli aspetti organizzativi, logistici e gestionali, precisando che ogni qualvolta la procedura coinvolge strutture di interfaccia, la stessa viene concordata con i responsabili di dette strutture.

L'attività generale della SC è disciplinata da **7 procedure "organizzative", 57 istruzioni operative "organizzative" e/o "tecniche", 32 procedure/istruzioni/linee guida "cliniche"** (di queste 9 a valenza DEA).

Relativamente alle procedure "cliniche" per quanto riguarda le emergenze/urgenze cardiovascolari e traumatologiche il riferimento sono le **linee guida BLSD, ACLS, AHA e ATLS ACS** (vedi capitolo 7).

Tutte le procedure, istruzioni operative linee guida sono consultabili da tutto il personale della struttura sui PC di servizio.

Ogni implementazione di procedure, istruzioni, linee guida è diffusa tutto il personale interessato via e mail, e con le stesse modalità sono diffuse ordini di servizio, circolari, ecc.; modalità che si attengono rigorosamente agli standard JCI.

9. CRITICITA'

I dati di attività relativi al 2016 circa il numero di ricoveri, i tempi di attesa, il tempo di permanenza in PS, rappresentano un'ulteriore e sensibile **disallineamento tra obiettivi assegnati** (in modo acritico, a giudizio dello scrivente) **e risultati realizzati**, determinato da **più fattori**, alcuni già evidenti nel 2015, altri palesatisi all'inizio del 2016, ma tutti **trascurati o comunque sottovalutati**, nonostante le ripetute segnalazioni in merito trasmesse dallo scrivente, anche con note formali.

Segnalazioni che non si sono limitate agli aspetti quantitativi, ma hanno evidenziato soprattutto quelli qualitativi, visto l'improvviso, ma non inaspettato, **incremento di eventi indesiderati, anche estremamente gravi**, che rappresentavano veri e propri **eventi sentinella**.

Lo scrivente, rimanendo tali segnalazioni sostanzialmente inascoltate, o producendo tutt'al più manovre tampone insufficienti, ha concentrato gli sforzi soprattutto sull'organizzazione, cercando di ottimizzando l'impiego delle risorse disponibili e aggiornando gli standard operativi di sicurezza interni alla struttura, al fine di garantire almeno le migliori condizioni di sicurezza, per quanto possibile in tale contesto.

Nulla è stato invece possibile per assicurare **privacy e comfort** ai pazienti, se non ad un esiguo numero di questi, vista la quantità di malati e l'esiguità degli spazi disponibili a contenerli.

Dall'inizio dell'anno il numero di accessi è sensibilmente aumentato, 5.000 malati in più su base annua, mentre sono rimaste invariate l' **inadeguatezza delle condizioni strutturali**, le **carenze di personale**, le **insufficienti disponibilità delle strutture d'interfaccia**.

Relativamente alla esiguità degli spazi disponibili e alla carenza di personale, si rimanda ai punti 2 e 4, con richiamo speciale sull'esiguità dell'organico medico (22 medici) giunto a fine anno a 22 dirigenti medici, numero che rappresenta poco più della metà del numero previsto dagli standard (39 medici), sottolineando che tali criticità, pur essendo già state oggetto di dettagliata rappresentazione nella Relazione annuale della Struttura di PS relativa al 2015, sono rimaste sostanzialmente in parte invariate, in parte peggiorate.

Sembra evidente che se il **rapporto medici in servizio/pazienti è di 1 a 5/6**, ma **di notte anche 1 a 10 e più**, le **attese in triage** raggiungono **diverse ore, 8 e più, con punte di 12-14 ore di attesa**, in particolare durante la notte, come sempre più frequentemente è accaduto durante l'ultimo trimestre.

Ulteriori tempi si sommano se, quando il medico termina di trattare un paziente in un ambulatorio, altri ambulatori non sono disponibili, perché il numero di questi risulta meno della metà di quanto necessario rispetto ai carichi di lavoro, e ciò sia a Cattinara che nel nuovo Pronto Soccorso del Maggiore, i cui spazi risultano palesemente angusti e inadeguati, come dettagliato al punto 2.

Molto spesso gli ambulatori non sono prontamente liberabili per carenze dei trasporti, in quanto bisogna attendere il barelliere, che deve liberarsi, e ciò può significare non di rado mezz'ora di attesa, ma anche più, e ancora di più se l'attesa è quella di un letto libero in reparto, quando non c'è immediata disponibilità in OBI e il malato non può essere lasciato solo in corridoio.

E' evidente che in una siffatta situazione si accumulano molteplici e rilevanti tempi "morti".

A ciò si aggiungono le criticità relative alle **strutture d'interfaccia** quali **ulteriori concause di rallentamento** dell'attività, spesso anch'esse in carenza di personale, spazi, mezzi:

- Tempi di attesa rilevanti soprattutto in fascia oraria pomeridiana e serale per l'esecuzione di **diagnostica per immagini**.
- Tempi di attesa rilevanti per la **sala gessi**.
- Tempi di attesa spesso rilevanti anche per altre prestazioni specialistiche, p.es. **chirurgia**, se i chirurghi sono in sala operatoria per urgenze, evento non infrequente di notte; ed anche **cardiologia**, che incide soprattutto per il differimento di ore delle consulenze di pz in dimissione.
- Attese lunghe e spesso lunghissime, 6-8-10 ore e più, per avere un'**autoambulanza** per poter dimettere un paziente, e sempre che sia disponibile in giornata, altrimenti l'attesa si dilata fino all'indomani.

