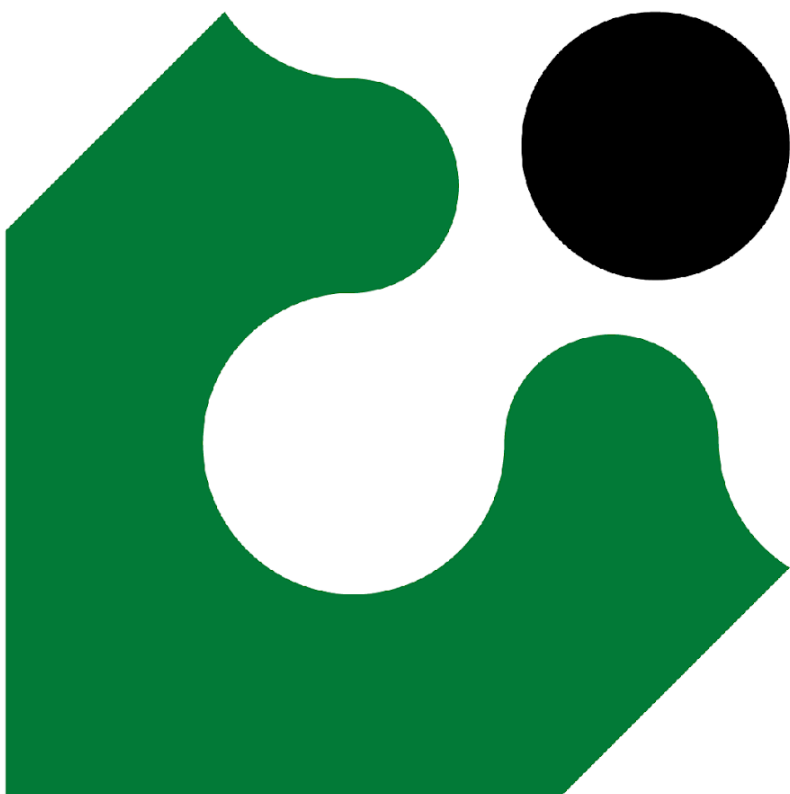


**Strategie innovative per superare le carenze di
organico nell'ambito del Dipartimento di
Emergenza-Urgenza**

Dott.ssa Antonella Capelli
Dott.ssa Valentina Bettamio

**Corso di formazione manageriale per
la rivalidazione del certificato**
anno 2023 - 2024



Corso di formazione manageriale per la rivalidazione del certificato

Codice edizione : RIV 2301/BE

Ente erogatore : ECOLE

GLI AUTORI

Antonella Capelli, Direttore SSD Pronto Soccorso Oglio Po, ASST Cremona, antonella.capelli@asst-cremona.it

Valentina Bettamio, Direttore Sanitario, ASST Nord Milano, valentina.bettamio@asst-nordmilano.it

Il Responsabile didattico scientifico

Federico Lega, Professore ordinario, Università degli Studi di Milano

***“Education is the most powerful weapon which you can
use to change the world.”***

Nelson Mandela

Publicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

INDICE

Sommario

INTRODUZIONE	4
Istituzione della Specialità di Medicina e Chirurgia d'urgenza e accettazione e della Scuola di Specializzazione in Medicina d'emergenza-urgenza	4
Il medico d'emergenza-urgenza	5
Il modello organizzativo di Pronto Soccorso	5
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO.....	7
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO	8
METODOLOGIA ADOTTATA.....	9
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE	10
OBIETTIVI FORMATIVI (tecnico-professionali, di processo, di sistema)	11
OBIETTIVI SPECIFICI	12
MODALITA' DIDATTICA.....	13
LEZIONI FRONTALI E AFFIANCAMENTO SUL CAMPO	13
METODOLOGIA DIDATTICA	13
ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE.....	18
RISULTATI ATTESI	19
CONCLUSIONI	22
CONTRIBUTO PERSONALE	24
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	25
BIBLIOGRAFIA	26

INTRODUZIONE

Istituzione della Specialità di Medicina e Chirurgia d'urgenza e accettazione e della Scuola di Specializzazione in Medicina d'emergenza-urgenza

La disciplina di Medicina e Chirurgia d'urgenza e accettazione è stata istituita in Italia solo nel 1997, come specialità di area medica (Decreto del presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, articolo 4).

La Scuola di Specializzazione in Medicina d'emergenza-urgenza in Italia è stata varata dal mondo accademico solo nel 2009 ed ufficialmente è partita in 25 sedi universitarie nell'anno accademico 2009/2010; al contrario, è da molto tempo riconosciuta in vari Paesi del mondo come USA, Canada, Australia, Israele, Regno Unito e, dall'agosto del 2000, essa è stata adottata dalla Comunità Europea e incorporata ufficialmente nella tabella delle specialità mediche.

Negli ultimi 20 anni la medicina d'emergenza-urgenza ha conosciuto uno sviluppo enorme, acquisendo nel tempo sempre maggiori competenze. Per citare alcuni esempi, sono parte essenziale della formazione e delle conoscenze in questa branca l'Advanced Trauma Life Support (ATLS), l'Advanced Life Support (ALS), l'Advanced Cardiac Life Support (ACLS), la gestione del paziente intossicato, l'ecografia in emergenza-urgenza, l'utilizzo della ventilazione non invasiva.

Inoltre, anche grazie allo sviluppo sempre maggiore delle aree di Osservazione Breve Intensiva (OBI) nell'ambito dei Dipartimenti d'Emergenza e Accettazione (DEA), seppur a macchia di leopardo nel paese e con caratteristiche molto diverse in assenza di indicazioni univoche nazionali fino al 2019 (Linee di indirizzo nazionali sulla osservazione breve intensiva - Conferenza Stato Regioni n.143 del 01.08.2019 - recepite da Regione Lombardia con DGR. XI/2672/2019), la diagnostica e le terapie di base in urgenza per problematiche quali la sincope, la dispnea acuta e lo shock, il dolore addominale o toracico, la terapia di sindromi dolorose acute e, in generale, molte patologie tempo dipendenti (come l'infarto miocardico acuto, l'ictus ischemico, la sepsi) sono sempre più peculiari del medico d'emergenza-urgenza. Per citare degli esempi, nei PS di ospedali hub, esistono degli ambienti dedicati allo shock (shock room) e delle équipe medico-infermieristiche specializzate (syncope unit, chest pain unit) sul modello anglosassone oppure degli ambienti, dei percorsi e delle équipe specializzati nel trauma (Trauma Center).

