

Ruolo e identità del Medico d'Urgenza

Ubaldo Mengozzi, Ivo Casagrande*

Past president SIMEU

*Direttore DEA ASO Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria

SINTESI

L'articolo parte dalla descrizione del percorso storico del Pronto Soccorso dal 1960 ai giorni nostri, per analizzare poi le funzioni e gli obiettivi della Medicina d'Urgenza all'interno dell'attuale Sistema

Il percorso storico per la comprensione del contesto

In origine, prima del 1960, il Pronto Soccorso era poco più di una sala di medicazione per la piccola traumatologia e i ricoveri erano rari. L'urgenza, di competenza quasi completamente chirurgica, era legata agli interventi operatori e al grande trauma. L'urgenza medica disponeva di limitatissimi strumenti terapeutici: un salasso, un cardiocinetico, un diuretico, un analettico, ossigeno e basta. Le urgenze mediche morivano nel proprio letto, in quanto l'ospedale aggiungeva poco o nulla alle cure domiciliari.

Nel 1969, la legge Mariotti creò le premesse per trasformare questo servizio, affidato alla noncurante rotazione dei medici di reparto, in una struttura gestita da medici dedicati i quali, in alcune realtà, con il tempo hanno sviluppato e coltivato una specifica dottrina.

La necessità di creare un corpo dottrinale e di fornire un'identità ai medici che esercitavano in Pronto Soccorso spinse alcune figure illuminate a chiedere e ottenere, nel 1971, presso la Libera Università di Chieti, la prima scuola al mondo che portava alla Specializzazione in Medicina di Pronto Soccorso attraverso un programma interdisciplinare. Questa nuova scuola, che interpretava la Medicina d'Urgenza a tutto campo, rigettava gli schematismi del passato, attingeva conoscenze da tutte le discipline, apriva spazi a nuove frontiere del pensiero scientifico, venne soppressa alcuni anni dopo, probabilmente perché per i tradizionalisti l'idea era troppo avanzata, per gli amministratori poco comprensibile e per gli oppositori troppo ambiziosa.

Nonostante questo, la necessità di creare un livello minimo di formazione per la gestione delle urgenze

Sanitario Nazionale. Si sofferma quindi ad esaminare la figura del Medico d'Urgenza, il suo ruolo e la ricerca dell'identità che passa attraverso l'acquisizione delle competenze, il riconoscimento istituzionale e l'avvio della Scuola di Specializzazione in Medicina d'Emergenza e Urgenza.

ha portato il Ministero dell'Università e della Ricerca, nel 1996, a differenziare, all'interno della Scuola di Specializzazione in Medicina Interna, due indirizzi, quello di medicina interna classico e quello d'urgenza.

Nel frattempo, con l'istituzione nel 1992 del servizio di emergenza territoriale 118, vennero istituiti i corsi regionali per la formazione dei medici dedicati alla gestione dell'emergenza extraospedaliera. Tali corsi hanno trasformato il soccorso territoriale, prima affidato a volontari laici.

Negli anni il progresso scientifico, lo sviluppo della medicina sociale, il dilagare della traumatologia della strada e del lavoro, la progressiva disattivazione degli ospedali minori, la disponibilità di tecnologia e di specialisti ospedalieri hanno moltiplicato a dismisura gli accessi ospedalieri. Infatti, mentre nel 1984 il primo censimento nazionale delle urgenze-emergenze sanitarie aveva rilevato circa 18.000.000 di accessi al Pronto Soccorso, nel 1997 un secondo censimento ne contava ben 40.000.000.

Questi numeri hanno reso evidente l'entità del fenomeno e la necessità di riconoscere una disciplina che fosse un riferimento in termini di competenze e fornisse per la prima volta un'identità al medico di Pronto Soccorso. Perciò, nel 1998, il Ministro della Sanità Guzzanti istituì la disciplina in Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, e nel 1999 venne definito il curriculum professionale per accedere all'incarico di Direttore di struttura complessa in questa disciplina.

Contemporaneamente, le due Società scientifiche di riferimento, l'Associazione nazionale dei Medici d'Urgenza (ANMU) e la Società Italiana di Medicina di Pronto Soccorso (SIMPS), condividendo obiettivi e finalità, confluirono dapprima nella Federazione

Italiana di Medicina d'Urgenza e di Pronto Soccorso (FIMUPS) e successivamente, nel 200, nella Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza (SIMEU). La SIMEU, forte di più di 3000 iscritti e quale diretta interlocutrice con le istituzioni, ha intrapreso una continua opera di pressioni a livello governativo per l'istituzione della Scuola di Specializzazione in Medicina d'Emergenza-Urgenza presentando il *curriculum studiorum* ed evidenziando il ruolo e le funzioni del Medico d'Urgenza all'interno del Sistema Sanitario Nazionale. I frutti di questo lavoro dovrebbero essere evidenti dal prossimo anno accademico con l'avvio delle prime scuole di specializzazione e dei Master in Medicina d'Emergenza-Urgenza.

