

Parma, 5 giugno 2014

Oggetto: Intervento del Rettore dell'Università di Parma sulla nuova articolazione dipartimentale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha recentemente messo in atto una coraggiosa ridefinizione della propria struttura organizzativa con la costituzione di 5 nuovi Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) in sostituzione dei 12 storicamente presenti. Il DAI di maggiori dimensioni è attualmente il "Dipartimento Emergenza-Urgenza e Area Medica Generale e Specialistica" composto da ben 26 unità operative di cui 19 strutture complesse e 7 strutture semplici dipartimentali. Tale riorganizzazione, con particolare riferimento al DAI succitato, ha suscitato un ampio dibattito a livello locale e regionale, sia in sede politica, sia tra gli addetti ai lavori, sia nell'ambito della Società Italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza (SIMEU).

Il presente contributo si propone di chiarire le motivazioni scientifiche, didattiche e assistenziali che hanno portato l'Università di Parma a condividere la proposta di riorganizzazione varata dal Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Il contesto

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è essenzialmente costituita dall'Ospedale Maggiore, un grande ospedale regionale con una dotazione di circa 1250 posti letto (ordinari e day hospital), policlinico universitario, con un bacino provinciale di oltre 400.000 abitanti e un indice di attrazione extraprovinciale superiore al 20%. L'Ospedale di Parma è Centro Hub per l'area vasta Emilia Nord (oltre 1 milione di abitanti) per le funzioni di neurochirurgia e neuroradiologia, cardiocirurgia, centro ustioni, terapia intensiva neonatale, emofilia, genetica medica, sindrome di Moebius, per il Sistema Integrato di Assistenza al Trauma (SIAT) e per l'emergenza territoriale provinciale.

Per caratteristiche storiche e geografiche, l'Ospedale Maggiore è il punto di riferimento sanitario prevalente del proprio territorio provinciale, anche in considerazione del fatto che la provincia di Parma, rispetto ai contesti delle province limitrofe, ha un numero di ospedali (e di PS) minore in rapporto al numero di abitanti, come esplicitato nella tabella seguente:

Provincia	N° abitanti	N° ospedali	N° abitanti/ospedale
Piacenza	273.689	3 (Piacenza, Castel S. Giovanni, Fiorenzuola)	91.230
Reggio Emilia	487.003	6 (Reggio E., Guastalla, Correggio, Montecchio, Scandiano, Castelnovo ne' Monti)	81.167
Modena	659.925	9 (Modena-Baggiovara, Modena-Policlinico, Carpi, Mirandola, Finale E, Vignola, Pavullo, Castelfranco E, Sassuolo)	73.325
Parma	413.198	3 (Parma, Vaio, Borgotaro)	137.733

Inoltre, gli altri due ospedali della provincia di Parma, Vaio e Borgotaro, per dimensioni (Vaio 260 posti letto; B.Taro 120 posti letto) e localizzazione, esercitano un'attività di gran lunga minore. Vaio dista circa 20 minuti dall'ospedale di Parma e Borgotaro serve prevalentemente l'area della montagna, estesa come superficie ma a bassa densità di popolazione. A conferma di questa peculiare situazione della provincia di Parma è sufficiente constatare che il numero degli accessi annui al PS, oltre 85.000, è il più alto della Regione Emilia Romagna dopo l'Ospedale Sant'Orsola-Malpighi di Bologna (111.000).

L'Ospedale Maggiore fu costruito negli anni '30 con una struttura "a padiglioni" e negli anni 1990-2010 ampliato con una parte nuova di edifici strutturalmente connessi ed organizzati per piastre funzionali.

La nuova suddivisione organizzativa in 5 dipartimenti ha tenuto conto anche degli aspetti architettonici/logistici come specificato nella tabella seguente

DAI	N° UO Complesse	Posti letto ordinari	Ubicazione
DAI Chirurgico Generale e Specialistico	16	350	Torri delle Chirurgie, Pad. Ortopedia, Centro del Cuore (tutti interconnessi)
DAI Emergenza-Urgenza e Area Medica Generale e Specialistica	19	450	PS, Torri delle Medicine, Pad. centrale (tutti interconnessi) [Pad. Rasori di prossima dismissione]
DAI Diagnostico	11	-	Pad. Centrale e altre strutture contigue alle UO cliniche
DAI Materno Infantile	7	145	Pad. Pietro Barilla e Pad maternità (contigui)
DAI Medico-Geriatrico-Riabilitativo	4	194	Pad. Barbieri

E' evidente, pertanto, che questa riorganizzazione non ha creato "mastodonti ingovernabili" ma sono state effettuate aggregazioni che, prima ancora che articolazioni tecniche e organizzative, sono insiemi di affinità culturali, di didattica e di ricerca.

