

Accessi impropri in Ps: soluzioni carenti

Giuseppe Belleri

Medico di medicina generale
Flero (BS)

Le linee guida governative atte a fronteggiare il dilagante fenomeno dell'utilizzo improprio del Pronto soccorso appaiono inadeguate a gestire la complessità del problema, limitandosi a citare strategie dissuasive già adottate che nella pratica si sono però mostrate insufficienti a porre anche un minimo argine all'afflusso dei codici bianchi nelle strutture d'emergenza

Due sono le spine nel fianco della sanità pubblica che il sottosegretario alla salute, Prof. **Ferruccio Fazio**, si era ripromesso di risolvere: l'annoso problema delle liste d'attesa e quello, non meno impellente, dell'accesso improprio al Pronto soccorso da parte dei codici bianchi. Per raggiungere questi due ambiziosi obiettivi sono state insediate altrettante commissioni incaricate di analizzare i problemi e di formulare i piani d'azione idonei a porvi rimedio. Dopo sei mesi circa di lavori, la commissione sulla razionalizzazione dell'accesso alle strutture di emergenza ha prodotto le linee guida sui progetti per nuove *Modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in h 24: riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e miglioramento della rete assistenziale territoriale* (M.D. 2009; 14: 6-8). Il documento esordisce elencando le concause che influenzano l'accesso improprio alle strutture di emergenza da parte degli assistiti a cui si aggiunge, secondo l'analisi della commissione ministeriale, il modello organizzativo della medicina generale, non sempre in grado di rispondere efficacemente alla domanda, e le carenze dei servizi sociali nell'erogazione di alcune prestazioni. Così le conseguenze dell'eccessivo ricorso improprio al Pronto soccorso sono: lunghe attese per i cittadini; elevata pressione sul personale sanitario; disagi e difficoltà nello svolgimento di attività sui pazienti a maggiore criticità; incremento rilevante dei costi. L'analisi dell'impatto dei codici bianchi sul Pronto soccorso illustra la natura prettamente sociale e organizza-

tiva del problema, nel senso della definizione classica delle scienze sociali, che hanno come proprio oggetto specifico le conseguenze non intenzionali o impreviste dell'azione umana intenzionale. Nel nostro caso infatti la micro-decisione degli assistiti che scelgono di rivolgersi al Pronto soccorso per un problema da "codice bianco" genera macro-effetti non-intenzionali e non certo voluti dai singoli assistiti, a cui l'organizzazione sanitaria deve far fronte mobilitando le proprie risorse umane e tecnologiche. Con la scelta di recarsi in Ps l'assistito trasforma il proprio bisogno - avvertito come grave e impellente - in domanda di prestazioni sanitarie senza ricorrere alla mediazione "dell'agente" professionale. La soddisfazione del bisogno soggettivo in "tempo reale", nel caso dei codici bianchi, genera però un macroscopico fenomeno di inappropriata organizzativa e temporale, avente come epicentro il Pronto soccorso. La complessità sociale del problema "codici bianchi" sta nella difficoltà di controllare il comportamento delle persone e di orientare opportunamente le micro-decisioni soggettive che producono, a livello aggregato e sovraindividuale, i macro-effetti "collaterali" analizzati nelle linee guida sulle h 24.

■ La scelta: le linee guida

Per quanto riguarda la soluzione del problema, le linee guida si limitano a citare le strategie dissuasive adottate fino a ora (tra cui il pagamento del ticket), che laddove sono state messe in atto si sono però dimostrate insufficienti a porre anche un minimo argine all'afflusso dei codici

bianchi alle strutture d'emergenza. Secondo le linee guida ministeriali per risolvere l'annoso problema occorre adottare azioni di riorganizzazione del servizio di Pronto soccorso e, contemporaneamente, dell'assistenza sanitaria territoriale attraverso modelli organizzativi diversificati e a elevata flessibilità con ulteriore sviluppo delle integrazioni multi-professionali, adattabili ai diversi contesti territoriali: metropolitano, urbano ed extraurbano. Perciò, il medico di medicina generale è oggi chiamato a svolgere un ruolo importante e più ampio, mentre l'associazionismo sembra essere la scelta più appropriata affinché il Mmg assuma il ruolo di principale riferimento sul territorio per il cittadino. Secondo il modello del *problem solving*, la fase di definizione e analisi del problema è fondamentale per l'impostazione di una soluzione efficace e praticabile. Nella tassonomia dei problemi l'accesso improprio alle strutture di emergenza si colloca ad un livello più elevato per complessità - paragonabile alla disoccupazione o al bullismo - in quanto coinvolge una pluralità di soggetti che interagiscono a diversi livelli dell'organizzazione sanitaria. Pertanto, se si vuole impostare una strategia di soluzione efficace, l'analisi deve tenere conto dei numerosi fattori che concorrono alla genesi del problema.

