

STATO DELLA STRUTTURA OPERATIVA DI PRONTO SOCCORSO ACCETTAZIONE E OSSERVAZIONE TEMPORANEA DI CATTINARA NEL MESE DI GIUGNO 2003

1. PREMESSA

La configurazione della sede del Pronto Soccorso e Osservazione Temporanea di Cattinara risale al 1984, quando l'afflusso di pazienti presso tale struttura era enormemente inferiore all'attuale, e già allora vi erano problemi di inadeguatezza degli spazi.

Ad aggravare ulteriormente la situazione logistica è intervenuta nel 1999 l'acquisizione di spazi appartenenti al Pronto Soccorso da parte del Servizio Immunotrasfusionale (5 stanze).

Nel 2002 il Pronto Soccorso di Cattinara ha registrato 38455 accessi, con 10.943 ricoveri, 3350 osservazioni temporanee, 265 emergenze.

Nello stesso periodo il Pronto Soccorso del Maggiore ha registrato 38460 accessi, con 6738 ricoveri, 7999 osservazioni temporanee, 406 emergenze.

E' evidente che con i trasferimenti intervenuti di Cardiologia e Medicina d'Urgenza graverà su Cattinara un'ulteriore quota di accessi fin qui destinati al Maggiore.

Soprattutto importa che detti accessi saranno rappresentati da tutte le emergenze ed urgenze cardiovascolari ed internistiche con un forte impatto sul Pronto Soccorso di Cattinara, che si vedrà presumibilmente accrescere gli accessi del 30-40% e quasi triplicare le emergenze.

E tutto ciò viene a cadere in un periodo di criticità sia per la radiologia di Cattinara, sia per lo stesso Dipartimento Cardiologico, che necessariamente opera a potenzialità ridotta.

Il presente documento analizza le principali criticità riscontrate nel mese di giugno 2003 presso la struttura di Pronto Soccorso di Cattinara, quindi propone azioni correttive idonee a superare le predette criticità.

Quanto rappresentato si riferisce ad una prima analisi, in quanto saranno necessari ulteriori e più approfonditi esami, seguendo l'evoluzione del nuovo assetto organizzativo, per giungere in un secondo tempo ad una dettagliata analisi congiunta della struttura nel suo complesso, quindi di Cattinara e del Maggiore.

Si intende ovviamente che tutte le azioni correttive proposte che attengano a modifiche dell'organizzazione del lavoro o comunque a materie che prevedono l'attivazione di relazioni sindacali devono considerarsi ipotesi di lavoro, che qualora condivise, dovranno essere appunto oggetto di relazioni sindacali.

2. CRITICITA'

2.1 Stato della sede della struttura operativa.

2.1.1 Le dimensioni 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 in determinate ore del mattino, quando vi è un forte afflusso di pazienti per visite, esami strumentali, ecc. (alcune strutture ospedaliere fissano l'appuntamento alla stessa ora, p.es. 8.30 o 9.00, per numerosi pazienti che poi saranno visti nel corso della mattinata).

2.1.2 La zona di triage dove l'infermiere stabilisce le priorità di accesso dei pazienti risulta del tutto inadeguata, poiché:

- in uno spazio assolutamente insufficiente stazionano i pazienti adagiati su barelle e su carrozzelle, nonché i deambulanti, per cui bastano meno di dieci pazienti per occupare tutto il poco spazio disponibile;
- attraverso tale spazio transitano tutti i pazienti in arrivo ed in partenza dall'ospedale (ricoveri programmati, trasferimenti, day hospital, ecc.);
- nella zona di triage non c'è alcuna possibilità di assicurare la privacy dei pazienti, per cui qualsiasi colloquio tra infermiere e paziente, come l'anamnesi finalizzata al triage, si svolge in pubblico, e così eventuali atti sanitari, purtroppo accade anche che pazienti debbano soddisfare i bisogni fisiologici in barella a poche centimetri dagli altri malati con l'unico schermo di un coperta;
- la registrazione su P.C. dei dati raccolti dall'infermiere avviene all'interno di uno stanzino vetrato, dove vengono quindi accumulati i documenti relativi ai pazienti, per cui l'associazione tra paziente e documento clinico è affidata esclusivamente alla memoria visiva dell'infermiere;
- alla zona di triage si accede dalla camera calda attraverso una porta scorrevole automatica che quando si apre nelle giornate fredde e ventose espone i pazienti a forti correnti di aria fredda, anche perché verso l'interno la zona triage continua con un corridoio senza porta;
- per accedere dalla zona triage all'area ambulatori e di osservazione (distante 40 metri) il paziente deve nuovamente essere fatto uscire nella camera calda, che nelle giornate invernali non è affatto calda;
- presso la zona triage sono situate diverse macchine di distribuzione di bevande e alimenti, che richiamano in loco visitatori e dipendenti, che consumano bevande e cibi tra i pazienti in attesa..

