

Impegnati finanziamenti, struttura edile e strumentazioni pronte, ma mancano medici e infermieri, si aspettano le deroghe necessarie dei Ministeri dell'Economia e della Salute

# PTV, a quando il Dipartimento di Emergenza e Accettazione?

a cura della redazione

**D**a qualche tempo, ormai, il passatempo preferito per molti colleghi giornalisti, peraltro di importanti media nazionali, sembra divenuto quello di sottolineare i problemi in cui versa il Pronto Soccorso del Policlinico Universitario di Tor Vergata. Il guaio è che vengono proposte affermazioni anche poco fondate, se considerate, in particolare, dal punto di vista prettamente sanitario. Con questo non si vuol certo disconoscere che la sanità della nostra regione presenti non pochi problemi, soprattutto in tempi di deficit come questi. E sappiamo anche che le strutture che maggiormente soffrono, per mancanza di fondi, sono proprio i Pronto Soccorso, rispetto ai quali, invece, la maggior parte dei cittadini va a rivolgersi a causa della oramai cronica mancanza di adeguate alternative territoriali.

Rivolgere, quindi, tutti gli strali verso una sola struttura, appare quanto meno poco corretto e questo comportamento lascia pensare che, forse, possano esistere tutt'altre motivazioni che non sarebbero certo legate ad una valida informazione per i cittadini.

Per dovere di cronaca e per rendere un onesto servizio di comunicazione verso i nostri lettori, siamo andati ad intervistare i responsabili del Policlinico romano, dal Direttore Generale, Enrico Bollero, al Direttore Sanitario, Isabella Mastrobuono, dal Direttore Sanitario di Presi-

dio, Giuseppe Visconti, al Responsabile del Pronto Soccorso, Alberto Galante.

- o -

**Isabella Mastrobuono (Direttore Sanitario PTV):...noi saremmo in grado di aprire il Dea nel più breve tempo possibile.**



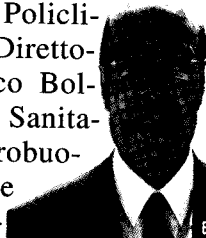
Mastrobuono

**D.) Direttrice, da quanto tempo è pronta questa struttura e perché non è ancora stata aperta?**

*R.) Il Dea di secondo livello, dal punto di vista delle tecnologie e della struttura edile, è pronto da circa un anno e, infatti, è data da circa un anno la richiesta che la direzione del Policlinico ha inviato in regione per l'apertura del Dea. Le motivazioni per le quali non si è ancora aperto dipendono dalla programmazione regionale e da fattori che sono indipendenti dalla direzione del Policlinico. Per quanto riguarda la possibilità di aprirlo, noi siamo in grado di farlo nel più breve tempo possibile.*

- o -

**Enrico Bollero (Direttore Generale PTV): ... al Pronto Soccorso abbiamo un problema di iper-afflusso. Se i Ministeri della Salute e dell'Economia non riescono a comprendere che questa è una necessità prioritaria per i cittadini, io non so che dire!**



E. Bollero

**D.) Direttore, per quale motivo una struttura, pronta a funzionare e, a det-**

**ta di tutti, così necessaria, non viene aperta?**

*R.) Il motivo è che siamo incappati, in un periodo nel quale, nella nostra Regione, in presenza di un disavanzo cumulato, di 9 miliardi, lo Stato ha pensato di ripianarlo, concedendo un piano trentennale, ma a fronte di questa disponibilità ha chiesto un meccanismo di rientro molto concentrato. Il Piano di Rientro, infatti, stabilisce che si deve diminuire di circa 3400 posti letto l'attuale dotazione presente nella Regione. A queste definizioni strutturali, programmatiche, economico-finanziarie nazionali, corrisponde però una grandissima difficoltà di attuazione, soprattutto a livello delle singole realtà.*

