

Audizione Commissione Affari Sociali
Camera dei deputati
sul Pronto Soccorso
Roma 17 ottobre 2023.

Egregio Presidente,

Gentilissime/i Onorevoli, intanto come rappresentante di **Cittadinanzattiva** vi ringrazio della possibilità di questa audizione su un tema a noi da sempre caro come il Pronto Soccorso.

La nostra organizzazione, tralascio le molteplici attività svolte, da diversi anni ha posto attenzione al “luogo” Pronto Soccorso come elemento per comprendere criticità del mancato raccordo/integrazione tra il luogo “ospedale” e il luogo “territorio”.

Il nostro interesse ha prodotto insieme a SIMEU la Carta dei diritti al Pronto Soccorso (che riporto qui di seguito).

Nell'ultimo decennio a livello nazionale sono stati raccolti dati, informazioni così come a livello regionale si sono avviati Monitoraggi sullo stato dei PS (nel Lazio nel 2019 ed è in partenza sempre in collaborazione con SIMEU Lazio un secondo proprio in questi giorni; in Sardegna sono da tempo attivate iniziative comuni con gli operatori sanitari e i cittadini; in Liguria, nelle Marche e via via un po' in tutte le regioni italiane il nostro movimento raccoglie criticità locali e regionali sulla questione. E ricordiamo che sono stati chiusi negli ultimi dieci anni 103 Pronto Soccorso.

Per brevità però vorrei sottolineare alcune “questioni” e alcune possibili soluzioni che si possono sperimentare e che, in qualche caso, si stanno già sperimentando.

Per una analisi maggiormente ricca servirà tempo, dialogo e incontri anche nei luoghi.

Ma ci sono almeno quattro aree distinte ma connesse che vanno affrontate.

La prima: il personale sanitario.

I numeri della carenza di medici di emergenza-urgenza e degli infermieri sono uno dei dati certi dai quali partire per gestire il tema “emergenza/urgenza”.

Ma nel sistema attuale il paradosso sta che, se avessimo la disponibilità della pianta organica totale, gli accessi al PS non diminuirebbero stante la difficoltà endemica della medicina territoriale (nel suo complesso) a fare da filtro.

Anche la medicina territoriale ha carenza di organico da diversi anni e da uno studio del SUMAI andranno in pensione nel 2025 ben 39.000 medici un terzo del personale medico attualmente in servizio.

E per gli infermieri la situazione è anche più seria.

Riportiamo allora e lasciamo a disposizione della Commissione l’estratto del Rapporto sullo stato dei Pronto Soccorso del Lazio anno 2019 realizzato da Cittadinanzattiva e SIMEU Lazio.

A fronte di 1.095.763 accessi in 24 Ps su 44 del Lazio i codici Rossi erano nell’anno 2018 pari al 4% (43.809); i codici Gialli il 27,09% (296.807); i codici Verdi il 66,38% (727.347) e i codici Bianchi il 2,54% (27.800).

I numeri si commentano da soli e testimoniano l’assoluta carenza del “territorio” nella presa in carico, nella gestione e nella organizzazione capillare dell’accesso per problemi di minore entità.

Logicamente questo si accompagnava con politiche di “blocco del turn over” legate al Commissariamento, ma in altri contesti regionali la situazione non è diversa in quanto i servizi territoriali non hanno avuto il necessario sviluppo organizzativo, standard e linee guida di attività come in ospedale e adeguati investimenti.

Il secondo tema è l'integrazione tra ospedale e territorio.

Se manca e lì dove manca una filiera condivisa di percorsi di presa in carico, dove ospedale e Distretto sanitario si interfacciano costantemente per la gestione dei malati cronici e dei fragili, la situazione è e continuerà ad essere non governata.

Con il PS che è l'unico punto di accesso alla salute pubblica.

E su questo, gli effetti sono: le oltre 12 ore di attesa per i codici minori (combinato disposto di accessi non controllati, minor personale e situazioni logistiche spesso ai limiti), le situazioni di violenza verso i sanitari da condannare sempre senza nessuna giustificazione e le situazioni che sono definite "boarding" ma che in realtà sono un parcheggio presso i locali del PS spesso per giorni interi in attesa di un posto letto disponibile.

E su questo aspetto ci sono azioni immediate che devono essere e diventare operative: dopo che un paziente è stato stabilizzato e indirizzato al reparto, e in attesa del posto letto, quel paziente deve essere preso in carico in tutto e per tutto dal personale del reparto di destinazione altrimenti il carico assistenziale resta in capo al personale del PS e ciò produce e rischia di produrre ulteriore stress, poca qualità dei servizi offerti e distrae dagli interventi veramente urgenti.

Questa soluzione potrebbe alleggerire il carico di lavoro e di stress degli operatori del PS e rendere più aderente il lavoro svolto in quella sede.

