

Dopo aver letto con attenzione la nota della Consigliera Dott.ssa Antonella Santonoceto inviata al Governatore della Regione Siciliana On. Musumeci e relativa alla proposta di funzionalizzazione e miglioramento dei servizi offerti presso lo "stabilimento ospedaliero" di Giarre sorge una prima perplessità: la Dott.ssa Santonoceto ritiene utile far funzionare gli "Ospedali Riuniti Acireale-Giarre" con un pronto soccorso "standard" presso il presidio di Acireale e un pronto soccorso "con tecnologie leggere" presso l'ospedale di Giarre, dettagliando le funzioni che tale struttura dovrebbe avere, e cioè *"garantendo dalle 8 alle 20 tutti i servizi diagnostici ed emergenziali in guardia attiva a Giarre attualmente presenti; per le ore notturne basterebbe avere servizi di reperibilità a gestione unificata sia per Acireale che per Giarre, con l'utilizzo della telemedicina per la refertazione degli esami diagnostici peraltro già esistente; medesima soluzione si configurerebbe per ciò che riguarda le urgenze medico-chirurgiche e le consulenze specialistiche (Anestesisti, Ortopedici, Chirurghi, Cardiologi, Internisti etc.etc.etc.) in guardia attiva h 24; per le ore notturne basterebbe avere servizi a gestione unificata sia per Acireale che per Giarre."*

Alla luce di questo schema di funzionamento, prospettato dalla Dott.ssa Santonoceto, intendiamo segnalare che il Decreto Assessoriale 723 del 10 marzo 2010 (LINEE GUIDA SULLA RIORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' TERRITORIALE "PTA - CURE PRIMARIE - GESTIONE INTEGRATA - DAY SERVICE TERRITORIALE" di cui all'art. 12 c. 8 della L.R. 5/2009 di riordino del SSR) prevede già questa logica di funzionamento nei P.T.E. e, dunque, la funzionalizzazione che viene proposta al Governatore On. Musumeci, **dovrebbe essere già operativa presso il P.T.E. presente a Giarre.**

Per una più chiara esplicazione del concetto, si riporta lo schema indicato nel Decreto Assessoriale 723/2010 al paragrafo 2.3.

### **2.3 - LA GESTIONE DELLE URGENZE**

L'area delle urgenze a livello territoriale deve svilupparsi verso due prospettive:

- *ISTITUIRE "PUNTI DI PRIMO INTERVENTO" (PPI) NEI PTA*, gestiti nell'ambito delle Cure primarie, con la finalità di rispondere alle urgenze di primo livello nel territorio, nella prospettiva di incidere sulla riduzione degli accessi al Pronto Soccorso e, conseguentemente, anche sulla riduzione dei ricoveri;
- *DISLOCARE "PUNTI TERRITORIALI DI EMERGENZA" (PTE\*)*, componenti della rete emergenza-urgenza, collegati ai PTA in caso di contesti con particolari problemi, come la distanza dai presidi ospedalieri, nei quali risulta necessario assicurare una presa in carico dei casi acuti, finalizzata ad una gestione in loco, ove ciò si rendesse possibile, o ad un trasferimento protetto del paziente nel Presidio ospedaliero più idoneo.

### **I "PUNTI DI PRIMO INTERVENTO" NELL'AMBITO DELLE CURE PRIMARIE**

Per quanto riguarda la gestione delle urgenze territoriali, l'associazionismo dei Medici di medicina generale (MMG) e dei Pediatri di libera scelta (PLS), la cui finalità primaria è quella di garantire una copertura assistenziale quanto più ampiamente possibile distribuita nelle h 12 diurne, rappresenta, innanzitutto, il primo livello di assistenza anche relativamente alle "piccole urgenze" che usualmente possono essere gestite nell'ambito di uno studio medico monoprofessionale. I Punti di Primo Intervento (PPI), gestiti all'interno della rete delle Cure Primarie, rappresentano un secondo "filtro" e si prefiggono la finalità di ridurre l'uso