Il triage ospedaliero permette l'attribuzione di una "priorità di intervento" ad una sintomatologia correlata con i parametri vitali (pressione arteriosa, saturazione di ossigeno, temperatura corporea, frequenza cardiaca, Glasgow Coma Scale, glicemia, scala del dolore, score news), potendo così predisporre un percorso di gestione rapido per le patologie che lo richiedano (infarto, ictus, embolia polmonare, emorragie cerebrali etc.).

La specificità della medicina d'urgenza risiede nell'occuparsi trasversalmente di una serie di temi clinici abitualmente di pertinenza di molte altre specializzazioni medico-chirurgiche, ma che vengono specificatamente declinate nell'ambito dell'intervento su eventi acuti. L'approccio del medico d'emergenza è di tipo "olistico" e prevede pertanto competenze altrettanto trasversali. Secondo una massima di Joe Lex, mentre la maggior parte degli specialisti si domanda "Che cosa ha il paziente", il medico d'emergenza si interroga su "Cosa necessita il paziente" in quel momento.

Applicazioni ulteriormente specifiche sono relative all'intervento in ambiti di maxi-emergenza, come nel caso della medicina delle catastrofi, che rappresenta un'estensione logico-organizzativa peculiare della medicina d'emergenza.

Un esempio lampante è stata la recente pandemia legata al SARS-CoV 2: le competenze dei medici di emergenza-urgenza italiani, nella diagnostica ecografica, nella gestione dei malati critici e di ventilazioni non invasive, ha permesso di gestire un enorme numero di pazienti direttamente in pronto soccorso o nelle degenze di medicina d'emergenza-urgenza.

Il medico d'emergenza-urgenza

Il medico d'emergenza-urgenza (MEU) è quindi uno specialista che garantisce la prima valutazione, la diagnosi, la stabilizzazione e la cura dei pazienti con condizioni cliniche critiche o apparentemente stabili ma potenzialmente evolutive, nelle prime fasi di ogni patologia acuta o trauma, sia in contesto pre-ospedaliero che intraospedaliero.

Il MEU deve poter svolgere il suo operato dal territorio all'ospedale : servizi di emergenza territoriale, ambulanza, auto medica, elicottero, punto di primo intervento, Pronto Soccorso, Dipartimento di Emergenza di 1° e di 2° livello, Osservazione Breve Intensiva (OBI), Medicina d'emergenza-urgenza, Terapia semi-intensiva. Si occupa anche di risposte alle maxi-emergenze, in collaborazione con molti altri attori, oltre ad avere un ruolo di prima linea nella gestione delle pandemie. È riconosciuto come medico di Pronto Soccorso e 118.

Le competenze e la speciale formazione del medico d'emergenza-urgenza hanno permesso, dove ben sviluppate e correttamente utilizzate, di ridurre considerevolmente la mortalità e le disabilità dei pazienti : cruciali sono infatti gli interventi all'interno di quella che viene definita la "golden hour", cioè quella finestra dei primi 60 minuti che, se non gestita correttamente, può portare a gravi conseguenze. Il MEU, non essendo uno specialista di apparato specifico, risulta difficile da identificare correttamente nella dialettica comune : è uno specialista che abbraccia formalmente tutte le altre specialità, dovendo essere in grado di gestire ogni possibile situazione acuta in ogni organo o apparato. Dan Sandberg, nel 2014, ha definito la Medicina d'emergenza-urgenza "i 15 minuti più interessanti di ogni specialità".

La definizione di medico d'emergenza-urgenza sopra riportata non trova sempre corrispondenza nei modelli organizzativi dei Pronto Soccorso lombardi, molto spesso privi dell'area OBI con postazioni monitorate e dell'area di degenza semintensiva, portando ad uno scollamento tra percorsi formativi universitari e realtà nelle quali i giovani specializzandi si trovano ad operare. Questo dato, oltre al fatto che si tratta di una professione usurante e poco riconosciuta, ha portato ad una graduale disaffezione al ruolo del MEU che negli ultimi anni, e soprattutto dopo la pandemia Covid-19, ha fatto registrare un'adesione inferiore al 50% alle borse di studio messe a disposizione dalle Scuole di Specializzazione (in alcune realtà del 75%) con una grave carenza di medici MEU.

Il modello organizzativo di Pronto Soccorso

La Conferenza Stato Regioni n.143 del 01.08.2019 ha definito i requisiti organizzativi dell'OBI, il nuovo modello di triage e le modalità di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso ed è stata recepita da Regione Lombardia con DGR. XI/2672 del 16.12.2019. La DGR 2672/19 ha dettato le Linee di indirizzo per la diffusione, con modalità uniformi, delle Unità di Osservazione Breve Intensiva (OBI) nei DEA e nei Pronto Soccorso, al fine di ridurre i ricoveri inappropriati, aumentare la sicurezza delle dimissioni da Pronto Soccorso e migliorare il processo di presa in carico del paziente adulto e pediatrico.

Con DGR n. XI/1986 del 23/07/2019, la Direzione Generale Welfare ha istituito un Gruppo di Approfondimento Tecnico che ha avuto l'obiettivo prioritario di elaborare le linee di indirizzo per la definizione del modello organizzativo dei Pronto Soccorso in Lombardia. L'esito del lavoro svolto è rappresentato nella DGR n. 787 del 31.07.2023 "Approvazione del piano di riordino delle strutture,

Strategie innovative per superare le carenze di organico nell'ambito del Dipartimento di Emergenza Accettazione

attività e dei ruoli del personale medico nell'ambito della rete emergenza-urgenza ospedaliera", che prevede che le strutture sede di DEA di I e II livello abbiano all'interno della loro organizzazione, una UO complessa di "Pronto Soccorso e Medicina d'Emergenza-Urgenza" che afferisce al Dipartimento di Emergenza-Urgenza e comprende attività di Pronto Soccorso, attività di OBI e una sezione di degenza di Medicina d'Emergenza-Urgenza.

