

# Monitoraggio civico sullo stato dei Pronto Soccorso nel Lazio

Azioni civili.

Cittadinanzattiva Lazio

19 dicembre 2019



# Monitoraggio civico sullo stato dei Pronto Soccorso nel Lazio

---

Cittadinanzattiva Lazio

## Monitoraggio civico sul Pronto Soccorso nel Lazio.

Indice	Pagina
<b>Introduzione</b>	3
Le tappe del lavoro e la metodologia utilizzata per il monitoraggio civico dei Pronto Soccorso	4
Le strutture di emergenza urgenza che hanno partecipato al monitoraggio civico	7
<b>I dati del Monitoraggio civico</b>	9
Bacino di utenza, numero posti letto ospedalieri, flussi di gestione e dati di attività dei pronto soccorso monitorati.	10
Presenza e caratteristiche dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI).	14
<b>Caratteristiche strutturali delle strutture di emergenza urgenza</b>	14
Gli spazi per l'attesa	14
Dotazioni strumentali	15
Vigilanza	16
Tempi di attesa	16
Tempi di attesa per ritiro referti	
Dotazione ambulanze	18

<b>Le principali difficoltà tra ospedale e territorio</b>	19
<b>I numeri del pronto soccorso nel Lazio</b>	21
<b>Per un pronto soccorso migliore: La Carta dei diritti al Pronto soccorso</b>	29
<b>Ringraziamenti</b>	36

# MONITORAGGIO CIVICO SULLE CARATTERISTICHE STRUTTURALI ED ORGANIZZATIVE DEL PRONTO SOCCORSO E SULL'ATTENZIONE PRESTATATA AI PAZIENTI

## Introduzione

Nell'anno 2019 Cittadinanzattiva Lazio e la Società Italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza (SIMEU) del Lazio hanno avviato un'iniziativa comune per mettere in evidenza i punti di forza ed i punti di debolezza del Pronto Soccorso - struttura pubblica del Servizio Sanitario Nazionale, aperta 24 ore al giorno, 7 giorni su 7 - con l'obiettivo di proporre congiuntamente soluzioni di miglioramento, convinti che il miglioramento per il cittadino sia al tempo stesso un miglioramento per l'operatore sanitario.

E' stato quindi svolto tra metà maggio e metà settembre 2019 un *monitoraggio civico sui Pronto Soccorso del Lazio*.

Si intende per *monitoraggio civico* l'attività di raccolta di informazioni realizzata periodicamente dalla cittadinanza attiva attraverso interviste, questionari, griglie di osservazione. Il monitoraggio ha l'obiettivo di rilevare dal punto di osservazione del cittadino il funzionamento dei servizi e i problemi da sottoporre ad azioni di tutela per verificarne nel corso del tempo la soluzione.

Il monitoraggio civico, che rappresenta in pratica una collaborazione tra le due organizzazioni, è stato avviato a partire dal mese di maggio 2019 e si è concluso nel mese di settembre del 2019.

## 1. Le tappe del lavoro e la metodologia utilizzata per il monitoraggio civico dei Pronto Soccorso

Per poter istruire e svolgere il monitoraggio civico, sono stati previsti i seguenti passaggi:

- costituzione del gruppo di lavoro;
- progettazione e messa a punto degli strumenti di rilevazione;
- raccolta dati sul territorio regionale;
- analisi dei dati e delle informazioni ottenute.

### a) Il gruppo di lavoro

Il gruppo di lavoro è stato costituito nel mese di marzo del 2019 con l'obiettivo di avviare uno spazio di riflessione, condivisione e confronto sul tema del funzionamento del Pronto Soccorso.

Partendo dallo “stato dell’arte” nei Pronto Soccorso italiani e dai 14 diritti della Carta Europea dei diritti del malato, le griglie di monitoraggio sono state incentrate sull’organizzazione strutturale dei Dipartimenti di emergenza–urgenza, sulla presenza di servizi e di procedure formalizzate che mettano il cittadino al centro del sistema per una sempre più efficace umanizzazione delle cure.

### b) Gli strumenti di rilevazione

Le principali fonti bibliografiche dalle quali si è partiti per selezionare domande e indicatori appropriati, sono state: i 14 diritti della Carta europea dei diritti del malato, le segnalazioni dei cittadini nei rapporti PiT Salute e CnAMC, i dati dei rapporti Audit Civico, e Osservatorio civico sul federalismo in sanità di Cittadinanzattiva; alcune fonti istituzionali (es. *Bozza del Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera*, Indagine conoscitiva sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza e urgenza della XII Commissione Permanente Igiene e Sanità del Senato, etc.)

Gli strumenti di rilevazione messi a punto per il monitoraggio civico, sono due:

- 1) Griglia di Osservazione “caratteristiche strutturali ed organizzative del Pronto Soccorso” (*organizzazione della sala d’attesa, tempi di attesa per il triage, ecc.*).
- 2) Scheda tecnica “raccolta dati sui flussi di gestione del pronto soccorso” relativi al 2018 (es. *n. di persone giunte in pronto soccorso nel 2018, n. di persone ricoverate, n. di persone giunte in pronto soccorso e poi inviate in altro ospedale, ecc.*).

### c) La raccolta dei dati

Sono stati coinvolti nella raccolta dei dati gli attivisti delle sedi territoriali e delle Assemblee territoriali di Cittadinanzattiva-Tribunale per i Diritti del Malato nonché i referenti territoriali della SIMEU.

Gli strumenti di rilevazione sono stati inviati alle sedi dei TDM che hanno aderito all'iniziativa; in seguito sul territorio le sedi locali del TDM e i referenti SIMEU hanno inviato una lettera alle Direzioni Sanitarie per richiedere congiuntamente l'autorizzazione a svolgere il monitoraggio.

**Il monitoraggio civico è stato svolto tra il 16 maggio ed il 20 settembre 2019:** attivisti di Cittadinanzattiva, referenti SIMEU ed operatori sanitari, hanno contribuito su tutto il territorio regionale a “fotografare” la situazione dei Pronto Soccorso.

In sintesi alcuni dati inerenti la partecipazione al monitoraggio civico svolto:

- ✓ **23 le strutture di emergenza urgenza** che hanno aderito al monitoraggio civico<sup>1</sup>;
- ✓ **23 le Assemblee territoriali di Cittadinanzattiva- Tribunale per i Diritti del Malato** coinvolti;
- ✓ **Oltre 50 monitori civici**;
- ✓ **In 21 strutture sulle 23 monitorate era presente la componente di SIMEU**;
- ✓ **23 tra Direttori sanitari/Responsabili URP/Caposala/Primari/Direttori di Dipartimento hanno accompagnato i monitori nella raccolta dati.**

### d) L'analisi dei dati e delle informazioni ottenute

Tutti i dati raccolti sono stati memorizzati nel database della sede regionale di Cittadinanzattiva.

#### *La scheda tecnica sulla raccolta dei flussi di gestione*

La scheda sui flussi di gestione delle strutture di emergenza-urgenza ha fornito dati sulla modalità di accesso e ricovero e sui tempi di erogazione di prestazione.

Gli indicatori si riferiscono a:

1. numero di accessi nel 2018 in Pronto soccorso;
2. numero di accessi nel 2018 in Pronto soccorso ripartiti per n. dimessi, n. ricoverati, n. dimessi per “rifiuto ricovero”, n. trasferiti per livello di specialità; n. trasferiti per carenza di posti letto;

3. tempo di permanenza in Pronto soccorso: dal triage alla dimissione; dal triage all'esito di ricovero;
4. numero di accessi, dimessi e ricoverati in Osservazione Breve Intensiva nel 2018;
5. tempi medi di attesa per il ritiro di alcuni esami di laboratorio/diagnostici.

L'estrapolazione dei dati richiesti è avvenuta attraverso l'utilizzo del database dell'Azienda Sanitaria, ed è stata svolta dai Medici di Pronto Soccorso autorizzati dalla Direzione Aziendale aderenti a SIMEU, in collaborazione con gli attivisti di Cittadinanzattiva-Tribunale per i Diritti del Malato. Ciò nel rispetto e per l'adeguato trattamento di dati sensibili presenti nel database. L'estrapolazione dei dati è stata effettuata su 23 strutture di Emergenza-Urgenza tra quelle monitorate.

**In sintesi, in questo documento sono descritti e riportati:**

- dati ed informazioni inerenti le 23 strutture di emergenza urgenza di cui sono stati elaborati i dati;
- I dati inerenti i flussi di gestione appartenenti a 23 strutture di emergenza urgenza.

I dati sulle attività ed i flussi gestionali, fanno riferimento all'anno 2018.

**e) Valori e limiti del lavoro svolto**

I dati raccolti non hanno la pretesa di rappresentare un campione statistico sufficientemente rappresentativo, tuttavia non diminuiscono il valore del lavoro di monitoraggio e di analisi svolto. La rilevazione in sé può essere considerata comunque come indicativa di "eventi sentinella", ovvero questioni di maggior rilievo tra quelle oggetto di approfondimento e volte a migliorare la qualità dei servizi.

