

La figura del medico esperto in gestione di pazienti acuti al centro di un convegno Cimo

Uno specialista delle emergenze per un'alta qualità del soccorso



Nel corso di un Convegno di Cimo, tenutosi lo scorso 18 febbraio a Firenze, si è fatto il punto della situazione sulla "figura" e la "carriera del medico specialista in emergenza-urgenza".

Il sistema di gestione delle emergenze nasce in Italia con il DPR del 27/3/1992 ed a distanza di quasi 25 anni dalla sua istituzione rappresenta uno degli ambiti più critici del SSN. Per un sistema sanitario nazionale che cambia, con un nuovo modello ospedaliero (DM 70/2015) e delle cure primarie, anche il sistema di emergenza-urgenza deve sviluppare ed adeguare la propria capacità di risposta ai bisogni di salute.

Il riconoscimento a tutti i livelli del medico di emergenza-urgenza, tutor dei percorsi clinico assistenziali in un dipartimento di emergenza-urgenza integrato, territorio-ospedale e ospedale-ospedale, permetterà di migliorare la qualità percepita, efficacia ed efficienza, nel rispetto del principio della sostenibilità. Il sistema di emergenza-urgenza fino a pochi anni fa era ed è ancora oggi "figlio di nessuno", cioè costituito da medici, convenzionati o dipendenti, di varia estrazione specialistica o addirittura privi di specializzazione, "adattati" dall'esperienza (e dalla necessità) alla gestione del paziente acuto e da modelli organizzativi e gestionali diversi nelle realtà territo-

riali e ospedaliere, nelle Regioni e nelle stesse Aziende, creando eterogenee risposte al soccorso sanitario.

Nel nuovo modello di Rete ospedaliera, previsto dal Dm 70/15, il sistema di emergenza-urgenza rappresenta una risposta al bisogno urgente 24h su 24, integrata, pur con la sua autonomia, anche con le reti delle patologie croniche. L'emergenza-urgenza non inizia e finisce in un ambulatorio così come in una corsia o in una stanza di degenza, ma si organizza e si articola in percorsi strutturati e codificati tra il territorio e l'ospedale e oggi anche tra ospedali.

Ancora oggi il medico specialista in emergenza non ha riconosciuta la qualifica nei concorsi

È necessario un aggiornamento e una rivisitazione del servizio e del modello al fine di renderlo omogeneo su tutto il territorio nazionale.

Le modalità di risposta alle patologie "tempo-dipendenti" sono anche molto diverse tra Regione e Regione, e la motivazione di queste differenze risiede nella diversa applicazione del DPR 29 marzo 1992, legge ormai "an-

ziana" ma ancora non operativa in maniera omogenea, e quindi da aggiornare per affrontare le nuove e le future sfide.

Ad oggi il sistema pone alcune problematiche: la disomogeneità nella gestione di casi con medesimo percorso clinico e terapeutico; le difficoltà nella gestione del paziente dopo le prime fasi di stabilizzazione; la frequente attivazione di consulenze specialistiche e di esami nel PS; le ridotte e mancate relazioni tra i servizi territorio-ospedale e ospedale-ospedale; la disomogeneità nella gestione del rischio e di governo clinico; i non uniformi percorsi di formazione, accreditamento, sviluppo continuo della qualità, ri-

Ad oggi il sistema è composto per la gran parte da medici non specialisti delle urgenze

cerca.

I medici che lavorano nell'area dell'emergenza, sia sul territorio che in ospedale, oggi hanno tutti una diversa estrazione formativa, culturale di approccio all'emergenza. Ad oggi numerose sono in Italia le discipline e gli specialisti che a diversi livelli si interessano e garantiscono l'emergenza: basta ricordare la figura dell'anestesta-rianimatore, il cardiologo, il chirurgo, l'ortopedico, il pediatra, il nefrologo, l'allergologo, lo psichiatra, ecc. Ma nessuno di questi garantisce l'emergenza-urgenza se non un medico che si dedica a tempo pieno alla presa in carico, alla gestione e trattamento dei rischi per patologie e traumi tempo-dipendenti.

L'avvento quindi della Scuola di specializzazione in medicina di emergenza-urgenza nel 2008 è stato un passo essenziale per formare un medico capace di fronteggiare le situazioni più delicate. Un professionista dell'emergenza in grado di svolgere la propria attività in tutte le articolazioni organizzative e a rivestire tutte le posizioni funzionali e direttive del sistema stesso.