Regione Lombardia ritiene oggi la figura del Medico di Emergenza e Urgenza (MEU) centrale al fine di garantire qualità ed efficienza nell'assistenza offerta ai pazienti nei Pronto Soccorso/DEA, snodi centrali della rete Emergenza Urgenza e ritiene necessario definire in modo univoco, il ruolo e la funzione degli specialisti MEU nel contesto ospedaliero e pre-ospedaliero avviando un processo per uniformare il modello organizzativo dei Pronto Soccorso/DEA e la funzione stessa dei MEU, integrandola in modo armonico, funzionale e sinergico con tutte le specialità medico/chirurgiche operanti nella Rete Emergenza-Urgenza e prioritariamente con gli Anestesisti Rianimatori.

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

Obiettivo strategico: promozione di una partnership tra Istituzioni (ASST-Università-AREU) per promuovere una modalità di formazione sul campo, innovativa, con contestuale rapido inserimento del Medico in formazione nelle attività del Pronto Soccorso e risolvere l'emergenza dettata dalla carenza di medici d'emergenza-urgenza.

Il progetto illustra la realizzazione e gli outcome di un modello sperimentale di *teaching hospital*.

Si propone di mettere questo modello a sistema tramite un accordo quadro con la Scuola di Specializzazione in Medicina d'Emergenza-Urgenza dell'Università degli Studi di Brescia e AREU, per poterlo esportare a livello regionale. La formazione ricevuta e certificata sul campo potrebbe essere verificata a livello universitario con gli stessi criteri che caratterizzano il percorso di formazione specialistica della Scuola di Specializzazione in Medicina d'emergenza-urgenza, in un contesto di accordo formale con l'Università.

Obiettivi specifici: evitare la sospensione del servizio pubblico di Pronto Soccorso dell'Ospedale di Oglio Po a causa della grave e repentina carenza di medici di emergenza-urgenza che si è creata a seguito della dimissione di 6 medici dipendenti avvenuta nel 2021 e al contempo non ricorrere all'acquisizione di Medici di Cooperativa, possibilità recentemente inibita dalla DGR n. XII/1514 del 13.12.2023.

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

Il progetto è esportabile e realizzabile presso tutte le realtà più piccole e di Provincia, che soffrono per prime la carenza di personale medico specializzato in medicina d'emergenza-urgenza che affligge il paese.

Infatti, i medici urgentisti che non escono dal servizio pubblico per andare nelle strutture private o per svolgere attività libero professionale, scelgono preferibilmente di andare a lavorare nelle strutture pubbliche hub sede di DEA di II livello, che offrono la garanzia di svolgere un lavoro di qualità maggiormente aderente ad un profilo professionale più moderno e completo di Medico di emergenza-urgenza.

Il modello del *teaching hospital* è rivolto alle realtà che hanno una carenza di medici MEU non reperibili sul mercato, e si realizza con il coinvolgimento dei laureati in Medicina e Chirurgia cui interessa la disciplina della Medicina d'urgenza, ma che non sono entrati nelle Scuole di Specializzazione, disponibili ad acquisire le competenze sul campo lavorando direttamente nella realtà carente e svolgendo quindi contestualmente una formazione teorico-pratica presso i servizi del Sistema Regionale dell'emergenza-urgenza.

Le due istituzioni pubbliche altresì coinvolte e beneficiarie del progetto sono l'Università e Agenzia Regionale Emergenza-Urgenza (AREU), i cui ruoli e competenze verrebbero chiaramente definiti nel contesto di un accordo quadro.

METODOLOGIA ADOTTATA

Inizialmente è stata condotta un'indagine conoscitiva sulle motivazioni per le quali i giovani medici rifiutano le borse di specializzazione in Medicina d'Urgenza, accettando il rischio di andare comunque a lavorare in pronto soccorso, senza esperienza e senza tutele, stipulando contratti precari con cooperative intermediarie e non direttamente con le aziende ospedaliere.

Da ciò è emerso quanto segue :

- la scarsa informazione sull'andamento del mercato del lavoro, sui risvolti futuri ed in ambito assicurativo e previdenziale;
- la necessità di acquisire, presto, indipendenza economica, nell'ambito di un lungo percorso di studi;
- la necessità di percepire un compenso economico quanto più vicino possibile agli standard europei;
- la volontà di perseguire determinati percorsi, sulla base delle naturali aspirazioni, senza essere vincolati a scelte di ripiego da un concorso nazionale per l'ingresso in scuola di specializzazione;
- il desiderio di acquisire delle competenze e se possibile dei titoli spendibili anche all'estero;
- la naturale aspirazione a volersi mettere in gioco come professionisti in formazione ed essere considerati "colleghi alla pari", senza dover sottostare ancora allo status di studente, al pari dei medici in formazione europei;
- la concorrenza sleale e spietata delle cooperative.

Quindi è stata fatta una ricognizione dei bisogni del Pronto Soccorso, in termini di risorse umane, sia per la dirigenza medica, che per il comparto.

E' emersa la necessità emergente di dover reclutare personale medico al fine di ricostituire tutto l'organico del pronto soccorso di Oglio PO, a seguito di 2 pensionamenti e 4 dimissioni e di fronte al fatto che nessun dipendente, di altre branche, fosse disposto, neppure incentivato, a spostarsi per garantire la continuità del servizio di pronto soccorso.

Si è pertanto deciso di tentare di far concorrenza alle cooperative, non sul piano economico, ma promettendo una formazione strutturata sul campo, contestualmente all'attività lavorativa, e tutoraggio continuo e costante da parte del Direttore di Pronto Soccorso, rendendo meno restrittivi i requisiti specifici di reclutamento.

Si è quindi provveduto, con il Servizio di Formazione Aziendale, (molto efficiente in quanto l'ASST di Cremona è polo didattico dell'Università di Brescia) a strutturare un percorso di addestramento sul campo che si prefigge il raggiungimento di obiettivi generici e specifici necessari per garantire un'autonomia professionale nell'ambito del pronto soccorso.

Successivamente, nel 2021, è iniziata una sperimentazione sul campo, che tutt'ora prosegue con successo e che è stata gradualmente implementata sulla base dei risultati progressivamente ottenuti.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

La realizzazione del *teaching hospital* sperimentale, presso l'ASST di Cremona, in particolare nel Presidio di Oglio Po, ha dapprima richiesto diversi livelli di intervento.

