

Ne vale la pena?

Daniele Coen

SC Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, AO Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

La Scuola di Specializzazione è oramai cosa fatta. L'abbiamo ottenuta perché ci abbiamo creduto e ci abbiamo creduto anche perché molti anni passati a lavorare nei Pronto Soccorso e nelle Medicine d'Urgenza di tutta Italia ci hanno convinto che la nostra professione ha la specificità, i contenuti, la qualità che la rendono degna di essere insegnata, tramandata ed arricchita dalla ricerca e dalla consapevolezza formale che il rapporto con l'Università le può dare.

Eppure fatico sempre di più, ogni volta che un giovane collega viene a dirmi che vuole fare il medico d'urgenza, a salutare con entusiasmo questa scelta. Anche se lo dice con la convinzione che avevo io quando ho iniziato, anche se passa ore e ore ogni giorno in Pronto Soccorso senza sembrare mai stanco (o stanca, visto che le forze fresche della Medicina d'Urgenza sono donne nella maggior parte dei casi). Penso alle infinite notti e ai week end lavorati che la/lo aspettano. Penso alle tensioni che questo potrà provocare nella sua vita familiare. Al carico di lavoro crescente a fronte di strutture e organici spesso insufficienti, che la/lo lasceranno molte volte con la sensazione di non avere fatto tutto quello che avrebbe dovuto, o voluto, per un malato. Alla continua tentazione della medicina difensiva, con il rischio di fare troppo e male per una paura sempre meno infondata di essere chiamato a rispondere in tribunale per aver omesso prestazioni o esami, anche se privi di una chiara giustificazione clinica.

Consapevole di questa ambivalenza, che credo non coinvolga solo il sottoscritto, vorrei provare a lasciare da parte entusiasmi e delusioni, per riflettere su quale sia oggi il senso ed il ruolo della Medicina d'Urgenza e di conseguenza se possa valere la pena di dedicarvi se non tutta, almeno una parte rilevante della propria vita professionale.

Cominciamo dalla "trincea", da quel punto di contatto tra territorio e ospedale, fra vita privata e istituzione, fra paure/attese e disponibilità/risposte che si dipana a partire dal triage infermieristico attraverso il momento della prima visita medica, degli

esami, dell'osservazione, per giungere al momento della decisione finale: ricovero o dimissione, dentro o fuori. Chiamare questo processo "funzione di filtro" è riduttivo e deviante, perché sottintende una visione della salute centrata sull'ospedale. Come se il Pronto Soccorso pullulasse di persone che desiderano più di ogni cosa essere ricoverate e il medico selezionasse, a difesa dell'Istituzione, solo quelle che ne sono abbastanza degne in quanto affette da condizioni sufficientemente gravi o complesse. Si deve invece guardare diversamente a questo aspetto del nostro lavoro. L'adagio "*There is no place like home*" si rivela infatti particolarmente vero nel caso della salute. La prima persona a cui facciamo un piacere evitando il ricovero non è il collega del reparto, ma il malato che sta davanti a noi. Il trattamento domiciliare può risparmiare infezioni nosocomiali ed iatrogenesi; nell'anziano ricoveri ripetuti ed allettamento prolungato sono una causa importante di perdita dell'autonomia. Certo, la decisione non è sempre facile. Bisogna valutare il rischio di un evento acuto a breve termine e capire quale disponibilità a correrlo abbiano il paziente, i suoi familiari e, da ultimi, noi stessi. Bisogna offrire un credibile progetto di cura sul territorio, bisogna darsi disponibili ad una rivalutazione in qualsiasi momento e rendere chiaro che quella che stiamo offrendo non è una opzione di seconda scelta, ma la migliore risposta disponibile per il problema in quel momento. Bisogna parlarne, e farlo con onestà e trasparenza nell'interesse di chi vuole da noi soprattutto un consiglio. Anche quando il consiglio migliore dovrà essere quello di fermarsi, di evitare interventi futili, di rispettare la dignità di un morente. Per restare all'inglese e citare un'affermazione disponibile sul sito di ACEP: "*You are an emergency physician, then you are a talker*". Ed in effetti è difficile immaginare una palestra di comunicazione più stimolante e gratificante di quella frequentata ogni giorno dai medici d'urgenza in Pronto Soccorso.