2.1.3 Dalla camera calda alla zona ambulatori, emergenza e osservazione temporanea si accede attraverso un corridoio abbastanza largo ai cui lati sono sistemate numerose sedie che ospitano pazienti del Pronto Soccorso, parenti, pazienti della Clinica Ortopedica per visite di controllo, rimozione gessi, ecc.; nella stessa zona sostano anche barelle e letti di pazienti della Clinica Ortopedica, che anch'essi non trovano alcuna possibilità di privacy. Attraverso questo corridoio gremito di gente vengono necessariamente trasportati tutti i pazienti che arrivano in emergenza ed urgenza, quali politraumi, fratture, arresti cardiorespiratori, ecc. che quindi passano tra due ali di gente in attesa. Di norma durante il mattino vi sono abitualmente non meno di 30 – 40 persone in sosta presso tale corridoio, chi in barella, chi seduto, chi in piedi per carenza di sedie; ovviamente le lamentele per la lunghezza e le condizioni dell'attesa dei pazienti della Clinica Ortopedica sono di frequenza quotidiana e spesso molto aspre; nell'ultimo periodo alcuni pazienti (o parenti) hanno sollecitato l'intervento delle forze di polizia per denunciare quanto sopra.

2.1.4 La stanza di emergenza per i politraumi è in grado di garantire sufficiente operatività per un solo paziente traumatizzato, per cui in caso di arrivo di più pazienti in tali condizioni (evento non infrequente negli incidenti stradali), gli altri feriti vengono trattati negli ambulatori, inadeguati allo scopo per dimensioni, attrezzature, configurazione.

2.1.5 Gli ambulatori possono considerarsi appena sufficienti sia per numero che per dimensioni all'attività di routine, si affacciano su un corridoio piuttosto stretto a cui si accede anche alla sala gessi della Clinica Ortopedica, per cui vi è un flusso continuo e costante di pazienti di detta Clinica in quest'area, a piedi, in barella, a letto, come evidenziato nel precedente punto 2.1.3. Inoltre è usuale che i pazienti della Clinica Ortopedica in attesa entrino negli ambulatori del Pronto Soccorso per chiedere informazioni o esternare lamentele, con le ovvie conseguenze sull'operatività degli ambulatori.

2.1.6 L'area di Osservazione Temporanea sarebbe sufficiente allo scopo per dimensioni e configurazione, se in tale area non fossero sistemati nelle stanze di degenza, anche gli uffici della segreteria e della direzione; inoltre una stanza di osservazione è sottratta alla degenza per ospitare la sala di trattamento delle emergenze mediche ed un'altra la sala di ecografia. Pertanto di 8 stanze originariamente previste per la degenza in osservazione ne rimangono dedicate a questa funzione soltanto tre dove si riescono a mantenere complessivamente 8 letti, per cui non è infrequente che pazienti sostino in barella anche per lungo tempo nell'atrio della zona osservazione. Comunque anche i pazienti ospitati all'interno delle stanze sono per la maggior parte adagiati su barelle, in quanto il numero di letti disponibili per l'intera area di Osservazione Temporanea è di quattro. Non esiste alcuno spazio dove visitare il paziente in osservazione, se non la stanza di degenza, né esiste spazio destinato ai parenti dei pazienti in osservazione, che quindi sostano in piedi davanti alla porta o nell'atrio della zona Osservazione. La documentazione clinica del Pronto Soccorso risulta attualmente "archiviata" lungo un corridoio dell'Osservazione Temporanea, ove sono appunto accatastati i raccoglitori dei documenti anzidetti, che contengono dati sensibili.

2.1.7 Non esistono spazi idonei per accogliere adeguatamente gli eventuali feriti di un infortunio di massa.

2.2 Stato delle risorse umane.

L'entità numerica del personale in forza al Pronto Soccorso è sostanzialmente rimasta quella precedente al trasferimento del Dipartimento di Cardiologia, che già allora era insufficiente a garantire adeguatamente il servizio, con attese dei pazienti spesso molto lunghe e con l'impossibilità ad assicurare un'efficace osservazione temporanea con conseguente filtro ai ricoveri impropri.

Attualmente le risorse umane disponibili sono le seguenti:

1. Dirigenti medici: 10 unità, che consentono di norma la presenza di 2 medici dalle ore 8 alle ore 20 e di 1 medico dalle 20 alle 8.
2. Infermieri professionali: 27 unità (di cui 3 a part time), che consentono di norma la presenza di 4 o 5 infermieri dalle ore 8 alle ore 20 distribuiti 2 negli ambulatori, 1 o 2 in Osservazione Temporanea, 1 presso il triage, di 3 infermieri dalle 20 alle 8, distribuiti come sopra, ma senza copertura del triage.
3. Operatori sociosanitari: 11 unità, che consentono di norma, ma non costantemente, la presenza di 2 OSS dalle ore 7 alle 20 e di 1 OSS di notte, nonché un aiuto a coprire i turni degli ausiliari sociosanitari.

