Rapallo, 27 giugno 2014

Alla.c.a. Coordinatore del Gruppo
Dr. Francesco Enrichens

E p.c. Direttore Generale reggente Agenas
Dr. Achille Iachino

Oggetto: *nota relativa al documento: "Linee guida di indirizzo e criteri operativi per la strutturazione e il dimensionamento dei servizi di emergenza e urgenza"*

A commento del documento di proposta sugli standard in emergenza-urgenza, a cui questa Associazione ha contribuito come richiesto, per la sola parte di PS e DEA, si rilevano alcune criticità che sono emerse dalla lettura del documento finale e degli allegati redatti con il contributo delle società scientifiche e nello specifico con il contributo apportato dalla SIS 118.

Come riportato nell'allegato al documento relativamente alla sperimentazione della Regione Puglia (pag.: 86-96), e parimenti riproposto nel documento SIS 118, come già esposto durante la discussione della riunione pomeridiana del 7 maggio c.a. nella Vostra sede, questa Associazione non può che manifestare il proprio disaccordo rispetto ad una organizzazione della emergenza sanitaria territoriale composta solo di due livelli dell'intensità di risposta: il livello non sanitario di puro trasposto o base effettuato da volontari soccorritori ed il livello massimo di risposta erogato attraverso la presenza di mezzi medicalizzati (auto medica, elicottero etc).

È necessario sottolineare che in molte organizzazioni regionali, come confortato dalla letteratura scientifica e professionale Evidence based, esiste un livello di risposta intermedio sanitario che viene erogato dall'infermiere che in questo documento viene definito "facoltativo".

Non solo scientificamente e nella pratica clinica basata sull'evidenza, la diffusione di strumenti come i protocolli (già previsti nel DPR 27 marzo 1992 art 10) ed i profili di cura, hanno reso il livello di risposta in emergenza fortemente standardizzato e accessibile a diversi professionisti che si confrontano anche sul fenomeno chiaramente riportato in letteratura dello skill-mix, ma hanno reso il livello dell'assistenza infermieristica obbligatorio.

Ci sembra grave che si possa pensare, sia in termini di assistenza al Cittadino sia di sostenibilità del sistema di emergenza sanitaria, di renderlo operativo solo con il livelli estremi di risposta (livello medicalizzato e volontari) escludendo del tutto il livello intermedio alto, che permette di rispettare anche il concetto di risposta per intensità che la rete si propone di dare misurando la domanda di salute e fornendo risposte appropriate.

Nel documento, come durante la discussione nell'ultimo incontro dove è stato presentato l'allegato integrato, è emersa tra le altre cose una contraddizione nella risposta che dovrebbe fornire il livello medicalizzato: da una parte dovrebbe intervenire nelle massime priorità coordinando le risorse in campo e stabilizzando il paziente grave, dall'altra si dovrebbe "sostituire" ai servizi di continuità assistenziale rispondendo e filtrando tutte le richieste inappropriate del territorio verso il sistema di emergenza, in modo da ridefinire il flusso della domanda verso i servizi di pronto soccorso. Quest'ultima funzione, che ad oggi tutti i sistemi di emergenza erogano in modo occasionale secondo questo documento diventerebbe una forma strutturata di utilizzo del medico di emergenza.

Di fatto, così facendo, si esclude il presidio sanitario nella fascia piu' ampia di interventi del servizio di emergenza. Sempre piu' frequentemente il lavoro di emergenza sul terreno si basa su minima stabilizzazione (certamente di centrata competenza infermieristica) e nell'individuazione di percorsi assistenziali ospedalieri idonei (come i percorsi di rivascolarizzazione cerebrale e coronarica, i centri hub e spoke, i percorsi per medullolesi, ecc). L'attivita' infermieristica in questo contesto è una condizione imprescindibile, non solo auspicabile ma necessaria.

Le alternative comporterebbero la creazione di figure ibride che di fatto non garantirebbero la possibilità per il cittadino di poter accedere ai corretti livelli assistenziali e ai corretti percorsi di cura.

La presenza di questo livello di assistenza sul territorio, tutt'altro che facoltativa è necessaria e lascia ai medici il presidio delle emergenze di livello superiore. Rende la graduazione della risposta un fatto reale e non teorico. La duttilita' del sistema di emergenza alle variabili necessita' della popolazione trova spazio proprio quando il livello di assistenza più diffuso (quello infermieristico) e' in grado di prevedere non solo azioni immediate per la salvaguardia della vita della persona, ma adire a livelli di integrazione verso l'alto e verso il basso. L'ambulanza infermieristica diviene il centro nevralgico del soccorso sanitario.

Nelle considerazioni finali, tutto il mondo scientifico internazionale lavora su strumenti di standardizzazione dell'emergenza che prevedono una risposta molto strutturata, in quanto non è la situazione di emergenza il momento per riflettere, ma il tempo di intervenire, ed agli operatori di ogni professione viene fornito un ampio ventaglio di algoritmi decisionali chiusi, dove la comunità scientifica si accorda sulla best practice, il professionista deve fare correttamente solo la valutazione della Persona assistita, cosa che vista l'evoluzione professionale degli ultimi trenta anni, l'infermiere è assolutamente in grado di fare.

Pertanto l'Aniarti, ribadendo il suo disaccordo per gli aspetti sottolineati, resta disponibile ad un dialogo costruttivo di approfondimento e revisione del documento che abbia come obiettivo imprescindibile la sicurezza del cittadino e la sostenibilità del sistema di emergenza territoriale.

Cordialmente

Fabrizio Moggia
Presidente Aniarti