*Il problema è che, per attivare la struttura del Dea presso il PTV, sono necessari ancora degli investimenti in quota capitale, non enormi, si tratta di circa 3,5 milioni di euro. Quello che invece risulta importante è un investimento in gestione, che certamente comporta l'attivazione e l'assunzione di personale infermieristico, tecnico, amministrativo, ausiliario e medico che possa comportare l'attivazione non soltanto fisica, di un Dea di questo livello, considerando che una struttura di questo tipo non si caratterizza solo per lo spazio fisico di cui necessita, ma anche per le ultraspecializzazioni che le devono essere messe a disposizione. Del resto, queste sono le motivazioni per le quali si chiama Dea di secondo livello. Il punto è che la Regione, per quanto concerne le delibere (so che quella sul Dea è in corso di definizione) che comportano un aumento nell'assunzione di personale neces-*

sitano del parere preventivo del Ministero dell'Economia e della Salute. Questo procedimento, in linea teorica è corretto, ma quando poi si cala sulla realtà, bisogna rilevare che non ci può essere un criterio identico per tutte le aree, perché il quadrante sud-est di Roma è l'unica area della Regione Lazio che è sotto dotata di posti letto per acuti. In questo quadrante, che, peraltro, è in via di ulteriore sviluppo, in base al previsto piano urbanistico, non si raggiunge neanche la media nazionale dei 3,5 posti letto per mille abitanti. Oramai da tempo, sono venuti ad insediarsi circa 80 mila nuovi residenti in più l'anno, pertanto per raggiungere la media nazionale mancano ancora 800 posti letto in tutto il quadrante.

Analizzare la situazione a tavolino, come avviene a livello ministeriale, è diverso dallo stare in prima linea. Vorrei che i due onorabilissimi dirigenti dei Ministeri dell'Economia e della Salute venissero qui a verificare i problemi. Aggiungiamo inoltre che a questa struttura mancano ancora 200 posti letto, poiché attualmente ne abbiamo solo 330 per acuti. C'è poi la vicenda della Torre 8, già costruita, che deve essere implementata con le dotazioni strutturali, con l'arredamento e con il relativo personale, tanto che in base ai programmi verrà attivata nei prossimi due anni. Allora, bisogna decidere se questa struttura deve o no essere completata!

L'altra grande questione è quella legata al fatto che in questo quadrante non riusciamo a dimettere perché c'è una carenza di assistenza domiciliare sul territorio. Non esistono posti letto di lungo-degenza o di degenza intermedia e non esistono, se non in maniera residuale, i posti letto di riabilitazione. Inoltre, in base a un'indagine in cui la Direzione Sanitaria ha intervistato un gruppo di popolazione che non riusciva ad essere di-

messa, si è rilevato che circa il 70% di questi pazienti non può rientrare nelle proprie case per un problema di ordine sociale. Sappiamo che la famiglia italiana oggi è cambiata, che mediamente in una famiglia debbono lavorare entrambi i coniugi e che, soprattutto in presenza di bambini, l'anziano non può essere assistito. A questo deve supplire la componente sociale, ossia l'assistenza domiciliare, che non è soltanto assistenza infermieristica, ma anche domestica, come, per esempio, il servire un pasto. Tutto ciò comporta un'organizzazione che sul territorio non esiste e deve essere realizzata. Le bacchette magiche non le possiede nessuno, soprattutto quando si dispone di risorse limitate!

Vorrei dire, in merito ai titoli che abbiamo letto sui giornali in questi giorni, che è chiaro che quando qualcuno scrive e vuole raggiungere un obiettivo può anche descrivere le cose con grande enfasi per colpire di più l'immaginazione di chi legge, ma vorrei fare un appello al mondo dell'informazione, perché credo sia giusto che la sanità non diventi strumento di campagna elettorale, nel bene e nel male. Io difendo i cittadini e gli operatori e credo che, una volta per tutte, questa sanità vada rispettata, per i sacrifici che si stanno facendo e per tutto quanto si sta attuando per riorganizzarla e per portarla a una migliore efficienza. Se, poi, le iniziative messe in campo non risultassero sufficienti se ne potrà parlare, ma creare una sorta di dissenso a priori e parlare solo di malasanità, non rispettando chi fa sacrifici, turni più lunghi, sia di notte che di giorno, questo non è giusto. Con una visione legata solo ai problemi economico-finanziari non si riesce a sostituire le persone che vanno in pensione o in mobilità. Bisogna allora riconoscere, con onestà,