La Medicina d'Emergenza-Urgenza nel SSN (ruolo e obiettivi)

Ruolo

La Medicina d'Emergenza-Urgenza è una disciplina trasversale che si occupa dello studio del paziente acuto e della presa in carico di quei cittadini che giungono in Pronto Soccorso con bisogni di salute di vario tipo e gravità. Essa divide anche con altre specialità questo ruolo (cardiologia, anestesia e rianimazione, traumatologia, chirurgia e medicina interna), situandosi però a monte di queste, perché per prima interpreta e indirizza i bisogni e le necessità dei pazienti.

La sua azione inizia già in ambito extraospedaliero con la stabilizzazione del malato, per proseguire poi in ospedale, dove il paziente può essere gestito dal Medico d'Urgenza con l'ausilio anche di altri specialisti e delle tecnologie.

Da un punto di vista prettamente sanitario la sua funzione principale è quella di diagnosticare e trattare precocemente tutte le condizioni pericolose per la vita, per la funzione degli organi e degli arti e, oltre a questo, di diagnosticare e trattare (o di indirizzare nella sede più opportuna) la grande quantità di patologie non gravi che afferiscono al Pronto Soccorso. Inoltre, rientra tra le funzioni più importanti di questa disciplina il trattamento del dolore.

Sul piano organizzativo il ruolo della Medicina d'Urgenza è quello di costituire un filtro ai ricoveri ospedalieri d'urgenza, e questo è sicuramente ben svolto, considerando che circa l'80% dei cittadini che si rivolge al Pronto Soccorso non viene ricoverato.

Sul piano sociale da sempre il Pronto Soccorso costituisce un riferimento per le persone che non hanno un rapporto consolidato con le figure istituzionali del SSN o per i marginali o gli immigrati che non hanno un medico di riferimento. Sul piano economico la Medicina d'Urgenza ha consentito di dare una risposta adeguata in termini sanitari a costi relativamente contenuti con l'utilizzo della tecnologia già esistente e operante all'interno delle strutture ospedaliere.

Obiettivi

Gli obiettivi della Medicina d'Urgenza, condivisi anche dalla SIMEU, sono quelli indicati nel *Manifesto for Emergency Medicine in Europe*, pubblicato nel 1998 sull'*European Journal of Emergency Medicine*:

- costruire un sistema integrato per la gestione dell'emergenza pre-ospedaliera, intra-ospedaliera e inter-ospedaliera;
- standardizzare e migliorare la qualità degli interventi sanitari in emergenza;
- ridurre la mortalità, la morbidità, le disabilità e le sofferenze associate alle lesioni e all'improvviso stato di malattia;
- fare ricerca sulla natura e sul trattamento delle emergenze mediche;
- raccogliere dati epidemiologici per la prevenzione degli incidenti, degli infortuni e per la promozione della salute;
- studiare l'epidemiologia e la gestione degli incidenti maggiori e dei disastri e partecipare alla pianificazione per l'intervento in questi eventi;
- studiare i problemi etici che interessano l'assistenza sanitaria in emergenza ed elaborare linee guida per le scelte decisionali.

Il Medico d'Urgenza: ruolo e identità

Il ruolo: come "parte affidata"

Stando a quanto scritto sopra, il ruolo del Medico d'Urgenza coincide con quello della disciplina di riferimento, della quale traduce necessariamente da un punto di vista operativo i contenuti che la caratterizzano e che per molti aspetti ne disegnano anche l'identità. Il ruolo è stabilito, oltre che dalla componente normativa e da quella organizzativa, anche dalle competenze.

Per questo la SIMEU ha prodotto un documento in cui queste sono definite in modo chiaro ed esplicito:

- valutare, rianimare e stabilizzare il paziente nella fase extra- e intraospedaliera;
- inquadrare dal punto di vista diagnostico e attuare il trattamento di tutti i pazienti che arrivano in Pronto Soccorso con diversi sintomi e bisogni in base a criteri di priorità;
- coinvolgere in modo appropriato gli specialisti;
- gestire la dimissione del paziente attraverso forme di integrazione con le professionalità e le attività intra- ed extraospedaliere;
- partecipare alla risposta sanitaria e alla gestione organizzativa nelle "maxiemergenze" intra- ed extraospedaliere;
- conoscere e gestire gli aspetti organizzativi e di comunicazione della centrale operativa 118;
- utilizzare le tecniche del management al fine di ottimizzare le risorse e applicare la metodologia VRO/MCO nella gestione clinica e organizzativa.

