

## **Anestesia e Rianimazione e Medicina d'Urgenza e d'Emergenza: i motivi del dissenso**

Migliaia di persone al giorno si presentano in pronto soccorso con un problema di salute da risolvere. A seconda della gravità e della necessità d'intervento al paziente viene assegnato un codice colore mediante un processo chiamato "triage", normalmente eseguito dal personale infermieristico. Al codice rosso corrispondono le condizioni cliniche che richiedono un intervento immediato (emergenza), al codice giallo corrispondono le condizioni che necessitano di un intervento entro alcune ore (urgenza). Per gli altri codici gli interventi medici non sono necessari o possono essere differiti senza pregiudicare la salute del paziente. Il codice rosso può riguardare le alterazioni di qualsiasi organo o apparato, ad esempio un occhio traumatizzato o un cuore infartuato. L'intervento che garantisce le migliori possibilità di successo è ovviamente quello dello specialista. L'oculista interverrà sull'occhio e il cardiologo sul cuore.

Recentemente è stata proposta la figura di un nuovo specialista: il medico d'urgenza e d'emergenza, deputato al trattamento di tutte le condizioni cliniche che presentino le caratteristiche di emergenza e d'urgenza. Siamo nettamente contrari alla nascita di questa nuova specialità. Non per difendere interessi corporativi ma perché riteniamo fermamente che nel 2007 il trattamento migliore possa essere assicurato solo da diversi specialisti e che non possa esistere un medico "omni-specialista" in grado di affrontare l'emergenza e l'urgenza. Questa, infatti, non è una disciplina ma uno stato clinico che interessa tutte le discipline mediche. Qui di seguito, quindi, cercheremo di chiarire la sostanza del problema, sia nei suoi aspetti di formazione e di insegnamento, sia nelle sue ricadute sul Servizio Sanitario Nazionale.

### **Specialità in Medicina d'Urgenza e d'Emergenza: quali obiettivi formativi e quali insegnanti**

La richiesta della nuova specialità in Medicina d'Urgenza e d'Emergenza è nata soprattutto dai medici operanti in pronto soccorso e aderenti alla Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza (SIMEU). La motivazione ufficiale è che *"nessuna specializzazione esistente in Italia è in grado di formare un medico con le competenze specifiche richieste a chi opera nei pronto soccorsi e nell'Emergenza Territoriale"*, ed inoltre che *"La specializzazione in Medicina d'Urgenza e d'Emergenza non va a sovrapporsi ad altre specializzazioni esistenti ... perché diverso è l'obiettivo formativo e diverso l'ambito di occupazione"*. Il nocciolo della questione, quindi, è definire quali siano le *competenze specifiche* necessarie per curare al meglio un malato in condizione di emergenza/urgenza. Un tipico esempio è l'infarto miocardico, che può richiedere per l'esito migliore un intervento immediato con angiografia, dilatazione delle arterie interessate e cardiocirurgia. Quindi nel 2007 questa emergenza cardiologica richiede le *competenze specifiche* di cardiologo, di un radiologo interventista e di un cardiocirurgo. Crediamo sia ovvio per chiunque che il trattamento più adeguato dell'emergenza/urgenza sia praticato in un dipartimento di emergenza-urgenza in cui siano presenti le competenze specifiche dei vari specialisti. Un medico "tuttologo", utile 50 anni or sono, non ha giustificazione nei nostri giorni in cui gli interventi sono tecnologicamente impegnativi e specifici nelle varie specialità.

Gli obiettivi formativi della scuola di specialità in Medicina d'Urgenza e d'Emergenza riflettono l'anacronismo e l'assurdità concettuale di preparare un medico che sappia fare di tutto. Fra gli obiettivi formativi vi sono quelli specifici degli internisti, dei cardiologi, degli pneumologi, degli infettivologi, e dei rianimatori e di altri specialisti, dagli epidemiologi ai bioetici. E' quindi vero che la specializzazione in Medicina d'Urgenza e d'Emergenza, come dichiarato dalla SIMEU, *"non va a sovrapporsi ad altre specializzazioni esistenti"* infatti, come impostata, pretende di comprenderle praticamente tutte. Se questi sono gli obiettivi formativi, chi saranno gli insegnanti? La Scuola di specialità in Medicina d'Emergenza e d'Urgenza è affidata "ope legis" ai professori di Medicina Interna, raggruppati secondo la terminologia universitaria nel raggruppamento MED09. Sfortunatamente i professori di Medicina Interna, nella quasi totalità, non si sono mai occupati dell'emergenza/urgenza e ci si domanda perché sia stata loro assegnata in esclusiva la nuova specialità e soprattutto come la possano insegnare.