Il monitoraggio civico qui presentato è un esempio di informazione civica: "produzione da parte dei cittadini e sulla base del loro punto di vista, di informazioni a partire da dati raccolti direttamente o indirettamente, ed orientata alla trasformazione della realtà nella direzione di un aumento della effettiva tutela dei diritti dei cittadini e di una realizzazione delle condizioni a ciò connesse"<sup>2</sup>

**Le informazioni contenute in questo documento, pertanto, non possono e non devono essere considerate come rappresentative di malfunzionamenti nelle strutture italiane di emergenza-urgenza, ma piuttosto come indicatori, elementi, questioni o situazioni "importanti" dal punto di vista dei cittadini, utili ad offrire ad istituzioni, decisori ed amministratori uno strumento di ri-orientamento delle politiche, volto ad una migliore efficienza dei servizi.**

---

<sup>2</sup> G. Moro, Manuale di Cittadinanza Attiva, Carocci, 2010.

## Le strutture di emergenza urgenza che hanno partecipato al monitoraggio civico

Per semplificare la lettura delle tabelle e dei grafici viene adottata la seguente convenzione grafica:

- colore grigio chiaro per i Pronto Soccorso
- colore celeste chiaro per i DEA di I livello
- colore azzurro scuro per i DEA di II livello

Nel Lazio le strutture monitorate comprendono 4 Pronto Soccorso, 14 DEA di I livello e 5 DEA di II livello.

La seguente tabella riassume la classificazione delle strutture di Emergenza Urgenza monitorate secondo i criteri appena citati.

	LAZIO	ASL	AO
PS	4	5	0
DEA I livello	14	10	2
DEA II livello	5	0	5
Totale	23	10	8

Fonte: Cittadinanzattiva/Tribunale per i Diritti del Malato - SIMEU, 2019

Pronto Soccorso	
P.O. Fondi	ASL LATINA
P.O. Terracina	ASL LATINA
P.O. Colferro Parodi-Delfino	ASL RM5
P.O. Palestrina Coniugi Bernardini	ASL RM5

DEA I livello	
P.O. Rieti S. Camillo De Lellis	ASL RIETI
P.O. Belcolle	ASL VITERBO
P.O. Tivoli S. Giovanni Evangelista	ASL RM5
P.O. S. Filippo Neri	ASL RM1
P.O. Santo Spirito	ASL RM1

<b>P.O. Ostia G.B.Grassi</b>	ASL RM3
<b>A.O. Sant'Andrea</b>	AO SANT'ANDREA
<b>A.O. Tor Vergata</b>	AO PTV
<b>Policlinico Casilino</b>	AO POLICLINICO CASILINO
<b>Nuovo Ospedale dei Castelli</b>	ASL RM6
<b>P.O. S. Pertini</b>	ASL RM2
<b>P.O. Civitavecchia S.Paolo</b>	ASL RM4
<b>P.O. S. Eugenio</b>	ASL RM2
<b>P.O. Cassino Santa Scolastica</b>	ASL FROSINONE

<b>DEA II livello</b>	
<b>A.O. S.Giovanni Addolorata</b>	AO S. GIOVANNI
<b>P.O. S. Maria Goretti</b>	ASL LATINA
<b>A.O. San Camillo</b>	AO S. CAMILLO
<b>A.O. San Camillo PS Pediatrico</b>	AO S. CAMILLO
<b>Policlinico Umberto I°</b>	AO POLICLINICO UMBERTO 1°
<b>Policlinico Universitario A. Gemelli</b>	AO GEMELLI

## I DATI DEL MONITORAGGIO CIVICO.

### Dati generali

Sono state monitorate un **totale di 24 strutture di Pronto Soccorso così suddivise:**

- 4 Pronto soccorso
- 14 DEA di I livello
- 5 DEA di II livello (Il PS dell'AO San Camillo è stato monitorato anche nel PS Pediatrico, per questo che il conteggio delle strutture monitorate è 24. I DEA di 2 livello nel Lazio sono 5 e tutte e cinque sono state monitorate).

Le Aziende partecipanti sono state le seguenti:

- ASL Rm1
- ASL RM2
- ASL RM3
- ASL RM4
- ASL RM5
- ASL RM6
- ASL Rieti
- ASL Viterbo
- ASL Frosinone
- ASL Viterbo
- AO Policlinico Umberto 1° Roma
- AO Sant'Andrea
- AO Policlinico Tor Vergata
- AO San Giovanni Addolorata
- AO San Camillo
- Policlinico Casilino
- AO Agostino Gemelli

**Bacino di utenza, numero posti letto ospedalieri, flussi di gestione e dati di attività dei pronto soccorso monitorati.**

	LAZIO	ASL	AO
PS	4	5	0
DEA I livello	14	10	2
DEA II livello	5	0	5
Totale	23	10	7

NOME STRUTTURA	BACINO UTENZA	NUMERO POSTI LETTO OSPEDALE	ACCESSI CODICI BIANCHI 2018	ACCESSI CODICI VERDI 2018	ACCESSI CODICI GIALLI 2018	ACCESSI CODICI ROSSI 2018	ACCESSI TOTALI
PRONTO SOCCORSO							
OSPEDALE PARODI DELFINO COLLEFERRO ASL RM5	70.000	103	155	13.038	8.020	666	23.354
OSPEDALE CONIUGI BERNARDINI PALESTRINA ASL RM 5	80.000	108	163	22.461	10.696	913	34.710
OSPEDALE TERRACINA ASL LATINA	120.000	85	812	18.459	12.288	1.019	32.500
OSPEDALE FONDI ASL LATINA	45.000	50	802	13.486	N.D.	383	21.245
DEA 1 LIVELLO							
POLICLINICO TOR VERGATA	700.000	330	3.167	28.811	12.990	2.835	48.441
SANTO SPIRTO ROMA ASL RM 1	1.046.196	171	1.476	23.445	10.423	1.952	37.295
S. CAMILLO DE LELLIS RIETI	160.000	300	488	21.621	12.401	1.906	41.068
OSPEDALE SANTA SCOLASTICA CASSINO	200.000	197	868	25.632	13.948	1.205	42.394
BELCOLLE VITERBO	320.000	484	380	35.000	10.000	1.500	47.000

NUOVO OSPEDALE DEI CASTELLI ASL RM6	500.000	146	104	1.405	644	61	2.214
OSPEDALE S. GIOVANNI TIVOLI ASL RM5	550.000	192	579	16.444	18.283	1.665	37.071
SANT'EUGENIO ASL RM2	615.762	247	538	40.980	17.578	2.163	61.938
OSPEDALE SANDRO PERTINI ASL RM2	450.000	300	2181	48.144	11.576	3.059	64.942
OSPEDALE SAN PAOLO CIVITAVECCHIA ASL RM4	160.622	135	450	11.396	9.104	1.123	22.825
AO SANT'ANDREA ROMA	500.000	450	1.268	33.811	14.489	2.514	52.227
POLICLINICO CASILINO	200.000	236	558	67.519	13.813	1.553	83.640
OSPEDALE SAN FILIPPO NERI ASL RM1	485.907	381	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	31.251
OSPEDALE GRASSI OSTIA ASL RM3	320.000	190	1.086	39.836	12.792	1.778	55.606
DEA 2 LIVELLO							
POLICLINICO AGOSTINO GEMELLI ROMA	1.500.000	1540	1.158	50.116	26.547	4.548	82.700
AO SAN CAMILLO ROMA	1.200.000	815	1.414	35.274	11.837	3.225	51.260
AO SAN CAMILLO ROMA PS PEDIATRICO	1.200.000	815	263	13.443	845	8	14.560
AO SAN GIOVANNI ADDOLORATA ROMA	1.133.214	617	1.366	34.934	18.749	2.759	58.625
POLICLINICO UMBERTO 1	1.046.862	1073	6.877	96.017	32.593	3.445	138.934
SANTA MARIA GORETTI DI LATINA	350.000	330	1.647	36.075	17.191	3.529	58.682