Necessario quindi che anche chi lavora in ospedale, nei reparti, si assuma la responsabilità operativa dei "propri" pazienti anche se collocati momentaneamente in PS.

Detto ciò, è utile segnalare in positivo azioni correttive che si stanno realizzando a Roma, ad esempio, tra il Policlinico Tor Vergata, il Distretto 6 della ASL RM2 e il 6° Municipio di Roma.

A partire dal 2021/2022 il PTV grazie al lavoro del Direttore Generale Giuseppe Quintavalle e dello staff del professor Palombi hanno studiato un nucleo di “frequentatori abituali del PS” che nel corso dell’anno precedente avevano avuto accesso al PS tra 4 e 80 volte.

Capite bene che non si trattava di problemi di “salute”, o non solo ma principalmente di interventi di carattere sociosanitario che richiedevano un altro tipo di intervento/ assistenza sul territorio.

Infatti, grazie al lavoro congiunto tra PTV (ospedale) Distretto 6 della ASL RM2 (territorio) si è avviato un percorso che ha coinvolto anche il sesto Municipio per le funzioni di assistenza sociale con l’obiettivo primario di riduzione degli accessi in PS, garantire la presa in carico delle persone basata sui loro bisogni di salute all’interno del territorio in stretta collaborazione tra Distretto-Ospedale-Ente Locale di prossimità-Terzo Settore.

Tale azione rappresenta una delle possibili risposte al necessario ridisegno della medicina territoriale, dei flussi e delle procedure per dare risposte concrete alle richieste di salute dei cittadini e adeguata assistenza.

Tutto questo si traduce per il PS in un alleggerimento dei carichi che oggi non sono sostenibili.

Questo percorso che vede cooperare operatori sanitari ospedalieri, territoriali e politiche locali può essere una soluzione anche per il carico ingente e oggi non più gestibile del PS.

E allora il terzo tema è quello dell’integrazione tra il sociale e il sanitario con il coinvolgimento attivo e cooperativo degli Enti Locali e dei soggetti del Terzo Settore in una logica di presa in carico lì dove serve, quando serve, con la competenza che serve.

Un nuovo sistema flessibile, armonico, costruito sull’esigenza della persona quasi un intervento su misura, artigianale, sartoriale che sposti il momento dell’intervento sulla prevenzione e non più solo sulla prestazione.

Parlo di questo perché non si può pensare di sostenere gli operatori del PS senza mettere mano al “sistema” intorno al PS.

Non possiamo pensare di dare più risorse, più personale, più tecnologia (tutte cose dovute sia chiaro) al PS se non si riordina tutta la filiera organizzativa del sociosanitario.

Altrimenti avremo sempre più spesso situazioni inaccettabili come i medici “gettonisti” o il PS a pagamento.

Questo significa aprire crepe inaccettabili nel servizio sanitario pubblico, nella “pratica” dell’universalismo dei diritti, nella qualità e sicurezza degli interventi degli operatori.

Quindi, seguendo questo ragionamento, si giunge al quarto e ultimo aspetto da affrontare con forza, con intelligenza e con passione: il PS come indicatore dello stato di salute dell’organizzazione sanitaria e della popolazione.

Se si prendono i dati di accesso al PS suddivisi per codici di gravità e si stratificano per patologia di accesso e ASL di provenienza costruendo flussi di mobilità potremmo, insieme alla Regioni, disegnare un sistema predittivo di interventi mirati a fare informazione sugli stili di vita, operare su specialità maggiormente impattanti sulla popolazione, creare equipe multidisciplinari che sia pronte agli interventi in tempi rapidissimi.

E su questo la tecnologia, le app, la digitalizzazione, il FSE potrebbero diventare il volano in un sistema ridisegnato sui percorsi, sulla presa in carico e sul lavoro di equipe miste.

Ma per fare questo dobbiamo ripensare il servizio in modo profondo.

Partendo dagli operatori sanitari, dalle loro competenze e dalle loro passioni e intelligenze.

Ringraziando la Commissione Affari Sociali, il Presidente On. Cappellacci e voi Onorevoli componenti, riporto allegato al presente documento alcuni ulteriori e, spero utili documenti:

1. Rapporto sullo stato dei PS nel Lazio con SIMEU Lazio (2019)
2. Slide del Rapporto sullo stato dei PS nel Lazio
3. Per un Pronto Soccorso migliore: la carta dei diritti al pronto soccorso
4. Rapporto civico sulla salute (anno 2023)

Stralcio dal Rapporto sullo stato dei PS nel Lazio realizzato con SIMEU Lazio (dicembre 2019).

Il primo è il tema del personale sanitario.

Risulta evidente che, accanto a investimenti di carattere tecnologico e all'innovazione di nuovi strumenti di gestione (come le app appena avviate nei PS di Rieti e del San Camillo di Roma per la comunicazione tra il servizio e i parenti in attesa) il primo e prioritario intervento riguarda l'area del personale sanitario quanto a numero di medici (e operatori sanitari) da impiegare in questo fondamentale servizio.