4. Ausiliari sociosanitari: 19 unità, che consentono la presenza di 3 operatori per turno di servizio, con rinforzo di un'unità notturna, in regime di lavoro straordinario (e con l'aiuto di OSS).
5. Segreteria: 1 assistente amministrativo ed 1 infermiere generico con commissione medica (archivio) le mattine dei giorni feriali

E' evidente che tale forza operativa non è numericamente in grado di garantire un'assistenza in tempi ragionevoli per tutti i 120-150 accessi giornalieri; basti considerare che l'arrivo contemporaneo di un'emergenza traumatologica e di una cardiovascolare richiede l'opera di tutti i due medici in servizio e di almeno 3 infermieri e 1 OSS, per cui ogni altra attività si blocca per periodi anche relativamente lunghi, tenuto conto che spesso tali pazienti permangono non poco presso il Pronto Soccorso, vuoi per mancanza di posti letto nel Dipartimento Cardiologico, vuoi per la lentezza di esecuzione e refertazione di indagini strumentali (Rx, TAC, ecc.).

Inoltre i pazienti instabili destinati alla Cardiologia o alla Medicina d'Urgenza richiedono un accompagnamento sanitario con ulteriore impegno di personale.

Nel periodo dal 1 giugno u.s. ad oggi si sono verificate molteplici situazioni di criticità per l'oggettiva impossibilità del personale in servizio ad assistere nei tempi e nei modi dovuti tutti i pazienti arrivati in Pronto Soccorso.

Si citano ad esempio le mattine di venerdì 6 giugno, di giovedì 12 giugno, in cui sono affluiti in Pronto Soccorso rispettivamente 68 e 65 pazienti, di cui non pochi in regime di urgenza, mentre vi era carenza di barelle, assenza di posti letto in Rianimazione, Medicina d'Urgenza e Cardiologia; quindi con affollamento di pazienti in Osservazione Temporanea, alcuni seduti per mancanza di letti e barelle, altri senza monitor pur con cardiopatia acuta, vista la carenza di monitor in dotazione al Pronto Soccorso, altri ancora in lunga attesa di indagini radiologiche (diverse ore) stante l'impossibilità dichiarata dell'Istituto di Radiologia di eseguire in tempi ragionevolmente brevi le prestazioni richieste.

E' evidente l'impossibilità, con 2 medici e 4 infermieri, di assistere adeguatamente 68 pazienti giunti in Pronto Soccorso nell'arco di 6 ore e per di più non potendo sistemarli tutti su barelle o letti, non potendo contare su un sufficiente numero di apparecchi di monitoraggio cardiaco, non potendo assisterli in locali adeguati, non potendo usufruire della diagnostica per immagini in tempi reali, soprattutto non potendo ricoverare tempestivamente almeno i più critici nei reparti di competenza per mancanza di posti letto.

Tali condizioni di pesante carenza di personale e di dotazioni strumentali, unite alla già citata inadeguatezza degli ambienti di lavoro, limitano la possibilità di esercitare con la necessaria concentrazione l'attività di diagnosi e terapia, soprattutto in casi di difficile approccio, per cui risulta accresciuto il pericolo di errore e/o ritardo nell'esecuzione di atti medici determinati dalle condizioni operative sopra descritte, che accrescono altresì il pericolo di danni derivanti da un'insufficiente assistenza infermieristica.

2.3 Stato delle dotazioni strumentali.

Le dotazioni di apparecchi, strumenti, presidi appaiono inadeguate per carenza e vetustà di quasi tutte; caratterizzandosi tra l'altro per la diversità di modelli per ogni tipologia di apparecchio e strumento.

Anche i mobili di uffici ed ambulatori dimostrano la loro vetustà ed usura, non sembrando risultare a norma quelli di supporto ai P.C.

E' in corso un censimento della dotazione materiale della struttura, nonché una valutazione degli effettivi bisogni in merito, che saranno rappresentati quanto prima con specifico documento.

Qui di seguito sono riportati 4 settori che necessitano di immediato intervento in quanto ipercritici.

1. La carenza più grave riguarda la mancanza di barelle, che dal numero originario di 40 esistenti quando gli accessi erano meno della metà degli attuali, è giunto ai 20 pezzi oggi disponibili, di cui la maggior parte in cattive condizioni e comunque 15 prive di freno.

2. Un'altra grave carenza riguarda i monitor-defibrillatori che sono in numero assolutamente insufficiente al bisogno determinato dall'afflusso di pazienti cardiopatici acuti, inoltre i pochi monitor esistenti sono di tipi diversi, implicando ciò una relativa difficoltà di utilizzo da parte del personale.