NOME STRUTTURA	ACCESSI NELLE ULTIME 24 ORE	ACCESSI CODICI BIANCHI 2018	ACCESSI CODICI VERDI 2018	ACCESSI CODICI GIALLI 2018	ACCESSI CODICI ROSSI 2018
<b>PRONTO SOCCORSO</b>					
<b>OSPEDALE PARODI DELFINO COLLEFERRO ASL RM5</b>	83	155	13.038	8.020	666
<b>OSPEDALE CONIUGI BERNARDINI PALESTRINA ASL RM 5</b>	129	163	22.461	10.696	913
<b>OSPEDALE TERRACINA ASL LATINA</b>	120	812	18.459	12.288	1.019
<b>OSPEDALE FONDI ASL LATINA</b>	87	802	13.486	N.D.	383
<b>DEA 1 LIVELLO</b>					
<b>POLICLINICO TOR VERGATA</b>	200	3.167	28.811	12.990	2.835
<b>SANTO SPIRTO ROMA ASL RM 1</b>	118	1.476	23.445	10.423	1.952
<b>S. CAMILLO DE LELLIS RIETI</b>	115	488	21.621	12.401	1.906
<b>OSPEDALE SANTA SCOLASTICA CASSINO</b>	132	868	25.632	13.948	1.205
<b>BELCOLLE VITERBO</b>	150	380	35.000	10.000	1.500
<b>NUOVO OSPEDALE DEI CASTELLI ASL RM6</b>	130	104	1.405	644	61
<b>OSPEDALE S. GIOVANNI TIVOLI ASL RM5</b>	111	579	16.444	18.283	1.665
<b>SANT'EUGENIO ASL RM2</b>	166	538	40.980	17.578	2.163
<b>OSPEDALE SANDRO PERTINI ASL RM2</b>	186	2181	48144	11576	3059
<b>OSPEDALE SAN PAOLO CIVITAVECCHIA ASL RM4</b>	62	450	11.396	9.104	1.123
<b>AO SANT'ANDREA ROMA</b>	160	1.268	33.811	14.489	2.514
<b>POLICLINICO CASILINO</b>	250	558	67.519	13.813	1.553
<b>OSPEDALE SAN FILIPPO NERI ASL RM1</b>	105	N.D	N.D.	N.D.	N.D.
<b>OSPEDALE GRASSI OSTIA ASL RM3</b>	180	1.086	39.836	12.792	1.778

DEA 2 LIVELLO					
POLICLINICO AGOSTINO GEMELLI ROMA	222	1.158	50.116	26.547	4.548
AO SAN CAMILLO ROMA	163	1.414	35.274	11.837	3.225
AO SAN CAMILLO ROMA PS PEDIATRICO	43	263	13.443	845	8
AO SAN GIOVANNI ADDOLORATA ROMA	184	1.366	34.934	18.749	2.759
POLICLINICO UMBERTO 1	387	6.877	96.017	32.593	3.445
SANTA MARIA GORETTI DI LATINA	172	1.647	36.075	17.191	3.529

	PRONTO SOCCORSO	DEA 1 LIVELLO	DEA 2 LIVELLO	TOTALE
CODICI BIANCHI	1.932	13.143	12.725	27.800
CODICI VERDI	67.444	394.044	265.859	727.347
CODICI GIALLI	31.004	158.041	107.762	296.807
CODICI ROSSI	2.981	23.314	17.514	43.809
TOTALE	103.361	588.542	403.860	

Nelle strutture monitorate è stata registrata la presenza di:

- Presenza Osservazione Breve Intensiva (OBI)
- Numero Posti letto OBI
- Pronto soccorso pediatrico
- Pronto soccorso ginecologico
- Reparto Medicina d'Urgenza (MU)
- Numero Posti letto MU

Dotazione – STRUTTURE EMERGENZA URGENZA LAZIO			
	PS	DEA I livello	DEA II livello
Presenza PS Pediatrico	0/4	3/14	3/4
Presenza PS ginecologico	0/4	2/14	3/4
Presenza OBI	2/4	11/14	4/5
Numero Posti OBI	22	99	34
Presenza Medicina Urgenza	0/4	11/14	5/5
Posti letto MU	0	175	85

Fonte: Cittadinanzattiva/Tribunale per i Diritti del Malato - SIMEU, 2019

## Presenza e caratteristiche dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI)

Un'attenzione particolare è stata dedicata alla presenza e al funzionamento dell'OBI all'interno delle strutture di Emergenza Urgenza italiane. Vediamo innanzitutto dal seguente grafico e dalla successiva tabella che **non tutte le strutture esaminate prevedono l'Osservazione Breve Intensiva, mentre secondo il Regolamento sugli Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi sull'assistenza ospedaliera, tutti i DEA di I e di II livello dovrebbero averla**. E' stato registrato inoltre in tabella il numero medio di postazioni (posti letto) previsti in OBI.

Si registra la presenza di *Osservazione Breve Intensiva* per il 50% nei Pronto soccorso, per l'84,61% dei DEA di I livello e per l'80% nei DEA di II Livello.

Presenza OBI e numero medio di posti letto LAZIO		
Strutture	Presenza OBI	n. medio posti letto
PS	50%	5,5
DEA I Livello	84,61%	7,07
DEA II Livello	80%	6,8

Fonte: Cittadinanzattiva/Tribunale per i Diritti del Malato - SIMEU, 2019

La media dei posti letto per OBI nelle strutture monitorate risulta essere di 5,5 per i Pronto Soccorso; 7,07 per i DEA 1 livello e 6,8 per i DEA 2 livello.

## Caratteristiche strutturali esterna delle strutture di emergenza urgenza.

### Gli spazi per l'attesa

La sala d'attesa dedicata a pazienti e familiari è presente ovunque.

Nei Pronto Soccorso monitorati nel 100% dei casi esiste un'unica sala di attesa per pazienti e familiari, mentre in 1 caso su 4 esiste una sala dedicata a chi ha già svolto la prima visita medica.

Nei DEA 1 livello nel 57,14% dei casi è presente una sala d'attesa solo per pazienti post triage, nel 42,85% una sala solo per pazienti che hanno svolto la prima visita medica e nel 50% dei casi una sala d'attesa solo per familiari.

Nei DEA 2 livello abbiamo la sala d'attesa comune nel 60% delle strutture monitorate; nel 60% la presenza di una sala di attesa per pazienti post triage e nel 40% dei casi una sala solo per pazienti che hanno svolto la prima visita medica. Infine nel 60% delle strutture una sala attesa solo per familiari.

Sale d'attesa dedicate			
	PS	DEA I livello	DEA II livello
Sale d'attesa per pazienti pre triage, post triage, familiari	100%	50%	60%
Sala d'attesa solo per pazienti post triage	0%	57,14%	60%
Sala d'attesa solo per pazienti che hanno svolto la prima visita medica	25%	42,85%	40%
Sala d'attesa solo per familiari	0%	50%	60%

Fonte: Cittadinanzattiva/Tribunale per i Diritti del Malato - SIMEU, 2019

Gli spazi dedicati ai bambini registrano un andamento a “salire”: tanto più è organizzato il Pronto Soccorso tanto più vi è attenzione per i più piccoli a livello di spazio dedicato.

Spazio d'attesa dedicato ai bambini			
	PS	DEA I livello	DEA II livello
Spazio d'attesa dedicato ai bambini	25%	42,85%	100%

Fonte: Cittadinanzattiva/Tribunale per i Diritti del Malato - SIMEU, 2019

### Dotazioni strumentali

Attraverso questa voce è stata verificata la presenza di:

- sedie a rotelle e barelle;
- loro numero in dotazione presso le strutture di emergenza-urgenza

Dotazione Strumentale			
	PS	DEA I livello	DEA II livello
Sedie a rotelle	100%	100%	100%
Numero Sedie a rotelle	21	122	42
Barelle con barriere protettive	100%	100%	100%
Numero Barelle con barriere protettive	53	518	290

Fonte: Cittadinanzattiva/Tribunale per i Diritti del Malato - SIMEU, 2019

## Vigilanza del Pronto Soccorso

Vigilanza			
	PS	DEA I livello	DEA II livello
Presenza vigilanza di Pubblica Sicurezza	75%	71,4%	100%
Presenza di operatore sanitario che vigila sulla sala di attesa	0%	57,14%	40%

## Tempi di attesa

L'indagine civica ha permesso di osservare una serie di dati inerenti ai tempi di attesa. Nello specifico il numero medio di persone in attesa di valutazione al triage, il numero medio di persone in attesa di prima visita specialistica, il tempo medio di attesa per il primo accertamento, a seconda dei codici di priorità.

Numero MEDIO persone in attesa			
	PS	DEA I livello	DEA II livello
Numero MEDIO di persone in attesa di valutazione al Triage	6,5	4,14	6,4
Numero MEDIO di persone in attesa di visita, dopo il triage	10,75	9	9,6

Fonte: Cittadinanzattiva/Tribunale per i Diritti del Malato - SIMEU, 2019

Di seguito i *tempi medi di attesa per accesso al triage*, calcolati in minuti.

Anche per i tempi di attesa sono i DEA di II livello ad avere un tempo medio di accesso al triage più lungo: si tratta infatti di 15, seguito dai DEA di I livello e dai pronto soccorso che riportano una media di attesa di 9'.

TEMPO MEDIO di ATTESA per ACCESSO AL TRIAGE (in minuti)			
	PS	DEA I livello	DEA II livello
	13	4	15,2

Fonte: Cittadinanzattiva/Tribunale per i Diritti del Malato - SIMEU, 2019

Vediamo di seguito i **tempi medi di attesa riscontrati per un primo accertamento diagnostico.**

**Dopo il triage per svolgere il primo accertamento diagnostico si può dire che si attende di meno nelle strutture meno complesse.** Per i codici bianchi, ad esempio, si riscontra una media di 102,15 minuti di attesa nei Pronto soccorso, 100' nei DEA di I livello, 141' nei DEA di II livello; per i codici verdi la media è di 60,15' nei Pronto soccorso, 88,04' nei DEA di I e 81,4' nei DEA di II; per i codici gialli le attese diminuiscono, ed in particolare si riscontrano tempi più bassi (rispettivamente 42' e 37,25') nei DEA di II livello e nei Pronto soccorso, tempi leggermente superiori nei DEA di I livello (51,11').