Le varie Scuole universitarie in medicina di emergenza-urgenza ogni anno riescono a specializzare un nu-

mero ancora esiguo di medici rispetto alle necessità e non tutte le facoltà di medicina hanno attivato i corsi (con grandi differenze da una Regione all'altra). Ancora oggi il medico specialista in emergenza-urgenza non ha riconosciuta la sua qualifica specifica in sede concorsuale, venendogli quindi meno il punteggio relativo al riconoscimento del titolo accademico acquisito.

Inoltre il sistema è tuttora composto per la grande maggioranza da medici non specialisti in medicina di emergenza-urgenza, ma che di fatto (occorre riconoscerlo) lo sono diventati con l'esperienza lavorativa e con una formazione specifica. La possibilità di uno sviluppo di carriera è ad oggi precluso al personale medico convenzionato, che anche per questo motivo dovrebbe essere al più presto trasformato contrattualmente verso la dirigenza medica, in modo da omogeneizzare le figure e i contratti per la definitiva rifondazione del sistema di emergenza-urgenza del SSN.

Sia l'Università che il lavoro quotidiano nelle Aziende sanitarie tendono, dunque, a formare e a realizzare la figura di un medico di emergenza sanitaria "unico con una spiccata propensione per il lavoro in Pronto Soccorso. Questa figura "a tutto tondo" del medico di emergenza-urgenza rappresenta il reale e fondamentale trampolino di lancio sia per una corretta formazione medica, che per sviluppi di carriera.

La qualità, l'efficienza e l'efficacia di un sistema di emergenza-urgenza, così come previsto dal DPR 27 marzo 1992, va di pari passo all'organizzazione, lo sviluppo e l'applicazione del modello organizzativo dipartimentale.

Un dipartimento di emergenza-urgenza "chiuso", cioè organizzato e gestito a compartimenti stagni che non lavorano e non comunicano e non condividono formazione, addestramento, regolamenti, procedure e indicatori (118 - Pronto soccorso - Obi - medicina d'urgenza), non è in grado di far sviluppare al medico la conoscenza e la consapevolezza completa della gestione del paziente acuto, mentre solo un Dipartimento "aperto" che dia a ciascun medico la possibilità di lavorare nei vari settings è in grado di determinare la crescita, professionale ed anche di carriera, di questo professionista dell'emergenza-urgenza.

Un medico "unico" Tre livelli strategici per organizzare l'attività di urgenza

Le società scientifiche presenti e che si interessano di emergenza-urgenza in Italia sono e devono essere attori nella promozione e nella crescita, nel SSN e in quelli regionali, della figura del "medico di emergenza unico".

L'attività dello specialista e la progressione di carriera potrebbe essere organizzata su tre livelli strategico, intermedio e operativo:

1) Strategico direzionale, dove stanno i direttori Dipartimenti, direttori di aree funzionali e aree omogenee: sarebbe dunque la regia del Dipartimento, dove si dovrebbero prendere le decisioni di tutto il sistema, dal personale alle linee strategiche;

2) Gestionale Intermedio, dove risiedono i responsabili di Unità operative complesse e semplici e i responsabili di sezione: questa rappresenta la parte di controllo e di responsabilità del sistema, dove i direttori devono mettere in pratica - in collaborazione con i professionisti - regole, percorsi e obiettivi condivisi a livello strategico.

3) Operativo, dove si collocano i professionisti, i medici in formazione, i tutor, i professionisti di branca e/o di settings. È l'area dove la professionalità dei medici di emergenza entra in gioco, facendo la differenza nel 118 e nei Pronto soccorso.

Rete ospedaliera ancora bloccata, mentre i presidi sanitari dell'Isola annaspiano tenuti a galla dall'esercito dei precari

Ospedali & politica: il valzer delle poltrone viene prima della salute



Giuseppe Bonsignore
Responsabile Comunicazione CIMO Sicilia

A rischio di essere ripetitivi, ci vediamo costretti dall'immobilismo della politica regionale a tornare a battere ancora sullo stesso tema: quello della Rete Ospedaliera che non decolla e del blocco delle assunzioni, con un precariato ospedaliero giunto ormai al limite della sopportazione. Ma fin quando la situazione non verrà sbloccata lo diremo e ridiremo ancora, se necessario in maniera ossessiva.

La Giunta Crocetta si avvia stan-

camente verso un epilogo inglorioso dopo quasi un quinquennio di malgoverno che è sotto gli occhi di tutti tranne che dello stesso Governatore e (forse) del suo cerchio magico. Nella sua sgangherata e a tratti farsesca azione amministrativa, la Sanità ha rappresentato il vero e proprio tallone d'Achille e continua ad esserlo.