Il cardiostimolatore esterno risulta in avaria.

Non esistono defibrillatori semiautomatici, per cui l'evento fibrillazione ventricolare non può essere risolto tempestivamente dall'infermiere, ma richiede sempre l'intervento del medico, quindi con possibili ritardi di applicazione dell'unica terapia efficace in tali situazioni. Inoltre la disponibilità di tali apparecchi consentirebbe l'accompagnamento di pazienti cardiopatici a rischio da parte del solo infermiere, rendendo così libero il medico per altre attività.

3. Risultano anche insufficienti le bombole di ossigeno portatili per mantenere l'ossigenoterapia durante i trasferimenti per indagini strumentali e per ricovero, per cui pazienti bisognosi di ossigeno devono essere talora trasportati senza assicurare tale terapia al fine di non ritardare l'esecuzione delle indagini o dei ricoveri suddetti.

4. Un altro problema, da sempre presente, è rappresentato dall'insufficiente disponibilità di presidi, quali tavole spinali, barelle a cucchiaio, collari cervicali, da fornire alle autoambulanze, quando queste lasciano il presidio utilizzato per il soccorso con il paziente.

2.4 Stato del sistema informativo

Dal punto di vista dell'hardware tutti gli apparecchi in dotazione sono obsoleti ed estremamente lenti con le ovvie ricadute negative sulla velocità delle refertazioni cliniche e quindi dell'intera operatività della struttura.

In merito al software è in corso un approfondimento, per cui le problematiche derivanti dall'utilizzo dei programmi INSIEL saranno dettagliatamente rappresentate in un successivo specifico documento; limitandosi qui a segnalare la frequenza dei black out di tale sistema informativo, che determinano pesanti conseguenze sull'attività di servizio.

Da rilevare che attualmente non è consentito l'interfacciamento con l'archivio cartelle cliniche e neppure è possibile quello con il sistema informativo del laboratorio, della radiologia, del SIES 118.

2.5 Stato della sicurezza del lavoro.

E' in corso una verifica della sicurezza del lavoro, soprattutto riguardo al rischio biologico e da movimentazione carichi, i cui risultati saranno oggetto di specifico documento.

2.6 Stato della formazione del personale.

Nonostante la previsione dei cambiamenti derivanti dal trasferimento del Dipartimento di Cardiologia non è stata assunta alcuna iniziativa coordinata volta a garantire un livello di formazione standard dedicata alle emergenze cardiovascolari, in modo da assicurare sin dal momento del cambio di allocazione della Cardiologia adeguati livelli di assistenza nelle emergenze cardiovascolari affluenti al Pronto Soccorso di Cattinara, nonché idonee possibilità di assistenza e/o trasporto rapido protetto per i pazienti cardiopatici che comunque continuano a presentarsi, seppure in numero ridotto, autonomamente al Pronto Soccorso del Maggiore.

Al di là del settore specifico, in linea generale, si è rilevato che la formazione professionale, almeno negli ultimi 6 anni, è stata lasciata alla buona volontà degli operatori; soprattutto non risulta alcun percorso formativo finalizzato a garantire standard minimi certificati.

A titolo di esempio basti accennare che solo una minoranza del personale infermieristico è in possesso di certificazione BLS.

2.7 Stato dell'organizzazione interna della struttura

Le attività della struttura sono state finora espletate per lo più in base a consuetudini operative tramandate a voce da operatore a operatore, senza il supporto di procedure scritte predefinite, tranne pochi casi riguardanti alcuni protocolli clinici o istruzioni attinenti per lo più la sicurezza sul lavoro. Ne consegue che l'attività non ha seguito standard uniformi di comportamento, ma soprattutto non c'è stata nessuna possibilità di verifica sull'efficacia ed efficienza dei comportamenti.

In quest'ambito si deve anche evidenziare la non integrazione e quindi la difformità di comportamenti tra le due sedi della struttura.

Nonostante tutto ciò la struttura ha finora tenuto per la buona volontà, il buon senso, la competenza ed esperienza degli operatori, ma pare senz'altro opportuno che l'organizzazione sia riprogettata nell'ambito di un moderno sistema di gestione per la qualità.

2.8 Stato dell'organizzazione esterna (strutture di interfaccia)

2.8.1 L'attività complessiva della struttura, dall'emergenza/urgenza all'osservazione temporanea, risente pesantemente dei tempi di esecuzione e refertazione delle indagini radiologiche, che spesso ammontano a diverse ore, specialmente nei giorni di accoglimento ortopedico, quando possono trascorrere anche oltre le 8 ore per il completamento di dette indagini.