Il secondo è il tema della integrazione tra ospedale e territorio, tra sociale e sanitario, tra enti locali e ASL (e Aziende Ospedaliere).

E' necessario riportare la seguente Tabella

	PRONTO SOCCORSO	DEA 1 LIVELLO	DEA 2 LIVELLO	TOTALE
CODICI BIANCHI	1.932	13.143	12.725	27.800
CODICI VERDI	67.444	394.044	265.859	727.347
CODICI GIALLI	31.004	158.041	107.762	296.807
CODICI ROSSI	2.981	23.314	17.514	43.809
TOTALE	103.361	588.542	403.860	1.095.763

Fonte: Cittadinanzattiva/Tribunale per i Diritti del Malato - SIMEU, 2019

I dati sono evidenti. E ci dicono che su 1.095.763 di interventi nelle 24 strutture monitorate su dati 2018, i Codici bianchi sono il 2,54%; i Codici Verdi sono il 66,38%, i Codici Gialli sono il 27,09% e i Codici Rossi sono il 4% del totale degli interventi.

Sommando il totale dei Codici Bianchi con quello dei Codici Verdi si tocca il 68,92% del totale.

Si apre quindi, si conferma se vogliamo, il dato della necessità della appropriatezza dell'uso del Pronto Soccorso e del rapporto con le strutture territoriali e con i professionisti territoriali.

Questo è e rimane un punto ineludibile per affrontare in modo compiuto la migliore organizzazione dei servizi di emergenza-urgenza; l'uso più appropriato degli operatori sanitari: una corretta informazione-comunicazione verso i cittadini e, in ultima analisi, l'accesso ai servizi sanitari nella nostra Regione.

	TOTALE
CODICI BIANCHI	2,54%
CODICI VERDI	66,38%
CODICI GIALLI	27,09%
CODICI ROSSI	4,00%
TOTALE	100

Fonte: Cittadinanzattiva/Tribunale per i Diritti del Malato - SIMEU, 2019

Sulla base dei dati ufficiali di attività dei Pronto Soccorso, delle segnalazioni che Cittadinanzattiva tramite la rete Tribunale per i diritti del malato riceve e sulle problematiche legate anche alla carenza del personale sanitario, va affrontato in modo sinergico, complessivo e innovativo il tema dell'accesso ai servizi sanitari.

Il rischio è quello di avere solo il Pronto Soccorso come punto unico di riferimento per i cittadini.

Quello che fotografiamo oggi è il segnale chiarissimo di una difficoltà di accesso ai servizi territoriali, un uso probabilmente improprio al Pronto Soccorso, un'incapacità a fare da filtro in modo efficace per una serie di situazioni che potrebbero/dovrebbero essere gestite in altri luoghi.

Le stesse situazioni di accesso da strutture tipo le RSA in Pronto Soccorso segnalate dai medici del Pronto Soccorso sono un esempio, un campanello di allarme della situazione che rischia di non essere correttamente governata, seguita, gestita.

Il terzo tema è quello del territorio come luogo di governo delle azioni di politiche pubbliche.

Qui il discorso è più complicato. Ma necessario.

Lo accenniamo in forma breve perché riteniamo che, insieme agli altri due sopra citati, debba essere il punto di confronto con tutti i soggetti istituzionali, a partire dalla Regione Lazio passando per i Comuni, le ASL e le A.O., i Distretti sanitari, gli operatori sanitari del territorio e quelli ospedalieri, le associazioni di malati cronici e rari, le organizzazioni civiche.

L'area emergenza-urgenza non può più essere vista, ispezionata o pensata come avulsa dal contesto complessivo nella organizzazione dei servizi sanitari.

Storicamente nel Lazio la città di Roma ha avuto e ha ancora una forte centralità dovuta al numero di abitanti rispetto alla Regione Lazio nel suo complesso; ha avuto e ha un numero rilevante di offerta sanitaria pubblica, privata e privata accreditata; ha un'attrattiva potenziale anche da altre Regioni per le eccellenze che devono però essere messe a sistema-

Se guardiamo alla città di Roma e ai quadranti che la compongono esistono delle criticità in ordine ad alcuni di questi: il quadrante EST di Roma rappresenta una sfida e un'opportunità rilevante dal punto di vista del governo della salute pubblica.

Dai dati raccolti, facciamo un esempio concreto per rendere l'idea, abbiamo il Policlinico Umberto 1 come la struttura che ha effettuato maggiori interventi nel Pronto Soccorso nel 2018 (oltre 138.000) se spostiamo lo sguardo a EST troviamo altre tre strutture monitorate: il Pertini, il Policlinico Casilino e il Policlinico Tor Vergata.

I dati sono "sorprendenti" per chi non conosce il territorio.