Considerata l'impossibilità di ridimensionare il servizio, data :

- la distanza superiore a 40 Km rispetto ad altri presidi, secondo quanto previsto dal DM 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- la posizione geopolitica strategica del Presidio Ospedaliero, che serve le aree del casalasco, del viadanese e del basso parmense

Dapprima ci si è scontrati con la necessità e difficoltà di riuscire a reclutare il personale medico da formare e necessario per garantire la possibilità di tenere aperto il Pronto Soccorso h24 7/7.

Quindi è stata rivista l'organizzazione funzionale del pronto soccorso, in diversi step, al fine di consentire a tutti i professionisti di adattarsi ed accettare i cambiamenti organizzativi.

1. Modalità di reclutamento del personale medico

Nel 2021, primo anno successivo alla pandemia Covid, inizia un momento storico a partire dal quale diventa difficile se non impossibile reclutare personale medico da destinare alle Unità Operative di Pronto Soccorso, tanto che i bandi di reclutamento a tempo indeterminato e determinato emessi dall'ASST di Cremona andavano tutti deserti.

Questo conseguiva ad una serie di concause :

- l'assenza di medici possedenti il requisito specifico della specializzazione in Medicina d'Urgenza o equipollente;
- il dilagare dei contratti atipici stipulati con le Cooperative con remunerazione di gran lunga superiore a quella percepita da uno specialista ospedaliero;
- la localizzazione geografica dei due presidi ospedalieri dell'ASST di Cremona, posti a sud della Regione, al confine con Regioni limitrofe quali Emilia Romagna e Veneto, e quindi molto decentrati rispetto all'area metropolitana lombarda e pertanto meno serviti;
- la scarsa attrattività, in particolare del presidio ospedaliero di Oglio Po, vittima di progressivo depotenziamento, nel tempo, sia in termini di risorse umane, sia in termini di attività specialistiche, pur continuando a servire un bacino di utenza di circa 80.000 abitanti comprese le popolazioni limitrofe del basso parmense.

L'azienda decise pertanto di trovare soluzioni alternative per il reclutamento del personale medico da destinare al Pronto Soccorso.

Inizialmente, venne riorganizzato strategicamente il Pronto Soccorso che, da unico pronto soccorso aziendale articolato in una Struttura Complessa a Cremona e una Struttura Semplice all'Oglio Po, venne suddiviso in due unità autonome dal punto di vista gestionale e organizzativo, trasformando l'unità operativa di Oglio Po in una Struttura Semplice Dipartimentale con propria autonomia gestionale ed organizzativa, nel primo tentativo di far fronte alle carenze organizzative di una struttura posta a 45 Km dal presidio Cremonese.

Successivamente, vi fu un tentativo personale, purtroppo fallimentare, da parte dei Responsabili dei due Pronto Soccorso, di fare scouting tra i medici specialisti in Medicina d'Urgenza sul territorio.

Da ciò emerse la totale assenza di specialisti in Medicina d'Urgenza, in provincia e zone limitrofe, ed invece una notevole abbondanza di medici neolaureati, con poca o nessuna esperienza, che, rifiutate le borse di specializzazione messe a bando dall'Università, preferivano accettare il rischio di lavorare in pronto soccorso, senza esperienza e senza tutele, stipulando contratti atipici con le Cooperative, in cambio di lauti compensi.

Appariva pertanto un contesto di giovani neolaureati, atipico e totalmente differente rispetto a quello a noi noto. Poteva davvero essere solo il compenso economico a indirizzare le scelte lavorative delle molteplici schiere di giovani medici? Erano stati informati delle possibili conseguenze lavorative future del mancato conseguimento di un titolo specialistico, in un mercato sanitario in continua evoluzione? Da una rapida intervista rivolta ai medici inizialmente contattati, emerse quanto segue:

- la necessità dei giovani medici di acquisire una completa autonomia economica nell'ambito di un lungo percorso di studi;
- la necessità di acquisire competenze ed autonomia professionale nella branca specialistica desiderata, senza i vincoli del test d'ingresso alla Scuola di Specializzazione;
- la necessità di ritrovare la motivazione per poter lavorare in un ambito "di trincea", ad alto rischio medico legale, con ritmi lavorativi incalzanti e mai costanti, esposti a contesti in cui l'aggressività verbale, spesso, e quella fisica, un po' meno, non mancano, in quanto espressione del disagio psichico vissuto dal cittadino che ricorre alle cure sanitarie in emergenza o urgenza.

Pertanto l'Azienda, in accordo con i Direttori di Pronto Soccorso, al fine di evitare la chiusura di servizi essenziali, decise di emettere dei bandi libero professionali con vincoli specifici meno stringenti e compenso orario di 60 euro/ora (tetto massimo imposto a livello regionale), provando quindi a strutturare un percorso di formazione ed acquisizione delle competenze sul campo, con tutoraggio costante da parte dei Direttori di Pronto Soccorso.

Grazie al fatto che l'ASST di Cremona è polo universitario dell'Università degli Studi di Brescia e che i Direttori dei due Pronto Soccorso sono inseriti nella rete formativa di AREU, della Società di Medicina di Emergenza-Urgenza, nonché dell'American Heart Association, si fece scouting attraverso questi canali, riuscendo a trovare medici neolaureati che partecipassero ai bandi di reclutamento emessi dall'Azienda.

Inizialmente, nel 2021, aderì un solo medico proveniente dalla Regione Sardegna, quindi, nei successivi 6 mesi, furono reclutati altri tre medici, fino ad arrivare, alla fine del 2023, ad avere un organico di 19 medici, di cui 17 neolaureati, reclutati con contratto atipico, che avevano scelto preferenzialmente il Pronto Soccorso di Oglio Po come sede di lavoro e addestramento.

2. Strutturazione dei contenuti didattici del percorso formativo

Sono stati identificati e strutturati gli obiettivi formativi e specifici da raggiungere, nonché la modalità e la metodologia didattica.