- Attese di molte ore per avere la disponibilità di un **letto nelle terapie semintensive**, come Medicina d'Urgenza o Pneumologia, perché questi sono pazienti prioritari che impegnano fortemente il personale del PS, che spesso, quando i pazienti presentano severe insufficienze respiratorie, deve sobbarcarsi il compito di andare alla ricerca di ventilatori disponibili, vista la cronica carenza di tali apparecchi; ed anche queste ricerche comportano un ulteriore sensibile impiego di tempo.
- E a tutto ciò si aggiungono le molteplici attese di un barelliere libero per poter trasportare i pazienti in reparto, in radiologia, dallo specialista, ecc., vista la assoluta **inadeguatezza del numero di barellieri** in tutto l'ospedale

Se già nel 2015 la **situazione** risultava critica per tutti i motivi evidenziati nella precedente relazione, durante il 2016 è diventata sempre più **insostenibile**, in quanto i ritmi di lavoro e il permanente iperaffollamento di ogni ambiente spesso non consentono di operare con la necessaria concentrazione mentale, che la cura di ogni malato esige, e tanto più se si seguono contemporaneamente diversi pazienti, anche gravi ed urgenti, in ambienti dove silenzio e privacy, anche durante la visita, sono un'utopia. Con il conseguente **incremento di rischio per la sicurezza dei malati**, come del resto confermato dai **ripetuti eventi indesiderati** osservati a far tempo dalla primavera in poi, che per gravità e caratteristiche assumevano il rilievo di veri o propri eventi sentinella,

Fin dal mese di maggio **la criticità/insostenibilità della situazione e la pericolosità per la sicurezza dei pazienti** veniva segnalata sia dai medici, sia dagli operatori del comparto applicati al Pronto Soccorso con due lettere sottoscritte da tutto il personale e trasmesse all'Amministrazione (vedi allegati 1 e 2).

Criticità confermata dello scrivente con nota formale trasmessa il 26 maggio, dove veniva tra l'altro evidenziato: *“si è di fronte ad una situazione nuova, delineatasi fin dall'inizio dell'anno e progressivamente aggravatasi, che non sembra essere contingente, ma pare invece avere le caratteristiche di criticità di sistema, per cui sembrano indispensabili risposte di sistema, quindi strategiche, e con grande tempestività”*; e ribadita con ulteriore nota il successivo 5 agosto (vedi allegato 3). Ma le situazioni di criticità via via osservate nel corso dell'anno sono state sempre oggetto di numerose segnalazioni trasmesse con note formali, disponibili agli atti.

Non solo nessuna risposta strategica apprezzabile è stata data, ma neppure presa in considerazione, per cui l'8 settembre 2016, in sede di negoziazione di budget, lo scrivente preannunciava al Direttore Sanitario le dimissioni volontarie dall'incarico di direzione della struttura, formalizzate il giorno successivo. In tale sede lo scrivente rappresentava la criticità ingravescente della situazione, ipotizzando che nei mesi successivi il numero di malati ospiti fuori reparto avrebbe raggiunto quota 100, senza l'adozione di adeguate azioni correttive di respiro strategico.

In proposito va evidenziato come **fin da inizio 2015** fosse disponibile uno **specifico progetto** elaborato nell'ambito dei lavori del Comitato interaziendale AO/TS-ASSn.1, dedicato alla risoluzione delle criticità legate ai ricoveri nel DAI di Medicina di pazienti anziani e grandi anziani con pluripatologie croniche e degenerative.

Il progetto in parola, di valenza strategica, prevedeva una molto articolata **riorganizzazione dei servizi**, integrando Pronto Soccorso, Centro Prime Cure, 118, Servizio Continuità Assistenziale, Medicina d'Urgenza, e richiedeva un incremento di **risorse relativamente modesto, rispetto ai benefici attesi**, basandosi soprattutto sull'incremento di efficienza (vedi allegato 4).

Il **progetto** è rimasto inspiegabilmente **fermo** nel cassetto per due anni, pur non esistendo progetti alternativi di respiro strategico, neppure in forma di mere ipotesi; **né si può dare valore di progetto al susseguirsi di azioni estemporanee, puntiformi, e disomogenee, ancorché costose, intraprese nell'ultimo trimestre** nel disperato tentativo di arginare l'esplosione di criticità chiaramente annunciate e inspiegabilmente trascurate.

Le **criticità** evidenziate, che possono comportare situazioni di **grave rischio per la sicurezza dei malati**, sembrano **destinate a perpetuarsi ed aggravarsi, senza l'adozione di tale progetto**, opportunamente aggiornato, o di altra **seria progettazione alternativa**, da tradurre molto rapidamente in concrete realtà operative adeguatamente governate e organizzate.

F.to Zalukar