Pertini accessi nel 2018 **64.942**

Tor Vergata accessi nel 2018 **48.441**

Policlinico Casilino accessi nel 2018 **83.640**

Il Policlinico Casilino è il secondo Pronto Soccorso come numero di accessi tra quelli monitorati.

	NOME STRUTTURA	ACCESSI TOTALI	Zone ROMA E ALTRE	CLASSIFICA RIVISTA
1	POLICLINICO UMBERTO 1	138.934	ROMA CENTRO	
2	POLICLINICO CASILINO	83.640	ROMA EST	
3	POLICLINICO AGOSTINO GEMELLI ROMA	82.700	ROMA NORD	
4	OSPEDALE SANDRO PERTINI ASL RM2	64.942	ROMA EST	
5	SANT'EUGENIO ASL RM2	61.938	ROMA SUD	
6	SANTA MARIA GORETTI DI LATINA	58.682	LATINA	
7	AO SAN GIOVANNI ADDOLORATA ROMA	58.625	ROMA CENTRO	
8	OSPEDALE GRASSI OSTIA ASL RM3	55.606	ROMA OVEST	
9	AO SANT'ANDREA ROMA	52.227	ROMA NORD	
10	AO SAN CAMILLO ROMA	51.260	ROMA OVEST	
11	POLICLINICO TOR VERGATA	48.441	ROMA EST	
12	BELCOLLE VITERBO	47.000	VITERBO	
13	OSPEDALE SANTA SCOLASTICA CASSINO	42.394	FROSINONE	
14	S. CAMILLO DE LELLIS RIETI	41.068	RIETI	
15	SANTO SPIRITO ROMA ASL RM 1	37.295	ROMA CENTRO	
16	OSPEDALE S. GIOVANNI TIVOLI ASL RM5	37.071	TIVOLI	
17	Ospedale Coniugi Bernardini	34.710	PALESTRINA	
18	Ospedae Terracina	32.500	TERRACINA	
19	OSPEDALE SAN FILIPPO NERI ASL RM1	31.251	ROMA NORD	
20	Ospedale Fondi	24.245	FONDI	
21	Ospedale Parodi Delfino Colferro	23.354	COLLEFERRO	
22	OSPEDALE SAN PAOLO CIVITAVECCHIA ASL RM4	22.825	CIVITAVECCHIA	
23	AO SAN CAMILLO ROMA PS PEDIATRICO	14.560	ROMA OVEST	
24	NUOVO OSPEDALE DEI CASTELLI ASL RM6	2.214	CASTELLI	

Accorpendo il PS Pediatrico del San Camillo la Classifica degli accessi è così composta.

NOME STRUTTURA	ACCESSI TOTALI	Zone ROMA E ALTRE
Policlinico Umberto 1	138.934	ROMA CENTRO
Policlinico Casilino	83.640	ROMA EST
Policlinico Agostino Gemelli Roma	82.700	ROMA NORD
Ao San Camillo	65.820	ROMA OVEST
Ospedale Sandro Pertini Asl Rm2	64.942	ROMA EST
Sant'eugenio Asl Rm2	61.938	ROMA SUD
Santa Maria Goretti Di Latina	58.682	LATINA
Ao San Giovanni Addolorata Roma	58.625	ROMA CENTRO
Ospedale Grassi Ostia Asl Rm3	55.606	ROMA OVEST
Ao Sant'Andrea Roma	52.227	ROMA NORD
Policlinico Tor Vergata	48.441	ROMA EST
Belcolle Viterbo	47.000	VITERBO
Ospedale Santa Scolastica Cassino	42.394	FROSINONE
S. Camillo De Lellis Rieti	41.068	RIETI
Santo Spirito Roma Asl Rm1	37.295	ROMA CENTRO
Ospedale S. Giovanni Tivoli Asl Rm5	37.071	TIVOLI
Ospedale Coniugi Bernardini	34.710	PALESTRINA
Ospedae Terracina	32.500	TERRACINA
Ospedale San Filippo Neri Asl Rm1	31.251	ROMA NORD
Ospedale Fondi	24.245	FONDI
Ospedale Parodi Delfino Colferro	23.354	COLLEFERRO
Ospedale San Paolo Civitavecchia Asl Rm4	22.825	CIVITAVECCHIA
Nuovo Ospedale Dei Castelli Asl Rm6	2.214	CASTELLI

Da questi dati di accesso ai Pronto Soccorso è possibile immaginare gli interventi necessari per massimizzare la capacità di risposta, di appropriatezza, di capacità di risposta ai bisogni dei cittadini e anche degli operatori sanitari?

E' evidente a chi fa ricerca sociale, economica e sanitaria immaginare un modo diverso, integrato, inclusivo e che utilizzi tutte le reti sociosanitarie esistenti ma oggi slegate, non connesse, frammentate?

Solitamente il nostro movimento al termine di lavori come questo fa proposte per come agire.

Qui abbiamo la netta impressione che si debba ragionare sui dati insieme con tutti gli attori del sistema che non sono solo attori sanitari. Anzi.

