

OSPEDALE L'AQUILA: ATTESA E POLEMICHE, "PRONTO SOCCORSO NON E' AMBULATORIO"

28 Luglio 2014



L'AQUILA - "L'arrivo in Pronto soccorso non dovrebbe essere basato solo sulla necessità di fare più brevemente le indagini diagnostiche: questo non è un ambulatorio".

È questo il cuore del problema che genera il sovraffollamento e le attese clamorose del reparto che più di tutti dovrebbe essere rapido, secondo il primario del Pronto soccorso dell'ospedale "San Salvatore" dell'Aquila, Luigi Valenti.

Una situazione comune anche ai reparti gemelli negli altri principali ospedali abruzzesi, tutti alle prese con lo stesso problema, quello del congestionamento degli accessi.

Memoria storica dell'unità in cui ha svolto tutta la trafila, dall'ingresso nel 1981 come vincitore di concorso alla direzione facente funzioni ottenuta a marzo 2010, il medico ricorda i tempi "di quando non c'era il 118, i feriti li portavano i Vigili del fuoco e a mezzanotte si chiudeva il portone, si riapriva solo per le urgenze" e ammette che tutto è cambiato.

Intervistato da *AbruzzoWeb*, Valenti, 62 anni, napoletano d'origine ma ormai aquilano d'adozione, conferma tutti i problemi di attesa sia dall'arrivo alla visita, sia una volta conclusa quest'ultima fino alla dimissione del paziente. Ma trova numerose scusanti: su tutte, quella dell'utilizzo distorto del Ps come di una 'via breve' per svolgere visite, analisi ed esami.

Quando si arriva nel reparto con un qualsiasi male si viene esaminati e, attraverso un software e le valutazioni di un infermiere specializzato, viene assegnato un codice colore per priorità: da bianco, il meno grave, passando per verde, giallo e rosso, quest'ultimo il più grave con pericolo di morte.

È, questo, il famigerato 'triage' che genera la lista di attesa numerata alla base delle lamentele degli utenti per l'attesa spasmodica, spesso anche 8, 10 ore, prima di essere chiamati e auscultati.

"Tutti i codici bianchi e verdi dovrebbero essere gestiti dal territorio, è un po' difficile ma ci si può arrivare", ribadisce Valenti, facendo riferimento al sistema dei medici di base, quelli "della mutua" che, molto spesso, buttano la palla al Ps, "Vai lì che fai prima" a fare un esame che, magari, richiederebbe una settimana o un mese di lista di attesa nei vari reparti ospedalieri.

"L'utenza dovrebbe avere un po' più di rispetto e non guardare solo al proprio orticello se vogliamo che il Pronto soccorso funzioni meglio, ci vorrebbe un po' più di comprensione, non è un ufficio postale", ribatte ancora, anche se è difficile indorare la pillola a chi in quella sala passa intere giornate per patologie non urgenti ma comunque fastidiose o bisognose di risposte rapide.

È la sanità dei tempi moderni, "ci chiedono di fare il possibile per non ricoverare le persone perché posti letto non ci sono",

sospira il primario.

Qual è la dotazione organica di medici e infermieri del Pronto soccorso dell'Aquila?

In organico abbiamo 12 medici di Pronto soccorso uniti in un turno funzionale con i 3 medici dell'Osservazione breve. Gli infermieri sono sulla carta 18, ma almeno 4 usufruiscono di legge 104 e congedi per motivi di studio. Siamo un po' ristretti, ma ne abbiamo anche 6 per l'osservazione breve. Quanto al personale ausiliario, sono 15, in condivisione con l'unità di Rianimazione, e 3 ai posti letto.

Come sono organizzati i turni?

Sono tre, articolati in mattina, pomeriggio e notte. Durano rispettivamente 6 ore, 6 ore e 12 ore per i medici e 8 ore, 7 ore e 9 ore per gli infermieri.

Ritiene il personale sufficiente?

Lavoriamo con qualche difficoltà. Se avessimo il personale al 100% senza problemi di assenze per motivi peraltro legali, forse basterebbe. Sarebbe giusto, però, poter avere un infermiere in più nella sala triage perché ci permetterebbe di anticipare molto i tempi.

Una breve panoramica sulle strutture e i posti letto.