TEMPI MEDI DI ATTESA in minuti per PRIMO ACCERTAMENTO			
	PS	DEA I livello	DEA II livello
<b>Codici BIANCHI</b>	102,15	100,18	141
<b>Codici VERDI</b>	60,15	88,04	81,4
<b>Codici GIALLI</b>	37,25	51,11	42

Fonte: Cittadinanzattiva/Tribunale per i Diritti del Malato - SIMEU, 2019

In generale, si può attendere in media più di 141' minuti per un codice bianco, più di 88' per un codice verde e 51' per il codice giallo.

Tempi <i>massimi</i> di attesa tra i tempi medi riscontrati nelle varie strutture monitorate per svolgere un primo accertamento	
Codici bianchi	✓ 360 minuti Policlinico Tor Vergata
Codici Verdi	✓ 218 minuti San Paolo Civitavecchia
Codici gialli	✓ 189 minuti San Paolo Civitavecchia

Fonte: Cittadinanzattiva/Tribunale per i Diritti del Malato - SIMEU, 2019

Tempi <i>minimi</i> di attesa tra i tempi medi riscontrati nelle varie strutture monitorate per svolgere un primo accertamento	
Codici bianchi	✓ 60 minuti Ospedale di Fondi
Codici Verdi	✓ 23 minuti Policlinico Umberto 1 Roma
Codici gialli	✓ 15 minuti San Camillo Forlanini Roma- Santa Scolastica Cassino

Fonte: Cittadinanzattiva/Tribunale per i Diritti del Malato - SIMEU, 2019

## Tempi medi di attesa per il ritiro di referti di alcuni esami diagnostici ed indagini di laboratorio

Anche questi dati sono stati estrapolati dai database dei Dipartimenti di emergenza urgenza delle Aziende Sanitarie.

Tempi medi di attesa per esami diagnostici e di laboratorio	PS	DEA1	DEA2
<b>TOT. STRUTTURE:</b>	4	14	5
tempi medi di attesa per il ritiro (compreso di referto) dei seguenti esami di laboratorio/indagini diagnostiche			
<b>Emocromo</b>			
fino ad un ora	75%	50%	60%
tra 1 ora e 3 ore	25%	28,57%	40%
più di 3 ore	0%	0%	0%
<b>Radiografie standard (RX)</b>			
fino ad un ora	25%	50%	20%
tra 1 ora e 3 ore	75%	35,71%	60%
più di 3 ore	0%	0%	20%
<b>Marcatori cardiaci di citonecrosi</b>			
fino ad un ora	75%	60%	60%
tra 1 ora e 3 ore	25%	40%	40%
tra 3 e 6 ore	0%	0%	0%
più di 6 ore	0%	0%	0%
<b>TAC</b>			
fino ad un ora	25%	42,85%	20%
tra 1 ora e 3 ore	75%	35,71%	60%
tra 3 e 6 ore	0%	7,14%	20%
più di 6 ore	0%	14,28%	0%

Fonte: Cittadinanzattiva/Tribunale per i Diritti del Malato - SIMEU, 2019

## Dotazione di Ambulanze e trasferimento in reparto

E' stato chiesto se la strutture di emergenza urgenza è a conoscenza in tempo reale del numero di posti letto disponibili, in modo da poter meglio distribuire nel reparto più adeguato e – nel caso in cui sia necessario – trasferirlo presso la struttura con maggiore disponibilità di posto in breve tempo; se è prevista la funzione del *Bed Management* (utilissima per la gestione programmata dei posti letto) e con quale mezzo avviene il trasferimento del paziente per svolgere esami, visite, o per effettuare il ricovero in altra struttura.

I dati del monitoraggio mostrano che più si alza il livello del Pronto Soccorso e più si è a conoscenza della situazione in tempo reale dei posti disponibili in ospedale. Infatti si parte con il 25% dei PS monitorati (1 su 4 a conoscenza), si passa al 75,57% dei DEA 1 livello (pari a 11 strutture su 14) e si arriva al 100% dei DEA 2 livello.

CONOSCENZA IN TEMPO REALE DEI POSTI LETTO DISPONIBILI IN OSPEDALE			
	PS	DEA I livello	DEA II livello
Conoscenza in tempo reale dei posti disponibili in ospedale	25%	78,57%	100%

Fonte: Cittadinanzattiva/Tribunale per i Diritti del Malato - SIMEU, 2019

La funzione di *Bed Management* è demandata sostanzialmente alla Direzione Sanitaria in tutte i livelli delle strutture di emergenza. Solo in un caso è gestita dal personale del PS.

Mentre a livello di Pronto Soccorso 2 strutture su 4 non hanno prevista la funzione di Bed Management.

FUNZIONE DI BED MANAGMENT			
	PS	DEA I livello	DEA II livello
E' prevista la funzione di Bed Management	50%	100%	100%
Se si, questa Funzione è in carico:			
Alla Direzione Sanitaria	100%	100%	75%
Al personale del Pronto Soccorso	0%	0%	25%

Fonte: Cittadinanzattiva/Tribunale per i Diritti del Malato - SIMEU, 2019

## LE PRINCIPALI DIFFICOLTA' TRA OSPEDALE E TERRITORIO.

E' stato chiesto ai responsabili e ai primari dei Dipartimenti monitorati un giudizio sul funzionamento della rete tra i servizi di Emergenza-Urgenza ed i servizi territoriali.

**Nel Lazio il funzionamento della rete tra emergenza urgenza e territorio è da considerarsi prevalentemente "insufficiente" (52.17%). Solo il 30,43% dei Responsabili intervistati la reputa "sufficiente" ed il 17,39% in "buono" stato.**

Il dato scorporato per livelli di complessità delle strutture monitorate ci dice che per il Pronto Soccorso 3 strutture su 4 danno un giudizio sufficiente e 1 su 4 insufficiente; per i DEA di 1 livello si ha un a ripartizione che vede il 21,42% con giudizio Buono, il 14,28% sufficiente e il 64,28% giudizio Insufficiente; per i DEA di 2 livello giudizio che parte con 40% di Sufficiente e 60% di Insufficiente.

<b>FUNZIONAMENTO RETE tra EMERGENZA-URGENZA e TERRITORIO</b>				
<i>Ritiene che Il funzionamento della rete tra i servizi di emergenza-urgenza ed i servizi territoriali sia da considerarsi ottimo, buono, sufficiente o insufficiente?</i>				
	<b>PS</b>	<b>DEA 1 LIVELLO</b>	<b>DEA 2 LIVELLO</b>	<b>TOTALE</b>
<b>Ottimo</b>	0%	0 %	0%	0%
<b>Buono</b>	0%	21,42%	0%	17,39%
<b>Sufficiente</b>	75%	14,28%	40%	30,43%
<b>Insufficiente</b>	25%	64,28%	60%	52,17%
<b>Non risponde</b>	0%	0%	0%	0%

Fonte: Cittadinanzattiva/Tribunale per i Diritti del Malato - SIMEU, 2019

Nelle Tabelle seguenti si riportano le principali difficoltà evidenziate dagli operatori sanitari del pronto soccorso sul funzionamento integrato tra servizi di emergenza e territoriali:

#### **PRINCIPALI DIFFICOLTA'**

- ✓ Carenza personale diagnostica strumentale
- ✓ Assenza cardiologi pomeriggio notti e festivi;
- ✓ Carenza centri mobili con medico emergenza;
- ✓ Carenza strumentazione, personale medico e infermieristico
- ✓ Posti letto insufficienti
- ✓ Servizi trasporto carenti
- ✓ Mancanza comunicazione con il territorio
- ✓ Mancanza percorsi condivisi
- ✓ Compiti non chiari
- ✓ Reperibilità posti letto
- ✓ Integrazione socio assistenziale con territorio assolutamente debole
- ✓ Numero posti letto lungodegenza insufficiente
- ✓ Mancanza strutture territoriali afferenti
- ✓ Tempi presa in carico in fase dimissione;
- ✓ Criticità pazienti scompensati provenienti da strutture territoriali/RSA
- ✓ Mancanza di ambulatori e di percorsi nonostante numerose richieste
- ✓ Invio in PS di persone senza motivi di urgenza
- ✓ Natura AO rispetto al territorio
- ✓ Poca azione filtro da parte del personale territoriale
- ✓ Mancanza rete territoriale per la cronicità
- ✓ Necessità di riorganizzare le afferenze

Fonte: Cittadinanzattiva/Tribunale per i Diritti del Malato - SIMEU, 2019

## Ed i rispettivi punti di forza indicati

- Professionalità del personale e attaccamento al lavoro
- Collegamento con strokeline Policlinico Umberto 1 (non per advice)
- Nessuno
- Implementare casa della salute
- Organizzazione Hub-Spoke
- Adeguato punto riferimento per la popolazione
- Interlocazione e accordi con le strutture
- Garantire al paziente il luogo di cura più idoneo e non il più vicino
- Centralizzazione pazienti tempo dipendenti

Fonte: Cittadinanzattiva/Tribunale per i Diritti del Malato - SIMEU, 2019

## I NUMERI DEL PRONTO SOCCORSO NEL LAZIO.

Riportiamo nelle seguenti Tabelle i numeri dei Pronto Soccorso monitorati incrociando gli accessi totali nel 2018, il numero dei Medici suddivisi per tipologia di contratto presso ogni struttura e il rapporto tra casi seguiti e medici, nonché le fasce d'età dei medici di Pronto Soccorso.