Ma che la platea dei soggetti da coinvolgere sia molto più ampia e meno settoriale.

Qui si tratta di ragionare su politiche pubbliche che si devono interfacciare concretamente, che devono modificare l'approccio, la visione e anche, in definitiva, il "mandato" per il quale sono nate e si sono sviluppate.

Qui stiamo chiedendo, per iniziare un nuovo corso, di riformare la visione del sistema sanitario pubblico mettendolo al centro delle scelte delle politiche pubbliche, anche ad esempio di quelle urbanistiche.

Non si può infatti immaginare di costruire nuovi quartieri senza immaginare i servizi che dovrebbero afferire a quel territorio.

L'esempio del quadrante EST di Roma è emblematico: quartieri creati a partire dai primi anni del 2.000, forte presenza di persone immigrate, livello culturale, urbanizzazione e mobilità, insieme a determinanti di salute come la cronicità o di situazioni socioeconomiche più o meno sfavorevoli incidono drasticamente su questo universo.

Analogo ragionamento va posto per le realtà fuori dal Raccordo Anulare, le "province" dell'impero come molti definiscono i territori fuori da Roma.

Quale risposta dare?

Quali interventi mettere in atto?

E quali soggetti coinvolgere nel pensare i nuovi servizi?

Ecco, forse per la prima volta non chiediamo interventi puntuali su quello o quell'altro aspetto (non solo).

Chiediamo di immaginare, costruire, avere una visione del futuro condivisa..

La pena che ci spetta, a tutti, è quella di continuare a sentirci tutti, nessuno escluso, in frontiera, in perenne lotta gli uni con gli altri: operatori sanitari contro cittadini, istituzioni contro istituzioni, territori contro territori.

Cittadinanzattiva Lazio rifiuta questo approccio, coscienti che il bene pubblico della salute è patrimonio comune e che la sua organizzazione, implementazione, sviluppo dipende dalla capacità di fare squadra nel rispetto reciproco dei ruoli e delle funzioni.

Simeu Lazio è parte di questo processo perché ha compreso le sfide, la strada strettissima che abbiamo davanti, ma anche l'opportunità di creare servizi sociosanitari adeguati alla sfida della nostra Carta Costituzionale.

Per questo siamo qui. Nonostante tutto. Ancora oggi.

PER UN PRONTO SOCCORSO MIGLIORE: LA CARTA DEI DIRITTI AL PRONTO SOCCORSO

Cittadinanzattiva sostiene l'attuazione del diritto costituzionale alla salute promuovendo il diritto dei cittadini ad esercitare attività di tutela, di interesse generale e di partecipazione alle scelte.

La **Società Italiana di Medicina di Emergenza e Urgenza (SIMEU)**, associazione scientifica senza scopo di lucro riunisce medici e infermieri operanti nel Pronto Soccorso, nell'Emergenza pre-ospedaliera e nella Medicina d' Urgenza. L'Associazione persegue finalità di interesse generale e di utilità sociale nel realizzare l'attività di ricerca scientifica e di formazione dei medici, degli infermieri e di altri attori operanti nel sistema dell'Emergenza secondo principi ispirati a solidarietà ed umanità.

Entrambe le organizzazioni sono impegnate nella difesa del servizio sanitario pubblico e, in questa prospettiva, nella promozione di servizi di emergenza urgenza di qualità e ispirati alla centralità del malato.

Nell'ambito di questa collaborazione è emersa la necessità di precisare i principi della Carta europea dei diritti del malato in una forma capace di incidere sull'azione del governo nazionale, regionale e delle direzioni aziendali e anche sui comportamenti dei cittadini e degli operatori sanitari. La tutela della salute in condizioni di emergenza e urgenza è un bene comune irrinunciabile in un paese civile. E' dovere di tutti coloro che hanno responsabilità e degli stessi cittadini di promuovere, in ogni territorio, la qualità e la sicurezza delle cure e rimuovere le carenze di struttura, di organizzazione, di cultura, di informazione e i comportamenti che si oppongono, di fatto, a questo principio. **Ed è diritto di tutti i cittadini, siano essi malati o operatori sanitari, di disporre di un Servizio Sanitario Nazionale funzionante al meglio.**

Premessa:

L'intervento sanitario in emergenza-urgenza ha caratteristiche specifiche e uniche nel panorama delle cure sanitarie: risponde a una richiesta di salute, in tempi brevi, da parte dei cittadini, di ogni nazionalità, nel rispetto dell'equità ed eguaglianza di accesso alle cure, tutti i giorni dell'anno e nell'arco delle 24 ore; alla richiesta di salute ed alla risposta in emergenza-urgenza tempestiva

ed efficace, deve seguire, prima e dopo le cure ospedaliere, una risposta del servizio sanitario nazionale territoriale. Per ottenere questo risultato è indispensabile una stretta collaborazione tra ospedale e servizi del territorio che hanno la responsabilità di una attività capillare e costante nel tempo, per la presa in carico del paziente in tutto il suo percorso, dal domicilio all'acuzie in ospedale e, successivamente, nuovamente al proprio domicilio o comunque nei servizi territoriali.

