

Il ruolo sociale del Pronto Soccorso.

Introduzione

Poche sono le istituzioni che possono garantire assistenza a coloro che hanno più bisogno.

Il pronto soccorso (PS) è forse uno dei pochi luoghi capaci di aiutare tutte le persone: ampiamente usato, sempre aperto, facilmente accessibile, disponibile a ciascuno che vuole essere visitato: per legge chiunque si presenta cercando aiuto deve essere valutato.

Ad oggi il PS è tradizionalmente visto come una pura entità medica.

Questo non è ciò che accade: più persone in bisogno (anziani, senza fissa dimora, immigrati, tossicodipendenti, donne sole, disoccupati, ...) passano dal PS piuttosto che in ogni altra istituzione della comunità, rendendolo il luogo razionale non solo per trattare patologie acute, ma anche, idealmente, per identificare bisogni di base e coordinare le risorse della comunità esistenti.

Il ruolo del PS, incorporato nel sistema della propria comunità, può essere quello di leader nel disegno e nell'implementazione del sistema di cure socio-medico: una vera e propria risorsa sociale.

La realtà quotidiana di medici di PS al Policlinico di Modena, anche in virtù del recente trasferimento dell'ospedale S.Agostino in periferia (pertanto poco accessibile per chi vive sulla strada), ci rende protagonisti di questo dato di fatto.

Ruolo sociale del PS

Esiste una forte relazione empirica tra stato socioeconomico e salute (sia nel senso che uno stato di salute precaria può condurre a una "deriva sociale", sia nel senso che uno svantaggio socioeconomico può determinare problemi di salute).

Che cosa può fare il pronto soccorso per le persone più svantaggiate?

Forse la risposta è considerare il PS in un sistema disegnato in collaborazione con gli altri Servizi che comprende: screening sociale, valutazione, coordinazione dei servizi e affidamento.

L'idea non è nuova. Sono già state fatte alcune esperienze negli Stati Uniti che hanno identificato il PS come il luogo per la coordinazione multidisciplinare dei servizi e dei piani di dimissione.

Pazienti che si rivolgono al PS sono già inquadrati e trattati secondo le loro necessità mediche, ma i loro pressanti problemi sociali (povertà, disoccupazione, housing, trasporti, problemi legali e finanziari) sono spesso ignorati.

Il PS potrebbe stabilire un "triage sociale", in cui, identificati i pazienti con bisogni sociali pressanti, questi potrebbero essere "agganciati" per una valutazione più approfondita usando risorse preesistenti nella comunità. In mancanza di un vero e proprio triage sociale si potrebbero fornire informazioni adeguate per aiutare chi a bisogno e dimettere in sicurezza.

Questo triage sociale potrebbe essere svolto all'interno o nelle vicinanze del PS: ad esempio un ufficio affidato a un assistente sociale.

Potrebbe bastare una scrivania con studenti o volontari adeguatamente addestrati a provvedere all'anamnesi ed ad un "aggancio alle risorse della comunità" prima della dimissione.

(In un sistema a grandi volumi si potrebbero "invitare" assistenti sociali nel PS).

Un esempio in pratica

Tutti i pazienti che si presentano in PS (o i loro accompagnatori, quando appropriato) potrebbero essere "screenati" da una breve serie di domande diseguate così da individuare bisogni sociali primari (economici, materiali e di salute per uno standard minimo di benessere: può pagare l'affitto? Sta lavorando? Ha abbastanza da mangiare e bere? Ha un dottore che la segue? Può comperare la medicine?), storia di abuso di sostanze, maltrattamenti.

Questo non interferisce con il motivo per cui il paziente si è presentato: la visita medica. Essa pertanto deve tenere in considerazione le problematiche emerse (ad esempio in caso di paziente senza fissa dimora l'esame clinico deve comprendere una attenta ispezione della cute alla ricerca di parassitosi, ferite, ... che possono imporre il ricovero).

