volerelaluna LA POLITICA PUNTOACAPO

# La grande fuga dal pronto soccorso. 4) Consunzione

**Autore:** Michela Chiarlo

*In assenza di una riforma della sanità territoriale che garantisca personale e strutture intermedie e di prossimità, i Pronto soccorso sono il primo e principale punto di accesso al Servizio Sanitario. Ma, mentre il Ministero lancia la campagna di comunicazione #noisalviamovite, con l'obiettivo di aumentare le adesioni alla specializzazione di emergenza-urgenza, mettendo in evidenza l'importanza cruciale e il forte valore etico e morale di questa disciplina per ispirare futuri medici a intraprendere questo percorso professionale, nell'anno 2022-2023, ogni quattro posti messi a bando per tale specialità, ne è stato assegnato solo uno. Intanto la situazione scoppia, con decine, se non centinaia, di accessi al giorno, turni massacranti, carenza di personale e di posti letto, aggressioni (verbali e fisiche) sempre più frequenti al personale sanitario e infermieristico, estensione a macchia d'olio del fenomeno dei medici "gettonisti", livelli di stress che diventano veri e propri burn-out e molto altro ancora. Indagare cosa accade "dentro" i Pronto soccorso è, almeno, un veicolo per comprendere cosa sta realmente accadendo e per ragionare su come affrontare una situazione insostenibile (seppur prevedibile), conseguenza di una somma di criticità negli ultimi anni trascurate, sottovalutate e, in fin dei conti, ignorate. Per farlo ricorriamo, ancora una volta, ad alcune testiomonianze e analisi di Michela Chiarlo, oggi medico del Cto di Torino e fino a pochi mesi fa al Pronto soccorso e nel reparto di Medicina d'urgenza dell'Ospedale San Giovanni Bosco sempre di Torino, che già ci ha accompagnati, in passato, a esplorare la situazione ospedaliera durante la pandemia da Covid. (la redazione)*

Abbiamo visto finora come quello del medico d'urgenza sia un lavoro *buffer*, che tende a sovraccaricarsi quando il sistema salute va in sofferenza, come sia un lavoro emotivamente impegnativo, ad alto rischio medico-legale e di aggressioni per le ragioni già dette e per un mero conto numerico: ogni medico d'urgenza, infatti, tratta ogni anno almeno il triplo dei pazienti rispetto a un altro specialista e lo fa, ovviamente, in condizioni di pressione e sovraccarico che non facilitano la corretta comunicazione con il paziente.

La parte più trascurata del rischio medico-legale, che gli urgentisti condividono con buona parte dei chirurghi, non è costituita dai costi delle assicurazioni o dalla conseguente medicina difensiva. **Il rischio riguarda, ancora una volta, il benessere psichico del medico**. Un gruppo di ricercatori in Nuova Zelanda ha esaminato le reazioni a breve e lungo termine dei medici contro i quali i pazienti avevano presentato reclami (dalle lettere di lamentele alle cause legali). Due terzi dei dottori si sono sentiti arrabbiati e depressi nei giorni e nelle settimane successivi alla ricezione del reclamo. Un terzo si è sentito in colpa. Un terzo ha perso ogni gioia e piacere nella pratica della medicina. I medici hanno mantenuto forti risposte emotive anche per anni dopo l'incidente: rabbia, depressione, cinismo, diffidenza verso i pazienti. Negli USA, dove le cause legali sono ancora più frequenti, il fenomeno è ben noto. Affrontare una causa legale è spesso paragonato a un lutto in famiglia. I dottori finiscono per rimpiangere i dottori idealisti che erano un tempo,

convinti che dedizione, conoscenza e compassione fossero tutto ciò di cui avevano bisogno, che ciò li avrebbe protetti dalle cause legali. Quando scoprono che così non è, la delusione è grande, e prescinde dall'esito del caso giudiziario. L'archiviazione del caso o l'assoluzione non smorza le reazioni emotive. Gli avvocati consigliano sempre di non prendere le cause sul personale, ma pare impossibile. I medici sentono che ad essere giudicata è la propria competenza e identità di medici, anche se la causa in sè è priva di sostanza (in Italia il 97% delle cause penali per colpa grave si conclude con un'archiviazione: https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=115286).