1. Diritto alla presa in carico.

Indipendentemente dalle caratteristiche del servizio di emergenza urgenza in cui avviene l'accesso, ogni individuo ha diritto a ricevere trattamenti adeguati e ad essere indirizzato, nel minore tempo possibile, verso le strutture più appropriate.

Costituiscono esempi di violazioni di diritto, per tutti:

- *Il sovraffollamento generato da carenze organizzative, strutturali, di dotazioni tecnologiche e personale;*
- *Condizioni di criticità che non permettono agli operatori sanitari di garantire al meglio le cure necessarie;*
- *I ritardi nel trasferimento verso le strutture più appropriate causati da cattiva organizzazione, informazione carente o comportamenti arbitrari;*
- *La semplice indicazione di rivolgersi ad altra struttura non accompagnata da altre misure, quali la comunicazione preventiva con la struttura di riferimento;*
- *La necessità di trasferire il paziente per la sola impossibilità di trasferire immagini e informazioni per via telematica.*

La Regione e le Aziende Sanitarie sono tenute a favorire l'attuazione del diritto alla presa in carico:

- *Realizzando, nel minore tempo possibile un sistema informativo sanitario adeguato e condiviso da tutte le strutture regionali della regione;*
- *Adottando e pubblicando procedure codificate per la comunicazione fra le strutture e i servizi del sistema di emergenza urgenza;*
- *Adottando e pubblicando protocolli sulle modalità di trasferimento dei malati dal luogo in cui avviene l'accesso alle strutture maggiormente appropriate.*
- *Adottando per il trattamento tempestivo e la presa in carico, specifici percorsi e procedure, per patologia o condizione, condivise fra figure professionali, servizi, strutture del sistema di emergenza urgenza.*

- *Adottando e pubblicando i piani di emergenza in caso di massiccio afflusso di pazienti (es. catastrofi naturali, terremoto, Piano di emergenza per massiccio afflusso di feriti-PEIMAF)*

2. Diritto alla dignità personale

Ogni individuo che viene a trovarsi in situazioni di emergenza e urgenza ha il diritto a non subire riduzioni della dignità personale dovute a strutture inadeguate, carenze strutturali e tecnologiche o comportamenti arbitrari.

Costituiscono esempi di violazioni di diritto, per tutti:

- *Le permanenze in barella prolungate oltre il minimo indispensabile e in spazi che non garantiscono la dovuta riservatezza;*
- *L'assenza o il ritardo nella comunicazione delle informazioni sullo stato di salute ai malati e ai loro parenti;*
- *L'assenza e/o la mancata applicazione dei protocolli per la rilevazione e il trattamento del dolore acuto;*
- *Le prassi che ostacolano l'assistenza da parte dei familiari o l'impossibilità a comunicare a causa barriere linguistiche, non prevedendo intermediatori linguistici;*
- *L'adozione, anche da parte dei pazienti e dei loro familiari, di comportamenti che intralciano il buon funzionamento del pronto soccorso.*

Le Aziende Sanitarie sono tenute a favorire l'attuazione del diritto alla dignità personale:

- *Predisponendo e attuando piani di investimento verificabili e mirati ad assicurare strutture di pronto soccorso con spazi adeguati per i malati, i familiari e gli operatori sanitari, dotati dei dovuti livelli di comfort e sicurezza e di servizi di interpretariato.*
- *Assicurando una tempestiva informazione sui tempi di attesa tramite idonea strumentazione (display o altro);*
- *Adottando le procedure e le misure necessarie per garantire l'attenzione alla privacy, alle differenze culturali, religiose e di genere, la presenza dei parenti e il rispetto del fine vita;*
- *Eliminando qualsiasi forma di barriera, prevedendo percorsi che tengano conto di esigenze speciali (donne in gravidanza e genitori di minori, bambini, anziani, vittime di violenza, persone con disabilità fisiche, mentali, sensoriali, con sofferenze di salute mentale, migranti, senza fissa dimora, ecc.) ed evitando possibili discriminazioni.*

- *Predisponendo, in collaborazione con i Responsabili dei Pronto Soccorso, i piani di investimento e provvedendo alla loro attuazione e verifica di adozione.*
- *Mettendo in atto tutte le procedure e gli adempimenti necessari affinché gli operatori sanitari siano nelle condizioni di garantire la più adeguata assistenza.*

3. Diritto alla continuità dei percorsi di cura.

Ogni individuo ha diritto a interventi di emergenza o urgenza coordinati con le eventuali cure già in atto e seguito da percorsi appropriati e tempestivi di convalescenza e riabilitazione.

