

Pronto soccorso. Sempre più esteso il fenomeno del "boarding" e l'attesa per un letto in reparto può arrivare anche a 5 giorni

Pronto soccorso. Sempre più esteso il fenomeno del "boarding" e l'attesa per un letto in reparto può arrivare anche a 5 giorni di **Chiara Rivetti** e Pierino Di Silverio Esattamente come per il boarding negli aeroporti, anche quello nei pronto soccorso è oramai la regola: soprattutto negli ospedali Hub, è diventato una realtà grave e quotidiana. Le iniziative per gestirlo si sono limitate a documenti ufficiali che ne definiscono il perimetro e la durata massima, fissata a 6 ore. Ma la maggior parte dei pazienti non aspetta 6 ore, bensì dai 2 fino a 5 giorni o oltre. Quali soluzioni? 05 DIC - L'attesa da parte del paziente di un posto letto in reparto dopo la decisione di ricovero è stata elevata a dignità di un nome, tanto è frequente: boarding. Ed esattamente come per il boarding negli aeroporti, anche quello nei pronto soccorso è oramai la regola: soprattutto negli ospedali Hub, è diventato una realtà grave e quotidiana. Le iniziative per gestirlo si sono limitate a documenti ufficiali che ne definiscono il perimetro e la durata massima, fissata a 6 ore. Ma la maggior parte dei pazienti non aspetta 6 ore, bensì dai 2 fino a 5 giorni o oltre. Il boarding certamente non deve essere semplicemente spostato, per poi ricadere sui **medici** dell'ospedale, perché tutti i reparti lamentano gravi carenze di personale o situazioni di vero e proprio burnout. Le azioni affinché queste 6 ore scritte sulla carta diventino reali, sono semplici ma non a costo zero e **Anaa** Assomed le propone da tempo: servono più letti per acuti, più letti di lungodegenza, più **medici**, più territorio. Il Boarding è conseguenza dei tagli degli ultimi anni e a questi tagli bisogna riparare: Taglio dei Posti Letto per acuti e lungodegenza. In Italia dal 2010 al 2020 sono stati tagliati 30.492 posti letto per acuti, con una riduzione del 19%. Il taglio maggiore ha riguardato il Molise, la Calabria, la Puglia, la Liguria, Regioni in cui è stato tagliato più di 1 posto letto su 4. Ma il taglio più pesante, sempre tra il 2010 e il 2020, ha riguardato la lungodegenza, dove c'è stata una diminuzione media nazionale di posti letto che sfiora il 30%. Alcune regioni italiane risultano aver tagliato più posti letto di lungodegenza rispetto alla media nazionale: Puglia (-69%), Lombardia (-54%), **Piemonte** (-48%), Lazio (-36%), Veneto (-36%), Emilia Romagna (-31%). Considerando i letti totali, calcolati su 1.000 abitanti si osserva come nel 2010 erano complessivamente disponibili 4 posti letto, mentre nel 2020 tale quota è scesa 3,5 posti letto per 1.000 abitanti. Occupazione posti letto. La maggior parte dei pazienti in boarding è rappresentata da anziani con patologie internistiche Il tasso di occupazione di posti letto nei reparti di medicina è del 97,6% Va ricordato che il tasso ottimale, per evitare aumento di mortalità e morbidità, viene considerato non superiore all'85%, pur se imprudentemente aumentato al 90% dal Decreto Ministeriale n° 70/2015 sugli standard ospedalieri. Long term Care (LTC) - Confronto con l'Europa La spesa per LTC ha registrato la crescita più elevata degli ultimi anni, rispetto ad altre aree dell'assistenza sanitaria. Secondo l'OECD, fattori come l'invecchiamento della popolazione e l'aumento dei redditi che porta con sé una maggiore aspettativa di qualità della vita da parte degli anziani, hanno richiesto un incremento della spesa per LTC. Guardando alla spesa per abitante negli ultimi 8 anni, ci sono stati Paesi che hanno incrementato notevolmente la spesa per LTC. La Germania: + 65%, l'Irlanda: +39%, la Francia: +24%, l'Austria: +21%. L'Italia ha incrementato del 10% la sua spesa per LTC, ma continua a collocarsi sotto la media europea e con valori che si collocano ben al di sotto di quelli dichiarati da Germania, Francia, Austria. Nel 2020 l'Italia ha speso per LTC 274e. per abitante, contro una media europea di 541e.. La

Germania ha speso per abitante 1.019 euro, la Francia 689e.. Se si confronta la spesa per LTC dei Paesi europei calcolata rispetto al GDP, anche in questo caso l'Italia si colloca sotto la media europea. L'Italia spende per LTC lo 0,98% del GDP, contro una media europea che è pari quasi al doppio di questo valore (1,81%). Anche per quel che riguarda i lavoratori LTC, tipicamente infermieri e OSS che forniscono assistenza a casa o in strutture residenziali, esclusi gli ospedali, l'Italia si colloca sotto la media OCSE (5.2) con un tasso di 3,7 ogni 1000 abitanti. Accessi impropri. Nel 2019 i codici bianchi nei PS italiani sono stati il 13% del totale. I Codici verdi hanno invece pesato per il 57%. I codici bianchi, e certamente anche una parte dei verdi, non dovrebbero recarsi in PS e richiederebbero una gestione differente, territoriale. Ma la riforma territoriale tanto decantata è al palo, e il PNRR si sta rivelando solo una operazione edilizia. Mancano **medici**. Il numero di **medici** ha toccato il suo massimo nel 2009, per poi diminuire incessantemente fino al 2020, riducendosi di 4.800 unità. In realtà, su questo dato ha inciso positivamente il reclutamento di personale medico avvenuto nel 2020 a causa della pandemia da Covid 19 che ha visto l'immissione di circa 1.000 **medici**, perché se si guardasse il trend fino al 2019, la diminuzione di personale medico sarebbe ancor più accentuata (5.800 unità). Nel 2021, ben 2886 **medici** ospedalieri, il 39% in più rispetto al 2020 ha deciso di lasciare la dipendenza del SSN e proseguire la propria attività professionale altrove. Le fughe maggiori si sono registrate per gli specialisti coinvolti nei turni di PS, come urgentisti, internisti e chirurghi. Pazienti sempre più complessi e anziani. Nel 2019 gli accessi al PS distinti per fascia di età fanno emergere che il 28% era costituito da pazienti con età maggiore di 65 anni. Questa percentuale nel 2020 è salita al 30,5%. Dopo i 65 anni di età la degenza media sale, dal valore medio nazionale di 8 giorni a quasi 9, che per gli ultra-85enni sale a 11,3 giorni. Le soluzioni al ribasso, le briciole economiche non risolvono il problema ma cercano solo di alimentare sterili e strumentali guerre tra poveri. Il problema non è il pronto soccorso ma il sistema di emergenza di cui la crisi del pronto soccorso non è che l'effetto tanto scontato quanto catastrofico. Per avere più personale è necessario che il lavoro medico sia gratificato, sotto il profilo professionale ed economico, meno rischioso, con carichi di lavoro ridotti e sia ottimizzato l'intero sistema di presa in carico del paziente. E per affrontare il boarding sono necessari letti, per acuti e per la post acuzie, assistenza territoriale e personale numericamente sufficiente e soddisfatto. Non altro. **Chiara Rivetti** Segretaria **Anaao** Assomed-Regione **Piemonte** Pierino Di Silverio Segretario Nazionale **Anaao** Assomed 05 dicembre 2022 © Riproduzione riservata