E' evidente che senza il supporto della diagnostica per immagini in tempi certi e ragionevoli non risulta possibile alcuna programmazione dell'attività, intesa come percorsi diagnostico-terapeutici predefiniti, in modo da ottimizzare l'impiego delle risorse umane e materiali disponibili, per garantire ai pazienti le migliori condizioni di assistenza.

2.8.2 Nelle giornate di accoglimento ortopedico l'iperafflusso di tali pazienti (60 e più, per gran parte concentrati al mattino), che devono quasi tutti essere sottoposti ad indagine radiografica, determina, oltre al maggior impatto sul Pronto Soccorso, il già citato aggravamento dei tempi di attesa radiologici. Poiché alle ore 20 lo specialista ortopedico lascia usualmente il servizio di guardia attiva ed inizia quello in pronta disponibilità, può accadere che i pazienti con radiografie eseguite dopo le ore 20, anche se in attesa dal primo pomeriggio, vengano rinviati al giorno dopo, con le conseguenti proteste degli utenti, spesso rivolte al Pronto Soccorso.

Ulteriore allungamento anche molto rilevante delle attese si verifica quando si devono effettuare interventi chirurgici urgenti, poiché è lo stesso specialista ortopedico di guardia presso la sala gessi ad andare in sala operatoria.

2.8.3 La consuetudine di eseguire tutte le indagini diagnostiche per i pazienti già destinati ad essere ricoverati presso le strutture chirurgiche, quindi radiografie, ecografie, TAC, ECG, esami di laboratorio e quant'altro, determina un impegno di diverse ore per il personale del Pronto Soccorso, che viene così sottratto ad altre attività, come l'osservazione temporanea, alla quale comunque viene sottratto un posto per ospitare il paziente "chirurgico" nelle more di esecuzione delle indagini diagnostiche.

2.8.4 La permanente carenza di posti letto nel Dipartimento Cardiologico determina la necessità di assistere tutti o quasi i pazienti che presentano situazioni di emergenza/urgenza presso l'Osservazione Temporanea, dove il personale del Pronto Soccorso provvede all'assistenza in regime semintensivo, ma talora anche intensivo, di detti pazienti, per tempi anche di diverse ore. Non è per nulla eccezionale che presso l'Osservazione Temporanea stazionino 3 o anche più pazienti in tali condizioni, che quindi impegnano duramente tutto il personale del Pronto Soccorso. Di norma in tali situazioni ci si avvale della collaborazione del cardiologo, ma non sempre questi è in grado di intervenire in tempi brevi, e comunque tutta l'assistenza infermieristica rimane a carico esclusivo dei 2 infermieri di norma presenti in Osservazione Temporanea, ma quando vi è uno solo per turno devono essere scoperti gli ambulatori, dove rimane quindi disponibile un unico infermiere.

2.8.5 A quanto descritto nel precedente punto deve aggiungersi che anche la maggior parte delle gravi urgenze traumatologiche rimangono a carico dell'Osservazione Temporanea per diverse ore; infatti se non si tratta di politraumi di competenza rianimatoria tutta l'attività relativa alla stabilizzazione ed alla definizione diagnostica (indagini strumentali, di laboratorio, consulenze specialistiche) è svolta dal personale di Pronto Soccorso presso l'Osservazione Temporanea, con l'immaginabile gravoso impegno che ciò comporta.

3. AZIONI CORRETTIVE

3.1 Sede della struttura operativa

3.1.1 Sarebbe opportuno considerare la possibilità di ingresso per i pazienti per hospital day, visite, indagini o ricoveri programmati che arrivano con mezzi privati e non necessitano di barella dalla porta principale vicino al bar (l'accettazione amministrativa se prevista potrebbe essere espletata presso gli sportelli CUP).

Sarebbe doveroso modificare l'abitudine di certe strutture di chiamare tutti i pazienti alla stessa ora; ciò oltre a diminuire la concentrazione di arrivi, eviterebbe lunghe ed inutili attese di persone malate e sarebbe anche vantaggiosa per l'operatività del 118 che potrebbe distribuire i trasporti secondari in una fascia oraria più ampia (ed il tutto a costo zero).

3.1.2 Per quanto attiene al punto 2.1.2 delle criticità la soluzione possibile, ancorché di minima, consiste nella ridefinizione degli spazi nel seguente modo:

- acquisizione del locale dell'Accettazione Amministrativa e delimitazione dell'area di triage davanti alla camera calda con una parete attrezzata;
- configurare l'area così ottenuta in modo da assicurare una zona barelle e carrozzelle ed una zona distinta per pazienti deambulanti, nonché installare appositi pannelli per assicurare la privacy minima indispensabile durante il triage;
- togliere i distributori di bevande e alimenti;
- creare un corridoio di scorrimento per i pazienti non passanti per il Pronto Soccorso tra l'area triage ed i locali acquisiti dal Servizio Immunotrasfusionale.

