

LE SOCIETÀ SCIENTIFICHE SIMEU-SIMEUP

# I nodi restano formazione e riorganizzazione

**R**iorganizzazione e formazione sono i due binari su cui viaggia il pronto soccorso di domani, perché la qualità dell'offerta dipende soprattutto dai professionisti che lavorano giorno e notte nei Dea o sulle ambulanze.

Accanto alla creazione di una vera e propria rete dell'emergenza, dal 2014 i policlinici universitari hanno iniziato a "sfomare" i primi camici bianchi specializzati in Medicina d'emergenza-urgenza, una figura che fino a qualche anno fa, in Italia, non esisteva.

«Nei pronto soccorso troviamo solitamente degli specialisti "riciclati"», spiega **Maria Pia Ruggieri**, responsabile del Ps del San Giovanni Addolorata di Roma e presidente nazionale **Simeu**, la Società italiana di medicina di emergenza e urgenza. «Gli specialisti in endocrinologia, broncopneumologia o medicina interna, giusto per fare qualche esempio, oggi lavorano nei Dea in virtù di una "affinità" della loro disciplina con questo compito, ma è evidente la necessità di formare una nuova generazione di medici dell'emergenza».

Un percorso che prepara ad affrontare tanto l'emergenza ospedaliera che quella preospedaliera, in modo da permettere allo stesso medico, come già avviene in alcune regioni, di lavorare sia in pronto soccorso che su ambulanze o auto mediche. Un vero e proprio "cambiamento culturale", continua Ruggieri, che richiederà almeno un decennio e necessiterebbe di ben maggiori investimenti.

**La nuova specialità per i medici del Ps.** A oggi, dalle scuole di specializzazione escono solo 72 nuovi medici l'anno, a fronte delle migliaia di professionisti impegnati ogni giorno in Ps e Dea. Più scuole e più posti, quindi, ma anche una diversa distribuzione degli specializzandi, che al momento sono naturalmente tutti impiegati nei policlinici universitari: «I presidi sul territorio, soprattutto quelli nei piccoli centri, potrebbero invece rappresentare un'ottima "palestra" per gli studenti, anche perché è lì che c'è maggiore necessità di personale».

Le società scientifiche, nel frattempo,

si impegnano per fornire ai professionisti le competenze per affrontare questo cambio di prospettiva: «Nei nostri corsi insegniamo tecniche innovative, come l'utilizzo dell'ecografia in emergenza, un tempo appannaggio dei soli radiologi, o la ventilazione non invasiva, fino a qualche anno fa fatta solo in rianimazione», spiega la presidente Simeu.

**I ps pediatrici.** In questo panorama la pediatria, poi, fa storia a sé. Da un'indagine dell'anno scorso della **Simeup**, la Società italiana di medicina di emergenza e urgenza pediatrica, risulta che, su 188 ospedali, solo il 59% assicura una guardia pediatrica in pronto soccorso, e anche lì in meno di un quarto dei casi il piccolo paziente è accolto da un infermiere formato sul triage pediatrico.

Secondo il presidente della Società **Riccardo Lubrano**, docente di pediatria alla Sapienza di Roma, è davvero difficile avere una mappa dell'offerta dell'emergenza pediatrica sul territorio: «Capita spesso che, in un ospedale, la divisione di terapia non riesca ad assicurare un servizio in pronto soccorso sulle 24 ore. D'altra parte, in molti casi, c'è ancora uno spreco di risorse: il 42% delle strutture che abbiamo esaminato fa meno di 5mila visite pediatriche d'emergenza l'anno, un numero troppo basso».

E l'assistenza semi-intensiva non decolla, il che significa che spesso i piccoli pazienti devono essere trasferiti da una struttura a un'altra. Servirebbe, insomma, una riorganizzazione dell'offerta sul territorio, in base alle caratteristiche della popolazione, all'orografia, all'epidemiologia. Anche perché, non è una novità, le risorse sono poche. «Piano piano - aggiunge Lubrano - stiamo creando all'interno dei pronto soccorso sale d'attesa e stanze visita pensate per i più piccoli. L'importante, però, è che poi queste strutture abbiano il personale necessario per funzionare: significa che, nelle strutture più piccole, almeno la consulenza del pediatra deve sempre essere disponibile». Il modello per i Dea è invece quello di un team pediatrico

che affianchi il medico specialista in emergenza. Quest'ultimo, però, deve comunque essere formato per affrontare le specificità pediatriche, cosa che in alcune scuole si sta cominciando a fare, proprio con l'aiuto di società scientifiche come Simeu e Simeup.

La riorganizzazione dell'offerta rimane quindi la seconda colonna su cui si regge l'architettura dell'emergenza. «La chiusura dei piccoli presidi è inevitabile - osserva Ruggieri - ciò che è importante è che non si trasformi in un disagio per i cittadini. Questo è possibile solo rafforzando l'offerta sul territorio, soprattutto con modelli come quello delle Case della salute». La continuità ospedale-territorio per l'emergenza-urgenza, spiega la presidente Simeu, negli ultimi anni ha fatto passi da gigante, con la definizione di un efficiente modello hub spoke e uno "scambio osmotico" soprattutto per le patologie tempo-dipendenti come ictus, politrauma o infarto miocardico.

Un'integrazione resa possibile anche dagli strumenti della e-health: già oggi, in molte regioni, tutti i dati sugli accessi, il triage, gli esami e i ricoveri vengono aggregati in un unico flusso, permettendo di sapere in tempo reale quanto è affollato un pronto soccorso e rendendo possibili analisi epidemiologiche e benchmarking tra le strutture. «L'ultimo miglio - secondo Ruggieri - sarebbe l'integrazione di questo sistema con il 118, in modo da permettere agli operatori su ambulanze e auto mediche se, ad esempio, se un'unità di emodinamica ha lo stemi impegnato o disponibile». Stesso discorso per la trasmissione dei dati per una diagnosi immediata anche a distanza.

**Lucio Bondi**

