

Bologna, 11/07/2025

Il Sistema Emergenza Urgenza: PS ed Affini

Dr.ssa Ester Pasetti
FEDERAZIONE COSMED – ANAAO Assomed Emilia Romagna

"No man is an island, entire of itself; every man is a piece of the continent, a part of the main". Cit. John Donne

Credo che questa meravigliosa citazione, possa e debba essere trasposta nella descrizione del Sistema Sanitario in generale e del Sistema Emergenza Urgenza in particolare che va visto, a nostro parere, quale parte di un tutto.

Affronterò quindi una parte di questo complesso continente, un'isola tutt'altro che felice, quella del Pronto Soccorso.

Parlare di Pronto Soccorso in estate porta immediatamente ad affrontare il problema del boarding che ogni anno cala inesorabilmente sulla testa dei colleghi medici, infermieri ed OSS, moltiplicando responsabilità, rischio clinico ed esasperazione di quanti, in attesa, non possono o non vogliono comprendere che chi li circonda sta cercando di fare del proprio meglio, in una condizione di precarietà condivisa.

Il boarding esiste 365 giorni all'anno, H 24, ma è nei week end, nelle festività, in estate, quando tutto chiude, quando mancano anche i pochi e poco guarniti riferimenti territoriali, che raggiunge i suoi massimi livelli. Non è un'emergenza, perché è una triste consuetudine. Come il caldo e l'afa d'estate. Ogni anno si fanno articoli, interviste, servizi, ma nulla cambia. Ci preoccupiamo giustamente di rischi quali le cadute in ospedale, ma ai rischi dei pazienti ventilati per ore e giorni in PS in attesa di un letto che come l'isola di Bennato non c'è, chi ci pensa?

In estate i letti calano ed i reparti chiudono, principalmente perché mancano gli infermieri, ma sappiamo benissimo come i letti siano troppo pochi da decenni, anche quando siamo "a pieno regime", ma va bene così a quanto pare, perché quello dell'aumento dei posti letto di degenza è argomento tabù. Ne abbiamo 3,4/1000 ab, con media europea di 5 e valori ben maggiori in altre nazioni che condividono appunto le nostre stesse "leggi europee". Ora l'alibi sono gli infermieri che non si trovano, visto che per i medici stiamo viaggiando a gonfie vele verso la pletora, ma dobbiamo allora chiederci cosa è stato fatto per fare della professione infermieristica, quella dei reparti, una professione attrattiva.

Forse ritengiamo che i letti per acuti non servano, perché la maggior parte della popolazione soffre e soffrirà (data la coincidenza nefasta dell'inverno demografico con l'invecchiamento dei boomer) di patologie

croniche. Ma le patologie croniche mal curate (a volte anche ben curate) si riacutizzano e più sono e più creano condizioni di salute precarie e guarda caso finiscono in ospedale passando dal Pronto Soccorso.

I CAU, là dove stanno funzionando (e come sappiamo non è ovunque, anzi), se hanno sgravato i Pronto Soccorso di utenza che il Pronto Soccorso non lo dovrebbe vedere nemmeno in cartolina e che dovrebbe trovare altrove le risposte ai bisogni reali o fintizi di salute, di fatto non hanno spostato di una virgola il problema di tutto ciò che ruota intorno al Pronto Soccorso. La medicina dei servizi e gli specialisti delle diverse branche sono usati in un mascherato percorso di fast track, chiamati in soccorso di colleghi spesso giovani, inesperti (in quanto vocati ad altro e prestati provvisoriamente al CAU). Gli avventori hanno dal canto loro capito, che questa è una via privilegiata per trovare ciò che mai troverebbero rivolgendosi al proprio MMG: visite fuori orario senza appuntamento, diagnostica per la quale potrebbero essere messi in attesa per giorni o mesi e soprattutto gratis o a prezzo calmierato.

In questa sorta di girone dantesco della disperazione, in cui professionisti ed utenti di Pronto Soccorso condividono le stesse pene, ci stupiamo da anni di posti in scuola di specialità che vanno deserti, di una mobilità elevata o peggio ancora di “incomprensibili abbandoni”, perché i giovani non si sanno sacrificare. Ci stupiamo di come, in un sistema scolastico come il nostro in cui uno vale uno, che le scelte di specialità cadano su professioni altre, che aprono le porte di lavori all'estero o nel privato, ben retribuiti, con responsabilità accettabili e limitato rischio di aggressioni fisiche.