### I numeri del Pronto Soccorso nel Lazio.

NOME STRUTTURA	ACCESSI TOTALI	NUMERO MEDICI PS A TEMPO INDETERMINATO	MEDICI PS A TEMPO DETERMINATO	MEDICI PS A CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE	TOTALE MEDICI PS	RAPPORTO CASI MEDICO/PAZIENTE
<b>PRONTO SOCCORSO</b>						
OSPEDALE PARODI DELFINO COLLEFERRO ASL RM5	23.354	9	0	0	9	2.594,88
OSPEDALE CONIUGI BERNARDINI PALESTRINA ASL RM 5	34.710	8	2	0	10	3.471
OSPEDALE TERRACINA ASL LATINA	32.500	5	1	1	7	4.642,85
OSPEDALE FONDI ASL LATINA	21.245	3	2	0	5	4.249
<b>DEA 1 LIVELLO</b>						
POLICLINICO TOR VERGATA	48.441	20	7	0	27	1.794,11
SANTO SPIRITO ROMA ASL RM 1	37.295	20	1	0	21	1.775,95
S. CAMILLO DE	41.068	21	0	0	21	1.955,61

LELLIS RIETI						
OSPEDALE SANTA SCOLASTICA CASSINO	42.394	11	1	1	13	3.261,07
BELCOLLE VITERBO	47.000	11	0	9	20	2.350
NUOVO OSPEDALE DEI CASTELLI ASL RM6	2.214	12	0	2	14	158,14
OSPEDALE S. GIOVANNI TIVOLI ASL RM5	37.071	8	1	0	9	4.119
SANT'EUGENIO ASL RM2	61.938	29	1	0	30	2.064,6
OSPEDALE SANDRO PERTINI ASL RM2	64.942	25	1	0	26	2.497,76
OSPEDALE SAN PAOLO CIVITAVECCHIA ASL RM4	22.825	3	2	3	8	2.853,12
AO SANT'ANDREA ROMA	52.227	25	1	0	26	2.008,73
POLICLINICO CASILINO	83.640	30	0	3	33	2.534,54
OSPEDALE SAN FILIPPO NERI ASL RM1	31.251	20	0	0	20	1.562,55
OSPEDALE GRASSI OSTIA ASL RM3	55.606	17	1	2	20	2.780,3
DEA 2 LIVELLO						
POLICLINICO AGOSTINO GEMELLI ROMA	82.700	20	9	3	32	2.584,37
AO SAN CAMILLO ROMA	51.260	30	0	0	30	1.708,66
AO SAN CAMILLO ROMA PS PEDIATRICO	14.560	14	0	0	14	1.040
AO SAN GIOVANNI ADDOLORATA ROMA	58.625	29	0	0	29	2.021,55
POLICLINICO UMBERTO 1	138.934	28	9	0	37	3.754,97
SANTA MARIA GORETTI DI LATINA	58.682	21	7	2	30	1956,06

Fonte: Cittadinanzattiva/Tribunale per i Diritti del Malato - SIMEU, 2019

La tipologia di contratto dei medici di Pronto Soccorso nelle strutture monitorate nel Lazio.

	<b>PRONTO SOCCORSO</b>	<b>DEA 1 LIVELLO</b>	<b>DEA 2 LIVELLO</b>	<b>TOTALE</b>
<b>MEDICI TEMPO INDETERMINATO</b>	<b>25</b>	<b>252</b>	<b>142</b>	<b>419</b>
<b>MEDICI TEMPO DETERMINATO</b>	<b>5</b>	<b>16</b>	<b>25</b>	<b>46</b>
<b>MEDICI CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>5</b>	<b>26</b>
<b>TOTALE</b>	<b>31</b>	<b>288</b>	<b>172</b>	

Fonte: Cittadinanzattiva/Tribunale per i Diritti del Malato - SIMEU, 2019

La ripartizione dei casi seguiti nel 2018 nei Pronto Soccorso monitorati nel Lazio.

	<b>PRONTO SOCCORSO</b>	<b>DEA 1 LIVELLO</b>	<b>DEA 2 LIVELLO</b>	<b>TOTALE</b>
<b>CODICI BIANCHI</b>	<b>1.932</b>	<b>13.143</b>	<b>12.725</b>	<b>27.800</b>
<b>CODICI VERDI</b>	<b>67.444</b>	<b>394.044</b>	<b>265.859</b>	<b>727.347</b>
<b>CODICI GIALLI</b>	<b>31.004</b>	<b>158.041</b>	<b>107.762</b>	<b>296.807</b>
<b>CODICI ROSSI</b>	<b>2.981</b>	<b>23.314</b>	<b>17.514</b>	<b>43.809</b>
<b>TOTALE</b>	<b>103.361</b>	<b>588.542</b>	<b>403.860</b>	

Fonte: Cittadinanzattiva/Tribunale per i Diritti del Malato - SIMEU, 2019

La suddivisione per fasce di età dei medici delle strutture monitorate nel Lazio.

	<b>PRONTO SOCCORSO</b>	<b>DEA 1 LIVELLO</b>	<b>DEA 2 LIVELLO</b>	<b>TOTALE</b>
<b>MEDICI TRA 30-40 ANNI</b>	<b>2</b>	<b>62</b>	<b>43</b>	<b>107</b>
<b>MEDICI 41-50 ANNI</b>	<b>6</b>	<b>104</b>	<b>75</b>	<b>185</b>
<b>MEDICI 51-60</b>	<b>13</b>	<b>81</b>	<b>38</b>	<b>132</b>
<b>MEDICI OVER 60</b>	<b>11</b>	<b>21</b>	<b>16</b>	<b>48</b>
<b>TOTALE</b>	<b>32</b>	<b>268</b>	<b>172</b>	<b>472</b>

Fonte: Cittadinanzattiva/Tribunale per i Diritti del Malato - SIMEU, 2019

Da queste ultime Tabella si possono sviluppare alcuni ragionamenti, non certo finali, ma molto interessanti. In questo Rapporto vogliamo puntare però i riflettori su alcuni assi strategici di possibile sviluppo, intervento, azione.

### **Il primo è il tema del personale sanitario.**

Risulta evidente che, accanto a investimenti di carattere tecnologico e all'innovazione di nuovi strumenti di gestione (come le app appena avviate nei PS di Rieti e del San Camillo di Roma per la comunicazione tra il servizio e i parenti in attesa) il primo e prioritario intervento riguarda l'area del personale sanitario quanto a numero di medici (e operatori sanitari) da impiegare in questo fondamentale servizio.

### **Il secondo è il tema della integrazione tra ospedale e territorio, tra sociale e sanitario, tra enti locali e ASL (e Aziende Ospedaliere).**

E' necessario riportare la seguente Tabella

	<b>PRONTO SOCCORSO</b>	<b>DEA 1 LIVELLO</b>	<b>DEA 2 LIVELLO</b>	<b>TOTALE</b>
<b>CODICI BIANCHI</b>	<b>1.932</b>	<b>13.143</b>	<b>12.725</b>	<b>27.800</b>
<b>CODICI VERDI</b>	<b>67.444</b>	<b>394.044</b>	<b>265.859</b>	<b>727.347</b>
<b>CODICI GIALLI</b>	<b>31.004</b>	<b>158.041</b>	<b>107.762</b>	<b>296.807</b>
<b>CODICI ROSSI</b>	<b>2.981</b>	<b>23.314</b>	<b>17.514</b>	<b>43.809</b>
<b>TOTALE</b>	<b>103.361</b>	<b>588.542</b>	<b>403.860</b>	<b>1.095.763</b>

*Fonte: Cittadinanzattiva/Tribunale per i Diritti del Malato - SIMEU, 2019*

I dati sono evidenti. E ci dicono che su 1.095.763 di interventi nelle 24 strutture monitorate su dati 2018, i Codici bianchi sono il 2,54%; i Codici Verdi sono il 66,38%, i Codici Gialli sono il 27,09% e i Codici Rossi sono il 4% del totale degli interventi.

Sommando il totale dei Codici Bianchi con quello dei Codici Verdi si tocca il 68,92% del totale.

