

Premesso che non è intenzione alcuna della Medicina Generale andare ad occupare spazi che non siano di propria competenza, pur tuttavia in una situazione critica di iperafflusso di pazienti nelle varie strutture di Pronto Soccorso, accessi che come vedremo sono classificati come "Codici Bianchi" e che comunque questi pazienti sono pazienti del Medico di Medicina Generale o di Famiglia, termine che meglio si addice a questa figura professionale, e che quindi questo problema ne investe profondamente la professionalità, è doveroso da parte nostra, proprio come M.M.G., intervenire in qualche modo per portare il nostro contributo per una possibile soluzione a tale problema che è una delle maggiori, se non la maggiore causa di affollamento delle sale d'aspetto dei vari Pronto Soccorso.

L'alto livello di collaborazione, integrazione e affiatamento raggiunto tra la Direzione Aziendale della nostra Ausl, la RmG, ed i Medici di Medicina Generale da me rappresentati in qualità di Fiduciario Aziendale della RmG per la Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, hanno permesso l'elaborazione un ambizioso progetto ad ampio raggio d'azione, ma soprattutto la stima reciproca raggiunta in anni di collaborazione ha determinato la volontà dell'Azienda che fossi io, Medico di Medicina Generale ad illustrare tale progetto.

Quando circa sei mesi fa si è deciso di partecipare a questo convegno avevamo già preparato un progetto, che prevedendo l'utilizzazione del M.M.G. in P.S. per la gestione dei codici bianchi, avrebbe sicuramente contribuito a ridurre sensibilmente l'entità del fenomeno.

Era un progetto condiviso con i rappresentanti dei colleghi di P.S. dei colleghi anestesisti e del personale paramedico.

Poi abbiamo cominciato a pensare ad un progetto più ampio che inglobando il precedente coinvolgesse anche il territorio, progetto sempre condiviso tra le varie figure professionali coinvolte perché l'ultima cosa che vogliamo è la conflittualità tra figure professionali paritetiche.

Così oggi anziché essere qui a presentare dati derivanti da una ennesima copia di una progettualità già sperimentata in altre parti della nazione con risultati a volte discordanti tra loro vi proponiamo un progetto più complesso ed articolato, ma il cui fine ultimo è sempre lo stesso, la riduzione dei codici bianchi.

È nostra convinzione, ma credo di tutti, che se si deve intraprendere un lungo viaggio è meglio partire con un po' di ritardo ma con tutte le attrezzature necessarie in ordine, altrimenti si resta inevitabilmente per strada.

La fretta non è mai buona consigliera.

Veniamo ora alla descrizione del nostro progetto.

Siamo partiti da una analisi della situazione fotografando in un periodo di tempo preso in maniera arbitraria e a campione le prestazioni di Pronto Soccorso effettuate globalmente presso i presidi ospedalieri della nostra Ausl.

È opportuno dare uno sguardo a come è costituita dal punto di vista orografico la nostra Ausl:

DIAPO 1

- Distribuita su un territorio di 1813 Km².
- Confinante a nord con la provincia di Rieti, ad est con l'Abruzzo, a sud con la provincia di Frosinone, ad ovest con Roma (RmB-RmC)
- 70 Comuni

- 400.000 residenti
- Due comunità montane

DIAPO 2

- Suddivisa in sei distretti provenienti dalle ex Usl
 - Distretto G1 ex Rm24 – Monterotondo
 - Distretto G2 ex Rm25 – Guidonia
 - Distretto G3 ex Rm26 – Tivoli
 - Distretto G4 ex Rm27 – Subiaco
 - Distretto G5 ex Rm28 – Palestina
 - Distretto G6 ex Rm30 - Colferro

Ebbene nonostante la evidente intrinseca disomogeneità territoriale, socio culturale ed etnica, mi si passi il termine, i dati che ci riguardano sono al contrario estremamente omogenei dal che ne risulta che il problema è diffuso ed indipendente da fattori ambientali, probabilmente è un fatto culturale.