Con tale assetto tutti i codici bianchi e verdi in arrivo con autoambulanza e tutti i pazienti deambulanti accederebbero direttamente alla zona triage, ove sarebbero visti dall'infermiere con sufficiente privacy, quindi sarebbero indirizzati agli ambulatori o all'Osservazione Temporanea tramite un corridoio già esistente senza dover passare per la camera calda, o potrebbero anche essere direttamente inviati alle strutture di competenza previo intervento del medico in zona triage.

Riguardo all'Accettazione Amministrativa pare opportuno osservare che in un contesto di attività informatizzata, i dati relativi ai pazienti da ricoverare vengono registrati su supporto informatico già nel Pronto Soccorso, per cui eliminando la sosta amministrativa si risparmierebbe personale amministrativo, attualmente impiegato a raccogliere gli stessi dati poco prima inseriti nel P.C. dall'infermiere del Pronto Soccorso (questi dovrebbe solo registrare alcuni dati in più di adesso soprattutto per pazienti non residenti nella nostra regione) e si risparmierebbe anche tempo del personale addetto ai trasporti.

3.1.3 La zona su cui si affacciano la sala emergenze per politraumi, gli ambulatori e la sala gessi della Clinica Ortopedica, che di fatto è un corridoio di attesa, deve essere riservata esclusivamente all'accesso al Pronto Soccorso e prevista quale zona di emergenza (triage traumatologico) in caso di iperafflusso di feriti per infortunio di massa.

In tale zona è doveroso prevedere una stanza di attesa per i parenti dei pazienti nei locali posti a destra dell'ingresso (attualmente occupati dal Caposala del Pronto Soccorso).

3.1.4 La sala gessi della Clinica Ortopedica dovrà essere riallocata fuori dall'area del Pronto Soccorso, ma in una zona a questo vicina (p.es. area laboratori), in modo da poter disporre di una seconda sala per il trattamento dei traumatizzati gravi (con il vantaggio di essere comunicante con la prima sala a ciò dedicata e di trovarsi di fronte agli ambulatori).

In tal modo si eviterebbe finalmente anche all'afflusso nell'area di Pronto Soccorso di pazienti per prestazioni non urgenti (visite di controllo, rimozione gessi, ecc.), evitando uno dei fattori di forte affollamento e confusione.

3.1.5 Tutti i locali situati a sinistra, entrando, della zona triage, attualmente occupati dal Servizio Immunotrasfusionale dovrebbero essere restituiti al Pronto Soccorso, in modo da concentrarvi gli uffici di direzione e di amministrazione della struttura (direzione, segreteria, caposala, ufficio qualità) e ad essi dovrebbe aggiungersi un'ulteriore stanza contigua (attualmente occupata dalla Squadra Trasporti Interni).

In tal modo si potrebbero restituire tutti gli 8 locali dell'Osservazione Temporanea alla loro funzione, assicurando 12 letti di osservazione ordinaria e 4 di osservazione semintensiva, nelle migliori condizioni di operatività e di tutela della privacy dei pazienti; garantendo altresì la possibilità di tenere uno o più pazienti in isolamento, quando necessario.

Le azioni correttive sopra indicate rappresentano il minimo indispensabile per assicurare che l'attività del Pronto Soccorso venga espletata in condizioni operative idonee a garantire un trattamento ragionevolmente rapido ed in piena sicurezza per tutti i pazienti, nel rispetto della privacy di questi ultimi.

La prima azione da espletare immediatamente, in quanto indifferibile, è la riassegnazione degli spazi attualmente in uso al Servizio Immunotrasfusionale, in quanto spazio di lavoro necessario per avviare l'opera di riprogettazione della Struttura, nonché per consentire la ripresa dell'attività di osservazione temporanea a pieno regime.

3.2 Risorse umane

Considerati il numero e la tipologia degli accessi si ritiene che la forza operativa minima indispensabile per garantire che l'attività di servizio si svolga in modo adeguato è la seguente:

Dirigenti medici: 4 medici dalle ore 8 alle ore 20, distribuiti 2 negli ambulatori, 1 in Osservazione Temporanea, 1 dedicato all'emergenza ma anche disponibile per supportare il triage, 2 medici dalle ore 20 alle ore 24, 1 medico dalle 00 alle 8 + 1 medico in pronta disponibilità nello stesso orario.

Infermieri professionali: 5 infermieri dalle ore 7 alle ore 24 distribuiti 2 negli ambulatori, 2 in Osservazione Temporanea, 1 presso il triage, 4 infermieri dalle 24 alle 7, distribuiti come sopra ma senza il triage (+ 2 coordinatori infermieristici).

Operatori sociosanitari: 5 OSS dalle ore 7 alle ore 20 distribuiti 2 negli ambulatori, 2 in Osservazione Temporanea, 1 presso il triage, 4 OOS dalle 20 alle 24, distribuiti come sopra ma senza il triage, 3 OSS dalle 00 alle 7.