Si apre quindi, si conferma se vogliamo, il dato della necessità della appropriatezza dell'uso del Pronto Soccorso e del rapporto con le strutture territoriali e con i professionisti territoriali.

Questo è e rimane un punto ineludibile per affrontare in modo compiuto la migliore organizzazione dei servizi di emergenza-urgenza; l'uso più appropriato degli operatori sanitari: una corretta informazione-comunicazione verso i cittadini e, in ultima analisi, l'accesso ai servizi sanitari nella nostra Regione.

	TOTALE
CODICI BIANCHI	2,54%
CODICI VERDI	66,38%
CODICI GIALLI	27,09%
CODICI ROSSI	4,00%
TOTALE	100

Fonte: Cittadinanzattiva/Tribunale per i Diritti del Malato - SIMEU, 2019

Sulla base dei dati ufficiali di attività dei Pronto Soccorso, delle segnalazioni che Cittadinanzattiva tramite la rete Tribunale per i diritti del malato riceve e sulle problematiche legate anche alla carenza del personale sanitario, va affrontato in modo sinergico, complessivo e innovativo il tema dell'accesso ai servizi sanitari.

Il rischio è quello di avere solo il Pronto Soccorso come punto unico di riferimento per i cittadini.

Quello che fotografiamo oggi è il segnale chiarissimo di una difficoltà di accesso ai servizi territoriali, un uso probabilmente improprio al Pronto Soccorso, un'incapacità a fare da filtro in modo efficace per una serie di situazioni che potrebbero/dovrebbero essere gestite in altri luoghi.

Le stesse situazioni di accesso da strutture tipo le RSA in Pronto Soccorso segnalate dai medici del Pronto Soccorso sono un esempio, un campanello di allarme della situazione che rischia di non essere correttamente governata, seguita, gestita.

### **Il terzo tema è quello del territorio come luogo di governo delle azioni di politiche pubbliche.**

Qui il discorso è più complicato. Ma necessario.

Lo accenniamo in forma breve perché riteniamo che, insieme agli altri due sopra citati, debba essere il punto di confronto con tutti i soggetti istituzionali, a partire dalla Regione Lazio passando per i Comuni, le ASL e le A.O., i Distretti sanitari, gli operatori sanitari del territorio e quelli ospedalieri, le associazioni di malati cronici e rari, le organizzazioni civiche.

L'area emergenza-urgenza non può più essere vista, ispezionata o pensata come avulsa dal contesto complessivo nella organizzazione dei servizi sanitari.

Storicamente nel Lazio la città di Roma ha avuto e ha ancora una forte centralità dovuta al numero di abitanti rispetto alla Regione Lazio nel suo complesso; ha avuto e ha un numero rilevante di offerta sanitaria pubblica, privata e privata accreditata; ha un'attrattiva potenziale anche da altre Regioni per le eccellenze che devono però essere messe a sistema-

Se guardiamo alla città di Roma e ai quadranti che la compongono esistono delle criticità in ordine ad alcuni di questi: il quadrante EST di Roma rappresenta una sfida e un'opportunità rilevante dal punto di vista del governo della salute pubblica.

Dai dati raccolti, facciamo un esempio concreto per rendere l'idea, abbiamo il Policlinico Umberto 1 come la struttura che ha effettuato maggiori interventi nel Pronto Soccorso nel 2018 (oltre 138.000) se spostiamo lo sguardo a EST troviamo altre tre strutture monitorate: il Pertini, il Policlinico Casilino e il Policlinico Tor Vergata.

I dati sono "sorprendenti" per chi non conosce il territorio.

Pertini accessi nel 2018 **64.942**

Tor Vergata accessi nel 2018 **48.441**

Policlinico Casilino accessi nel 2018 **83.640**

**Il Policlinico Casilino è il secondo Pronto Soccorso come numero di accessi tra quelli monitorati.**

**Nella Tabella che segue la "classifica" delle strutture per accesso nel 2018 con accorpamento del PS Pediatrico del San Camillo la Classifica degli accessi è così composta.**

	NOME STRUTTURA	ACCESSI TOTALI	Zone ROMA E ALTRE
1	Policlinico Umberto 1	138.934	ROMA CENTRO
2	Policlinico Casilino	83.640	ROMA EST
3	Policlinico Agostino Gemelli Roma	82.700	ROMA NORD
4	AO San Camillo	65.820	ROMA OVEST
5	Ospedale Sandro Pertini Asl Rm2	64.942	ROMA EST
6	Sant'Eugenio Asl Rm2	61.938	ROMA SUD
7	Santa Maria Goretti Asl Latina	58.682	LATINA
8	AO San Giovanni Addolorata Roma	58.625	ROMA CENTRO
9	Ospedale Grassi Ostia Asl Rm3	55.606	ROMA OVEST
10	AO Sant'Andrea Roma	52.227	ROMA NORD
11	Policlinico Tor Vergata	48.441	ROMA EST
12	Belcolle ASL Viterbo	47.000	VITERBO
13	Ospedale Santa Scolastica Cassino ASL Fr	42.394	FROSINONE
14	S. Camillo De Lellis Rieti	41.068	RIETI
15	Santo Spirito Roma Asl Rm1	37.295	ROMA CENTRO
16	Ospedale S. Giovanni Tivoli Asl Rm5	37.071	TIVOLI
17	Ospedale Coniugi Bernardini Asl RM5	34.710	PALESTRINA

18	Ospedale Terracina ASL Latina	32.500	TERRACINA
19	Ospedale San Filippo Neri Asl Rm1	31.251	ROMA NORD
20	Ospedale Fondi ASL Latina	24.245	FONDI
21	Ospedale Parodi Delfino Colleferro ASL RM5	23.354	COLLEFERRO
22	Ospedale San Paolo Civitavecchia Asl Rm4	22.825	CIVITAVECCHIA
23	Nuovo Ospedale dei Castelli Asl Rm6	2.214	CASTELLI

Da questi dati di accesso ai Pronto Soccorso è possibile immaginare gli interventi necessari per massimizzare la capacità di risposta, di appropriatezza, di capacità di risposta ai bisogni dei cittadini e anche degli operatori sanitari?

E' evidente a chi fa ricerca sociale, economica e sanitaria immaginare un modo diverso, integrato, inclusivo e che utilizzi tutte le reti sociosanitarie esistenti ma oggi slegate, non connesse, frammentate?

Solitamente il nostro movimento al termine di lavori come questo fa proposte per come agire.

Qui abbiamo la netta impressione che si debba ragionare sui dati insieme con tutti gli attori del sistema che non sono solo attori sanitari. Anzi.

Ma che la platea dei soggetti da coinvolgere sia molto più ampia e meno settoriale.

Qui si tratta di ragionare su politiche pubbliche che si devono interfacciare concretamente, che devono modificare l'approccio, la visione e anche, in definitiva, il "mandato" per il quale sono nate e si sono sviluppate.

Qui stiamo chiedendo, per iniziare un nuovo corso, di riformare la visione del sistema sanitario pubblico mettendolo al centro delle scelte delle politiche pubbliche, anche ad esempio di quelle urbanistiche.

Non si può infatti immaginare di costruire nuovi quartieri senza immaginare i servizi che dovrebbero afferire a quel territorio.

L'esempio del quadrante EST di Roma è emblematico: quartieri creati a partire dai primi anni del 2.000, forte presenza di persone immigrate, livello culturale, urbanizzazione e mobilità, insieme a determinanti di salute come la cronicità o di situazioni socioeconomiche più o meno sfavorevoli incidono drasticamente su questo universo.

Analogo ragionamento va posto per le realtà fuori dal Raccordo Anulare, le "province" dell'impero come molti definiscono i territori fuori da Roma.

Quale risposta dare?

Quali interventi mettere in atto?

E quali soggetti coinvolgere nel pensare i nuovi servizi?

Ecco, forse per la prima volta non chiediamo interventi puntuali su quello o quell'altro aspetto (non solo).

Chiediamo di immaginare, costruire, avere una visione del futuro condivisa..

La pena che ci spetta, a tutti, è quella di continuare a sentirci tutti, nessuno escluso, in frontiera, in perenne lotta gli uni con gli altri: operatori sanitari contro cittadini, istituzioni contro istituzioni, territori contro territori.

Cittadinanzattiva Lazio rifiuta questo approccio, coscienti che il bene pubblico della salute è patrimonio comune e che la sua organizzazione, implementazione, sviluppo dipende dalla capacità di fare squadra nel rispetto reciproco dei ruoli e delle funzioni.

Simeu Lazio è parte di questo processo perché ha compreso le sfide, la strada strettissima che abbiamo davanti, ma anche l'opportunità di creare servizi sociosanitari adeguati alla sfida della nostra Carta Costituzionale.

Per questo siamo qui. Nonostante tutto. Ancora oggi.

## APPENDICE

### PER UN PRONTO SOCCORSO MIGLIORE: LA CARTA DEI DIRITTI AL PRONTO SOCCORSO

**Cittadinanzattiva – Tribunale per i Diritti del Malato** sostiene l'attuazione del diritto costituzionale alla salute promuovendo il diritto dei cittadini ad esercitare attività di tutela, di interesse generale e di partecipazione alle scelte.