Costituiscono esempi di violazioni del diritto, per tutti:

- *La prassi di rimandare in pronto soccorso i pazienti ricoverati in strutture di lungodegenza al solo scopo di prolungare il trattamento di convalescenza oltre i 30 giorni.*
- *La mancata acquisizione o l'impossibilità di accedere o acquisire informazioni su trattamenti e piani terapeutici assistenziali in atto.*
- *Le dimissioni verso il domicilio non accompagnate da precise indicazioni sui servizi a cui rivolgersi nel territorio e dal programma delle visite e degli esami di controllo; le dimissioni verso il domicilio non accompagnate da prescrizione su ricettario del SSR e dalla copertura terapeutica.*

La Regione, le Aziende Sanitarie sono tenute a favorire l'attuazione del diritto alla continuità dei percorsi di cura

- *Realizzando nei territori le strutture (residenze, centri di assistenza primaria, assistenza domiciliare integrata) necessarie per garantire la continuità assistenziale;*
- *Garantendo l'effettiva operatività dei nuclei distrettuali e ospedalieri per la continuità delle cure che dovrebbero garantire la tempestività e l'appropriatezza delle dimissioni;*
- *Realizzando sollecitamente i supporti informatici che consentono al personale del pronto soccorso la completa acquisizione delle informazioni cliniche, anche per evitare la ripetizione di accertamenti diagnostici.*
- *Garantendo sempre la disponibilità del ricettario del Servizio Sanitario Nazionale, la prescrizione delle prestazioni e delle terapie ritenute necessarie, la funzionalità dei servizi di prescrizione elettronica.*

- *Adottando e favorendo procedure semplificate per l'accesso a visite e prestazioni di controllo presso la struttura ospedaliera*

4. Diritto alla prevenzione delle emergenze evitabili.

Ogni individuo ha diritto a non dover ricorrere alle strutture di emergenza urgenza al solo fine di rimediare alla insufficiente organizzazione dei servizi e dei percorsi di cura.

Costituiscono esempi di violazioni del diritto, per tutti:

- *L'invio al pronto soccorso dei malati, da parte delle strutture di ricovero, solo per sottrarsi all'onere di gestire criticità organizzative o di fine vita;*
- *L'invio di malati al pronto soccorso per effettuare prestazioni che dovrebbero essere garantite tempestivamente da altri servizi;*
- *L'assenza di misure per la rilevazione e il trattamento del dolore acuto dei malati cronici e oncologici in assistenza domiciliare;*
- *La necessità, per i malati cronici, di ricorrere al pronto soccorso a causa di emergenze determinate da eventi acuti prevedibili e prevenibili con trattamenti domiciliari;*

La Regione, le Aziende Sanitarie e i responsabili dei servizi distrettuali sono tenuti a favorire l'attuazione del diritto alla prevenzione delle emergenze evitabili.

- *Adottando i Percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali per le malattie croniche, previsti nel Piano Nazionale delle Cronicità, misure per la prevenzione e il trattamento al domicilio degli eventi acuti;*
- *Attuando programmi di vaccinazione antiinfluenzale delle persone anziane, sostenuti da interventi di informazione e reclutamento attuate con medici di famiglia, farmacie e organizzazioni civiche,*
- *Promuovendo in ogni distretto programmi per il sostegno ai pazienti anziani e fragili in caso di temperature elevate stagionali;*
- *Attuando interventi di formazione e informazione rivolti ai professionisti sanitari, compresi medici di medicina generale, di continuità assistenziale ed infermieri sui protocolli delle malattie croniche, rare ed oncologiche;*
- *Adottando, pubblicando, promuovendo piani di gestione del sovraffollamento per il massiccio afflusso invernale ed estivo, nelle località turistiche, per eventi straordinari, e per l'attività ordinaria;*

- *Garantendo una adeguata organizzazione dei servizi di continuità assistenziale (guardia medica);*
- *Garantendo adeguata informazione ai cittadini su tutti i servizi sanitari disponibili, sulle modalità di erogazione degli stessi e sulla loro corretta attivazione*

5. Diritto alla informazione.

Ogni individuo ha diritto ad accedere ad informazioni aggiornate e attendibili sulla organizzazione dei servizi di emergenza relativi al territorio di residenza e sulle prestazioni effettivamente disponibili nei diversi centri di pronto soccorso.

