



Milano, 3 Agosto 2023

Alla Cortese Attenzione

Assessore alla Sanità della Regione Lombardia
Dott. Guido Bertolaso

E p.c.
Direttore Generale Welfare Regione Lombardia
Dott. Giovanni Pavesi

Presidente della Regione Lombardia
Avv. Attilio Fontana

Oggetto: Deliberazione XII/787 “Piano di riordino delle strutture, attività e dei ruoli del personale medico nell’ambito della rete Emergenza-Urgenza ospedaliera” del 31/7/2023.

Gentilissimo Assessore,

come società mediche internistiche, non possiamo non esprimere il nostro rammarico per non essere stati consultati nella fase di elaborazione del piano di riordino delle strutture della rete dell’Emergenza-Urgenza ospedaliera regionale, in considerazione del fatto che:

1. i reparti internistici rappresentano la destinazione della maggior parte dei pazienti che accedono alle degenze ospedaliere dai PS, nonché la specialità presente pressoché ubiquitariamente in tutti gli ospedali e globalmente con il maggior numero di letti;
2. i medici internisti, e in minor misura di altre specialità, sono significativamente coinvolti, con molti sacrifici e spirito di collaborazione, nelle attività turnistiche di moltissimi PS, in cui a volte costituiscono la maggioranza del personale che copre le attività turnistiche, talora a discapito della miglior funzionalità dei reparti che ne vengono privati;
3. i reparti di medicina interna sono stati da subito coinvolti ed hanno gestito globalmente il maggior numero di pazienti ricoverati nel corso dell’emergenza Covid, anche per elevata intensità clinica (insufficienza respiratoria con necessità di ventilazione non-invasiva), rapidamente adattandosi ai bisogni clinico-assistenziali del paziente;

4. la medicina d'emergenza-urgenza e la medicina interna condividono, ciascuno con le proprie specificità, un percorso formativo con aspetti metodologici e competenze cliniche sovrapponibili;
5. rappresentanti della Rete di Medicina Interna, afferenti alle società scientifiche di medicina interna, partecipano costruttivamente all'"Osservatorio regionale per i ricoveri in area medica" ed al tavolo tecnico ospedale-territorio per la revisione dell'offerta territoriale.

Da ciò si evince l'importanza, non secondaria rispetto a quella degli anestesisti-rianimatori (rif. pag.3), delle sinergie funzionali con gli internisti.

Il Pronto Soccorso rappresenta la porta d'ingresso dell'Ospedale, il "primo baluardo di difesa" per i cittadini con problemi medico-chirurgici, gravato da un livello di complessità organizzativa-gestionale che spesso mettono alla prova il personale medico ed infermieristico che vi lavora.

Esiste una relazione bidirezionale tra le attività del Pronto Soccorso e quelle dei reparti specialistici: il buon funzionamento del primo è condizione necessaria per il buon funzionamento dei secondi, e il buon funzionamento dei secondi è condizione necessaria per il buon funzionamento dei primi.

Quindi è chiaro che le attività del Pronto Soccorso si riflettono sulle attività dei reparti specialistici, e conseguentemente un piano di riordino di queste strutture non può essere svincolato, come già abbiamo avuto modo di ripetere in più occasioni istituzionali, dalla considerazione del flusso dei pazienti nella sua completezza, dal Pronto Soccorso ai reparti di degenza, al rientro sul territorio.

Perciò, se da un lato la delibera prevede alcune modifiche strutturali che sono e saranno fondamentali per il miglioramento dell'attività del PS e per le quali apprezziamo e condividiamo l'impegno dell'assessorato, dall'altro vi sono criticità sostanziali che, nell'impostazione attuale, non possiamo non evidenziare con l'approccio costruttivo che ha sempre caratterizzato la nostra collaborazione con la DG Welfare della Regione.

1. Al punto 1 dell'Allegato (pag. 3) si fa riferimento al fatto che "...l'indisponibilità di posti letto nelle sezioni di degenze ospedaliere non è giustificazione sufficiente ad impedire l'immediato ricovero del paziente da parte del medico del DEA/PS".
Sappiamo bene come tutte ".....le soluzioni organizzative piu' adeguate a garantire l'immediata accoglienza del paziente....." auspicate possano esaurirsi con grande rapidità o rappresentare un problema organizzativo per altri reparti di degenza.
In questo modo, il problema del boarding di PS non viene risolto, ma solo spostato, scaricandolo sui reparti di degenza, senza un reale vantaggio per il paziente. Inoltre, come dimostra la letteratura, il ricovero del paziente in un setting non adeguato, od in appoggio/sovrannumero, come facilmente accadrebbe, porta ad un aumento del rischio clinico, con effetti sfavorevoli sugli esiti.
2. Per supportare le esigenze del PS si prevede "...un riequilibrio nella dotazione dei posti letto sulla base dei dati epidemiologici.....tenendo conto delle esigenze del PS...".
Un maggior numero di posti letto a disposizione del PS è fondamentale. Tuttavia, dal momento che non è previsto alcun incremento del numero di letti accreditati complessivi, ma solo una

redistribuzione, ciò si accompagnerebbe verosimilmente ad una riduzione dei letti soprattutto per l'elezione, sia medica che chirurgica, e conseguentemente si ridurrebbe la capacità degli ospedali pubblici di rispondere ad esigenze cliniche non acute ma altrettanto importanti per i pazienti. Anche la creazione di posti letto per l'UUOO di Medicina d'Emergenza-Urgenza (12-24 letti), in assenza di una modifica dei letti complessivi accreditati, andrà ad accentuare questa problematica.