I letti in Osservazione breve sono 6, più un letto per pazienti con allergia al lattice in un'altra stanza. Nel prossimo futuro vorrei riservare spazi e attenzione particolare al "codice rosa" e alle violenze di genere. Abbiamo circa 1.000 metri quadrati con 2 ambulatori, per i codici verdi e per i gialli, una "shock room" per i codici rossi. Ci sono poi una Radiologia, non diretta da me ma specificamente per le emergenze, con tac, ecografia e radiologia.

Com'è cambiato il ruolo del Pronto soccorso negli ultimi trent'anni?

Prima c'era una larga possibilità di ricovero ed era un Pronto soccorso terapeutico. Oggi è diagnostico: i medici sono costretti a utilizzare tutto quello di cui dispongono per evitare il ricovero, un lavoro stressante. La restrizione dei posti letto nazionale ci porta a fare un lavoro che spesso non competerebbe ai medici del Ps.

Si spieghi meglio.

Noi dovremmo lavorare solo per le urgenze, invece questa unità sembra diventata un ambulatorio pubblico 24 ore su 24 e questo non può essere, sia per la carenza di posti letto per i cronici, sia per l'impossibilità di gestire da parte dei medici di base. Il Ps è un imbuto. Il territorio non ha piene funzionalità, l'ospedale è ristretto, l'utenza viene qui e noi siamo sempre in difficoltà a trovare i posti letto per gli acuti.

Basta solo questo secondo lei a giustificare attese anche di 8, 10 ore?

L'attesa va dalla visita alla dimissione. Inizialmente il paziente entra, viene subito valutato dal triagista, gli viene subito assegnato un codice colore. In realtà è il verde è quello che attende di più, il codice bianco potrebbe anche trovare altre soluzioni. L'infermiere, però, non ha veste legale per mandare via nessuno. A quel punto, comunque, il paziente è già stato visto, si è accertato che ha la possibilità di attendere, i parametri vitali sono nella norma. Attende in sala. Il medico poi chiama il paziente, viene visitato, e da quel momento, se ha bisogno di analisi, o accertamenti vari, attende i normali tempi di attesa per una risposta. Un esame di laboratorio normale può impiegare un'ora e mezza o due. Se c'è qualcosa che non va, si programma una consulenza. Da qui al momento in cui viene dimesso è il tempo in cui sosta, ma non è tempo di attesa.

Spesso, però, l'attesa vera va dal triage alla visita, anche lunga.

È vero, può succedere di attendere molte ore, ma in quei casi quasi sempre è perché ci sono stati codici gialli o rossi. Un giorno ricordo che abbiamo avuto 6 codici rossi, quantità capace di mettere in crisi l'intera unità operativa. Al terzo codice rosso, in teoria, dovrebbe già scattare il Piano di emergenza per massiccio afflusso di feriti.

Più che la semplice visita medica, il Ps a volte diventa l'unico viatico per svolgere esami strumentali con una certa celerità. È questo il cuore del problema del congestionamento?

Certo e dipende dalla medicina del territorio. Ci sono abitudini un po' strane, legate all'utenza ma anche ai medici curanti. Pur richiedendo la giusta analisi o consulenza o esame strumentale, il dottore consiglia al paziente di andare a prenotare ma

trova più breve la possibilità di farlo venire qui, anche se noi dobbiamo valutare se far svolgere o meno quell'esame in urgenza, e questo fa perdere ulteriore tempo.

La contromossa quale dovrebbe essere?

Il bisogno di sanità è esponenziale, purtroppo la risposta non può essere totale. Per snellire sarebbe opportuno che i medici curanti trovassero accolte le loro richieste dai pazienti, che dovrebbero andare nei vari servizi senza trovare troppa difficoltà. Non dovrebbero venire in Ps se non in caso di emergenza o urgenza. Il medico curante dovrebbe consigliare con oculatezza di andare al Ps, l'arrivo qui non dovrebbe essere basato solo sulla necessità di fare più brevemente le indagini diagnostiche.



Pochi giorni fa la visita del governatore e commissario per la sanità, Luciano D'Alfonso. Che cosa gli ha chiesto, che cosa le ha promesso?

Mi ha chiesto alcuni dati del numero degli accessi, quali siano le difficoltà, gli ho fatto vedere com'è strutturato il reparto. Non ho chiesto niente a lui, potevo chiedere un infermiere in più ma non era il momento giusto e comunque, prima di arrivare al presidente, ritengo che si debba passare attraverso il manager.

Se potesse cambiare qualcosa nel suo reparto con la bacchetta magica?

