

Formazione e (in)coerenza organizzativa

Franco Tosato

Dipartimento Interaziendale di Pronto Soccorso, Azienda Ospedaliera di Padova

Sono le 11 del mattino e il Pronto Soccorso è piuttosto affollato, quando la Centrale Operativa 118 comunica l'imminente arrivo di un paziente in arresto cardiorespiratorio e richiede l'allertamento del rianimatore; uno dei due medici in servizio ha appena completato il corso ACLS ed è impaziente di mettere in pratica le conoscenze e le abilità acquisite, ma mentre attende l'arrivo dell'ambulanza comincia a riflettere: «Il mio primario mi ha raccomandato di intubare solo se mi sento assolutamente sicuro... la Direzione Sanitaria non ha mai ritirato la disposizione di far intervenire tempestivamente in questi casi il rianimatore... Gli infermieri in turno non sono stati ancora addestrati a supportarmi nelle procedure rianimatorie... Ci sono 20 pazienti in attesa e io ne ho già 14 aperti che richiederanno nella prossima ora ulteriori valutazioni. Il mio collega, esperto ecografista ed elettrocardiografista, non è in grado di aiutarmi non avendo ancora acquisito alcuna abilità nella gestione avanzata delle vie aeree, d'altra parte è già visibilmente irritato all'idea di dover gestire da solo la coda finché io tratterò l'arresto... Dovrò comunque affidare, alla fine, il paziente ai rianimatori che hanno già minacciato denunce per ogni ritardo o errore...

Tutto sommato, meglio seguire le indicazioni della Centrale e allertare subito il rianimatore... e già che ci siamo anche il cardiologo, che mi sarà certamente richiesto per l'interpretazione dell'ECG».

Dall'inizio degli anni Novanta l'evoluzione dei servizi di emergenza intra- ed extraospedalieri in Italia si caratterizza per un processo rapidamente progressivo di acquisizione formale, da parte del personale medico e infermieristico, di livelli di addestramento sempre più avanzati. Questo processo, che ha implicato e implica elevati costi in termini di risorse umane, organizzative ed economiche e che è stato ulteriormente stimolato negli ultimi quattro anni dalla normativa ECM, pur avendo permesso ai servizi di emergenza di disporre di personale in gran parte certificato secondo standard formativi internazionali, sta avendo, purtroppo, ripercussioni operative assolutamente inadeguate rispetto agli sforzi fatti e alle attese.

È innegabile, infatti, che la maggior parte del personale addestrato, ma talora anche degli addestratori dei diversi corsi internazionali o degli equivalenti nazionali e locali, utilizzi solo in piccola parte nella pratica quotidiana le diverse abilità acquisite, vanificando così gran parte degli sforzi compiuti. Questo stato di fatto richiede una riflessione, l'identificazione delle cause e l'attivazione urgente di correttivi adeguati.

La facile argomentazione che tutto dipenda dalla mancanza di una specifica Scuola di specializzazione e che l'adozione di un sistema formativo basato sull'esecuzione dei corsi di addestramento internazionale non sia sufficiente a formare la figura del medico d'urgenza identifica certamente una causa vera, ma non l'unica e neppure la più importante; non spiega tra l'altro il successo internazionale e l'efficacia del modello formativo suddetto nelle realtà in cui la Specialità di Medicina d'Urgenza non è o non era presente.

Le cause sostanziali della scarsa efficacia dei metodi formativi attualmente utilizzati vanno in realtà ricondotte a gravi incoerenze organizzative di ordine generale o specifiche delle diverse realtà locali, ma ampiamente diffuse, che se non corrette vanificherebbero per altro anche i risultati attesi dalla Scuola di specializzazione recentemente approvata.

Il punto critico, alla base del problema in esame, va riconosciuto nella stupefacente *discrepanza fra il modello formativo e quello operativo* utilizzati nel nostro Paese: in Italia, infatti, come nella maggior parte degli altri Paesi, è stato importato e adottato un sistema formativo di modello nordamericano basato sui corsi BLS (AHA), ACLS (AHA), AMLS (NAEMT), BTLS (ACEP), PhTLS (NAEMT), ATLS (ACS) affiancati da altri corsi nazionali o locali, omogenei a questi per contenuti e metodologia didattica. Questo sistema per altro è finalizzato alla realizzazione di un modello operativo gestito dalla figura professionale dell'*Emergency Physician* autonomo nella gestione iniziale di base e avanzata di ogni emergenza sanitaria.

La diffusione in Italia di questo modello, soprattutto nei grandi ospedali, è però modesta e lenta a favore del modello operativo tradizionale che prevede, per

la gestione dei pazienti critici, la presenza in Pronto Soccorso o l'immediata disponibilità di diversi specialisti ognuno con i suoi specifici ambiti di competenza; il mancato rispetto di questo ordine di cose da parte dei medici di Pronto Soccorso viene quasi sempre pesantemente scoraggiato, spesso "proibito" da specifiche disposizioni, quando non addirittura preteso come illegale.

