

La sindrome di Stoccolma del medico di Pronto Soccorso (e del malato)

Massimo Presenti Campagnoni

Dipartimento di Emergenza e Accettazione, Azienda USL Valle d'Aosta, Aosta

I lettori di *Emergency Care Journal* ricorderanno l'articolo di Peter Popham su *The Independent* del 20 dicembre 2007 (ed il felice commento del direttore Ivo Casagrande) "In Italia, nella mia esperienza, ci sono due differenti sistemi sanitari. Se uno viene investito da uno scooter, o (come è accaduto a nostro figlio) se viene colpito da un compagno con un calcio alla mandibola e si procura una ferita, è costretto ad andare al più vicino ospedale provvisto di Pronto Soccorso. Lì c'è spesso da aspettare parecchio tempo, in un ambiente trascurato e poco confortevole, però non ti viene chiesto che il nome o l'indirizzo e non ti viene richiesto il pagamento della prestazione che quando arriva è rapida, senza fronzoli e fatta con molta competenza. Il paziente viene trattato con schiettezza. Nessuna confusione, ambiente carico di adrenalina e soprattutto (un miracolo in Italia) nessuna burocrazia. Il tutto venne fatto senza dover pagare alcunché. Avremmo potuto essere di Los Angeles o provenire dal profondo della Romania e l'atteggiamento dell'equipe sarebbe stata lo stesso".

Da esserne inorgogliati, e così fu.

L'articolo poi proseguiva implacabile: "Ma quando il caso non costituisce un'emergenza, il genio italiano nel creare impedimenti burocratici si sbizzarrisce per davvero". Appunto, la burocrazia, il "potere degli uffici", quel groviglio di regole impersonali ed astratte, di procedimenti e di ruoli immodificabili in cui noi lavoriamo e per cui i pazienti pazientano, che nella non emergenza-urgenza grava sul Pronto Soccorso (PS). Groviglio tanto consolidato da essere scotomizzato, accettato e, ahimé, giustificato dal medico di PS; quasi fosse affetto da una sorta di sindrome di Stoccolma per la quale la vittima (medico di PS e paziente) nutre sentimenti di affetto per i propri carcerieri (specialisti, dire-

zioni sanitarie) e rancore per i propri alleati (malati, medici di PS).

Provo a spiegarmi con alcuni esempi, che fanno riferimento tutti al mio ultimo giorno di lavoro della scorsa settimana.

Un cardiologo ospedaliero diagnostica in ambulatorio divisionale uno scompenso cardiaco (classe NYHA 4) e propone al malato, poco più che cinquantenne, il ricovero nel suo reparto. Il malato accetta e viene quindi inviato in Pronto Soccorso per il ricovero. Al termine di una lunga attesa, a me che lo interrogo o chiedo di visitarlo, egli dice sostanzialmente che ha già aspettato abbastanza, di non scocciarlo ulteriormente e di mandarlo il prima possibile in reparto. Quel *triage*, quella attesa di visita in PS, quella visita stessa e la bolla di ricovero del PS erano necessari o superflui? Era necessario rappresentare l'ultima frontiera per il ricovero o era più semplice (ed appropriato) inviare il malato dall'ambulatorio direttamente in reparto?

Poco dopo, un secondo cardiologo visita un altro paziente per dolore toracico protratto insorto due giorni prima, e lo invia in PS per eseguire dosaggio della troponina: nella sua area ambulatoriale sono presenti due infermieri professionali ma "non possono" eseguire il prelievo del sangue perché gli esami "urgenti" si fanno in PS e perché altrimenti il signore dovrebbe pagare il ticket. Ergo, come sopra: uno stesso malato, per la stessa patologia, per la stessa prestazione, con la stessa iscrizione nel servizio sanitario regionale, per uno stesso livello essenziale di assistenza, può "burocraticamente" fare l'esame (gratis per giunta) in PS ma 50 metri più in là no, pur facendo parte della stessa azienda sanitaria? Dopo aver fatto la coda dal cardiologo deve quindi farne un'altra in PS per poi tornare dal cardiologo con l'esame richiesto, ammesso che il

medico di PS non voglia dire anche lui la sua? A quale struttura, Pronto Soccorso o ambulatorio specialistico, il malato attribuirà l'inefficienza del suo percorso sanitario e le lunghe attese?