OBIETTIVI FORMATIVI (tecnico-professionali, di processo, di sistema)

Il medico deve:

- a) approfondire e aggiornare le proprie conoscenze sulle basi biologiche e genetiche delle malattie, sulle correlazioni fisiopatologiche tra l'alterazione funzionale dei vari organi ed apparati e le sindromi cliniche con particolare riferimento alle condizioni cliniche di

Strategie innovative per superare le carenze di organico nell'ambito del Dipartimento di Emergenza Accettazione

emergenza-urgenza e sulla conoscenza dei protocolli di trattamento farmacologici e/o strumentali delle emergenze-urgenze.

- b) sviluppare il ragionamento clinico orientato all'analisi «per problemi» ed alla loro risoluzione;
- c) acquisire conoscenza in merito alla prognosi a breve termine delle varie patologie e sindromi cliniche;
- d) maturare capacità diagnostiche critiche ed analitiche (diagnosi per elementi positivi, eziologica e differenziale), impostando e verificando personalmente l'iter diagnostico;
- e) acquisire la piena conoscenza delle principali procedure diagnostiche e delle indagini di laboratorio e strumentali;
- f) approfondire le conoscenze relative ai farmaci sia per le caratteristiche farmacologiche che per le indicazioni, le controindicazioni, le interazioni e gli incidenti iatrogeni;
- g) avere conoscenza sul corretto utilizzo delle risorse e del budget e sul monitoraggio della qualità.

OBIETTIVI SPECIFICI

Il medico deve:

- a) raggiungere l'autonomia necessaria per poter operare nel sistema integrato delle emergenze-urgenze. In particolare:
- b) essere in grado di partecipare e gestire il soccorso intra-ospedaliero e di integrare le informazioni degli interventi pre-ospedalieri per il rapido inquadramento e trattamento intraospedaliero;
- c) sapere inquadrare, stabilizzare e trattare qualsiasi paziente con condizioni di urgenza che si presenti in pronto soccorso, definendo il percorso più idoneo per il trattamento del paziente;
- d) sapere stabilire le priorità d'intervento al fine dell'ottimizzazione del trattamento;
- e) sapere valutare la necessità di un eventuale trasferimento più appropriato, ovvero pianificare un corretto «piano di azione» e/o follow-up;
- f) essere in grado di fornire al paziente l'educazione sanitaria necessaria alla prevenzione delle malattie e dei traumatismi;
- g) sapere utilizzare correttamente le risorse diagnostiche e terapeutiche disponibili;
- h) apprendere i principi per il trattamento di pazienti geriatrici e in gravidanza;
- i) conoscere le tecniche per comunicare efficacemente con i pazienti, i familiari e le altre figure professionali coinvolte nella gestione del paziente;
- j) apprendere i principi etici coinvolti nel processo decisionale medico con riguardo anche per le direttive per la prosecuzione e il trattamento di sostegno alla vita.
- k) conoscere gli aspetti legali e di organizzazione sanitaria della professione, nonché quelli del SSN, (certificazioni INAIL, referto all'autorità giudiziaria, denuncia all'autorità giudiziaria, attivazione trasferimenti tempo dipendenti o urgenti ecc);
- l) saper valutare il grado di urgenza e/o le priorità assistenziali in rapporto a tutti i fattori clinico-ambientali interferenti;
- m) saper valutare le funzioni vitali e conoscere le manovre e le terapie per la rianimazione cardiopolmonare in urgenza e per la stabilizzazione del paziente.

MODALITA' DIDATTICA

LEZIONI FRONTALI E AFFIANCAMENTO SUL CAMPO

I colleghi sono stati introdotti alle attività di pronto soccorso

- con iniziale addestramento da parte del Dott. Calandra su:
 - a) utilizzo dei programmi gestionali di ps;
 - b) normativa su certificazione inail, inps, autorità giudiziaria;
 - c) gestione delle casistiche a medio bassa e bassa complessità;
 - d) formazione ecografica di base (estesa anche agli infermieri);

- successivamente, sottoposti ad addestramento dal Direttore del PS su:
 - a) gestione delle casistiche a medio-alta, alta, complessità;
 - b) rianimazione cardiopolmonare avanzata (corso ACLS aperto anche agli infermieri);
 - c) gestione dei pazienti in OBI (estesa anche agli infermieri);
 - d) rispetto dei protocolli aziendali ed interaziendali;
 - e) formazione ecografica avanzata;
 - f) procedure invasive;
 - g) lezioni teoriche di medicina d'urgenza

- affiancati dal Direttore del PS sia durante il turno diurno che quello notturno fino a completa autonomia. Il Direttore del PS rimane sempre reperibile h24, per qualsiasi necessità, anche dopo aver raggiunto autonomia gestionale.

METODOLOGIA DIDATTICA

- a) COOPERATIVE LEARNING che riduce il conflitto tra colleghi e migliora la motivazione all'apprendimento.
- b) MLTV: Make Learning and Thinking Visible, Rendere visibili pensiero e apprendimento, intesa come la «pratica di osservare, registrare e condividere attraverso media differenti il processo e il prodotto dell'apprendimento con lo scopo di rendere l'apprendimento stesso più profondo» (Krechevsky et al., 2013).
- c) DIDATTICA PER SCENARI: il ruolo del docente, proposto uno scenario, è di guida, orienta i gruppi, promuove l'autonomia dei singoli. Viene stimolata la capacità di ragionamento clinico e l'uso delle tecnologie.

3. Implementazione del processo

Il processo di formazione è stato implementato rafforzando e meglio strutturando le linee di attività del pronto soccorso, e dando forza e valore al lavoro di squadra, tra medici, infermieri ed oss, in modo che tutti potessero, aiutarsi reciprocamente, sviluppare, e contemporaneamente mettere in campo, le proprie competenze e abilità, per il raggiungimento di un obiettivo comune.

4. Modifica delle linee di attività

Una volta strutturati gli obiettivi formativi e specifici da raggiungere, la modalità e la metodologia didattiche, si è passati ad una riorganizzazione gestionale dell'attività di pronto soccorso, per favorire il percorso di inserimento e formazione dei nuovi medici.

Pertanto, al posto di due linee di lavoro, di cui una h12 ed una h24, nelle quali venivano gestite parimenti tutti i codici, si è deciso di suddividere le linee, durante il turno diurno, in modo da gestire in una, i casi ad alta o medio-alta complessità, e nell'altra, quelli a bassa e intermedia complessità.