In tali situazioni, ovviamente, l'acquisizione delle abilità previste nei corsi internazionali rappresenta un inutile dispendio di soldi ed energie e tali abilità saranno rapidamente perdute in assenza di una pratica routinaria.

A prescindere dall'opportunità di mantenere il sistema tradizionale di tipo polispecialistico o passare a quello monospecialistico basato sul medico d'urgenza, resta innegabile il fatto che il successo di un programma formativo dipenda dal modello operativo che si intende realizzare: l'operatività di un modello polispecialistico tradizionale richiederà, infatti, un'impostazione formativa specifica e diversa da quella nordamericana, quest'ultima invece sarà utile ed efficace solo in quelle realtà in cui sia prevista una riorganizzazione di tutto il sistema in senso monospecialistico, all'interno del quale il programma formativo e riorganizzativo siano attuati in maniera parallela e consensuale.

Su questo punto è necessaria innanzitutto una chiara e ferma "convinzione" della Direzione del Pronto Soccorso e Sanitaria. Questo presupposto rappresenta, infatti, la condizione preliminare indispensabile alla realizzazione di un percorso riorganizzativo che si presenta complesso e costellato di ostacoli non solo tecnici ma anche, e soprattutto, di ordine culturale, politico e corporativo, evocati dalla necessaria ridefinizione e redistribuzione di ruoli e competenze fra le diverse unità operative coinvolte nella gestione dell'emergenza sanitaria.

Da questo punto di vista è curioso verificare come in molti casi siano proprio la Direzione del Pronto Soccorso e la Direzione Sanitaria a scoraggiare o "proibire" l'applicazione pratica delle abilità acquisite nei corsi che hanno rispettivamente richiesto e pagato.

Sotto l'aspetto tecnico la conversione di un sistema tradizionale in un sistema monospecialistico prevede, come condizione necessaria alla riuscita del progetto, un adeguamento quantitativo dell'organico medico e infermieristico graduato sullo stato di avanzamento del programma riorganizzativo stesso.

È proprio in riferimento a quest'ultimo punto che va segnalata un'altra criticità responsabile della scarsa efficacia di tanti progetti di formazione: in molti casi, forse la maggioranza, infatti, i servizi di Pronto Soccorso lavorano con organici inadeguati e la *discrepan-*

za fra le risorse disponibili e i carichi di lavoro è tradizionalmente risolta con l'affidamento precoce dei pazienti più impegnativi al personale specialistico rispettivamente competente. In un servizio di Pronto Soccorso in via di riorganizzazione monospecialistica, in cui il carico di lavoro dei singoli medici progressivamente aumenta, l'innescò, la persistenza o l'accentuazione di questo fenomeno potrebbe impedire il mantenimento e il rafforzamento delle abilità acquisite con la pratica quotidiana, con gli ovvi, deleteri effetti sull'efficacia dello sforzo formativo.

Rispettati questi presupposti generali, relativi all'omogeneità dei modelli formativi e organizzativi pianificati e all'adeguatezza delle risorse umane impegnate ai carichi di lavoro richiesti, l'efficacia di un progetto formativo è strettamente correlata anche alle sue modalità organizzative, che non possono ridursi all'*esecuzione disordinata "a pioggia"* comunemente praticata, ma richiedono il rispetto dei seguenti, precisi criteri di esecuzione:

- integrazione dei livelli di formazione del personale medico e infermieristico;
- predefinitone delle priorità di esecuzione dei diversi corsi;
- esecuzione dei corsi in blocchi omogenei.

In riferimento al primo punto appare ovvio affermare che la stretta collaborazione operativa fra medici e infermieri richiede livelli di addestramento armonici, integrati e adeguati alle rispettive funzioni; l'inservanza di questa regola produce situazioni paradossali di difficile gestione quali la coesistenza di infermieri addestrati a livello avanzato (ad esempio ACLS) con medici non ancora formati a livello di base (BLS) o, più frequentemente, di medici addestrati a livello avanzato con infermieri non formati a supportarli in questa funzione.

Un errore molto più comune (quasi generale) nell'implementazione pratica dei piani formativi si riferisce al secondo punto ed è rappresentato dal mancato rispetto di un preciso e razionale ordine di esecuzione dei diversi corsi; questo infatti dovrebbe essere predeterminato in accordo allo stesso sistema di priorità ABC di base e avanzato che è applicato nel trattamento dei pazienti: i corsi di base dovrebbero quindi precedere i corsi avanzati, mentre ai corsi specifici relativi, ad esempio, alla valutazione del C (ecografia, elettrocardiografia), dovrebbe accedere solo personale già formato nelle procedure di valutazione e stabilizzazione dell'A e del B.