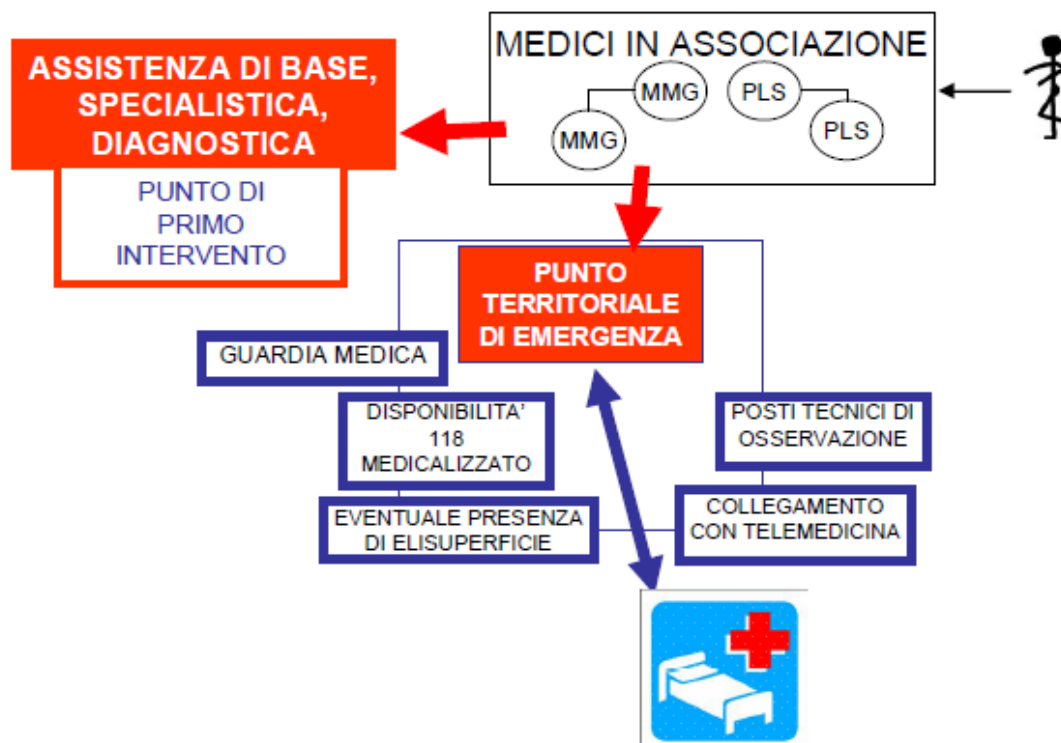
dell'ospedale e di riqualificare la funzione del territorio, restituendo a quest'ultimo il ruolo primario di assistenza.

Il PPI rappresenta la forma organizzativa attraverso la quale i PTA potranno garantire, assieme alla Guardia Medica notturna, un'effettiva ASSISTENZA h 24 e costituire un punto di riferimento valido, alternativo all'ospedale, anche per le urgenze di basso-medio livello (codici bianchi e, in parte verdi). L'esistenza, infatti, dei PPI gestiti attraverso la rete delle Cure Primarie (MMG, PLS, Medici di Continuità Assistenziale), sulla base di quanto emergerà dai tavoli di concertazione regionale per il nuovo AIR (Accordo Integrativo Regionale) e sulla base dei vincoli/potenzialità dei diversi contesti locali, potrà effettivamente rappresentare un'alternativa concreta all'uso dell'ospedale, anche grazie alla disponibilità di servizi diagnostici ed al supporto che potrà essere garantito dagli infermieri e dagli specialisti poliambulatoriali operanti nei PTA.

I risultati di un tale disegno non saranno legati soltanto all'economicità di questo nuovo scenario ma anche alla riduzione del grave disagio legato all'intasamento del Pronto Soccorso ed all'usuale grande attesa dei pazienti con codice bianco-verde.

Per potenziare ulteriormente questa rete di gestione territoriale delle urgenze, localmente le ASP analizzeranno l'opportunità di collocare un "AMBULATORIO CODICI BIANCHI", con apertura h12 diurne, gestito attraverso personale ASP (anche specialista ambulatoriale) in seno alle sedi di Pronto Soccorso, in modo da poter ulteriormente snellire gli accessi per i codici bianchi che sono "sfuggiti" alla rete territoriale costituita dai PPI e dai PTE.

(\*Per PTE si intende una postazione della rete di emergenza-urgenza in cui operano i medici dell'emergenza territoriale. Tali punti devono essere collegati al Dea (Dipartimento di Emergenza e Accettazione) del Presidio centrale di riferimento della ASP e devono dare una prima risposta sanitaria all'emergenza-urgenza.)