3. Un altro passaggio critico, e di difficile comprensione clinica ed organizzativa, è quello che riguarda la "gestione della guardia medica/chirurgica interdivisionale (modello RRT)" (pag 4 Allegato 1). La descrizione di tale attività è molto scarna e quindi non è chiaro se tale gestione della guardia interdivisionale sia "in sostituzione" delle attuali guardie interdivisionali, in carico agli specialisti dei vari reparti di degenza, oppure "in aggiunta".
In entrambi i casi ci chiediamo come mai, ad esempio un'internista, nel caso di un paziente che presenti ".....un deterioramento dei parametri cardiorespiratori/emodinamici" debba chiamare il collega urgentista (visto che la declaratoria della Scuola di Specializzazione in Medicina Interna del MIUR stabilisce tra l'altro che che: "lo specialista in Medicina Interna deve aver maturato conoscenze teoriche, scientifiche e professionali.....**con specifica competenza nella medicina d'urgenza e pronto soccorso.....**"), e non possa invece gestire l'urgenza in prima persona (come fa ora), decidendo autonomamente quando chiamare il rianimatore.
Tale attività, che ripetiamo non è chiaro se in sostituzione o in aggiunta, e che rientrerebbe tra le mansioni professionali da garantire al medico del PS Medicina d'Urgenza, comporterebbe tra l'altro la necessità di reclutamento di un numero ancora maggiore di urgentisti, a discapito delle altre specialità, altrettanto in sofferenza.
4. Non è chiaro come mai i letti di degenza breve abbiano, correttamente a nostro avviso, una tempo-dipendenza di 72-96 ore, mentre questa non sia stata prevista per i letti di area semintensiva (pag. 10, All. 1).
5. Analogamente, come da tempo dichiarato a tutti i livelli, e come ampiamente dimostrato anche in corso di emergenza Covid, i pazienti ricoverati in area medica (e nelle medicine interne), sono spesso (e sempre più) pazienti ad alta complessità ed intensità, con bisogni clinico-assistenziali analoghi a quelli indicati per i reparti di medicina d'urgenza. Non è chiaro, inoltre, cosa si intenda (pag. 8, All. 1) laddove viene esplicitato "Considerata la tipologia di pazienti che afferiscono al Pronto Soccorso e le competenze specialistiche dei MEU, l'area può essere destinata anche alla gestione di pazienti complessi con più comorbilità che necessitano di un inquadramento clinico assistenziale". Questi sono i pazienti che, per competenza, vengono già correttamente ricoverati in area medica.
6. Il problema delle risorse umane sembrerebbe rappresentare al momento il vero ostacolo nell'attuazione del presente piano di riordino. Le molteplici mansioni del medico urgentista che si vanno a configurare prevedono un enorme aumento delle risorse per le UOC di PS-MURG, già oggi in estrema sofferenza e dipendenti da contributi esterni che pare, almeno per i prossimi 5 anni, assolutamente irrealizzabile conoscendo l'attuale realtà.
Ricordiamo ancora che la maggior parte dei professionisti che opera in area del PS Medicina d'Urgenza in Regione Lombardia proviene dall'area medica, in particolare dalla Medicina Interna. Se da un lato è fondamentale attuare un'adeguamento delle risorse disponibili in PS-Medicina d'urgenza, garantendo una stimolante e soddisfacente qualità lavorativa, dall'altro ciò non deve

andare a compromettere equilibri estremamente fragili nei reparti specialistici (non solo di Medicina Interna) dove si rileva carenza analoga. Come sappiamo, negli ultimi anni in molti reparti di Medicina Interna non si riesce a garantire un sufficiente turn-over del personale ed in molte aree specialistiche si sta assistendo ad una vera e propria “fuga dall’Ospedale”.

7. Un’ ultima considerazione riguarda l’attivazione di ambulatori per i Codici Minori. Nel 2022 i Codici Minori hanno rappresentato il 76,8 % di tutti gli accessi nei PS della Lombardia (fonte AREU). Partendo da questo dato, pare inverosimile che i medici di continuità assistenziale (o loro assimilati anche non specialisti) possano prendersi un carico così poderoso. Inoltre, non va dimenticato come anche all’interno dei codici di priorità 4-5 possono nascondersi non infrequentemente sintomatologie subdole che devono essere supervisionate da professionalità con adeguata competenza specialistica, senza parlare della responsabilità in tal senso che viene direttamente affidata al triagista. A questo punto rimane il dubbio su quale figura medica possa farsi carico dei codici minori.

Siamo confidenti che, in questo momento, queste osservazioni non esaustive vengano considerate, alla luce del ruolo centrale che la medicina interna ricopre nel sistema sanitario regionale, un tentativo costruttivo di partecipare alla discussione e condivisione di un percorso realmente sostenibile, che ci vede in prima linea nella gestione delle attività ospedaliere insieme ai colleghi urgentisti e delle altre specialità, ma che deve necessariamente essere affrontato in maniera sistemica con la prospettiva dell’intero patient-journey, mettendo prioritariamente il paziente al centro del processo di cura.

Rimaniamo a completa disposizione dell’Assessorato e auspichiamo che possa esserci la possibilità di confrontarci con tutti i colleghi specialisti coinvolti nelle attività legate all’ urgenza ospedaliera, per discutere le criticità e contribuire alla messa a terra di un processo di miglioramento di tutto il percorso di cura.

Cordialmente,

SIMI Lombardia
FADOI Lombardia