Da oltre due anni, tramontata la stagione degli assessori tecnici e dopo l'addio non privo di tensioni di una Lucia Borsellino isolata e costretta a vivere in un "clima di diffidenza e ostilità", la sanità è tornata nelle mani della politica di mestiere, ma nulla è cambiato sul fronte dei risultati. Su Baldo Gucciardi, esponente politico di punta del PD siciliano al timone della nave alla deriva, alcuni avevano puntato o quantomeno sperato, altri erano rimasti a guardare piuttosto scettici e a distanza di oltre due anni non ci resta che dare ragione ai secondi.

Ai ripetuti proclami ed annunci non è mai seguito niente di concreto. Dopo l'ultima versione riveduta e corretta della Rete Ospedaliera 2.0, presentata ormai da settimane, si attende ancora il placet o l'ennesimo nient dei ministeri della salute e dell'economia, e senza il piano di riordino del SSR, le stabilizzazioni, le mobilità e le procedure con-

corsuali resteranno al palo.

Gli ospedali siciliani sono in grande sofferenza, annaspiano tenuti a galla dall'esercito dei precari, ma negli ultimi 5 anni hanno perduto centinaia di medici e infermieri a tempo indeterminato solo in parte rimpiazzati da personale con contratti a tempo determinato, con una inevitabile contrazione dell'offerta sanitaria e un crescente malcontento di operatori e utenti. Tutto questo nell'intollerabile indifferenza di una politica che gioca a rimpiazzare con sé stessa, provando a nascondere fino alla fine la propria inadeguatezza e l'incapacità di dare risposte vere ai problemi reali dei cittadini.

Dopo la versione 2.0 della Rete ospedaliera si attende ancora risposta dal Ministero

Ci si sarebbe aspettati in extremis, il classico colpo di reni, quello scatto d'orgoglio che anche i politici mediocri devono dimostrare, se non altro in chiave elettorale, nel disperato tentativo di rimanere abbarbicati alla loro redditizia poltrona

per non essere costretti ad andare a lavorare (e non solo a fare finta per due giorni alla settimana). E invece niente, nessuno scatto, nessun rush finale da parte del governo regionale e della maggioranza politica che lo sostiene. E dunque questa la rivoluzione politica e morale che ci era stata promessa?

Altro che colpo di reni, al contrario, negli ultimi giorni si vanno concretizzando quelle voci di corridoio che circolavano già da mesi sul nuovo giro di valzer da compiere volteggiando leggiadri attorno alle poltrone di vertice della sanità. Le avvisaglie c'erano già state con la mancata conferma di Gaetano Chiaro alla guida del Dipartimento più prestigioso dello stesso Assessorato, al posto del quale al momento c'è ad interim Ignazio Tozzo, già Direttore del DASOE, altro Dipartimento assessoriale.

Più che un ballo, sembra però un gioco dell'oca in cui, una volta liberata una casella, si lanciano i dadi e chi ha il "punto" più alto in mano vince una poltrona. Il primo punto lo ha messo a segno Fabrizio De Nicola che è andato ad occupare in veste di Commissario Straordinario il posto del dimissionario (o dimissionato) Renato Li Donni al Policlinico di Palermo, lasciando a sua volta la poltrona di Trapani, ancora

da assegnare.

Al momento siamo quindi fermi alla seconda casella, perché i politici di casa nostra sono intenti a contendersi i dadi a botte e gomitate. L'opposizione a 5 Stelle ha finalmente detto la sua, ricordando a Gucciardi & Co che nel semestre bianco (cioè nei sei mesi prima del rinnovo del Consiglio Regionale) non si possono fare nuove nomine di direttori generali nelle Aziende Sanitarie. Ma a quella scadenza manca ancora più di un mese e l'attuale Governo in carica sta infatti anticipando i tempi per provare, nell'eventualità tutt'altro che remota di non essere riconfermato, a fregare chi gli succederà alla guida della Regione.

In attesa del prossimo lancio di dadi e della prossima casella da occupare, negli ospedali pubblici siciliani, precari e cittadini in cerca di risposte ai rispettivi bisogni, assistono attoniti, ma incapaci di reagire con la dovuta efficacia, al gioco dell'oca della politica siciliana, per la quale una poltrona da spartirsi è ben più preziosa del lavoro e della salute (degli altri).

Giuseppe Bonsignore
Responsabile Comunicazione
CIMO Sicilia

© RIPRODUZIONE RISERVATA