Ausiliari sociosanitari: 4 nelle 24 ore

Segreteria: 1 collaboratore amministrativo, 1 assistente amministrativo ed 1 infermiere generico con commissione medica distribuiti nell'arco orario diurno dei giorni feriali

Per consentire la suddetta forza operativa risultano necessarie le seguenti risorse umane (tra parentesi la variazione con l'attuale):

Dirigenti medici: 16 (+ 4 rispetto al numero programmato)

Infermieri Professionali: 31 (+ 4)

Infermiere Generico: 1

Operatori sociosanitari: 26 (+15)

Ausiliari sociosanitari: 24 (+ 5)

Collaboratore amministrativo: 1 (l'attuale assistente amministrativo in forza alla struttura è divenuta di recente collaboratore amministrativo, ed in questa veste dovrebbe rimanere, tenuto conto che le capacità e la serietà finora dimostrate e l'esperienza acquisita dall'unità in parola rappresentano una risorsa preziosissima per la struttura)

Assistente amministrativo: 1 (+1)

Infermiere generico: 1

Non occorre precisare che l'aumento della forza operativa ha significato solo ed esclusivamente se può operare in locali adeguati per superficie e configurazione.

La prima azione indifferibile è assicurare la presenza almeno del terzo medico nel maggior numero possibile di fasce orarie diurne e serali, per cui nelle more di acquisizione di nuovi dirigenti medici, per concorso o per mobilità, pare indispensabile assicurare un congruo numero di prestazioni orarie aggiuntive per il personale medico.

Del pari, considerato il periodo di ferie e la carenza di infermieri, anche per questa figura devono immediatamente prevedersi prestazioni orarie aggiuntive.

3.3 Dotazioni strumentali

Come già precisato è in corso una ricognizione puntuale di tutte le risorse materiali esistenti ed una verifica dello stato delle stesse, per cui in base al suddetto esame ed in base agli effettivi bisogni riscontrati verrà redatto un apposito documento per rappresentare le esigenze di acquisizione di risorse materiali secondo una scala di priorità.

Riguardo ai 4 punti di maggior criticità già rappresentati sembrano opportune le seguenti azioni correttive:

1. In attesa della fornitura di 20 nuove barelle, per la cui acquisizione è in corso la gara, è stata avviata un'azione correttiva immediata consistente nel noleggio di 10 barelle da una ditta privata e nel trasferimento dal Maggiore a Cattinara di 5 barelle a giorni alterni (turno di accoglimento ortopedico).

Pare comunque probabile la necessità di sostituire in tempi brevi anche le 20 barelle attualmente disponibili.

2. Una prima azione correttiva già adottata è stata quella di ottenere un monitor defibrillatore dal Sistema 118 nell'ambito del protocollo d'intesa che disciplina l'integrazione funzionale tra Pronto Soccorso e 118, ma evidentemente è necessaria un'azione di maggior spessore per acquisire un congruo numero di monitor defibrillatori, tutti eguali, con modalità di funzionamento semiautomatico, quantificabile inizialmente in almeno 5 apparecchi, di cui 1 fornito anche di cardiostimolatore esterno.

3. E' necessario prevedere una maggior frequenza di riempimento delle bombole disponibili e successivamente valutare la necessità di ulteriori acquisti.

3.4 Sistema informativo

L'azione correttiva non dilazionabile consiste nella sostituzione di tutti i P.C., adottando macchine veloci ed affidabili con schermo a 17 pollici, possibilmente piatto, e rivalutando il numero di stazioni necessario, che è di 10.

Nell'ambito del software un'azione correttiva immediata, possibile e a costo zero, è rappresentata dall'interfacciamento con l'archivio cartelle cliniche; ma in seguito si dovranno prevedere ulteriori necessari interfacciamenti.

3.5 Sicurezza del lavoro.

Pare indispensabile attuare l'aggiornamento della valutazione del rischio.

3.6 Formazione del personale.

Sul fronte della formazione è già in corso un'azione preventiva urgente, di concerto con il Sistema 118 e con il Dipartimento di Cardiologia, volta a garantire in tempi rapidi adeguati standard di intervento nelle emergenze cardiovascolari sia a Cattinara, sia al Maggiore, di cui è già stata data formale comunicazione alla Direzione Sanitaria.

In quest'ambito è irrinunciabile un'ulteriore azione che preveda percorsi formativi e di aggiornamento dedicati a tutto il personale operante, dai dirigenti medici agli ausiliari, basato su standard formativi validati a livello internazionale, per cui sarà predisposta una pianificazione a breve e medio termine della formazione, che sarà trasmessa con apposito documento.