Vorrei più spazio a disposizione. Oltre all'Osservazione breve, sarebbe necessaria una Medicina d'urgenza di pronto soccorso con personale adeguato sia medico che infermieristico. Garantirebbe il ricovero in un reparto dopo le 24 ore già passate in Osservazione breve, per un massimo di 72 ore. Comporterebbe un riassetto di tutta l'unità.

Inoltre, visto che la violenza di genere sta prendendo piede, vorrei la possibilità di avere fondi per strutture e personale dedicato e formato, spazi per garantire, magari, l'accoglienza in maniera segreta alle vittime di questi abusi. Prossimamente organizzeremo una tavola rotonda d'accordo con il manager, il professor Massimo Casacchia e il questore Vittorio Rizzi.

Come mai a valutare l'entità del codice è un infermiere e non un medico?

È previsto dalle leggi che regolano il triage, nato in Francia. Della sostituzione con un medico se ne parlava, potrebbe essere più vantaggioso se si pensa di dimettere il paziente subito, istantaneamente. Altrimenti, meglio il secondo infermiere: se il primo deve accompagnare il paziente in carrozzella o barella, lì resta vuoto, momentaneamente. Il secondo collega in un'altra stanzetta, invece, potrebbe anche occuparsi di svolgere prelievo ed elettrocardiogramma ancora prima della visita.

C'è un abuso del codice verde rispetto al giallo?

No. Nel 2002 abbiamo introdotto il triage, siamo stati i primi nella nostra attuale Asl e in Abruzzo insieme a Pescara. C'è sempre stata una certa parità tra gialli e verdi, piuttosto si è sempre assegnato poco il codice bianco. I veri confronti, comunque, si potranno fare quando nel sistema Abruzzo avremo tutti lo stesso tipo di triage.

Ci sono o ci saranno corsie preferenziali per anziani e altre categorie deboli?

Le patologie legate alla sfera della gravidanza hanno un codice giallo. Gli anziani no, però fa parte del nostro uso e costume dare una certa precedenza.

Si creano attese anche per i cambi di turno, come ha segnalato qualche utente?

In linea generale no, può succedere che al cambio turno si debbano dare le consegne a chi subentra. A parità di codice si segnala chi deve passare prima per la patologia che ha.

La sicurezza del personale è sempre garantita, anche di notte, o ci sono rischi?

Questo è un Pronto soccorso rosa, c'è il 97% di donne. Ho un solo medico, 2 infermieri e 4 ausiliari uomini, il resto è donna. Quindi è un reparto delicato. Abbiamo il posto fisso Polizia, ma ho chiesto che venga rinforzato perché di notte non c'è più. Certo, in altri ospedali non c'è per niente, ma andrebbe integrato 24 ore su 24. La presenza di un agente in divisa ci dà possibilità di dirimere in partenza possibili discussioni e avere un'attenzione in più perché la presenza del poliziotto si nota.

Come ha vissuto il terremoto del 6 aprile 2009 in Pronto soccorso?

Abito a Coppito, dopo la scossa ho sistemato mia moglie e mia suocera in macchina e alle 4.30 ero qui. Sono uscito alle

22.30 la sera, dopo che la Protezione civile ci ha chiesto di prolungare un po' la presenza finché non finivano di montare la tenda. Chi ha potuto muoversi è venuto spontaneamente senza essere chiamato, tutti hanno dato una mano, abbiamo gestito tutti i feriti che sono arrivati qui. Abbiamo visto cose che sono rimaste dentro. Il reparto era zeppo di gente, non si poteva camminare, feriti per terra sulle barelle, sui teli, sui materassini. Abbiamo gestito anche i primi morti, depositati in alcune stanze e poi traslocati. Vedere persone soffrire, feriti vestiti da fantasmi, imbiancati dalle polveri ma con gli occhi rossi e il sangue delle ferite... I primi tempi che ne parlavo avevo una certa orripilazione, un nodo alla gola.

Spesso è difficile lavorare in un reparto come questo.

Chi sta qui ne vede di tutti i colori. È vero che i pazienti avrebbero bisogno di uno psicologo, ma anche il personale. Alcune situazioni incresciose, il sisma, ma non solo, incidenti e altro, mi hanno talmente colpito che non è vero che ci lascia indifferenti.

Il terremoto ha insegnato qualcosa sulla gestione delle emergenze?

Dopo 5 anni le cose sono cambiate: la gestione sarebbe diversa sia dal punto di vista organizzativo, le condizioni sono diverse, ma anche perché approccio a un paziente critico è differente. Si può dire che grazie al sisma si sono scoperte tecniche nuove dovute alla necessità.