È facile, date tutte queste premesse, intuire come **il rischio dell'operatore dell'emergenza non è solo il *burn out*, evento esplosivo frutto di un accumulo di pressione e stress, quanto il *worn-out*, l'usura**, l'inevitabile lento affaticamento che coinvolge tutti, non solo i più fragili, e li porta in qualche anno a consumarsi, come un calzino non più rammendabile. C'è un limite all'empatia che si può dimostrare in una giornata, alle lamentele che si possono sopportare in un turno, alle disgrazie che si possono vedere in un mese, alle denunce che si possono tollerare in una vita. La batteria emotiva va ricaricata e serve tempo per elaborare gli eventi avversi. Eppure **le stesse ragioni che mettono in crisi il sistema sovraccaricano di lavoro gli operatori dell'emergenza esistenti, accelerando il processo di usura e causando l'abbandono progressivo della professione**.

L'urgentista è un lavoro da giovani, si sente dire spesso, è sui giovani che dobbiamo puntare ed è fisiologico che dopo un certo numero di anni i più anziani scelgano un ambiente meno faticoso. Ma essere un bravo medico d'urgenza è difficile e richiede anni di allenamento per padroneggiare quell'equilibrio tra prendersi troppi rischi e sprecare risorse in esami inutili, per ottenere l'occhio clinico che consente di valutare in un secondo la gravità di una situazione o le insidie nascoste in un quadro apparentemente innocuo, per allenare il multitasking e la gestione parallela di più problemi insieme senza arrestare il lavoro, per essere veloci sempre senza trascurare nulla di essenziale, per carpire quel tanto di conoscenza da ogni specialità da sapere sempre chi chiamare e quando. **Non è un lavoro per principianti nè più nè meno di qualunque altra specialità**. Sprecare queste competenze lasciando che chi le ha acquisite abbandoni dopo pochi anni è una grave perdita per lo Stato, che ha investito in formazione, per la Sanità, che ne perde in qualità di assistenza ed è frustrante per il singolo professionista che ha investito tempo e fatica a formarsi per un lavoro che lo porta ad esaurimento in pochissimo tempo.

Certo, le risorse economiche sono finite e possiamo anche decidere che il pronto soccorso non sia una priorità su cui investire. La verità, però, è che **il pronto soccorso è la spia del malessere del sistema, è il "troppo pieno" di un sistema idraulico, il canarino della miniera**. I lavoratori dell'emergenza sono schiacciati tra l'incudine della riduzione dei posti letto e il martello dell'abbandono dei servizi sul territorio. Le loro condizioni

lavorative possono peggiorare da un momento all'altro aggravando il peso di un mestiere già faticoso ed emotivamente impegnativo.

**L'unica soluzione è distribuire un carico di lavoro che è divenuto intollerabile e lo si può fare in due modi: appaltare i turni in pronto soccorso agli specialisti assunti dall'ospedale che lavorano in altri ambiti oppure aumentare il numero di urgentisti che lavorano in pronto soccorso prevedendo un contratto apposito con tutele specifiche**. La prima soluzione è la meno auspicata sia dagli urgentisti, che perderebbero buona parte della specificità del proprio mestiere, sia dagli altri specialisti, che magari non hanno alcuna esperienza nè desiderio di lavorare in pronto soccorso e che necessiterebbero di adeguata formazione e di un lungo tempo di apprendimento per raggiungere un buon livello di assistenza. La seconda soluzione, però, non è a costo zero: prevede l'istituzione di un contratto specifico per gli urgentisti del pronto soccorso che li alleggerisca dal punto di vista emotivo, prevedendo un sostegno psicologico continuativo e obbligatorio, e dal punto di vista fisico, prevedendo un monte orario minore, con più riposi consecutivi e un adeguato bilancio tra vita lavorativa e vita privata.