Un settantenne con stenosi esofagea neoplastica, sottoposto quattro giorni prima a dilatazione endoscopica, non riesce più a deglutire né solidi né liquidi. L'oncologo che lo ha "preso in carico" in Day Hospital contatta il gastroenterologo (altri l'avrebbero subito inviato in PS), accordandosi per il ricovero, ma lo invia ugualmente in PS per fare gli "esami urgenti". Dopo quasi tre ore di attesa, il paziente è ricoverato in Gastroenterologia, dopo il prelievo degli esami ematochimici. Non avrebbe potuto fare i prelievi in reparto, tranquillamente a letto invece che su una barella in PS caotico?

Un signore di cinquantasei anni ha inalato sette giorni prima vapori di ammoniaca e da allora è affetto da tosse, nonostante le cure del Medico di Medicina Generale (MMG): il MMG richiede la visita "urgente" dello Pneumologo, che non visita ma lo manda in PS. Un altro paziente di sessantacinque anni viene inviato dal MMG per una consulenza oncologica "urgente per ricovero", dopo aver effettuato una TAC torace suggestiva per sospetta neoplasia polmonare. Il malato si presenta al reparto, ma viene rinviato in PS perché le visite urgenti si fanno in PS. Domanda: che senso ha passare dal proprio medico curante e perdere tempo, se poi le prestazioni richieste saranno erogate solo attraverso un ulteriore "filtro" del PS? Non vale la pena che il malato eviti la "pre-visita" dal MMG e vada direttamente in PS? Inoltre, è nella mia *mission* di medico di PS (e ne sono autorizzato?) di censurare il bisogno espresso dal MMG?

Tanti esempi capitati in un solo turno lavorativo. Anch'io, come chiunque nella trincea del PS, patisco quotidianamente lo sfinimento delle mille situazioni sopra descritte, desidero evitare conflitti con tutti, clienti interni ed esterni, e, cercando di mettere una pezza al sistema, tiro avanti consolandomi con il giudizio positivo espresso da un giornalista inglese un anno fa: ma ogni giorno con un pò di *burn out* in più. Mi sforzo allora di far riprendere alla ragione il sopravvento sulla rassegnazione, e mi chiedo se sia così difficile smetterla di fare cose inutili. Cosa possiamo fare noi per evitare di vedere i malati sbalottati in PS per futili motivi o per abitudini consolidate e per evitare al PS l'immagine negativa del disservizio, delle lunghe attese dei malati e della ripetizione delle visite. E soprattutto, mi chiedo: in questa fattispecie, è di utilità al

cambiamento organizzativo la buona volontà del solo medico di PS, l'attitudine spontanea ed elogiata alla non burocrazia, che lo spinge a risolvere i problemi che si presentano e a vicariare le funzioni altrui? Io credo proprio di no, anzi credo che da sola, senza interventi riorganizzativi paralleli, la buona volontà serva solo a consolidare lo status quo della disorganizzazione organizzata.

Abbiamo dalla nostra parte buonsenso e norme: nulla vieta infatti anche al medico specialista ospedaliero di fare direttamente le attività necessarie al malato, ad esempio ricoverare nel proprio reparto chi ne ha bisogno (e nessuno potrebbe considerare come una sorta di clandestino il malato che accede in reparto se non ha varcato la frontiera del PS), ovvero di fare una sorta di *triage* nella gestione delle proprie liste d'attesa ambulatoriali. Tutto, leggi e sentenze, dalla Costituzione alla riforma sanitaria (30 anni ora!) e norme derivanti, è un susseguirsi di richiami ai principi di equità, efficacia, efficienza, qualità: tutto orienta l'azione verso l'appropriatezza, l'abbattimento delle barriere all'accesso alle cure, l'umanizzazione dei percorsi. Sono quindi solo cattive abitudini, procedure mai scritte, tradizioni orali di cui nessuno si assume pubblicamente la paternità ma purtroppo così consolidate da essere, come sopra detto, accettate e giustificate.

Per contro, nessuna norma ci individua come "le forze dell'ordine" del SSN pronti a far da barriera all'accesso alle prestazioni, a filtrare le richieste del MMG (il professionista del SSN, liberamente scelto dal cittadino, con la *mission* specifica di valutare i bisogni primari dell'assistito) e a sanzionare gli accessi impropri non solo nel nostro settore (il PS) ma anche in quello degli altri. Quindi, se le prestazioni o il ricovero sono appropriatamente richiesti, questi devono essere erogati direttamente da chi è nelle condizioni di farlo, senza intermediari. Se invece le richieste sono inappropriate, in termini organizzativi o di salute, anche lo specialista deve farsi carico di promuoverne l'appropriatezza nei riguardi di chi richiede "inappropriate" tali prestazioni.