Un secondo punto che arricchisce di specificità e di significato il nostro lavoro riguarda l'identifica-

zione ed il trattamento precoce delle condizioni di emergenza. Se vent'anni orsono si parlava di "golden hour" quasi unicamente per riferirsi alla trombolisi precoce dell'infarto miocardico, oggi è chiaro che la precocità di un intervento terapeutico influenza in modo rilevante la prognosi di numerose altre condizioni cliniche. Basta pensare all'ictus, al trauma maggiore, alla sepsi, per rendersi conto di quante volte ogni giorno i medici d'urgenza siano confrontati con pazienti per i quali la differenza tra la vita e la morte o l'invalidità residua dipende dalla loro capacità, e da quella degli infermieri, di identificarli tra le centinaia di accessi quotidiani, di riconoscerli ad onta di una possibile presentazione atipica, di iniziare prontamente i trattamenti essenziali. Non siamo specialisti di tutto, ma senz'altro fa parte della nostra professionalità portare "il malato giusto, nei tempi giusti, nel posto giusto" consentendo così agli altri specialisti di intervenire su pazienti correttamente identificati e stabilizzati e ponendoli nelle condizioni di esprimere al meglio le proprie competenze.

Sempre in tema di professionalità, i medici d'urgenza, spesso accusati di volersi appropriare indebitamente di competenze altrui, hanno dimostrato in realtà di saper "rileggere" tecniche e competenze preesistenti tanto da farne un uso assolutamente innovativo nell'interesse dei pazienti. Abbiamo fatto uscire la ventilazione non invasiva dai reparti di terapia intensiva e di pneumologia per portarla nei Pronto Soccorso, nelle Medicine d'Urgenza, addirittura sulle ambulanze, modificando prognosi e percorsi terapeutici dei pazienti con grave insufficienza respiratoria. Abbiamo fatto dell'ecografia (una FAST sempre più "extended") uno strumento duttile, focalizzato, immediatamente disponibile, integrato nei protocolli clinici, che ha radicalmente modificato il primo approccio al paziente traumatizzato, al paziente dispoico, a quello con emodinamica compromessa. Per non parlare della crescente autonomia nella gestione diagnostico-terapeutica dei pazienti con tachiaritmie o con episodi sincopali, del triage clinico dei pazienti con dolore toracico e del primo trattamento dei pazienti con SCA, dell'utilizzo della sedazione analgesia per i pazienti candidati a manovre cruente. In generale, un po' per vocazione e un po' per forza, abbiamo arricchito e diversificato le nostre competenze come pochi altri hanno fatto. Mantenendo livelli di qualità che molti lavori di letteratura hanno dimostrato sovrapponibili a quelli degli specialisti "dedicati".

In quasi nessun punto dell'ospedale poi, l'attenzione agli aspetti organizzativi è rilevante come per i servizi di urgenza-emergenza. L'informatizzazione si è sviluppata nei Pronto Soccorso assai prima che nei reparti di degenza e oggi ci consente una verifica dei nostri processi, dei nostri interventi, dei tempi e delle modalità con cui li poniamo in atto, che ha un dettaglio sconosciuto agli altri reparti dell'ospedale. Un'occasione per il controllo dei nostri errori, per imparare dalle nostre inefficienze, per migliorare. E la telemedicina. Un'altra occasione per inviare il paziente giusto al posto giusto, nel tempo giusto. Per abbattere i tempi di ri-perfusione nell'infarto del miocardio o per indirizzare correttamente un traumatizzato cranico. Comunque per ottimizzare con adeguati protocolli di centralizzazione l'utilizzo di risorse inevitabilmente limitate. E ancora, i piani per le maxi-emergenze: da massiccio afflusso di feriti, da epidemie, da disastri chimici. Infine, ma forse soprattutto, lo sviluppo di protocolli per la gestione di un gran numero di condizioni cliniche. Non siamo certo gli unici ad usarli, ma in poche altre situazioni le scelte sono così legate alla necessità di ottimizzare i tempi ed hanno a loro volta determinato la nascita di unità operative tempo-dipendenti come l'Osservazione Breve e la Medicina d'Urgenza. Per restare al tema dei tempi, le lunghe attese dei nostri pazienti, che spesso vengono sbandierate come segnale di cattiva sanità, non devono trarre in inganno: i Pronto Soccorso restano di gran lunga i reparti più efficienti dell'intero ospedale. E i medici che vi si sono formati portano con sé questo valore aggiunto per tutto il resto della propria vita professionale.

Una finestra sul mondo. Forse non sulla sua parte migliore. Senz'altro sui suoi problemi.