La **Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza (SIMEU)**, associazione scientifica senza scopo di lucro riunisce medici e infermieri operanti nel Pronto Soccorso, nell'Emergenza pre-ospedaliera e nella Medicina d' Urgenza. L'Associazione persegue finalità di interesse generale e di utilità sociale nel realizzare l'attività di ricerca scientifica e di formazione dei medici, degli infermieri e di altri attori operanti nel sistema dell'Emergenza secondo principi ispirati a solidarietà ed umanità.

Entrambe le organizzazioni sono impegnate nella difesa del servizio sanitario pubblico e, in questa prospettiva, nella promozione di servizi di emergenza urgenza di qualità e ispirati alla centralità del malato.

Nell'ambito di questa collaborazione è emersa la necessità di precisare i principi della Carta europea dei diritti del malato in una forma capace di incidere sull'azione del governo nazionale, regionale e delle direzioni aziendali e anche sui comportamenti dei cittadini e degli operatori sanitari. La tutela della salute in condizioni di emergenza e urgenza è un bene comune irrinunciabile in un paese civile. E' dovere di tutti coloro che hanno responsabilità e degli stessi cittadini di promuovere, in ogni territorio, la qualità e la sicurezza delle cure e rimuovere le carenze di struttura, di organizzazione, di cultura, di informazione e i comportamenti che si oppongono, di fatto, a questo principio. **Ed è diritto di tutti i cittadini, siano essi malati o operatori sanitari, di disporre di un Servizio Sanitario Nazionale funzionante al meglio.**

#### **Premessa:**

L'intervento sanitario in emergenza-urgenza ha caratteristiche specifiche e uniche nel panorama delle cure sanitarie: risponde a una richiesta di salute, in tempi brevi, da parte dei cittadini, di ogni nazionalità, nel rispetto dell'equità ed eguaglianza di accesso alle cure, tutti i giorni dell'anno e nell'arco delle 24 ore; alla richiesta di salute ed alla risposta in emergenza-urgenza tempestiva ed efficace, deve seguire, prima e dopo le cure ospedaliere, una risposta del servizio sanitario nazionale territoriale. Per ottenere questo risultato è indispensabile una stretta collaborazione tra ospedale e servizi del territorio

che hanno la responsabilità di una attività capillare e costante nel tempo, per la presa in carico del paziente in tutto il suo percorso, dal domicilio all'acuzie in ospedale e, successivamente, nuovamente al proprio domicilio o comunque nei servizi territoriali.

### **1. Diritto alla presa in carico.**

Indipendentemente dalle caratteristiche del servizio di emergenza urgenza in cui avviene l'accesso, ogni individuo ha diritto a ricevere trattamenti adeguati e ad essere indirizzato, nel minore tempo possibile, verso le strutture più appropriate.

*Costituiscono esempi di violazioni di diritto, per tutti:*

- *Il sovraffollamento generato da carenze organizzative, strutturali, di dotazioni tecnologiche e personale;*
- *Condizioni di criticità che non permettono agli operatori sanitari di garantire al meglio le cure necessarie;*
- *I ritardi nel trasferimento verso le strutture più appropriate causati da cattiva organizzazione, informazione carente o comportamenti arbitrari;*
- *La semplice indicazione di rivolgersi ad altra struttura non accompagnata da altre misure, quali la comunicazione preventiva con la struttura di riferimento;*
- *La necessità di trasferire il paziente per la sola impossibilità di trasferire immagini e informazioni per via telematica.*

*La Regione e le Aziende Sanitarie sono tenute a favorire l'attuazione del diritto alla presa in carico:*

- *Realizzando, nel minore tempo possibile un sistema informativo sanitario adeguato e condiviso da tutte le strutture regionali della regione;*
- *Adottando e pubblicando procedure codificate per la comunicazione fra le strutture e i servizi del sistema di emergenza urgenza;*
- *Adottando e pubblicando protocolli sulle modalità di trasferimento dei malati dal luogo in cui avviene l'accesso alle strutture maggiormente appropriate.*
- *Adottando per il trattamento tempestivo e la presa in carico, specifici percorsi e procedure, per patologia o condizione, condivise fra figure professionali, servizi, strutture del sistema di emergenza urgenza.*
- *Adottando e pubblicando i piani di emergenza in caso di massiccio afflusso di pazienti (es. catastrofi naturali, terremoto, Piano di emergenza per massiccio afflusso di feriti-PEIMAF)*

### **2. Diritto alla dignità personale**

Ogni individuo che viene a trovarsi in situazioni di emergenza e urgenza ha il diritto a non subire riduzioni della dignità personale dovute a strutture inadeguate, carenze strutturali e tecnologiche o comportamenti arbitrari.

*Costituiscono esempi di violazioni di diritto, per tutti:*

- *Le permanenze in barella prolungate oltre il minimo indispensabile e in spazi che non garantiscono la dovuta riservatezza;*
- *L'assenza o il ritardo nella comunicazione delle informazioni sullo stato di salute ai malati e ai loro parenti;*
- *L'assenza e/o la mancata applicazione dei protocolli per la rilevazione e il trattamento del dolore acuto;*
- *Le prassi che ostacolano l'assistenza da parte dei familiari o l'impossibilità a comunicare a causa barriere linguistiche, non prevedendo intermediatori linguistici;*
- *L'adozione, anche da parte dei pazienti e dei loro familiari, di comportamenti che intralciano il buon funzionamento del pronto soccorso.*

*Le Aziende Sanitarie sono tenute a favorire l'attuazione del diritto alla dignità personale:*

- *Predisponendo e attuando piani di investimento verificabili e mirati ad assicurare strutture di pronto soccorso con spazi adeguati per i malati, i familiari e gli operatori sanitari, dotati dei dovuti livelli di comfort e sicurezza e di servizi di interpretariato.*
- *Assicurando una tempestiva informazione sui tempi di attesa tramite idonea strumentazione (display o altro);*
- *Adottando le procedure e le misure necessarie per garantire l'attenzione alla privacy, alle differenze culturali, religiose e di genere, la presenza dei parenti e il rispetto del fine vita;*
- *Eliminando qualsiasi forma di barriera, prevedendo percorsi che tengano conto di esigenze speciali (donne in gravidanza e genitori di minori, bambini, anziani, vittime di violenza, persone con disabilità fisiche, mentali, sensoriali, con sofferenze di salute mentale, migranti, senza fissa dimora, ecc.) ed evitando possibili discriminazioni.*
- *Predisponendo, in collaborazione con i Responsabili dei Pronto Soccorso, i piani di investimento e provvedendo alla loro attuazione e verifica di adozione.*
- *Mettendo in atto tutte le procedure e gli adempimenti necessari affinché gli operatori sanitari siano nelle condizioni di garantire la più adeguata assistenza.*

### **3. Diritto alla continuità dei percorsi di cura.**

Ogni individuo ha diritto a interventi di emergenza o urgenza coordinati con le eventuali cure già in atto e seguito da percorsi appropriati e tempestivi di convalescenza e riabilitazione.

*Costituiscono esempi di violazioni del diritto, per tutti:*

- *La prassi di rimandare in pronto soccorso i pazienti ricoverati in strutture di lungodegenza al solo scopo di prolungare il trattamento di convalescenza oltre i 30 giorni.*
- *La mancata acquisizione o l'impossibilità di accedere o acquisire informazioni su trattamenti e piani terapeutici assistenziali in atto.*
- *Le dimissioni verso il domicilio non accompagnate da precise indicazioni sui servizi a cui rivolgersi nel territorio e dal programma delle visite e degli esami di controllo; le dimissioni verso il domicilio non accompagnate da prescrizione su ricettario del SSR e dalla copertura terapeutica.*

*La Regione, le Aziende Sanitarie sono tenute a favorire l'attuazione del diritto alla continuità dei percorsi di cura*

- *Realizzando nei territori le strutture (residenze, centri di assistenza primaria , assistenza domiciliare integrata) necessarie per garantire la continuità assistenziale;*
- *Garantendo l'effettiva operatività dei nuclei distrettuali e ospedalieri per la continuità delle cure che dovrebbero garantire la tempestività e l'appropriatezza delle dimissioni;*
- *Realizzando sollecitamente i supporti informatici che consentono al personale del pronto soccorso la completa acquisizione delle informazioni cliniche, anche per evitare la ripetizione di accertamenti diagnostici.*
- *Garantendo sempre la disponibilità del ricettario del Servizio Sanitario Nazionale, la prescrizione delle prestazioni e delle terapie ritenute necessarie, la funzionalità dei servizi di prescrizione elettronica.*
- *Adottando e favorendo procedure semplificate per l'accesso a visite e prestazioni di controllo presso la struttura ospedaliera*

#### **4. Diritto alla prevenzione delle emergenze evitabili.**

Ogni individuo ha diritto a non dover ricorrere alle strutture di emergenza urgenza al solo fine di rimediare alla insufficiente organizzazione dei servizi e dei percorsi di cura.