A questo punto è doveroso, a parer mio, un richiamo professionale e deontologico, se non etico a due termini spesso invocati, in altre occasioni, anche dal medico di PS: siamo *dirigenti*, siamo *specialisti*. Ma se dirigente è detto di chi dirige, di chi assolve a funzioni di guida e di comando, di chi opera per obiettivi (e noi vogliamo esserlo), e se specialista è detto di chiunque si è specializzato, mediante studi approfonditi e adeguata prati-

ca, in un determinato settore di una scienza, di una professione (e noi vogliamo esserlo), il compito di risolvere i problemi, abbattere le storture, migliorare i percorsi, è in capo in primis a *tutti* noi medici di Pronto Soccorso, non in quanto sindacalisti, ma appunto per essere dirigenti e specialisti. Non aspettiamo quindi che tutto il mondo intorno a noi (direzioni sanitarie, specialisti, territorio) cambi, ma cambiamo noi, cominciando a *vedere e pensare dalla parte del malato* e non delle veteroistituzioni: sarà un modo concreto di fare qualità e *risk management*.

Con una sola grande attenzione: operare tutti insieme, con grande spirito di gruppo, per evitare che la protesta del singolo medico di PS su eventi illogici e la sua richiesta di cambiamenti organizzativi, sia equivocata dai reparti come arroganza, rabbia, voglia di non collaborare o peggio di lazzaroneria contrapponendolo magari, nelle chiuse corsie dell'ospedale, al "bravo" collega che invece lavora in silenzio. In altre parole, per non ridurre il tutto ad un cattivo rapporto personale rispetto a quello che dovrebbe invece essere un rapporto di benessere organizzativo e professionale.

Collana **Decidere in Medicina**

DAL SAPERE AL SAPER FARE

ESAMI DI LABORATORIO IN MEDICINA D'URGENZA

P. Carraro, I. Casagrande, M. Plebani

L'Opera ha lo scopo di rendere più facile l'individuazione e l'uso degli strumenti di diagnosi attraverso l'attivazione di un canale di comunicazione fra clinica e laboratorio.

ECOGRAFIA CLINICA IN EMERGENZA-URGENZA - DVD interattivo

G.A. Cibinel

L'Opera fornisce conoscenze e competenze utili nel campo dell'ecografia clinica in emergenza-urgenza. Il volume è indirizzato a medici che assistono in particolare pazienti acuti critici: medici d'urgenza, anestesisti-ri-animatori, internisti, geriatrici, chirurghi, radiologi, specialisti di settore (nefrologi, pneumologi, angiologi, cardiologi).

HANDBOOK DI ECOGRAFIA IN EMERGENZA-URGENZA

Quando il tempo conta. Manuale operativo

Seconda edizione ampliata

V. Cianci

Il volume suggerisce la metodica dell'emergency ultrasound non astratta, ma parte integrante di un processo decisionale globale che corre spesso velocemente sul filo dei minuti e ha necessità di escludere al più presto cause a rischio per la vita del paziente o, in altri casi, può determinare la scelta tra dimissione e ricovero.

ACQUA E SALE. ACIDI E BASI

Approccio pratico all'interpretazione e alla gestione dei disturbi dell'equilibrio acido-base e idroelettrolitici + CD-Rom allegato

I. Casagrande, A. Guariglia, R. Sbrojavacca, M. Tarantino

Il volume affronta le problematiche dell'equilibrio acido-base a partire da elementi di chimica, biochimica e fisiopatologia. Il CD-Rom in allegato consente di interpretare informaticamente il referto emogasanalitico.

ECOGRAFIA TORACICA + CD-Rom allegato

G. Soldati, R. Copetti

Il volume nasce dall'esigenza di riassumere in un'unica trattazione le conoscenze sull'ecografia del torace. L'Opera è accurata nella parte meno nota della materia, quella relativa al polmone e alle sue "sindromi" ecografiche, alla diagnosi ecografica della dispnea, agli addensamenti del polmone, alla FAST estesa al di sopra del diaframma, alla patologia neonatale, all'interventistica toracica. Al testo è allegato un CD-Rom in cui sono raccolti 173 filmati originali che illustrano i vari quadri clinici presentanti, fornendo al lavoro una notevole efficacia didattica.

Per informazioni e ordini contattare il **Servizio Assistenza Clienti al n. 011.37.57.38**, oppure inviare un e-mail a cgems.clienti@cgems.it o consultare il catalogo on line del sito www.cgems.it