Le ragioni culturali e organizzative della scelta

Vivo questo Ospedale, dove mi sono laureato nel 1974, da oltre 40 anni, sono clinico medico, sono stato Preside della Facoltà di Medicina per sette anni e Direttore di Struttura complessa. Il maggiore problema che ho sempre riscontrato sono state le "turf wars" che si creano tra professionisti quando le singole strutture si concepiscono come "casematte con il filo spinato intorno" e non come parte di un insieme che deve lavorare nella stessa direzione, per il paziente e lo studente, senza recriminazioni e corporativismi.

Dal punto di vista assistenziale, parlando della medicina d'emergenza-urgenza, anche quando i dipartimenti erano 12 e il DEU composto da poche unità operative, il punto più critico è sempre stato il sovraffollamento del

Pronto Soccorso, l'inappropriatezza degli accessi e la lunga attesa per un posto letto nel setting più appropriato.

Alcuni temono che il modello proposto dei 5 DAI contraddica la necessità di risposte rapide, di agile coordinamento di cui ha bisogno l'area dell'Emergenza-Urgenza e, in ultima analisi, metta a rischio i LEA.

Io affermo che è esattamente il contrario. Il problema non sono gli accessi in emergenza: i "codici rossi", i grandi traumi, le catastrofi vengono affrontati con assoluta celerità, appropriatezza e ottima integrazione con il territorio e l'ambito pre-ospedaliero, tant'è che il tempo di attesa per ricevere le cure e il posto letto in questi casi è pari a 0. Il problema sono gli accessi al PS di tanti casi che non sono critici. Sono rimasto impressionato nel leggere i dati del Ministero della Salute secondo cui l'80% degli accessi al PS sono codici verdi e bianchi cioè a basso, o addirittura nullo, rischio di evolutività e con prestazioni differibili.

Le rilevanti modifiche epidemiologiche della popolazione tra cui l'incremento della popolazione anziana (in Italia gli ultrasessantacinquenni sono oltre il 20% e gli ultraottantenni il 6-8%) e gli straordinari progressi della medicina negli ultimi vent'anni, hanno portato a un forte incremento di pazienti polipatologici, in gran parte anziani o molto anziani, fragili sia sul piano clinico che sul piano socio-economico, caratterizzati da frequenti riacutizzazioni, complicanze di malattie croniche ed invalidanti, progressiva perdita di autonomia, riospedalizzazioni ripetute e crescenti difficoltà alla dimissione per ragioni logistiche e/o economiche che vanno dalla solitudine all'identificazione di un care giver. Ad esempio, nell'ospedale di Parma, nel 2013 circa il 35% (oltre 6000 pazienti) dei ricoveri totali dal Pronto Soccorso hanno riguardato pazienti fragili e polipatologici. I Dipartimenti di emergenza hanno in genere un'organizzazione complessa che è stata progettata per soddisfare le esigenze sanitarie dei pazienti critici e non di soggetti dipendenti, anziani, fragili e spesso affetti da turbe comportamentali. I Medici di emergenza spesso non sono sufficientemente preparati ad affrontare questo complesso tipo di paziente appartenente all'area della cronicità e il sovraffollamento stesso può portare a spreco di risorse e minori standard di cura anche per gli altri malati, con conseguente rischio di ricoveri ospedalieri inutili o dimissioni affrettate.

Questi sono i motivi culturali ed organizzativi che hanno portato a concepire un grande DAI dove fossero al contempo presenti solide competenze dell'area dell'emergenza-urgenza e una solida cultura internistica, sia generale che specialistica. La succitata tipologia di pazienti non è inscrivibile in linee guida codificate per la sovrapposizione di multiple patologie e problemi che spesso vanno al di là dell'aspetto medico (allettamento, solitudine, miseria, incapacità a seguire regimi terapeutici complessi et c). Questi pazienti necessitano di un approccio culturale "olistico" prima ancora che tecnico, organizzativo ed economico.