*Costituiscono esempi di violazioni del diritto, per tutti:*

- *L'invio al pronto soccorso dei malati, da parte delle strutture di ricovero, solo per sottrarsi all'onere di gestire criticità organizzative o di fine vita;*
- *L'invio di malati al pronto soccorso per effettuare prestazioni che dovrebbero essere garantite tempestivamente da altri servizi;*
- *L'assenza di misure per la rilevazione e il trattamento del dolore acuto dei malati cronici e oncologici in assistenza domiciliare;*
- *La necessità, per i malati cronici, di ricorrere al pronto soccorso a causa di emergenze determinate da eventi acuti prevedibili e prevenibili con trattamenti domiciliari;*

*La Regione, le Aziende Sanitarie e i responsabili dei servizi distrettuali sono tenuti a favorire l'attuazione del diritto alla prevenzione delle emergenze evitabili.*

- *Adottando i Percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali per le malattie croniche, previsti nel Piano Nazionale delle Cronicità, misure per la prevenzione e il trattamento al domicilio degli eventi acuti;*
- *Attuando programmi di vaccinazione antiinfluenzale delle persone anziane, sostenuti da interventi di informazione e reclutamento attuate con medici di famiglia, farmacie e organizzazioni civiche,*
- *Promuovendo in ogni distretto programmi per il sostegno ai pazienti anziani e fragili in caso di temperature elevate stagionali;*
- *Attuando interventi di formazione e informazione rivolti ai professionisti sanitari, compresi medici di medicina generale, di continuità assistenziale ed infermieri sui protocolli delle malattie croniche, rare ed oncologiche;*
- *Adottando, pubblicando, promuovendo piani di gestione del sovraffollamento per il massiccio afflusso invernale ed estivo, nelle località turistiche, per eventi straordinari, e per l'attività ordinaria;*
- *Garantendo una adeguata organizzazione dei servizi di continuità assistenziale (guardia medica);*
- *Garantendo adeguata informazione ai cittadini su tutti i servizi sanitari disponibili, sulle modalità di erogazione degli stessi e sulla loro corretta attivazione*

## **5. Diritto alla informazione.**

Ogni individuo ha diritto ad accedere ad informazioni aggiornate e attendibili sulla organizzazione dei servizi di emergenza relativi al territorio di residenza e sulle prestazioni effettivamente disponibili nei diversi centri di pronto soccorso.

*Costituiscono esempi di violazioni del diritto, per tutti:*

- *La mancanza di trasparenza sui codici di priorità e l'assenza di informazioni sul cambiamento del codice colore alla dimissione;*
- *La mancanza di informazioni chiare sulle situazioni per cui è previsto il ticket e sulle modalità per il pagamento;*
- *L'indisponibilità, l'inaccessibilità o il mancato aggiornamento delle Carte dei servizi, la carenza di informazioni sulla modalità di organizzazione delle struttura di emergenza urgenza e sulla intera rete;*
- *Ritardare o rifiutare il rilascio della documentazione clinica richiesta.*

*Le Regioni e le Aziende Sanitarie sono tenute a favorire l'attuazione del diritto all'informazione:*

- *Pubblicando le informazioni necessarie nei siti internet regionali e aziendali con la dovuta evidenza;*
- *Realizzando guide sull'uso dei servizi di emergenza e urgenza, organizzate per territorio e diffuse in tutti i luoghi del servizio sanitario aperti al pubblico, compresi gli studi dei medici di famiglia e le farmacie;*
- *Garantendo il monitoraggio periodico delle performance e dei livelli di umanizzazione e pubblicando i risultati nei siti della regione e delle aziende;*
- *Realizzando, in ogni distretto, programmi di informazione e di educazione alla utilizzazione dei servizi di emergenza e urgenza, d'intesa con i comuni, i medici di medicina generale, gli infermieri e le organizzazioni civiche.*
- *Informando sulle modalità e sull'organizzazione del servizio, su cosa il cittadino può aspettarsi e può chiedere.*

## **6. Diritto alla competenza.**

Ogni individuo ha il diritto ad avere una cura e una assistenza competenti appropriate e proporzionate alle specifiche esigenze del malato.

*Costituiscono esempi di violazioni del diritto, per tutti:*

- *La presenza, nelle strutture di pronto soccorso, di personale senza competenze specialistiche nell'area di emergenza-urgenza;*

*Le Regioni, le Aziende Sanitarie ed i responsabili dei servizi sono tenuti a favorire l'attuazione del diritto alla competenza:*

- *Organizzando adeguatamente il lavoro del personale, prevedendo programmi di prevenzione del burnout, turni di lavoro adeguati e valorizzazione delle competenze;*
- *Controllando l'effettiva qualificazione del personale dedicato al pronto soccorso;*
- *Realizzando programmi sistematici per l'aggiornamento del personale di pronto soccorso;*
- *Promuovendo l'accesso ai corsi universitari di specializzazione nell'emergenza urgenza;*
- *Promuovendo e potenziando le competenze per una più appropriata gestione e presa in carico di persone con esigenze speciali come bambini, anziani, malati cronici e rari; vittime di violenza; persone con disabilità fisiche, mentali, sensoriali o con problemi di salute mentale; migranti; senza fissa dimora, etc.*

## **7. Diritto alle “sei ore”.**

Ogni Individuo ha diritto a permanere in Pronto soccorso per un tempo minimo indispensabile e comunque non oltre le 6 ore necessarie, nelle migliori condizioni di comfort assistenziale, e ad essere inviato tempestivamente al reparto più appropriato per le cure. Al fine di garantire la sicurezza del paziente, sono esclusi dalle 6 ore i casi in cui sono necessari trattamenti di stabilizzazione in condizioni critiche ed i trattamenti in Osservazione Breve Intensiva.

*Costituiscono esempi di violazioni del diritto, per tutti:*

- *l' attesa per la diagnostica strumentale che prolunga i tempi di processo in PS oltre quanto è adeguato;*
- *l' attesa per consulenza specialistica che prolunga i tempi di processo in PS oltre quanto adeguato;*
- *l' attesa dell' accettazione in reparto di destinazione.*

*Le Regione, le Aziende Sanitarie e i responsabili dei servizi e delle Unità Operative di degenza sono tenuti a favorire l'attuazione del diritto alle sei ore rimuovendo tutti le cause che lo impediscono*

- ✓ *Adottando i Piani di Gestione del Sovraffollamento ogni qualvolta sia necessario;*
- ✓ *Facilitando l'attuazione di tempi di processo affinché siano commisurati alle condizioni cliniche ed alla necessità della persona*
- ✓ *Favorendo la raccolta di segnalazioni, da parte dei responsabili delle UO e dei cittadini, di quegli ostacoli ed impedimenti organizzativi che rendono difficile l'attuazione del diritto ad un congruo tempo di attesa;*
- ✓ *Mettendo in atto azioni di miglioramento e monitorando i risultati ottenuti.*

## **8. Diritto all'attuazione della Carta dei diritti al pronto soccorso**

Ogni individuo ha diritto alla concreta realizzazione di quanto espresso nelle Carta dei diritti al pronto soccorso, attraverso l' effettiva attuazione della stessa da parte di Istituzioni nazionali, regionali e delle direzioni aziendali

*Costituiscono esempi di violazione di questo diritto:*

- *La mancata applicazione degli standard di qualità e sicurezza*
- *La mancata adesione alla Carta da parte delle aziende sanitarie*
- *La mancata attuazione e verifica del rispetto della Carta*

*Le Regione, le Aziende Sanitarie ed i responsabili dei servizi sono tenuti a favorire il diritto all'attuazione della Carta*

- *Adottando la Carta dei diritti del malato in pronto soccorso e promuovendo l'informazione ai cittadini;*
- *Promuovendo periodicamente monitoraggi civici sul rispetto dei diritti proclamati della Carta.*

## **Ringraziamenti.**

Si ringraziano i referenti locali del Tribunale per i Diritti del Malato per aver dedicato tempo ed impegno all'organizzazione, allo svolgimento ed all'inserimento dei dati di questo monitoraggio civico.

Si ringraziano i medici di SIMEU che hanno supportato l'iniziativa attraverso la raccolta dei dati e tutti gli operatori sanitari ed i referenti aziendali che hanno collaborato allo svolgimento dell'intero progetto.

La passione, le competenze e la voglia di cambiare le cose per migliorare i servizi pubblici è la risposta civica più alta.

Nella nostra Regione ci sono uomini e donne che quotidianamente, con ruoli, funzioni e responsabilità diverse, contribuiscono a tale altissimo scopo.

Dire grazie non è, quindi, solo un segno di buona educazione.

E' il valore dal quale avviare quei percorsi che stiamo chiedendo come professionisti della salute, come responsabili di un settore così rilevante per le persone.

E' la base dalla quale continuare un lavoro, spesso nascosto e non riconosciuto, ma che è necessario fare per il bene di tutti.