3.7 Organizzazione interna della struttura.

L'organizzazione della struttura dovrà essere riprogettata nell'ambito di un moderno sistema di gestione per la qualità, come già rappresentato nello specifico documento di programma, che si allega per pronta evidenza.

Ovviamente la riprogettazione in parola riguarda la struttura nel suo complesso, in quanto le intervenute modifiche nei contenuti del Maggiore e di Cattinara, sia quantitative che qualitative, comportano conseguenti riassetti operativi delle due sedi della struttura, che dovranno essere realizzati gradualmente, stante la necessità di esaminare i dati di attività per un sufficiente periodo temporale, di conoscere l'assetto futuro del Maggiore, di avviare le doverose relazioni sindacali, qualora si dovesse incidere sull'organizzazione del lavoro.

3.8 Organizzazione esterna (strutture di interfaccia)

La tipologia delle azioni correttive finalizzate a superare le criticità delle strutture di interfaccia con il Pronto Soccorso non possono evidentemente essere indicate in questa sede, in quanto sono proprie di altre e diverse competenze.

Pare egualmente utile ribadire che il Pronto Soccorso non può funzionare correttamente se le criticità illustrate nel precedente punto 2.8 non verranno affrontate e rimosse, in primis la riorganizzazione dell'attività radiologica, fattore di estrema criticità per l'intero ospedale.

Comunque in quest'ambito un primo intervento di riorganizzazione degli accoglimenti ortopedici consentirebbe già di distribuire in maniera più razionale l'afflusso dei pazienti traumatizzati, evitando i momenti di estremo sovraffollamento a Cattinara.

Per quanto attiene invece agli aspetti di criticità connesse all'esecuzione di prestazioni diagnostiche e terapeutiche per i pazienti già destinati al ricovero, sembrano percorribili due strade: o tali prestazioni sono a carico dei reparti oppure vengono formalmente assunte dal Pronto Soccorso, ma in questo caso deve essere valutato il necessario incremento di risorse umane necessario a tale compito, oltre a quanto già indicato nello specifico paragrafo, precisando che l'incremento dovrebbe interessare il personale infermieristico ed ausiliario, in modo da non gravare su quello destinato all'Osservazione Temporanea.

L'assistenza dei pazienti emergenti ed urgenti, una volta formulata l'ipotesi diagnostica ed attuata la stabilizzazione, non dovrebbe far carico al Pronto Soccorso, ma il perdurare della situazione di carenza di posti letto presso il Dipartimento Cardiologico determina la necessità di mantenere tali pazienti in regime semintensivo, se non addirittura intensivo, presso l'Osservazione Temporanea, soprattutto nelle ore notturne, per cui l'unico medico del Pronto Soccorso presente in tale orario in servizio appare del tutto insufficiente a garantire:

- l'attività ambulatoriale del Pronto Soccorso;
- l'attività di Osservazione Temporanea;
- l'approccio iniziale e la stabilizzazione delle emergenze/urgenze;
- la definizione degli eventuali traumatizzati di media gravità;
- la gestione semintensiva dei pazienti di competenza cardiologica;
- la gestione semintensiva dei pazienti di competenza della Medicina d'Urgenza.

Per cui se non verranno attuate azioni correttive strutturali volte ad assicurare il pronto accoglimento nel Dipartimento di Cardiologia, dovrà essere necessariamente previsto un secondo medico ed un'ulteriore unità infermieristica nel turno notturno, oltre a quanto indicato nelle specifiche azioni correttive riguardanti le risorse umane.

4. CONCLUSIONI

Come già indicato in premessa, l'attuale stato di criticità della Struttura di Pronto Soccorso di Cattinara sembra perpetuarsi da almeno un decennio, per cui non sono ipotizzabili tempi brevi per risolvere problemi strutturali di così ampia complessità.

Tuttavia il trasferimento del Dipartimento di Cardiologia a Cattinara ha aggravato notevolmente una situazione già critica, per cui appare assolutamente indilazionabile l'adozione di quelle azioni correttive classificate come prioritarie e indifferibili, ma dovranno comunque essere fin d'ora iniziati gli adempimenti per portare a compimento le azioni correttive definite di breve periodo entro il prossimo autunno, quando prevedibilmente il ricorso all'ospedale potrebbe accentuarsi.

E' opportuno ribadire che comunque il Pronto Soccorso non potrà sopperire a situazioni di criticità dell'intero ospedale, come la radiologia e l'accoglimento cardiologico e di medicina d'urgenza, ma sarà comunque in grado di tenere sotto controllo le situazioni più critiche, fino a che non verranno garantite adeguate condizioni di operatività per tutto l'ospedale.

A tal punto la Struttura di Pronto Soccorso sarà finalmente messa in grado di assolvere correttamente i compiti di istituto, quindi garantire un'attività di emergenza/urgenza realmente adeguata ed una efficace azione di filtro ai ricoveri impropri.