Vediamo ora i numeri:

DIAPO 3

Periodo Gennaio – Settembre 2001

Totale prestazioni di P.S. – 105.386

Il 43% del totale delle prestazioni pari a 42.496 viene effettuato dalle 9.00 alle 11.00 e dalle 17.00 alle 19.00

Il 93.5% di queste 42.496 pari a 39.729 sono classificate come Codici Bianchi o Verdi

DIAPO 4

Nel dettaglio i numeri dei presidi di P.S.

Presidio di P.S.	Accessi	Popolazione
Monterotondo	6.827	34.354
Tivoli	13.795	52.990
Subiaco	4.131	9.123
Palestrina	7.930	17.822
Colleferro	7.046	21.386
Totale prest.	39.729	135.675

A questo punto ci si è posti la domanda del perché di questo eccessivo e a volte ingiustificato ricorso alle strutture di Pronto Soccorso che, nate per gestire l'emergenza-urgenza reale, vengono invece ingolfate non dall'urgenza clinicamente intesa ma da quella percepita come tale dal cittadino.

Cercare di risolvere il problema senza conoscerne le cause ci avrebbe sicuramente portato fuori strada e quant'anche avessimo trovato una soluzione sarebbe stata comunque un palliativo, una cura del sintomo e non della malattia.

Abbiamo pertanto cercato di capire cosa c'è alla base di tale fenomeno pensando alle più svariate cause.

La prima ipotesi era quella dell'esistenza di qualche lacuna nella gestione del paziente da parte del M.M.G., anche perché interrogando sulle possibili cause i colleghi ed il personale di P.S. la risposta più frequente che si ottiene è: *"i pazienti dicono quasi sempre di non aver trovato il proprio medico"*.

Orbene come è possibile che su 333 M.M.G. attualmente operanti nel territorio aziendale, senza contare i P.L.S., non se ne trovi neanche uno disponibile? e poi guarda caso, lo abbiamo visto prima, il maggior

numero di accessi avvengono nelle fasce orarie in cui è massima la frequenza di apertura degli studi dei M.M.G.

Allora questa tesi non regge.

Un'altra ipotetica causa potrebbe essere legata ai tempi eccessivi che intercorrono tra domanda di prestazione ed effettuazione della medesima (vedi liste di attesa che raggiungono anche mesi dalla prenotazione) e che inducono il cittadino ad operare una sorta di "sanità fai da te" in quanto sono perfettamente coscienti che una volta entrati nell'area del P.S. i colleghi ivi operanti sono per i noti problemi di "denunciomania" sempre più frequente, costretti in un certo senso ad espletare una ridondante routine di indagini diagnostiche che comunque soddisfano l'aspettativa del cittadino ma di certo non aggiungono nulla in più all'alta professionalità clinica dei colleghi dei P.S., con conseguente intasamento indotto dei vari reparti di diagnostica strumentale e relativo spreco di risorse sia umane che economiche.

Ma non sta a noi giudicare questi comportamenti, il nostro compito è quello di illustrare in questa sede il progetto cui all'inizio ho fatto riferimento e che ha tra i vari obiettivi proprio la riduzione dei casi di "codici bianchi".

Una cosa certa comunque si evince da quanto esposto, e cioè che i punti di criticità sono due:

- All'interno dei P.S.
- Sul territorio presso il M.M.G.

Ma non certo per colpa delle figure professionali impegnate.

Probabilmente a nostro avviso il non ottimale raggiungimento dell'obiettivo prefissato in alcune realtà italiane è dovuto al fatto che si è andati ad agire solo su una delle due componenti del fenomeno,

ovvero o solo con il coinvolgimento della Medicina Generale all'interno del P.S. oppure solo con un maggior impegno sul territorio della Medicina Generale.

Il nostro progetto invece prevede una azione integrata, coordinata, parallela e contemporanea di coinvolgimento della Medicina Generale, sia all'interno del P.S. sia sul territorio e vedremo di seguito con quali metodologie.