Ciò si rendeva necessario per poter effettuare un addestramento graduale ai casi a complessità crescente e garantire sempre la presenza in turno, di un medico esperto in supporto al neo inserito, soprattutto nel momento in cui il medico neo inserito veniva lasciato da solo nella propria sala durante il turno di lavoro, al fine di fargli sperimentare ed acquisire l'autonomia.

Per questi percorsi non sono state previste risorse dedicate in modo esclusivo, fatta eccezione per i percorsi fast track, poiché le linee di attività per la gestione della casistica sono da interpretarsi in modo flessibile sul piano organizzativo :

- in funzione dell'andamento della domanda e delle sue fluttuazioni circadiane, settimanali e stagionali;
- in funzione delle competenze raggiunte dal personale medico formato sul campo.

Ne consegue che i professionisti impiegati, non esistendo nel Presidio Ospedaliero di Oglio Po un ambulatorio dedicato solo ai codici minori, devono obbligatoriamente acquisire le competenze necessarie per poter operare, autonomamente, nelle diverse linee di attività.

5. Potenziamento del fast track specialistico e autonomia gestionale dell'infermiere triagista

Dopo una prima fase, durata quasi un anno e mezzo, al fine di ridurre un fisiologico allungamento delle tempistiche :

- sia dell'attesa dei pazienti con problematiche a bassa intensità,
- sia della processazione dei casi clinici a medio-alta intensità,

sono state attuate due ulteriori soluzioni organizzative.

In primis sono state potenziate le linee di fast track specialistico, aggiungendo a quelli già esistenti, pediatrico, oculistico e ginecologico, anche quello ortopedico, in considerazione del notevole numero di traumi minori che accedono al Pronto Soccorso di Oglio Po, in considerazione dell'attrattività del Reparto di Ortopedia, identificato anche come centro di riferimento regionale per la chirurgia della mano.

Ciò ha consentito anche di avere un approccio formativo graduale per quelle branche ultra specialistiche, quali oculistica, ginecologia ed ortopedia, nelle ore in cui non era attivo il percorso di fast track.

Quindi, in attuazione alla Delibera Regionale 6168 del 28/03/2022, recante determinazioni in merito al percorso di formazione in triage intraospedaliero e al "Manuale di triage intraospedaliero Regione Lombardia" del Novembre 2022, tenuto conto dell'Accordo del 23/05/2003 tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza-urgenza", si è data maggiore importanza al team medico-infermieristico, le cui decisioni possono far diventare «il tempo di attesa un vero e proprio step del processo attivo di diagnosi e cura»,

con l'obiettivo finale di individuare in modo tempestivo casi in evoluzione, intervenire subito sulla gestione del dolore e ridurre i tempi di permanenza in pronto soccorso.

Sono stati quindi adottati i nuovi codici numerici in sostituzione dei codici colore e, contemporaneamente, il personale infermieristico di triage è stato formato e reso autonomo nella presa in carico anticipata del paziente al triage, con l'applicazione di protocolli medico-infermieristici condivisi, supervisionati dal Direttore di Pronto Soccorso.

Ciò è servito anche per colmare il vulnus esperienziale dei medici neo inseriti, in quanto al momento della visita medica, i pazienti, che hanno effettuato l'accesso al pronto soccorso per dolore toracico, febbre, dolore generico e colica renale, risultano avere già a corredo i risultati di esami ematochimici ed elettrocardiogramma eseguiti al triage.

6. Strutturazione attività di OBI

L'OBI può essere considerata un'area ad alta complessità assistenziale e deve essere dotata di 1 postazione ogni 5.000 accessi al Pronto Soccorso (Linee di Indirizzo Nazionali sull'OBI, CSR del 1° agosto 2019), dotando almeno il 50% delle postazioni di sistemi di monitoraggio multiparametrico del paziente. L'OBI ha come mission l'accoglienza multidisciplinare al paziente proveniente dal Pronto Soccorso che necessita di osservazione o ricovero.

La degenza massima dura 72 ore e accoglie pazienti che necessitano di un periodo di osservazione per garantire la dimissione in sicurezza rispetto alle problematiche di cura e assistenziali, oppure per operare una corretta allocazione nelle aree di degenza in caso di ricovero, garantendo l'immediato avvio del percorso di cura.

L'attivazione di quest'area richiede una presenza medica calcolata in 60 minuti a posto tecnico di OBI. Per posto tecnico si intende l'unità dedicata ove si realizzano le attività di assistenza, diagnosi e cura, nel rispetto della privacy e del comfort. Si tratta di postazioni funzionali non considerate nella dotazione totale dei posti letto.

Per un numero di posti tecnici uguali o inferiore a 4, il personale medico è condiviso con il pronto soccorso, se i posti tecnici previsti sono superiori a 4, allora è prevista la presenza di un medico 60 minuti a posto tecnico di OBI. (Linee di Indirizzo Nazionali sull'OBI, CSR del 1° agosto 2019).

Il pronto soccorso di Oglio Po seppure con un netto di 25.275 accessi, al 2019, dopo la chiusura del punto nascita, è sempre stato dotato di un OBI, nel 2016, con 4 postazioni tecniche per cui con personale medico, infermieristico e di supporto condiviso con il pronto soccorso.

L'inserimento di medici da formare ha richiesto un lavoro di riorganizzazione strutturale e funzionale dell'Osservazione Breve Intensiva.

Dapprima è stato addestrato il personale infermieristico, sia all'utilizzo dell'applicativo informatico dedicato, sia sull'attività assistenziale svolta in OBI, mutuando sostanzialmente l'impostazione adottata nei reparti di degenza, con la rilevazione dei parametri vitali e la somministrazione dei farmaci ad orari prestabiliti.

E' stato formato il personale OSS per garantire supporto infermieristico nella rilevazione dei parametri vitali, e assistenza nell'igiene e nei pasti ai pazienti in osservazione.

Quindi sono stati redatti specifici PDTA per la gestione delle più comuni condizioni cliniche trattate in OBI e per favorire la gestione dei pazienti con patologia cardiaca sono state dotate di telemetria tre postazioni.