In questi anni la necessità di acquisire tali competenze ha indotto la FIMUPS prima e la SIMEU dopo a predisporre momenti formativi che potessero offrire ai medici uno standard professionale di base. Questo però non era sufficiente e da qui la spinta e le pressioni per avere un percorso formativo accademico che coincidesse con l'istituzione della Scuola di Specializzazione in Medicina d'Emergenza-Urgenza.

L'identità: come elemento di percezione e di riconoscimento

Nei numerosi incontri che in questi anni abbiamo avuto con i colleghi che lavorano in Pronto Soccorso ci siamo frequentemente sentiti dire che "gli altri" (i cardiologi, gli anestesisti, gli ortopedici ecc.) hanno compiuto studi specifici all'interno di una scuola di specializzazione istituita e riconosciuta dallo Stato: questo ha permesso e permette loro di svolgere le mansioni legate al ruolo in una condizione riconosciuta sul piano normativo, professionale e sociale, mentre ciò non è ancora avvenuto per i Medici d'Urgenza per l'assenza di un iter formativo specifico, istituzionalmente riconosciuto.

È evidente che questo modo di vivere il proprio lavoro è indice di uno stato di malessere legato non tanto a motivi riferiti al ruolo, chiaro sia sul piano organizzativo sia su quello normativo, quanto a problemi di *identità*. Ma cos'è quest'ultima? Sul piano stretto della definizione, l'identità è il senso del proprio essere come entità distinguibile dagli altri e continua attraverso il tempo e può essere vissuta su due livelli, individuale e sociale. Per i filosofi Locke e Hume essa non è un dato ma una costruzione della memoria. È chiaro che in quest'ottica le esperienze che vengono vissute individualmente sono estremamente importanti nel definirla.

Sul piano professionale è indispensabile che le azioni siano frutto di una competenza acquisita e che questa venga vissuta come elemento fondante nella costruzione della propria identità professionale. A livello individuale è fondamentale la percezione del sé, che ha le sue radici nel processo che ha portato alla costruzione dell'identità, da rendere poi evidente durante l'esercizio del proprio ruolo.

Sul piano sociale il riconoscimento da parte degli

"altri" (ad esempio i colleghi) del ruolo ricoperto e di un rapporto alla pari è di grande importanza nel rafforzare il senso di *identità della singola persona* o del singolo professionista. Inoltre le istituzioni (ospedale, società scientifica) partecipano a conferirla all'individuo e a questo punto diventa anche un'*identità di appartenenza*. Ritornando al malessere che si riscontra tra i medici d'urgenza, è evidente che il problema dell'identità esiste: questo accade per una serie di motivi quasi tutti da attribuire alla carenza o al ritardo nell'istituzione di elementi fondamentali dal punto di vista organizzativo e culturale che sono basilari per la costruzione del processo di identità. Infatti è recente (costruzione della memoria) la creazione della disciplina di Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza, la quale consente, adesso, di avere un chiaro riferimento culturale, normativo e di carriera professionale; inoltre, nonostante fosse già previsto dalla legge Mariotti, solo da qualche anno molti Direttori Generali hanno provveduto a istituire, di fatto, gli organici dedicati all'attività in Pronto Soccorso, elemento questo che ha permesso anche la costruzione di un'*identità di gruppo*.

Poiché questa situazione e queste difficoltà erano chiare a molti, avendo anche come riferimento realtà come quella statunitense e altre, europee, in rapido divenire, si è proceduto, come già ricordato, alla fondazione della FIMUPS prima e della SIMEU dopo, in modo da offrire ai Medici d'Urgenza una casa comune che servisse anche a definire un'identità a valenza nazionale.

E in questa ottica le due società scientifiche hanno da subito lavorato per ottenere il riconoscimento della disciplina già citata e per ottenere l'avvio della Scuola di Specializzazione in Medicina d'Emergenza-Urgenza.

In conclusione, crediamo che nonostante le difficoltà, che hanno comunque avuto l'effetto positivo di coinvolgere i medici e di renderli coesi, il futuro sia pieno di speranza e possa essere atteso con l'ottimismo della ragione. Molta strada è stata fatta e il diffondersi di un'organizzazione omogenea nei Pronto Soccorso e l'avvio della Scuola di Specializzazione in Medicina d'Emergenza-Urgenza faranno maturare, in maniera definitiva, il processo di acquisizione di un'identità forte e riconosciuta.



ABSTRACT

The article describes the historical evolution of Accident & Emergency departments from 1960 to the present day before analysing the functions and objectives of Emergency Medicine within

Italy's National Health Service today. It continues with an examination of the figure of Emergency Doctors, their role and the quest for an identity that entails the acquisition of skills, institutional acknowledgment and the establishment of a School of Specialisation in Emergency Medicine.