che il problema è più di natura economico-finanziaria che di ordine organizzativo o di disponibilità del personale. Si dovrebbe fare una corretta informazione, non enfatizzando solo gli aspetti negativi, ma riportando anche tutti i passi che si stanno facendo per migliorare la nostra sanità, che, comunque, a livello mondiale, è considerata come una delle migliori, in questo modo si proporrrebbe una corretta informazione e, quindi, un buon servizio ai cittadini.

**D.) Lei ha parlato di assistenza domiciliare, ma si dovrebbe parlare anche di residenze sanitarie assistite. Voi subite l'occupazione di circa 40 posti letto al giorno, di persone che sono state curate e che potrebbero essere dimesse. È esatto?**

R.) Quello che Lei ha detto è esatto! Non ho citato le Rsa, ma mi sono riferito alle degenze intermedie, che sono quelle che a noi possono servire immediatamente. Il problema esiste ed è reale. Ci sono due problemi per una realtà come la nostra. Un eccesso di afflusso, e questo significa che all'esterno la domanda non viene selezionata, vi è, quindi, una domanda inappropriata; c'è un alto numero di codici bianchi che non dovrebbero nemmeno venire al pronto soccorso, ma dovrebbero rivolgersi al proprio medico curante. A mio avviso, come le farmacie, i medici dovrebbero organizzarsi in gruppi, facendo in modo che almeno a turno ci sia una disponibilità anche la domenica e i festivi.

**D.) Lei, professor Bollero, vuole addossare responsabilità ai medici di famiglia, quando la colpa, in realtà, è della politica. Negli ultimi anni, a più riprese, abbiamo sollevato il tema della medicina sul territorio. Bisognerebbe ricorrere a dei poliambulatori territoriali con medici e personale sanitario presente h24. Il vostro**

pronto soccorso, inoltre, va in tilt anche perché molti casi vengono respinti dagli ospedali adiacenti, come il Pertini o il Policlinico Casilino.

R.) *Vede, io sono un servitore delle Istituzioni le quali, credo, attendano da me un contributo tecnico, non politico. Per riprendere il ragionamento dei medici di famiglia, sottolineo che non dipende dalla indisponibilità dei medici il tipo di servizi sul territorio, ma da come si costruiscono le convenzioni. Perché, se si costruisce una convenzione in base alla quale si impartisce loro un obbligo di pronta disponibilità, bisognerà prevedere anche per questo servizio una disponibilità economica! Gradirei che riguardo a questa ipotesi di lavoro venisse condotto qualche esperimento, si potrebbe così dimostrare la correttezza di questa impostazione organizzativa.*

*Quando abbiamo partecipato al Protocollo d'Intesa Università-Regione, per la prima volta abbiamo proposto, e fu accettata dalla Regione, una intesa in cui il medico che usciva dalla nostra Facoltà di Medicina doveva aver seguito tutto il percorso assistenziale. Non soltanto, quindi, aver visto la iperspecializzazione di un ospedale per acuti e di alta specializzazione, ma anche aver partecipato ad un percorso assistenziale di low-care, ossia la riabilitazione, le rsa, la degenza intermedia, l'hospice, e l'assistenza domiciliare. Questo, purtroppo, è un progetto che è rimasto tale. Per quello che mi riguarda, tuttavia, insisterò perché si realizzi, perché può diventare un modello di sperimentazione gestionale.*

- o -

**Giuseppe Visconti (Direttore Sanitario di Presidio PTV): ... servono un centinaio di posti**

G. Visconti

*letto per i pazienti a bassa necessità di cura ma ad alta intensità assistenziale.*