## **I PTE (PUNTO TERRITORIALI DI EMERGENZA) NELL'AMBITO DELLA RETE EMERGENZA-URGENZA**

E' ampiamente condiviso tra gli esperti del settore che la prospettiva sulla base della quale bisogna rifunzionalizzare i servizi di emergenza-urgenza è quella di garantire ai pazienti acuti condizioni adeguate (strutturali, tecnologiche e professionali) di assistenza.

E' dimostrato, infatti, che gli ospedali non adeguatamente attrezzati per l'emergenza-urgenza e più in generale per l'acuzie possono costituire dei veri fattori di rischio perché la presa in carico dei pazienti, senza poter garantire assistenza "idonea" (completa e qualificata in termini di esperienza nella gestione di casi complessi), può rappresentare una perdita di tempo che può incidere negativamente sulla risposta all'acuzie. Un principio, quindi, su cui si basa la rifunzionalizzazione della rete di emergenza-urgenza territoriale non è quello di avere come riferimento l'ospedale più vicino ma è quello di fare in modo che il paziente possa fruire di immediate cure di stabilizzazione e di trasporto tempestivo nel contesto ospedaliero più appropriato per la gestione efficace dei suoi problemi.

In ragione di queste premesse, la logica con la quale si stanno rifunzionalizzando i presidi ospedalieri ed il sistema del 118 nella Regione Sicilia è quella di identificare, innanzitutto, i "punti centrali" della rete (ospedali adeguatamente attrezzati per l'emergenza, cioè per i casi altamente complessi). A questi sarà possibile collegare i "PTE-Punti Territoriali di Emergenza" periferici, idoneamente attrezzati per rispondere a tutte le urgenze di bassa-media complessità ed alle esigenze di primo intervento e di tempestivo trasporto medicalizzato per tutti quei pazienti con patologia acuta che in loco non potrebbero ricevere cure idonee.

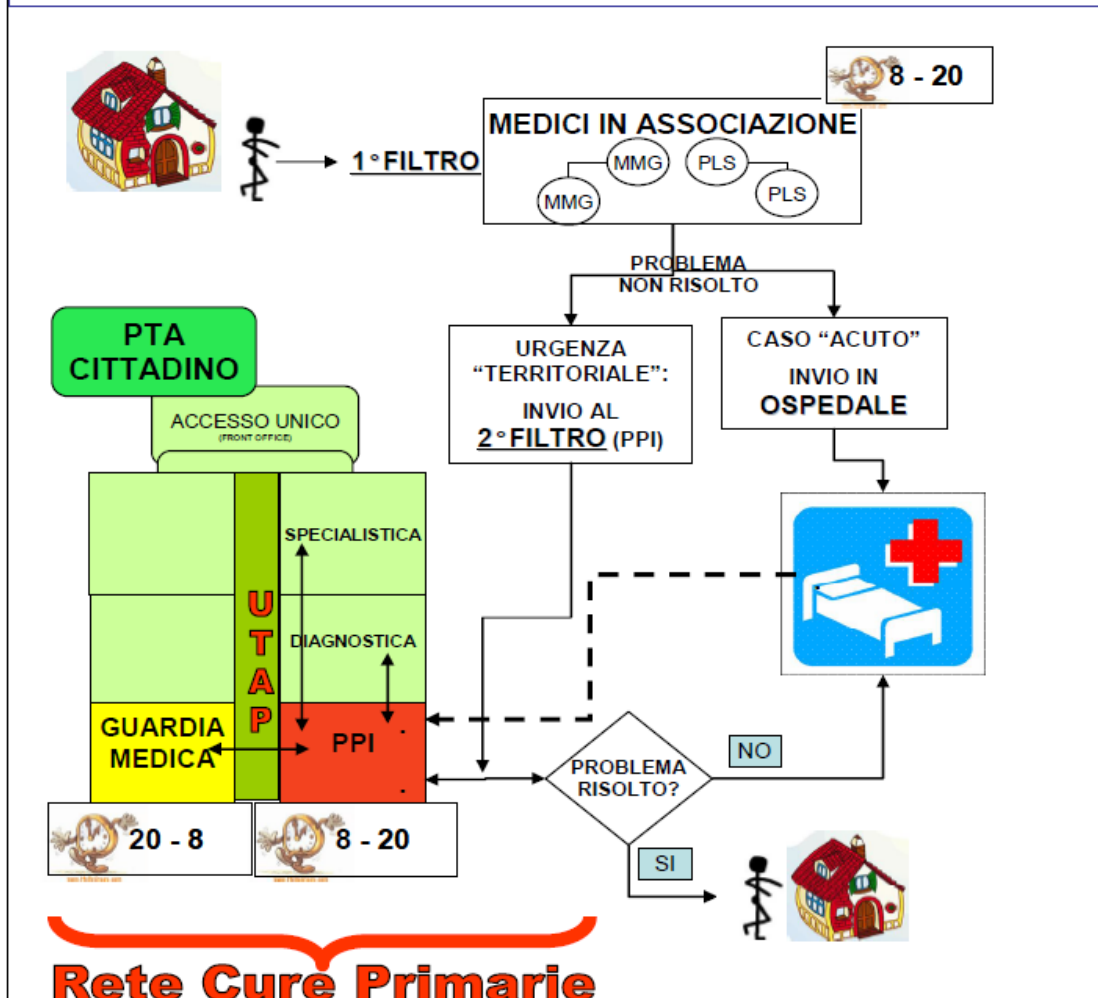
Si rende necessaria una profonda valutazione degli attuali PTE ed una valutazione di impatto delle eventuali nuove strutture da creare, ma nei PTE dovrà esservi la disponibilità di un'ambulanza medicalizzata per il trasporto assistito (e di un'elisuperficie per i territori con gravi difficoltà di collegamento), con un raccordo con gli ospedali di riferimento della zona, in modo da poter garantire una cura tempestiva ed appropriata alle esigenze del caso clinico. La presenza, nel PTE, di posti tecnici di osservazione ed il collegamento con la rete della telemedicina metterà in grado gli operatori di poter gestire in loco la maggior parte dei pazienti e di limitare il trasporto nell'ospedale più idoneo ai pazienti più complessi.