### **Specialità in Medicina d'Urgenza e d'Emergenza: quali ambiti operativi nel Sistema Sanitario Nazionale**

Nel nostro Paese il sistema dell'emergenza/urgenza è strutturato in una fase intra-ospedaliera ed una fase extra-ospedaliera, che risponde all'organizzazione del 118. All'interno dell'ospedale, a seconda delle dimensioni e delle potenzialità, l'organizzazione dell'emergenza/urgenza è strutturata, nella migliore delle ipotesi, in dipartimenti in cui sono presenti tutti gli specialisti, nella peggiore è limitata ad un pronto soccorso in cui è presente un medico di guardia, solitamente un internista. Come già discusso è ovvio che il miglior trattamento per i pazienti è assicurato in un dipartimento che comprenda tutte le specialità e superspecialità. Il nuovo specialista in Medicina d'Urgenza e d'Emergenza dovrebbe, secondo i promotori della scuola, coprire l'emergenza/urgenza negli ospedali di minori dimensioni in cui non esista un dipartimento di emergenza/urgenza. Si ipotizza, quindi, la figura di un nuovo specialista che da solo vicari le competenze di un dipartimento. Dubitiamo che questo giovi ai pazienti. La soluzione del problema organizzativo dell'emergenza/urgenza non è l'irrealistico poli-specialista, ma l'organizzazione degli ospedali in rete. Quelli privi di dipartimento devono garantire un triage adeguato ed essere inseriti in un sistema che garantisca al paziente un trasporto protetto nel dipartimento d'emergenza/urgenza più vicino e che possa provvedere al meglio alle sue necessità. Per quanto riguarda il triage adeguato le competenze di un medico internista, presente in pronto soccorso sono più che sufficienti. Per quanto riguarda i trasporti protetti questi sono da decenni responsabilità degli anestesisti rianimatori quando le condizioni del malato siano a rischio di morte.

### **Emergenza sul Territorio e Medicina delle Catastrofi**

Noi crediamo fermamente che l'emergenza sia ospedaliera che extra-ospedaliera non siano appannaggio di una singola specialità. Come già discusso l'emergenza/urgenza interessa tutte le specialità mediche. Fra gli altri, gli internisti di cui nessuno nega la funzione per le emergenze/urgenze di loro specifica competenza. Per l'emergenza/urgenza che riguarda gli equilibri vitali gli specialisti sono gli anestesisti-rianimatori e, non a caso è a loro affidato, per la maggior parte, l'attuale organizzazione dell'emergenza territoriale e l'insegnamento della stessa. Questi specialisti, infatti, gestiscono più dell'80% dei 118 presenti nel Nostro Paese. Se l'ipotetico specialista in Medicina d'Urgenza e d'Emergenza vuole essere principalmente lo specialista degli equilibri vitali, è opportuno ricordare che esistono già gli anestesisti-rianimatori che proprio di questo, da decenni, si occupano.

### **Perché una scuola in Medicina d’Urgenza e d’Emergenza?**

Riteniamo che quanto da noi esposto sia largamente condivisibile, quanto meno sul piano logico, in quanto semplicemente affermiamo che ognuno faccia il suo mestiere, che il cardiologo si occupi di cardiologia, il rianimatore degli equilibri vitali, l’internista dell’urgenza internistica ecc. In questo quadro non si riesce a trovare una giustificazione razionale per la Medicina d’Urgenza e d’Emergenza che, ripetiamo, non è una disciplina ma un semplice fatto organizzativo. Se è così, perché, su quali spinte e con quali reali motivazioni è stata introdotta la specialità in Medicina d’Urgenza e d’Emergenza? Non esiste probabilmente una sola motivazione ma una serie di interessi coincidenti degli operatori e non certo dei pazienti. Alcuni primari di Pronto Soccorso sperano probabilmente di diventare professori universitari. Alcuni professori universitari sperano in nuovi posti per i propri allievi. I 7000-10000, secondo le versioni, non specialisti assunti *come precari* in pronto soccorso con il sistema 118, sperano in un’acquisizione di specialità, dimenticando che, se la Medicina d’Urgenza e d’Emergenza producesse un numero di specialisti pari a quello della specialità più prolifica (200 anno) occorrerebbero dai 35 ai 50 anni per essere sistemati.

### **La posizione degli anestesisti rianimatori**

Il motivo principale della opposizione degli anestesisti rianimatori alla nuova scuola è la preoccupazione per una perdita di qualità nell’assistenza e per una confusione di ruoli negli ambiti dipartimentali dell’emergenza e delle terapie intensive. Scorrendo gli obiettivi formativi della Medicina d’Urgenza e d’Emergenza si evince chiaramente che i pazienti in condizioni critiche con compromissione degli equilibri vitali dovrebbero essere trattati dai nuovi specialisti. Questo tipo di trattamento include intubazione, ventilazione meccanica, incannulamento dei vasi centrali ed una serie di procedure che gli anestesisti-rianimatori praticano da oltre 40 anni. Proprio dallo sviluppo di queste tecniche è nata e si è consolidata l’Anestesia e Rianimazione. Se un giovane medico desidera questo affascinante tipo di medicina ha a disposizione questa specialità ben codificata. I contributi portati all’evoluzione della terapia intensiva provengono dagli anestesisti-rianimatori. Questa specialità è fra le prime al mondo per quanto riguarda innovazioni conoscitive, tecnologiche e terapeutiche. Una qualsiasi indagine *scientimetrica* può comparare i contributi degli anestesisti-rianimatori italiani rispetto agli specialisti di altre discipline per quanto riguarda la Terapia Intensiva e l’Emergenza nei suoi vari ambiti. Da questo consegue che se a dispetto della logica la specialità in Medicina d’Urgenza ed Emergenza verrà attivata l’insegnamento non potrà essere affidato alla Medicina Interna, ma dovrà essere affidato, quanto meno in cogestione, a chi la Terapia Intensiva la conosce e la pratica, cioè agli anestesisti-rianimatori attualmente inseriti nel raggruppamento universitario MED41.

Presidente SIAARTI,  
Società Italiana di Anestesia Analgesia  
Rianimazione e Terapia Intensiva  
Luciano Gattinoni

Presidente AAROI,  
Associazione Anestesisti Rianimatori  
Ospedalieri Italiani  
Enzo Carpino

Presidente CPOAR,  
Collegio Professori Ordinari Anestesia  
Rianimazione  
Alberto Pasetto

Presidente SIARED,  
Società Italiana Anestesia Rianimazione e e  
Emergenza e Dolore  
Giuseppe Marraro