La riorganizzazione dei DAI cerca di dare una risposta concreta a queste problematiche che sono generate non solo dagli elementi epidemiologici appena enunciati ma anche da responsabilità interne ed esterne all'Ospedale. Le cause interne sono da ricercare nel frequente "scollamento" tra il PS e gli altri reparti prevalentemente internistici dell'Ospedale sia dal punto di vista gestionale che dell'identificazione dei percorsi più fluidi e appropriati. Da adesso, le tre anime che compongono questo DAI, quella della medicina dell'emergenza-urgenza, quella delle medicine generali e quella delle medicine specialistiche, potranno confrontarsi e integrarsi con maggior facilità. Il coordinamento della parte di emergenza per l'integrazione ospedale-territorio (es. SIAT) è già stata individuata e istituzionalizzata. Bisogna ora lavorare sull'area

dell'urgenza per fare sì che il Pronto Soccorso non sia più visto dai reparti come una sorta di "porta girevole" che stabilizza e invia il paziente in reparto e, d'altra parte, i Medici del Pronto Soccorso non debbano più percepire i reparti come ostili e poco collaboranti. E' evidente che tutte le modifiche organizzative dei sistemi complessi sono difficili, ma è anche vero che l'organizzazione si basa sugli uomini, sulla capacità di aderire a un progetto condiviso, abbandonando l'autoreferenzialità e favorendo l'integrazione professionale e il senso di appartenenza all'istituzione. In altre parole sarà compito del Direttore del DAI assegnare il coordinamento delle varie aree a professionisti qualificati e il DEA in senso stretto deve strutturarsi come una aggregazione funzionale di unità operative che mantengono la propria autonomia e responsabilità assistenziale. Il Medico dell'Emergenza è un "pivot" fondamentale poiché dall'appropriatezza del sistema dell'emergenza-urgenza dipende la solidità di tutta la catena dell'assistenza al paziente acuto. Un DEA isolato è un danno, un errore sia sul piano assistenziale sia sul piano formativo. Tutto l'ospedale deve essere al servizio del Pronto Soccorso che deve dettare tempi e modalità di presa in carico.

Citavo prima l'esistenza di responsabilità esterne all'Ospedale nel generare il sovraccollamento del PS e il rallentamento dei processi di presa in carico dei pazienti da parte dei reparti. A mio modo di vedere una quota di responsabilità grava sui Medici di Medicina Generale e sugli Specialisti Ambulatoriali. Come molti della mia generazione, all'inizio della mia carriera, ho fatto per alcuni anni il Medico di Medicina Generale che, a quei tempi, aveva il nome più rassicurante di Medico di Famiglia: il ricovero in ospedale allora era un'eccezione, la presa in carico era totale e la qualità delle cure e dell'assistenza elevate. C'era l'abitudine di accompagnare il paziente anche quando si rendeva necessario il ricovero ospedaliero: affidavamo il paziente ai colleghi ma discutevamo insieme i percorsi e le strategie, in altre parole rimanevamo il "Curante" anche se il paziente era ricoverato. Ora, è pur vero che attualmente i MMG sono soverchiati dalla burocrazia e dalle incombenze amministrative, però mi stupisce ed addolora notare che, per esempio nell'UOC che ho diretto fino a poco tempo fa, solo un numero limitatissimo di MMG si informa e segue in Ospedale i propri pazienti e, qualcuno, addirittura, scoraggia il rientro a domicilio dei pazienti stessi. In quest'ottica ritengo che sia necessario ricostituire una forte relazione ospedale-territorio. La fase pre-ospedaliera della medicina d'emergenza-urgenza è cruciale: da qui parte l'appropriatezza e si possono generare rilevanti risparmi economici e di risorse. Credo che il territorio debba "entrare" di più in ospedale e specularmente l'ospedale deve "uscire" sul territorio. In parte questo già accade (penso alla Centrale Operativa 118) ma deve essere potenziato anche cercando modelli organizzativi innovativi come, per esempio, un eventuale specifico DAI interaziendale o d'area vasta.

Peraltro, a proposito di spending review e di risparmio economico, sottolineo come la riorganizzazione da 12 a 5 dipartimenti comporti per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma un risparmio di circa 200.000 euro/anno che certamente saranno utilmente reinvestiti sulle persone e sulle strutture.