Negli ultimi anni l'immigrazione, regolare o clandestina, ha modificato l'aspetto delle nostre sale di attesa e ci ha costretto a confrontarci non solo con "nuove" patologie, ma con diversi modi di vivere la salute e la malattia. E ci ha dato l'occasione di ribadire i fondamenti etici della nostra professione dichiarando pubblicamente il nostro rifiuto ad accettare una proposta di legge che voleva trasformare i medici in delatori. Delatori di una condizione di malessere psicologico e sociale la cui stessa presenza, secondo l'OMS, nega lo stato di salute.

Alla ricerca di elementi di integrazione, potremmo dire che anche gli immigrati non sfuggono a quella che è probabilmente la causa "profonda" più frequente di consultazione e uno dei quadri patologici più tipici dei nostri tempi. L'ansia per-

vade le sale di attesa e i box dei Pronto Soccorso. Come preoccupazione di essere malati, o che i propri cari lo siano, o come paura che un sintomo minore sia la manifestazione di un problema grave (H1N1?). Crescendo poi fino alle sindromi da conversione o all'angoscia profonda della depressione maggiore e delle psicosi. Di nuovo, medico d'urgenza "You are a talker", c'è lavoro da fare con le tue parole. Ancora, per finire, la Medicina d'Urgenza come osservatorio sulla precarietà dei valori. Sulle nostre

mille incertezze, di medici e di potenziali pazienti. Di fronte all'ennesima recidiva dei nostri assistiti più fragili d all'impossibilità di non immaginare la nostra morte. Di fronte al precario equilibrio tra i rischi e i benefici delle nostre terapie ed al sottile velo di ipocrisia che avvolge i consensi informati che firmiamo e che facciamo firmare. Di fronte all'ennesimo smonto notte, quando ci domandiamo se la nostra fatica valga la pena. Sarà un bene di tutti se molti continueranno a rispondere di sì.

NOVITÀ



Autori

Libero Barozzi
Massimo Valentino

Introduzione clinica di
Mario Cavazza

SCHEDA TECNICA

17 x 24 • 520 Pagine
• 600 immagini (disponibili anche on line) • flow-charts
• tabelle
ISBN: 978-88-7110-226-9
Prezzo di listino: € 75,00

SINTESI DEL PIANO DELL'OPERA

- CERVELLO E MIDOLLO
- MASSICCIO FACIALE
- COLLO
- TORACE
- ADDOME E PELVI
- ARTI
- RADIOLOGIA INTERVENTISTICA
- URGENZE IN PEDIATRIA
- IL TRAUMA
- I PROBLEMI DELLA RADIOLOGIA D'URGENZA

Libero Barozzi Massimo Valentino LA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI IN PRONTO SOCCORSO

GUIDA PRATICA ALL'IMAGING

Lo scopo della pubblicazione è fornire gli strumenti che nella pratica clinica possono aiutare a **individuare** di volta in volta **la tecnica diagnostica più utile e interpretare adeguatamente il referto radiologico**. Il testo propone un approccio pratico all'*imaging*, nella sua elaborazione gli Autori hanno cercato di rendere la trattazione radiologica il più possibile "clinica".

Oggi il radiologo dispone di un ampio "armamentario" che deve essere conosciuto in tutte le sue potenzialità dal medico: è sempre più importante che le risorse utili per effettuare le diagnosi siano condivise e note.

La trattazione, partendo da problematiche cliniche proposte per argomento da un medico d'urgenza, illustra in maniera analitica i diversi quadri riscontrabili con le tecniche di *imaging* maggiormente indicate per ogni patologia. Per rendere la consultazione rapida, ogni capitolo si apre con un'introduzione clinico-radiologica e termina con la diagnostica differenziale e/o *flow-charts* esplicative; sono stati inclusi anche temi utili al colloquio tra medico e radiologo (impiego dei mezzi di contrasto, consenso informato, possibili problematiche medico-legali...).

Tutte le immagini sono inoltre state rese disponibili anche sul sito della casa editrice (www.cgems.it), in maniera più ampia, con possibilità di ingrandimento e suddivise per capitolo. La diagnostica per immagini deve essere il più possibile "guardata" e quest'opera è senza dubbio la prima nel suo genere per struttura e strumenti messi a disposizione del Lettore.

Per coloro che acquisteranno il volume, le immagini saranno consultabili anche sul sito, attraverso la MYHOME.

Per le modalità di accesso contattare
l'Ufficio Clienti ☎ **011.37.57.36**