Costituiscono esempi di violazioni del diritto, per tutti:

- *La mancanza di trasparenza sui codici di priorità e l'assenza di informazioni sul cambiamento del codice colore alla dimissione;*
- *La mancanza di informazioni chiare sulle situazioni per cui è previsto il ticket e sulle modalità per il pagamento;*
- *L'indisponibilità, l'inaccessibilità o il mancato aggiornamento delle Carte dei servizi, la carenza di informazioni sulla modalità di organizzazione delle struttura di emergenza urgenza e sulla intera rete;*
- *Ritardare o rifiutare il rilascio della documentazione clinica richiesta.*

Le Regioni e le Aziende Sanitarie sono tenute a favorire l'attuazione del diritto all'informazione:

- *Pubblicando le informazioni necessarie nei siti internet regionali e aziendali con la dovuta evidenza;*
- *Realizzando guide sull'uso dei servizi di emergenza e urgenza, organizzate per territorio e diffuse in tutti i luoghi del servizio sanitario aperti al pubblico, compresi gli studi dei medici di famiglia e le farmacie;*
- *Garantendo il monitoraggio periodico delle performance e dei livelli di umanizzazione e pubblicando i risultati nei siti della regione e delle aziende;*
- *Realizzando, in ogni distretto, programmi di informazione e di educazione alla utilizzazione dei servizi di emergenza e urgenza, d'intesa con i comuni, i medici di medicina generale, gli infermieri e le organizzazioni civiche.*
- *Informando sulle modalità e sull'organizzazione del servizio, su cosa il cittadino può aspettarsi e può chiedere.*

6. Diritto alla competenza.

Ogni individuo ha il diritto ad avere una cura e una assistenza competenti appropriate e proporzionate alle specifiche esigenze del malato.

Costituiscono esempi di violazioni del diritto, per tutti:

- *La presenza, nelle strutture di pronto soccorso, di personale senza competenze specialistiche nell'area di emergenza-urgenza;*

Le Regioni, le Aziende Sanitarie ed i responsabili dei servizi sono tenuti a favorire l'attuazione del diritto alla competenza:

- *Organizzando adeguatamente il lavoro del personale, prevedendo programmi di prevenzione del burnout, turni di lavoro adeguati e valorizzazione delle competenze;*
- *Controllando l'effettiva qualificazione del personale dedicato al pronto soccorso;*
- *Realizzando programmi sistematici per l'aggiornamento del personale di pronto soccorso;*
- *Promuovendo l'accesso ai corsi universitari di specializzazione nell'emergenza urgenza;*
- *Promuovendo e potenziando le competenze per una più appropriata gestione e presa in carico di persone con esigenze speciali come bambini, anziani, malati cronici e rari; vittime di violenza; persone con disabilità fisiche, mentali, sensoriali o con problemi di salute mentale; migranti; senza fissa dimora, etc.*

7. Diritto alle “sei ore”.

Ogni Individuo ha diritto a permanere in Pronto soccorso per un tempo minimo indispensabile e comunque non oltre le 6 ore necessarie, nelle migliori condizioni di comfort assistenziale, e ad essere inviato tempestivamente al reparto più appropriato per le cure. Al fine di garantire la sicurezza del paziente, sono esclusi dalle 6 ore i casi in cui sono necessari trattamenti di stabilizzazione in condizioni critiche ed i trattamenti in Osservazione Breve Intensiva.

Costituiscono esempi di violazioni del diritto, per tutti:

- *l'attesa per la diagnostica strumentale che prolunga i tempi di processo in PS oltre quanto è adeguato;*
- *l'attesa per consulenza specialistica che prolunga i tempi di processo in PS oltre quanto adeguato;*
- *l'attesa dell'accettazione in reparto di destinazione.*

Le Regione, le Aziende Sanitarie e i responsabili dei servizi e delle Unità Operative di degenza sono tenuti a favorire l'attuazione del diritto alle sei ore rimuovendo tutti le cause che lo impediscono

- ✓ *Adottando i Piani di Gestione del Sovraffollamento ogni qualvolta sia necessario;*
- ✓ *Facilitando l'attuazione di tempi di processo affinché siano commisurati alle condizioni cliniche ed alla necessità della persona*
- ✓ *Favorendo la raccolta di segnalazioni, da parte dei responsabili delle UO e dei cittadini, di quegli ostacoli ed impedimenti organizzativi che rendono difficile l'attuazione del diritto ad un congruo tempo di attesa;*
- ✓ *Mettendo in atto azioni di miglioramento e monitorando i risultati ottenuti.*

8. Diritto all'attuazione della Carta dei diritti al pronto soccorso

Ogni individuo ha diritto alla concreta realizzazione di quanto espresso nelle Carta dei diritti al pronto soccorso, attraverso l'effettiva attuazione della stessa da parte di Istituzioni nazionali, regionali e delle direzioni aziendali

Costituiscono esempi di violazione di questo diritto:

- *La mancata applicazione degli standard di qualità e sicurezza*
- *La mancata adesione alla Carta da parte delle aziende sanitarie*
- *La mancata attuazione e verifica del rispetto della Carta*

Le Regione, le Aziende Sanitarie ed i responsabili dei servizi sono tenuti a favorire il diritto all'attuazione della Carta

- *Adottando la Carta dei diritti del malato in pronto soccorso e promuovendo l'informazione ai cittadini;*
- *Promuovendo periodicamente monitoraggi civici sul rispetto dei diritti proclamati della Carta.*