Una nota personale

Sono rimasto profondamente stupito che le maggiori critiche alla riorganizzazione varata dal Direttore Generale siano giunte proprio da professionisti che quotidianamente vivono nell'ambiente della medicina dell'emergenza-urgenza e che partecipano alle attività scientifiche e didattiche della Società Italiana di

Medicina d'Emergenza Urgenza (SIMEU). Sono rimasto stupito perché io, che ho fondato cinque anni fa a Parma una tra le prime Scuole di Specializzazione in Medicina d'Emergenza-Urgenza in Italia, ho avuto ben chiaro in questi anni che lo specializzando ha necessità di un'ampia rete formativa e di un solido tutoraggio da parte dei medici di tutte le unità operative generali e specialistiche dell'Ospedale e da parte dei professionisti che operano sul territorio nella fase pre-ospedaliera dell'urgenza-emergenza. Infatti, il profilo dello specialista è definito dal DM 17/02/2006 di istituzione della Scuola con le seguenti parole: "Lo Specialista in Medicina d'Emergenza-Urgenza deve avere maturato conoscenze teoriche, scientifiche e professionali nei campi del primo inquadramento diagnostico (sia intra che extraospedaliero) e il primo trattamento delle urgenze mediche, chirurgiche e traumatologiche; pertanto lo specialista in Medicina d'Emergenza-Urgenza deve avere maturato le competenze professionali e scientifiche nel campo della fisiopatologia, clinica e terapia delle urgenze ed emergenze mediche, nonché della epidemiologia e della gestione dell'emergenza territoriale onde poter operare con piena autonomia, nel rispetto dei principi etici, nel sistema integrato dell'Emergenza-Urgenza." Queste competenze trovano il loro pabulum in un ambiente di didattica e di ricerca ampio ed interdisciplinare che sia in grado di mantenere ed espandere una propria identità culturale e scientifica e non solo tecnica e tecnologica.

E' evidente già nel dettato della legge che questa specializzazione si caratterizza per essere trasversale, complementare e interdipendente con le altre specializzazioni e, come detto, da essa dipende la solidità di tutta la catena dell'assistenza al paziente sia acuto che cronico.

Come non pensare, allora, che la cultura e la professionalità si sviluppino al meglio se accolte in una grande casa dove insieme abitano ed interagiscono la gran parte degli internisti, siano essi medici dell'emergenza-urgenza, medici generalisti o medici specialisti?

Nulla impedirà che ognuno eserciti la propria specifica funzione, senza però perdere di vista l'unitarietà del paziente, la necessità della presa in carico e la razionalità dei percorsi diagnostici, terapeutici ed organizzativi elaborati insieme e condivisi.

Una visione di prospettiva

La rimodulazione dei DAJ dell'Azienda ospedaliero-Universitaria è solo il primo tassello di una necessaria rivisitazione che dovrà interessare nel profondo l'Ospedale Maggiore di Parma.

E' un ospedale antico e di brillante tradizione, ma oggi caratterizzato da troppi elementi di stanchezza, di conservazione, mancato aggiornamento tecnologico e assenza di un reale programma di rilancio.

Questi elementi, peraltro, riguardano sia la componente ospedaliera che la componente universitaria.

Per troppi anni l'Università e l'Ospedale hanno ignorato la necessità di un comune disegno prospettico di ampia portata, limitandosi a gestire il "giorno per giorno" con logiche non sempre corrispondenti alle esigenze dei pazienti, all'aggiornamento e alla qualità delle prestazioni erogate.

In una parola un Ospedale antico si è trasformato, almeno in parte, in un Ospedale vecchio.

Lo stesso rapporto con la Regione Emilia Romagna, referente e gestore di primaria importanza, non è stato un elemento di propulsione adeguata.

Oggi il tema del rilancio dell'Ospedale Maggiore di Parma deve essere al centro dell'attenzione di una Città che vuole essere una città europea in tutti i suoi aspetti e che per tale candidatura non può certo trascurare la qualità del servizio ospedaliero.

Sono certo che un processo di netto miglioramento sarà realizzabile se tutti gli attori che hanno responsabilità gestionali e sociali (Professionisti della salute, Università, Aziende Sanitarie, Regione, Comune, Fondazioni, Organizzazioni professionali, Organizzazioni sindacali, e ogni altra realtà territoriale produttiva) sapranno agire in sintonia per lo sviluppo del nostro Ospedale, mettendo al centro della loro attenzione esclusivamente il paziente e lo studente.

Da parte mia assicuro il mio personale impegno e metto a disposizione ogni energia dell'Ateneo.

Loris Borghi