All'interno dell'area di P.S., una volta individuate le fasce orarie a maggior richiesta per codici bianchi e che potrebbero variare da zona per zona (variabile territoriale), vengono stabilite delle turnazioni di M.M.G.

Logisticamente il M.M.G. opererebbe in una sala visita dedicata che pur essendo ubicata all'interno dell'area di P.S. è comunque fisicamente esterna ma contigua all'area dedicata all'emergenza vera e propria sia per non intralciare il lavoro dei colleghi sia per dare una impostazione di trattamento differenziato per i casi dichiarati codici bianchi.

Al M.M.G. verrebbe quindi inviato il paziente sempre comunque dopo la classica procedura di triage come di norma avviene per tutti i trattamenti di P.S. senza peraltro porre l'accento sul fatto che verrà visitato da un M.M.G.

Sarà compito specifico del M.M.G. al termine del percorso diagnostico e/o terapeutico rendere edotto il paziente che chi lo ha visitato in fondo altro non è che lo stesso medico di libera scelta che normalmente consulta.

Così facendo si viene ad innescare nel paziente un processo logico che lo porta a riflettere sul fatto che viene visitato da colui che, inteso come figura professionale, avrebbe potuto farlo già nel proprio studio

e probabilmente a due passi da casa sua e magari molto tempo prima.

Questa procedura contemporaneamente allo svolgimento della prassi clinica dovuta, svolgerebbe il ruolo di educazione sanitaria nei confronti del cittadino, una sorta di insegnamento al "corretto uso delle prestazioni sanitarie".

Con tale metodologia di lavoro sicuramente si ridurrebbero i tempi di attesa per l'intervento sanitario facendo percepire al cittadino anche una migliore qualità del servizio offerto.

Dal punto di vista strettamente medico, ma anche a garanzia del cittadino, si avrebbe anche un doppio riscontro sul reale inquadramento di quel caso come "codice bianco": è molto raro, per fortuna, ma succede che proprio a causa del super lavoro cui sono sottoposti i colleghi del triage, direttamente dipendente dall'eccessiva affluenza di pazienti, che qualche codice bianco ad una successiva verifica proprio bianco non sia.

Allora ben venga la collaborazione nell'interesse di tutti senza colpevolizzare nessuno.

Il M.M.G. impegnato in prima linea avrebbe così anche la possibilità di capire le reali cause che sottendono all'eccesso di ricorso al P.S. da parte dei pazienti, dati estremamente importanti per capire il fenomeno dalla radice.

Un altro non trascurabile risultato positivo che si otterrebbe è quello della riduzione del sovraccarico di lavoro per i colleghi del P.S. recuperando così risorse umane che potrebbero quindi essere restituite alla gestione dell'emergenza vera.

In questo processo abbiamo però individuato anche due punti critici che non sono di poco conto.

La prima criticità riguarda l'affluenza nelle sale d'attesa dei P.S. in quanto così facendo non si vedrebbero ridotte le presenze, anzi paradossalmente si potrebbe ottenere l'effetto contrario, cioè un aumento del flusso di cittadini, in quanto una volta scoperto che comunque trovano un medico dedicato e tempi di attesa ridotti la logica conseguenza è una ulteriore incentivazione ad andare al P.S., esattamente il contrario di ciò che ci siamo prefissi.

La seconda criticità riguarda la figura professionale del M.M.G. che a fronte di una teorica riqualificazione del proprio ruolo rischierebbe di venire identificato come il medico dei pazienti che dal punto di vista clinico non hanno nulla o quasi nulla.

Ed allora qui interviene la seconda parte del nostro progetto aziendale che prevede contemporaneamente un maggior impegno della Medicina Generale sul territorio.