L'inclusione, in questo disegno, anche della Continuità Assistenziale (Guardia Medica) potrà permettere di gestire in modo più veloce e più consono l'accesso, smistando i codici bianchi su un circuito più appropriato, snellendo, così, l'iter dei codici più complessi e riducendo l'attesa, che costituisce uno degli aspetti più critici di accesso ai servizi.

Inoltre, lo stretto collegamento con le forme associative dei MMG e dei PLS, in particolare nei distretti periferici, potrà fornire un ulteriore valido contributo anche in questo circuito, considerato che, come sarà meglio esplicitato nel paragrafo successivo, l'aumento delle ore diurne di assistenza, garantito attraverso le varie forme di associazionismo, è in grado di ridurre l'uso improprio, e quindi l'intasamento, dei PTE e dei Pronto Soccorsi ospedalieri.

La figura seguente sintetizza quanto detto in precedenza e mostra l'iter del potenziale paziente con un problema di "urgenza territoriale" (i casi acuti vanno sempre indirizzati, tramite la rete emergenza-urgenza, al Pronto soccorso ospedaliero), che può trovare soluzione nella "medicina in associazione" che costituisce il suo punto di riferimento primario.

## LA GESTIONE DELLE URGENZE A LIVELLO TERRITORIALE: PTA "CITTADINO" (con PPI): ridurre codici bianchi-verdi al PS

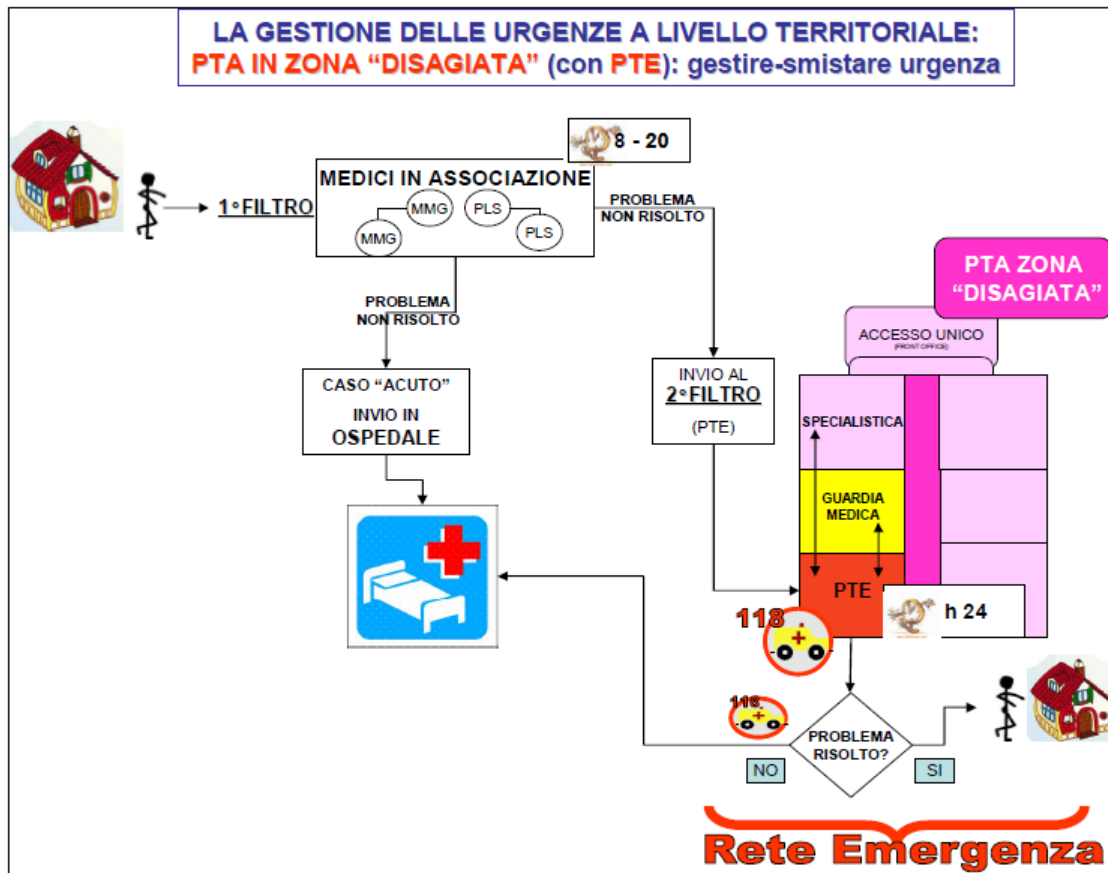


Laddove ciò non fosse possibile, esisterà un secondo "filtro", costituito dal PPI (Punto di Primo Intervento) allocato all'interno del PTA, che garantirà l'apertura h12 diurna, con una disponibilità di un team (infermiere, specialista), attivabile secondo le esigenze, e con la possibilità di approfondimento diagnostico, ove ciò si rendesse necessario.

Laddove il caso non fosse all'altezza della potenziale gestione in loco, il paziente dovrà in ogni caso fare riferimento al Pronto Soccorso ospedaliero.