E' importante che si sappia che alcuni di quelli che chiamiamo pazienti, ma che in una società accorta sarebbero meglio identificati in altro modo, nei Pronto Soccorso danno sfogo ai loro peggiori istinti insultando, minacciando, devastando, quando non massacrando il primo operatore che gli capita a tiro, seminando terrore, interrompendo “un pubblico servizio” in una condizione che nella stragrande maggioranza dei casi è di assoluta impunità, in barba alle leggi, anche recenti, che abbiamo ingenuamente salutato con tanto favore. Le forze dell'ordine se e quando arrivano, perché le pattuglie soprattutto di notte, nei festivi, nei fine settimana, d'estate, al pari dei letti dei reparti sono sempre meno, tentano di “restituire l'ordine” e quindi fanno quello che il cattivo operatore non ha fatto: ascoltano, blandiscono e tentano di restituire alla ragione l'aggressore, che tornerà quanto prima a farsi valere, forte appunto dell'impunità.

Che cosa fare? Credo che se lo sapessimo potremmo rubare la candidatura al Nobel per la pace a personaggi internazionali in auge e di ben altra caratura, ma ecco alcune piccole proposte.

Smettere di trattare il problema del Pronto Soccorso come se questo fosse un problema:

- Un Pronto Soccorso in cui accede solo ed esclusivamente chi ne ha titolo, come per altro già avviene in altre nazioni, consentirebbe di lavorare processando numeri ragionevoli di accessi, anche se di maggiore gravità, restituendo la percezione di essere lì per occuparsi di ciò per cui ci si è formati. A quando, ad

esempio, l'attivazione del 116-117? Siamo in ritardo di parecchio rispetto a quanto annunciato alla istituzione dei CAU. Il Territorio che viene in soccorso del Pronto Soccorso.

- Un Pronto Soccorso che può contare su di un numero ragionevole di posti letto, soprattutto nei famosi momenti critici, quando tutto chiude (estate, fine settimana, notte, festivi). Magari posti letto che non ammucchiano indifferentemente tutti in uno stesso settore, costringendo al doppio lavoro di ammissione e trasferimento in poche ore (quanto tempo perso in burocrazia, quanto rischio aumentato di errore), ma posti letto specifici per patologia. Questo presupporrebbe oltre che più infermieri, anche più punti guardia e meno letti per punto guardia, ma con guadagno in sicurezza e probabilmente nel tempo, anche a maggiore affezione alla professione. L'Ospedale che viene in soccorso del Pronto Soccorso.
- Un Pronto Soccorso in cui i Medici specialisti dell'Emergenza Urgenza, possano, a richiesta, espletare al meglio le proprie competenze, alternando turni nel massacrante Pronto Soccorso, ad altri di soccorso su ruota o pala, per rompere la routine e mantenere alta la competence. Il Territorio che viene in Soccorso del Pronto Soccorso.
- Un Pronto Soccorso in cui si preveda, a richiesta, la possibilità dopo un tot di anni di lavoro, la possibilità di una progressione verticale (carriera) od orizzontale (cambio di unità operativa e facilitazioni in caso di mobilità su specialistiche affini ed equipollenti). Ospedale, Territorio, DG che vengono in soccorso del Pronto Soccorso.
- Un Pronto Soccorso sicuro, presidiato, in cui la tolleranza nei confronti dei facinorosi e dei violenti sia pari a quella che restituì New York ai newyorchesi negli anni '90 con le Aziende che si fanno promotrici presso le prefetture di accordi forti e tutelanti. DG e Prefettura che vengono in soccorso del Pronto Soccorso.
- Un Pronto Soccorso che non sia un'isola, ma parte di un continente in cui tutti fanno la propria parte, H 24/365 gg con Servizi Sociali che non allarghino le braccia perché privi di risorse, MMG che lavorano in rete con l'Ospedale, cittadini responsabilizzati nell'uso di risorse che devono sapere non essere infinite. Politica e Territorio in soccorso del Pronto Soccorso.
- Chiudo con un Pronto Soccorso in cui, anche gli specialisti a supporto, trovino degno riconoscimento della loro professionalità e non siano utilizzati come scorciatoia per diluire tempi di attesa e responsabilità; CAU, che se devono continuare ad essere, siano presidiati da professionisti stabili ed ingaggiati, quindi anche da chi, sul territorio, sta avendo i maggiori vantaggi dall'apertura di questi centri che se non adeguatamente presidiati, rischiano di trasformarsi in happy hour della sanità.