**D.) Direttore, ci spiega in quale situazione vi trovate ad operare ogni giorno?**

R.) *Si tratta di un problema che riguarda non solo il Policlinico di Tor Vergata e la nostra emergenza, ma è un problema di settore, perché non si può discutere di questo tema, senza poi poter ragionare in termini di rete e di territorio. È difficile che un singolo ospedale sia in grado di rispondere alle situazioni che si stanno verificando in questi giorni nella nostra realtà. La situazione odierna di Tor Vergata, che peraltro ci stiamo trascinandoci da svariato tempo, ha dei picchi come quelli di questi giorni, che hanno portato a un intasamento del pronto soccorso. Ma, questo accade anche ai colleghi del Policlinico Casilino e del Sandro Pertini. Le cronache hanno descritto, più volte in questi giorni, situazioni di vero afflusso e, quindi, hanno evidenziato un quadro complessivo difficilmente gestibile dalle singole strutture. Per quanto ci riguarda, quotidianamente, ci troviamo nella necessità di dover reperire almeno 24-25 posti letto solo per l'emergenza, considerando il numero di codici rossi e gialli che arrivano ogni giorno presso il nostro pronto soccorso.*

**D.) A fronte di queste carenze strutturali del Pronto Soccorso, ci può illustrare il modo in cui opera il personale sanitario?**

R.) *I lavoratori danno ed esprimono il massimo della propria disponibilità in queste situazioni, quindi, si sovraccaricano di responsabilità e di lavoro nei confronti di queste pazienti. Molte persone, tuttavia, vista anche l'età delle patologie che li*

*accompagnano, necessitano in realtà più di assistenza che di cure. Ci viene richiesta, quindi, una prestazione non proprio idonea per un'emergenza, anche se i problemi posti dalla popolazione anziana sono decisamente importanti. La questione andrebbe risolta a livello di territorio.*

**D.) Insomma, per far funzionare bene un pronto soccorso, anche se all'avanguardia come quello di Tor Vergata, serve, quindi, un territorio che supporti tale struttura, dalla prevenzione fino alla dimissione del paziente?**

R.) *Come dicevo, l'emergenza si affronta con un ragionamento di rete. È quindi una questione che va affrontata tutti assieme, con tutti i presidi ospedalieri e con la rete del 118, per poter smistare al meglio i pazienti nelle strutture più idonee. Poi, per quanto riguarda l'azienda, già avevamo ipotizzato la necessità di avere un centinaio di posti letto per i pazienti a bassa necessità di cura, ma ad alta intensità assistenziale, quindi i posti letto necessari come degenza post acuzie e hospice, che chiaramente vengono portati nei nostri pronto soccorso perché le famiglie non sono in grado di assisterli. Da qui, la necessità di attivare il Dea, perché quello che abbiamo, lo ripeto, è un pronto soccorso provvisorio. Quando abbiamo situazioni di iper afflusso, per il momento, l'unica cosa che possiamo fare, è bloccare i ricoveri di elezione per facilitare le dimissioni dei pazienti in emergenza. Tutto ciò però ci provoca un allungamento delle liste d'attesa ordinarie, che, determinando altri malcontenti.*

- o -

**Alberto Galante (Resp. Pronto Soccorso):...la richiesta della popolazione è molto più elevata**

*di quanto si potesse pensare rispetto a quando questo pronto soccorso è stato aperto.*

**D.) Professore, come è composta l'U.O. da Lei diretta? Quali i numeri e le funzioni?**

R.) Il nostro Pronto Soccorso attualmente ha circa 24 medici e 55 infermieri, che hanno dei turni abbastanza pesanti. Il numero dei pazienti che afferiscono al nostro pronto soccorso è mediamente di 150 pazienti al giorno. In rapporto ai codici di gravità, il 2% circa è composto di codici rossi, numero notevolmente elevato rispetto al resto della regione; il 14-18% è di pazienti con codice giallo, cioè che hanno una patologia relativamente grave, ma non gravissima; il resto è costituito da pazienti con codice verde o bianco, cioè pazienti che hanno una patologia per la quale si può avere una certa attesa prima di essere visitati. Il nostro pronto soccorso, in questo momento, pur essendo in una sede che non è la sua, perché la definitiva sarà quella del prossimo Dea, ha però delle strutture perfettamente idonee alla richiesta, in quanto abbiamo una sala rossa, con due letti attrezzati per il codice rosso, abbiamo una radiologia, con apparecchi di radiologia convenzionale, con radiografia, e una Tac dedicata solo ed esclusivamente al pronto soccorso, vi è un box per i malati ortopedici, vi sono anche numerosi elettrocardiografi, un ecocardiografo e sei monitor che servono per monitorare i pazienti che abbiamo delle patologie cardiovascolari e cardiache con turbe del ritmo e che devono essere monitorati. È ovvio, purtroppo, che la richiesta della popolazione è molto più elevata di quanto si potesse pensare quando