La presenza, nello stesso ambito del PTA, della Guardia Medica notturna permetterà di fare del PTA una struttura di riferimento h 24 per la popolazione.

La figura successiva mostra l'iter del paziente che accede ad un PTA periferico, in zona disagiata, che include un PTE (Punto Territoriale di Emergenza) gestito dall'area emergenza-urgenza.



In conclusione, se il P.T.E. presente a Giarre dovrebbe funzionare secondo le linee guida del D.A. 723/2010, seguendo gli schemi sopra riportati, risulterebbe superflua la presenza di un Pronto soccorso "con tecnologie leggere" considerando che le attività svolte sarebbero le medesime. A margine di quanto sopra, segnaliamo che la mancata applicazione delle norme che determinano la funzionalità dei P.T.E., è stata oggetto di nostri esposti alla Procura della Repubblica, considerando che tali prescrizioni non sono mai state applicate e rese operative al P.T.E. di Giarre.

La seconda perplessità riguarda, invece, la mozione discussa dal Consiglio Comunale di Giarre, analogamente agli altri Comuni del Distretto Socio-sanitario 17, con la quale si chiede lo scioglimento dei "Presidi ospedalieri Acireale-Giarre" e il ripristino dell'Ospedale con pronto soccorso. Considerando che tale mozione è stata sottoscritta dall'unanimità del Civico Consesso, non si capisce il senso della proposta inviata al Governatore On. Musumeci, ritenendo che la nostra comunità non dovrebbe accontentarsi di un P.T.E. o come dir si voglia "pronto soccorso leggero" ma dovrebbe ottenere un ospedale di base con Pronto soccorso come, per altro, previsto dal D.M. 70/2015 (Decreto Balduzzi).

Alla luce di queste considerazioni, il Comitato Cittadino Giarre "Rivogliamo l'ospedale" esprime dissenso su tale proposta per i motivi sopra elencati, auspicando che l'obiettivo principale di tutte le

Istituzioni locali sia il ripristino dell'ospedale di base con pronto soccorso, da portare avanti in maniera univoca e inequivocabile in ogni trattativa con le Autorità regionali.