In caso contrario infatti si verrebbero a formare figure professionali "abnormi" di difficile inserimento nei team impegnati nella gestione dell'emergenza ove il medico di Pronto Soccorso, rinunciando alla leadership, si proporrebbe rispettivamente come elettrocar-

diografista o ecografista, un ruolo tra l'altro spesso non accettato dal team leader (il gestore delle vie aeree), che pretende per questi ambiti di competenza la consulenza specialistica istituzionale del cardiologo e del radiologo.

Le conseguenze facilmente prevedibili di tali situazioni sarebbero lo stravolgimento della *mission* del Pronto Soccorso e l'utilizzo delle abilità acquisite nei corsi nella funzione parziale e, per certi versi impropria, di supporto alla gestione dei pazienti stabili.

La terza peculiarità organizzativa che migliora significativamente l'efficacia dei corsi è la loro esecuzione in blocchi omogenei che coinvolgano in tempi brevi la maggioranza del personale destinatario; questa modalità di esecuzione infatti innesca meccanismi di cooperazione e confronto fra i diversi professionisti e ha quindi effetti estremamente positivi sia nella fase di studio teorico preliminare al corso, sia nella fase successiva di applicazione pratica delle abilità acquisite. Per contro, la tradizionale esecuzione disordinata e casuale dei corsi determina gravi disarmonie organizzative che comportano ampie e continue fluttuazioni dell'operatività del sistema, secondo il grado e tipo di preparazione del personale in servizio nei diversi turni, con le conseguenti difficoltà di cooperazione fra colleghi. Il risultato finale sarà ancora una volta l'inapplicabilità pratica delle abilità acquisite e la progressiva perdita delle stesse.

Ulteriori accorgimenti utili a omogeneizzare l'attività dei medici di Pronto Soccorso e migliorare l'efficacia dei programmi formativi sono rappresentati da:

- un addestramento preliminare all'esecuzione delle procedure fondamentali per la gestione dei pazienti critici e specificamente l'intubazione orotracheale; l'applicazione di questa manovra infatti, per motivi non tanto tecnici, quanto soprattutto di ordine psicologico, costituisce l'ostacolo più difficile da superare nell'acquisizione da parte dei medici di Pronto Soccorso del ruolo effettivo di *Emergency Physician*;
- la registrazione delle procedure eseguite annualmente da ogni singolo medico, il cui numero spesso non è sufficiente a garantire il mantenimento

delle abilità acquisite, finalizzata all'impostazione di *retraining* personalizzati;

- l'adozione e lo studio di un testo di riferimento aderente agli standard internazionali, semplice e periodicamente aggiornato, integrativo dei corsi internazionali che (soprattutto in ambito non traumatologico) lasciano scoperte molte emergenze sanitarie.

Sulla base di queste considerazioni non dovrebbe quindi tanto meravigliare la scarsa efficacia degli sforzi formativi fin qui fatti, quanto il fatto che qualche buon risultato sia comunque stato ottenuto. È inaccettabilmente ingenuo infatti credere che la semplice implementazione di programmi formativi basati sull'esecuzione disordinata di corsi "a pioggia" porti automaticamente all'evoluzione in senso monospécialistico dei modelli e delle prassi organizzative e a una spontanea e indolore redistribuzione di ruoli e competenze.

Sono le 11 del mattino quando la Centrale Operativa 118 comunica l'imminente arrivo in Pronto Soccorso di un paziente in arresto cardiorespiratorio; uno dei tre medici in servizio ha appena completato il corso ACLS, mentre attende l'arrivo dell'ambulanza è preoccupato di dover gestire da solo per la prima volta una situazione così critica, ma si tranquillizza pensando: «La Direzione Sanitaria su richiesta del mio Primario ha disposto che spetta al medico di Pronto Soccorso la gestione di questi pazienti, attivando solo in caso di necessità i rianimatori. Questi, d'altra parte, mi hanno insegnato a intubare, ma anche a ventilare il paziente fino al loro arrivo nel caso la manovra non mi riuscisse. Gli infermieri in turno sono ben addestrati a supportarmi in queste procedure. Ci sono solo 7 pazienti in attesa e i miei colleghi potranno facilmente gestirli finché io sarò impegnato con l'arresto; essi inoltre, addestrati come me, potranno anche darmi una mano se ne avessi bisogno... Non c'è alcun motivo per non iniziare adesso a svolgere il mio nuovo ruolo di Emergency Physician».

La situazione potrà non diventare sempre così idilliaca, ma sicuramente molto può e deve essere fatto per migliorare quella attuale.