■ I limiti: i fattori non considerati

Ebbene, nella premessa alle linee guida ministeriali non sono stati considerati almeno tre fattori, tra loro correlati, che concorrono a spiegare il fenomeno assieme a quelli già

individuati:

1. il progressivo aumento della domanda di prestazioni specialistiche, nel senso delle consulenze ambulatoriali e degli accertamenti diagnostici, che hanno concorso all'allungamento delle liste d'attesa ordinarie;

2. la contemporanea riduzione dei posti letto ospedalieri e l'introduzione dei DRG che, modificando i criteri di selezione all'ospedale, hanno contribuito a intasare il Pronto soccorso per l'impossibilità di ricorrere al ricovero nei casi in cui sarebbero necessari una sorveglianza clinica o ulteriori accertamenti diagnostici;

3. la conseguente necessità di espletare in Ps una considerevole mole di accertamenti clinici (consulenze, diagnostica di laboratorio e per immagini) per risolvere *in loco* e "in tempo reale" i casi dubbi e meno impegnativi, che non hanno trovato una soluzione nei percorsi diagnostico-terapeutici extra-ospedalieri, per via delle lunghe attese, e non possono nemmeno accedere alla corsia ospedaliera.

Tra questi determinanti si crea spesso una sorta di cortocircuito sistemico per cui l'assistito con un problema non urgente decide di recarsi al Pronto soccorso poiché sa che per potere eseguire eventuali accertamenti dia-

gnostici o specialistici dovrebbe attendere settimane, mentre in Pronto soccorso può ottenere le medesime prestazioni nell'arco di poche ore e senza dover sottostare a fastidiose procedure burocratico-amministrative e ai relativi ticket. Così l'efficacia del Ps, indispensabile per smaltire i codici bianchi e per filtrare gli accessi appropriati alla degenza, diviene un fattore di attrazione della domanda che non trova un valido percorso alternativo sul territorio. È ben vero che la proliferazione di codici bianchi è figlia della preminenza di un modello di salute centrato sull'approccio specialistico e sulla tecnologia ospedaliera, come si legge nella premessa alle linee guida. Ma è altrettanto vero che proprio le strutture di emergenza hanno contribuito a tale preponderanza in virtù del circolo virtuoso da loro stesse alimentato: più aumenta l'efficienza del Ps, più numerosi saranno i cittadini che si rivolgeranno alle strutture per fruire di prestazioni specularmente difficili da ottenere per altre vie. Insomma, l'incremento di efficienza e di efficacia rischia di generare quella stessa inappropriata organizzazione che si vorrebbe arginare.

Per quanto riguarda le soluzioni fino

a ora adottate, il documento cita solo il tentativo di contenere il fenomeno con la compartecipazione alla spesa da parte del cittadino che si è rivolto al Ps per "futili motivi". Non vengono prese in esame altre due soluzioni messe in atto nell'ultimo decennio, che si sono però rivelate poco più che pannicelli caldi se non fonte di altri effetti perversi:

- l'aumento dell'offerta di punti di Ps sul territorio e della complessità organizzativa delle strutture di emergenza, che per la legge ferrea dell'economia sanitaria (l'offerta induce la propria domanda) hanno finito per alimentare l'afflusso improprio invece che scoraggiarlo;

- il tentativo di deviare una parte della domanda pseudo-urgente verso la cosiddetta urgenza differibile (bollini verdi); questo canale alternativo è stato in realtà utilizzato per bypassare le liste d'attesa in casi per nulla urgenti, come dimostra l'esperienza dei medici di medicina generale sul campo.

Come si può intuire da questa sommaria analisi, la presenza di inter-retroazioni, effetti perversi e circoli viziosi/virtuosi di natura sistemica rende particolarmente difficoltosa la soluzione del problema "codici bianchi".