

## DA DUE ANNI MEDICI DI FAMIGLIA IN PS: I PRIMI RISULTATI

La tendenza dei Cittadini a ricorrere alle Strutture Ospedaliere ed in particolare al Pronto Soccorso (P.S.), è un fenomeno difficilmente contenibile. Il P. S. dovrebbe essere la porta di accesso al Dipartimento di Emergenza e Accettazione ( D.E.A.) riservata ai pazienti con patologie che presentino carattere d'emergenza/urgenza, il cui flusso non è programmabile, tuttavia da dati Nazionali è emerso che il 30-40% dei passaggi di P.S. non è rappresentato da urgenze reali mentre le vere emergenze sono solo il 5%.

Un'analisi analoga è stata effettuata presso il nostro Ospedale (G.Bosco di Torino) ed i dati rilevati sono sovrapponibili a quelli Nazionali ( 5%: emergenze/urgenze indifferibili; 60% : urgenze differibile; 35% urgenze non reali ).

Sono state attuate alcune iniziative per arginare l'iperflusso di passaggi impropri afferenti al P.S. ( es. l'istituzione del triage infermieristico 24 ore su 24, la creazione dei Centri I.S.I per l'assistenza agli stranieri extracomunitari privi di assistenza, l'inserimento del Medico di Medicina Generale in P.S., ecc.)

La sperimentazione relativa all'inserimento del Medico di Medicina Generale in P.S. nasce su iniziativa dell'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte (D.G.R. n.16-23126 del 12/11/97).

La sperimentazione iniziata nell'aprile 1998 è stata condotta su 11 strutture di P.S. sedi di D.E.A., di cui 3 in Torino ( Ospedali: Molinette, G.Bosco, M. Vittoria ) ed 8 nell'ambito della Regione Piemonte ( Alba, Alessandria, Biella, Cuneo, Moncalieri, Novara, Verbania e Vercelli). I Medici inseriti nella sperimentazione comprendono Medici di Famiglia con

meno di 500 assistiti, Medici di Guardia Medica Territoriale e del 118.

Al fine di evidenziare le cause di utilizzo improprio del P.S., i pazienti codificati dal triage infermieristico come codici zero o bianchi (urgenze non reali o accessi impropri), sono stati sottoposti ad intervista. Le motivazioni che hanno spinto i Cittadini intervistati a rivolgersi al P.S. sono state in primo luogo la maggior accessibilità e la tempestività delle risposte ( 60%), in secondo luogo la scomodità degli orari degli ambulatori dei Medici di Famiglia ( 30% ) ed infine la presenza di un rapporto di fiducia insufficiente con il proprio Medico di Famiglia ( 10% ). Il Medico di Medicina Generale inserito nell'organizzazione del P.S. ha svolto un'opera di primaria importanza, come vedremo, sia nell'arginare l'afflusso dei passaggi impropri che nella riduzione dei costi relativi alla spesa sanitaria, tuttavia senza influenzare in modo negativo l'indice di qualità percepita dai Cittadini.

Il compito del Medico di Medicina Generale in P.S., su indicazione delle direttive Regionali previste dalla sperimentazione, è valutare tutti i pazienti codificati come codici bianchi o zero, di sottoporli ad una visita accurata e di rinviare al Medico curante tutti i casi che non rivestono carattere d'urgenza; pertanto il paziente non viene dimesso ma, dopo essere stato informato circa l'uso corretto del P.S., rinviato al proprio Medico di Famiglia.

Per non incoraggiare i Cittadini ad utilizzare questo nuovo canale non si è data la facoltà al Medico di Medicina Generale in P.S. di richiedere esami e consulenze e di effettuare terapie. In casi particolari (es. sottostima da parte del triage, presenza di un quadro clinico particolare emerso dopo la visita medica), il Medico di Medicina Generale può inviare i pazienti al Medico Ospedaliero responsabile del turno di guardia in P.S..

Dai dati emersi dalla sperimentazione, in tutte le sedi di D.E.A. sopra citate, fino alla fine del 1999, si possono estrapolare le seguenti considerazioni:

- la sperimentazione ha dato i migliori risultati ove si è verificata una eccessiva affluenza di passaggi di P.S. rispetto alla recettività delle strutture
- la presenza del Medico di Medicina Generale è stata più incisiva ove la sua postazione era in prossimità di quella dell'infermiere di triage
- non vi sono state segnalazioni all'Ufficio di Relazione con il Pubblico ( U.R.P. ), probabilmente perché i pazienti sono stati comunque visitati in tempi accettabili, informati sul corretto uso del

P.S. e rinviati al Medico curante con accurata relazione di accompagnamento

- vi è stato un risparmio da parte dell'Azienda sia diretto (riduzione degli esami e delle consulenze richieste in P.S.) che indiretto (minor ricorso a strutture ad alto tenore tecnologico)
- vi è stato un risparmio generale relativo al decremento dei passaggi in P.S. (-6,9%) nel 1999 rispetto al 1998 (negli ultimi anni, fino al 1998 i passaggi in P.S. avevano avuto un'incremento dell'8 % circa all'anno)

Nel nostro P.S. il Medico di Medicina Generale ha visitato nel 1999 circa 8000 pazienti; considerando il costo medio aggiuntivo gravante sui pazienti con codice zero o bianco visitati dai Medici strutturati operanti in P.S. nelle fasce orarie in cui il medico di Medicina Generale non era presente, si è calcolato empiricamente che vi è stato un risparmio presunto sulle prestazioni intermedie superiore ai 500 milioni (al Medico strutturato di P.S. viene richiesto di formulare in tempi brevi diagnosi corrette e possibilmente definitive, pertanto deve avvalersi degli esami e delle consulenze urgenti fattibili in P.S.; quando le richieste del Cittadino-Utente non vengono soddisfatte l'indice di qualità percepita risulta basso).

Alla luce dell'esperienza maturata si può concludere che l'utilità della figura del Medico di Medicina Generale in P.S. è proporzionale al numero di accessi al P.S.; nelle sedi con meno di 20.000 passaggi l'anno i vantaggi non sono stati sensibilmente rilevanti. Vantaggi maggiori sono stati evidenziati quando la postazione del Medico sperimentatore è stata ubicata vicino alla sede di triage. ( per la migliore comunicazione tra il Medico sperimentatore, Infermiere di triage e Medico Ospedaliero operante in P.S.). Tuttavia questa utilissima sperimentazione, associata alla pratica oramai consolidata del triage non sono sufficienti ad arginare l'iperafflusso ingiustificato al P.S., occorre rivalutare culturalmente la Medicina di Base e le Strutture territoriali, potenziare le Strutture operanti sul territorio al fine di migliorarne l'accessibilità, rivalutare la figura " centrale " del Medico di Famiglia e ripristinare un fattivo rapporto di collaborazione tra il Medico di Famiglia ed il Medico Ospedaliero.

**Dr. Antonio SECHI**

*U.O.A. Medicina D'Urgenza  
Responsabile Sanitario Pronto Soccorso  
Dipartimento Emergenza e Accettazione  
Ospedale G. Bosco (Torino)*

**Dr. Carlo BAGLIANI**

*U.O.A. Chirurgia con indirizzo d'Urgenza  
Coordinare Tecnico Area Chirurgica in Pronto Soccorso  
Dipartimento Emergenza e Accettazione  
Ospedale G. Bosco (Torino)*