In aiuto a questo progetto ci viene anche il recentissimo accordo regionale per la Medicina Generale, da poco siglato ed in attesa di pubblicazione sul BUR-Lazio, in virtù del quale è sempre più ipotizzabile una apertura diurna h.12 degli studi di Medicina Generale, possibilmente studi in cui si operi con il sistema della medicina di gruppo ed in cui con turnazione interna liberamente stabilita dai medici ad essa appartenenti si attui questa continuità assistenziale diurna dalle 8.00 alle 20.00 (tecnicamente definite U.A.T. – Unità Assistenziali Territoriali).

Automaticamente si creerebbero così dei punti di riferimento in loco per il cittadino che vedrebbe ridotta la necessità di ricorrere al P.S. più vicino per i casi dichiarati di non emergenza, il che equivale ad aumentare la funzione di filtro richiesta alla medicina generale con la

logica conseguenza di riduzione degli accessi impropri dei codici bianchi al P.S. raggiungendo così l'obiettivo prefissato.

Ma il progetto aziendale va ben oltre.

In sostanza si prevede la collaborazione del M.M.G. in strutture aziendali periferiche (poliambulatori, strutture ospedaliere riconvertite o da riconvertire, strutture accreditate con funzione assistenziale), decentrate quindi rispetto all'ospedale ma estremamente più diffuse sul territorio e sicuramente più vicine al cittadino e magari dignitosa sede di Guardia Medica con possibilità così di estendere l'assistenza territoriale in tali sedi anche dalle ore 20.00 alle ore 8.00.

In tali strutture il M.M.G. verrebbe supportato da personale infermieristico aziendale e sarebbe dotato di strumentazione minima, (magari già esistente come un riflettometro per emocromo, glicemia, bilirubina e qualche altro parametro) tanto da consentirgli di inquadrare la patologia del paziente.

Ma queste componenti dell'assistenza territoriale non possono assolutamente essere pensate come entità a sé stanti ma devono necessariamente essere correlate con un sistema informativo che permetta lo scambio di dati clinici tra professionisti, non solo ma a tutto deve sottendere la possibilità di trasmissione di biosegnali (telemedicina) che come minimo deve consentire in una prima fase almeno la trasmissione di un ECG all'UTIC di riferimento con ritorno in tempo reale del referto in modo tale da consentire una mirata opera di filtro in quei casi con il dubbio dell'urgenza che potrebbero, come a volte già succede nella quotidianità della nostra professione, presentarsi o nella struttura UAT (studio del M.M.G.) o nella struttura decentrata aziendale in cui il M.M.G. presta la propria collaborazione

o addirittura a domicilio del paziente in caso di visita domiciliare da parte del M.M.G.

È questo il cuore dell'ambizioso progetto aziendale ed è per questo che lo definiamo ad ampio raggio di azione.

Questa ulteriore tessera posta nel mosaico dell'assistenza territoriale sicuramente contribuirebbe a decongestionare i P.S.

Per quanto riguarda la tempistica il progetto prevede che l'impiego del M.M.G. nell'area di P.S. sia a termine (8-12 mesi) in quanto la sua funzione è sì quella di ausilio ai colleghi nella gestione dei codici bianchi, ma soprattutto di educazione sanitaria nei confronti della cittadinanza che ivi affluisce cercando il più possibile di deviare il flusso dei codici bianchi verso le strutture decentrate in cui opera la Medicina Generale.

Al termine di questo periodo i M.M.G. che sono stati impegnati nei P.S. verrebbero coinvolti nell'altra componente del progetto che non è a termine e che sicuramente darà i risultati attesi.

Tale progetto che nella sua complessità prevede tra gli obiettivi, sempre con la collaborazione della Medicina Generale, anche la costituzione di Country Hospital a diretta gestione del M.M.G. e la costituzione di una banca dati socio-sanitaria oltre che la già citata rete telematica per scambio dati e biosegnali, è già stato portato all'attenzione degli organismi regionali dal nostro Direttore Generale con la relativa richiesta di finanziamento e siamo pertanto in fiduciosa attesa di un riscontro da parte dei competenti assessorati.