questo pronto soccorso è stato aperto. Soprattutto perché in questo momento, e non soltanto da noi, ma è un male comune, il numero dei pazienti che raggiunge il pronto soccorso non viene soltanto per essere curato per una patologia in atto, severa, ma fugace o che deve essere risolta in pronto soccorso, ma si presenta anche per patologie croniche. Abbiamo, per esempio molto spesso, pazienti che vengono ricoverati per una broncopolmonite, che rappresenta, pur sempre, un quadro clinico di un certo impegno, ma, nella persona anziana diviene un problema fondamentale che a casa non può essere risolto. A questo punto ci riferiamo ad un paziente che non può essere abbandonato in un letto, quando i propri parenti escono per andare al lavoro, pertanto quella persona anziana viene portata in pronto soccorso, dove deve essere accudito. Di casi simili ne abbiamo circa 30 al giorno, ecco perché poi, in questo momento, abbiamo 37 pazienti in barella, il che significa che la situazione è drammatica.

**D.) A che punto sono le liste d'attesa per essere ricoverati nei vostri reparti?**

R.) Abbiamo dei tempi di attesa medi di tre giorni, purtroppo! Tre giorni in barella, quando in un pronto soccorso un paziente non dovrebbe sostare più di otto ore, al massimo! Vede, nonostante abbiamo una Breve Osservazione, della quale sono responsabile, che è una struttura di 20 posti letto, a cui abbiamo aggiunto 4 posti letto precari, non riusciamo a supplire alle esigenze del pronto soccorso. Non facciamo che trasferire al quarto piano quello che è un problema del piano zero, dove comunque il paziente, una volta ricoverato, non

viene smistato, così come dovrebbe essere per la breve osservazione dopo 24 ore, pertanto quel paziente, che dopo il tempo appena ricordato dovrebbe essere mandato in un altro ospedale, o in un'altra struttura, o nell'ambito del nostro stesso ospedale se ci fosse posto, rimane, invece, nell'ambito della breve osservazione.

**D.) Questa situazione dipende anche dal rapporto organizzativo con l'Ares 118?**

R.) Certo, è un problema che andrebbe affrontato con tutti i responsabili! Si ha la sensazione, alcune volte, che alcuni pazienti, per esempio i cosiddetti pazienti di codice verde, in cui la loro urgenza è differibile, anziché essere portati nell'ospedale più vicino solo perché così è la regola, potrebbero essere trasportati in una struttura più lontana di pochi chilometri, ma che, comunque, abbia dei posti letto disponibili, disponibilità che noi non abbiamo! Accade, invece purtroppo, che facciamo prigioniere le ambulanze del 118, perché addirittura non abbiamo a disposizione nostre barelle.

**D.) Professore, proviamo a pensare positivo: ci offra una prospettiva, magari come Lei lo vorrebbe!**

R.) La prima cosa è l'apertura del Dea, che, è giusto che si sappia, ci riferiamo ad una struttura estremamente bella e funzionale. Ritengo, poi, al di là del Dea, che si debba tener conto di avere una adeguata struttura per il ricovero al fine di poter trasferire i pazienti. Il pronto soccorso deve essere utilizzato per quello ch'è, ripeto, non certo per una normale degenza, magari anche in questo ospedale! L'unica speranza, quindi, è che si possa fare affidamento, a strettissimo giro, di strutture o, comunque, di posti letto nelle vicinanze!

\*\*\*