Qualora si ritenga il paziente dimissibile (scelta da preferirsi per garantire l'appropriatezza dei ricoveri), la dimissione deve avvenire in sicurezza.

Se viene identificata una categoria maggiore di privazione (problema socio-economico, abuso etilico/sostanze, violenza), si forniranno al paziente una serie di informazioni e numeri di telefono di riferimento a cui, se intenzionato, potrà rivolgersi (centro stranieri, servizi sociali di competenza, comunità di accoglienza, centro violenza per maltrattamenti, Sert, Alcolisti Anonimi, Acat, ...).

Sarebbe opportuno avvertire sempre il medico di famiglia, responsabile della continuità della gestione del paziente.

Il ruolo del medico

I Medici d'Urgenza condividono una relazione unica con la comunità e sono fra i soli medici competenti a 360 gradi.

Data l'importanza dei fattori sociali sulla salute, il medico di pronto soccorso, che lavora quotidianamente come interfaccia tra la medicina e la società, può vedere questo aspetto come un ampliamento della sua missione: la responsabilità di fare il massimo per i suoi pazienti, intesa come l'abilità di rispondere ad un'esigenza del paziente.

Questo senza perdere tempo, senza compromettere le cure mediche ai pazienti acuti, senza personalmente screenare ogni paziente con bisogni sociali, e senza aumentare il già pesante carico di responsabilità.

Costi/benefici

La maggior parte delle comunità mancano di un sistema di coordinazione, e quelle che lo hanno escludono l'ospedale da questo processo: relativamente poche risorse sociali sono qui dirette, sebbene di fatto il PS sia un'agenzia sociale".

Un intervento sociale intensivo potrebbe diminuire ricoveri impropri, anche se non c'è evidenza nella letteratura di un risparmio delle risorse. Del resto questo ruolo di coordinazione si potrebbe considerare come un servizio pubblico, senza un necessario ritorno economico: idealmente il costo dovrebbe essere assorbito dalla comunità e non ricadere sull'ospedale o sul PS (i fondi potrebbero essere pubblici e privati).

Una valutazione più appropriata potrebbe essere piuttosto che su indici economici, sul numero degli accessi e su misure della qualità di vita.

La dove è stato provato questo "esperimento" non si è riscontrato nessun problema per pazienti e medici; mentre gli assistenti sociali, che temevano di vedere decuplicato il loro lavoro, hanno ottimizzato il livello di assistenza.

In realtà si tratta solo di coordinare bene le risorse presenti nella comunità (la maggior parte delle comunità hanno pasti per indigenti, associazioni filantropiche locali e mediche che possono gestire richieste per farmaci, si possono trovare accordi per i trasporti...).

Ovviamente le risorse in qualsiasi sistema sono limitate: nessun sistema può accontentare tutti, ma un'assistenza relativamente semplice in un momento difficile può avere importanti effetti.

Conclusione

Dalla sua posizione privilegiata, situato a ponte com'è tra medicina e pubblico il pronto soccorso può diventare leader nel disegnare un modello "sociomedico" di integrazione della salute pubblica in senso lato.

Il sistema di "aiuto sociale" è frammentato in tante comunità. La coordinazione del servizio può essere più problematica della disponibilità del servizio stesso. Persone che necessitano di assistenza di base possono non conoscere le risorse disponibili o essere meno capaci nello sfruttarle.

Come esistono protocolli condivisi per le più comuni patologie, deve esserci uniformità di comportamento anche nei confronti di queste problematiche.

Questo potrebbe essere un modo per far "maturare" la Medicina d'Urgenza come specialità: quando, forse ora più che mai, si ha la necessità di integrare servizi sociali, salute pubblica e medicina per ottenere un sistema di salute pubblica efficace ed efficiente in un contesto di risorse limitate.

Il pronto soccorso può e deve diventare una parte effettiva e integrata delle risorse della comunità!