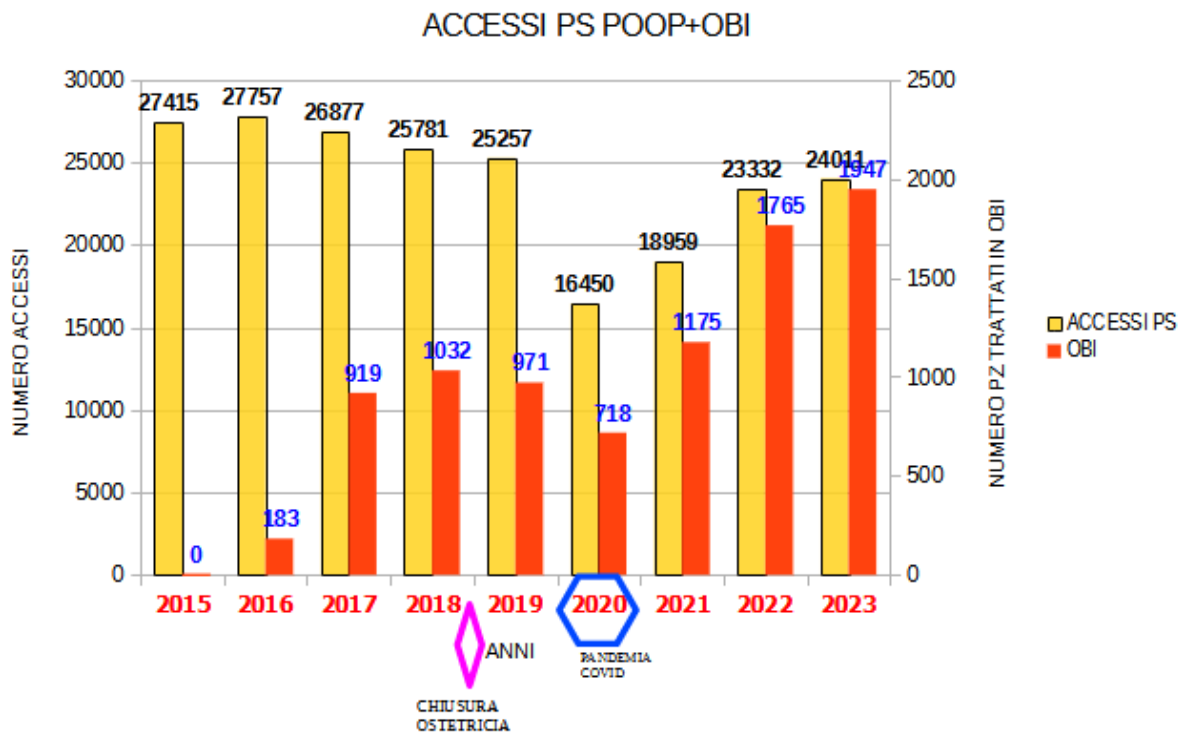
Ciò ha consentito una migliore sicurezza delle cure somministrate, una maggiore qualità dell'assistenza erogata e della sorveglianza.

Strategie innovative per superare le carenze di organico nell'ambito del Dipartimento di Emergenza Accettazione

In tal modo la gestione dei pazienti in OBI è passata da 971 del 2019 a 1947 del 2023, parimenti con l'aumento degli accessi annui al pronto soccorso, (16.450 del 2020 a 24011 del 2023) con una media di 6 posti OBI occupati tutti i giorni.

Ciò, compatibilmente con la carenza di risorse umane, ha permesso di poter avere una unità infermieristica dedicata all'OBI per le ore diurne e nei giorni feriali a partire dal 2023 ed un'unità medica adeguatamente formata e dedicata a partire da Gennaio 2024 compatibilmente con la progressione del percorso formativo dei medici, sotto la supervisione del Direttore del PS.

In tal modo è stato possibile consentire una formazione graduale del personale medico, con livelli di complessità crescenti, senza interrompere l'erogazione del servizio e senza ridurre la qualità o la sicurezza delle cure erogate.



7. Fasi e tempistiche

Il progetto è stato avviato nel 2022 e prosegue tutt'oggi con successo.

2022

01/ ricerca di soluzioni organizzative per far fronte alla carenza di medici in pronto soccorso e per contrastare le cooperative;

02/ inizia lo scouting tra i giovani medici

04/ si inizia a strutturare un percorso di formazione sul campo per i giovani medici che parteciperanno ai bandi di reclutamento indetti dall'azienda.

05/ prime due adesioni
si inizia a modificare le linee di attività del pronto soccorso per favorire l'inserimento dei neoassunti;
contestualmente si inizia a strutturare la presa in carico del paziente in obi con addestramento del personale infermieristico,

11/ prosegue la formazione sul campo e il tentativo di reclutare altri medici;
si struttura l'attività del personale OSS in sala visita e OBI

2023

01/ reclutamento di altri 3 medici

03/ inizia l'addestramento del personale infermieristico sui nuovi codici di triage e sulla presa in carico anticipata;
viene meglio regolamentata l'attività in OBI.

03/ reclutamento di altri 3 medici;

05/ viene destinata un unità infermieristica all'OBI h12 ,
durante i giorni feriali.

06/ reclutamento di altri 4 medici

10/ reclutamento di altri 3 medici
prosegue la formazione sul campo dei medici neoassunti con la possibilità di iniziare a differenziare i diversi gradi di autonomia e competenza;
prosegue addestramento del personale infermieristico ed oss;

11-12 reclutamento di altri 4 medici:

2024

01/ si tirano le somme del lavoro fatto:

le linee lavorano in autonomia con personale dedicato che in parte ha raggiunto l'autonomia e prosegue la formazione ed in parte inizia il percorso di addestramento sul campo;
si completa la strutturazione dell'attività di OBI con risorsa medica dedicata 60 min per 6 ore al giorno;
il direttore di ps finalmente esce dal turno;
il triage parte autonomamente con la presa in carico anticipata.

Le modifiche organizzative sono state effettuate gradualmente, con le tempistiche illustrate nello schema allegato, sulla base dei risultati ottenuti e con la finalità di far accettare il cambiamento al personale di pronto soccorso che per tanti anni aveva lavorato diversamente.

ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE

Il Pronto Soccorso di Oglio Po prevede una linea h24, una linea h12 e una linea h6 per la copertura dell'OBI, ovvero la presenza di 3 Medici nei turni di mattina (8.00-14.00), 2 nei turni pomeridiani (14.00-20.00) e 1 Medico nel turno notturno (20.00-8.00).

Il fabbisogno calcolato di Medici della SSD Pronto Soccorso è pari a 11 Medici:

- una linea h24 = 6 medici
- una linea h12 = 3 medici
- una linea h6 OBI = 2 medici

Il contratto di lavoro atipico proposto ai medici non specialisti viene remunerato 60 Euro/ora e il fabbisogno di ore/medico per la copertura delle linee sopra esplicitate è pari a 42 ore/giorno, il che comporta i seguenti costi aziendali annui :

COSTO 11 libero-professionisti	Costo orario	Ore/giorno	Ore/anno	Costo Netto
11 Medici LP	60 €/h	42 ore/giorno	15.330 ore/anno	919.800 €

Viceversa, il costo di 11 medici dipendenti, considerando un mix di anzianità (nella simulazione sono stati considerati 6 dirigenti più giovani e 5 con un'anzianità maggiore maturata), porterebbe l'ASST a sostenere i costi seguenti :

COSTO 11 DIRIGENTI di cui:	Costo	Oneri a carico Azienda			Costo Lordo
		Oneri	TFR/TFS	IRAP	
6 Dirigenti Medici Esclusività 0-5 Anni	376.440,84 €	89.592,92 €	10.841,50 €	31.997,47 €	508.872,73 €
5 Dirigenti Medici Esclusività 5-15 Anni	382.495,60 €	91.033,95 €	11.015,87 €	32.512,13 €	517.057,55 €
Costo TURNI DI GUARDIA	62.520,00 €	14.879,76 €	- €	5.314,20 €	82.713,96 €
TOTALE	821.456,44 €	195.506,63 €	21.857,37 €	69.823,80 €	1.108.644,24 €

Va altresì considerato l'elevato costo sostenuto dal Direttore del Pronto Soccorso, in termini di impegno, dedicato alla formazione dei Medici con contratto atipico, tutti neolaureati all'inizio del proprio percorso professionale, che, nell'ipotesi di un *teaching hospital* formalmente strutturato, sarebbe da condividersi con l'Università e con AREU.

RISULTATI ATTESI

Il progetto *teaching hospital* ha garantito in prima analisi il mantenimento h24 di un servizio essenziale quale è il Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di Oglio Po, che è stato certamente prossimo alla chiusura. Allo stesso modo, la sua formale estensione a livello regionale garantirebbe la continuità in molte altre realtà medio-piccole che sono al momento in forte sofferenza, contrastando efficacemente e in tempi rapidi la carenza di medici specialisti in Medicina d'emergenza-urgenza.

Altri risultati positivi da subito evidenti sono stati :

- a) la formazione di medici capaci di gestire qualsiasi casistica, di diversa complessità, in poco tempo, con la capacità di capire quando avvalersi del supporto dei consulenti rianimatore, cardiologo, chirurgo per pazienti a complessità maggiore;
- b) il miglioramento della qualità del servizio erogato;
- c) la riduzione dei tempi di attesa;
- d) la riduzione dei ricoveri impropri;
- e) la creazione di una squadra di pronto soccorso affiatata con soddisfazione professionale dei singoli

Tra le strategie migliori per garantire un sistema sanitario efficiente, efficace e allo stesso tempo sostenibile, in grado di fare fronte alla crescente domanda di salute da parte dei cittadini, riteniamo che, sempre più in futuro, il punto di riferimento della domanda di salute sarà rappresentato da ospedali che con la loro triplice funzione di assistenza, didattica e ricerca, potranno meglio far fronte alle nuove frontiere terapeutiche.

Pertanto, il *teaching hospital* come percorso di formazione specialistica, al fine di consentire una formazione completa di coloro che saranno gli specialisti del domani, continua ad essere la soluzione più concreta, rapida ed immediata da attuare per compensare la carenza di personale medico di Pronto Soccorso e garantire, soprattutto, una qualità sanitaria quanto più vicina agli standard europei.

Per consolidare e rendere replicabile il modello del *teaching hospital* periferico, si ritiene indispensabile una partnership temporanea tra DG Welfare e Università, finalizzata alla risoluzione dell'emergenza che sta investendo le strutture di Pronto Soccorso.

Tale partnership potrebbe essere formalizzata con una convenzione con tra l'Università degli Studi di Brescia, AREU e l'ASST di Cremona, basata sulla condivisione degli obiettivi formativi annuali da realizzare presso il *teaching hospital* e sulla disponibilità dell'Università a farsi carico della valutazione finale del raggiungimento degli stessi, per il passaggio all'anno successivo, con esito finale nel riconoscimento del titolo formativo di Specialista in Medicina d'emergenza-urgenza a conclusione dei 5 anni.

Alla fine del percorso formativo svolto dal *teaching hospital* e certificato dall'Università, il medico potrebbe quindi essere definitivamente assunto dall'Azienda Sanitaria attraverso una procedura di stabilizzazione a tempo indeterminato.

In questo modo, nel contesto di un percorso condiviso e sinergico tra Istituzioni, si può passare dalla straordinarietà di questa sperimentazione che ha dato esiti positivi, alla ordinarietà di un modello replicabile in altri contesti simili.

Una ipotesi formale di modello di *teaching hospital* in Regione Lombardia, mutuando l'esperienza del Pronto Soccorso di Oglio Po, dovrebbe definire:

Strategie innovative per superare le carenze di organico nell'ambito del Dipartimento di Emergenza Accettazione

1. le modalità di reclutamento del personale medico, tramite avviso per incarico libero professionale aperto ai laureati in Medicina e Chirurgia, della durata di 5 anni, con vincoli orari e formativi specifici;
2. le modalità e la metodologia didattica condivise con le Università ed AREU, per quanto attiene alla formazione sia teorica che simulata;
3. la ristrutturazione delle attività di pronto soccorso in funzione dell'essere un *teaching hospital*. Ciò consentirebbe, altresì, di superare la carenza di personale medico specializzato, nell'ambito della medicina d'urgenza, per i prossimi 5-10 anni, senza togliere l'opportunità ai futuri specialisti di poter entrare nella rete del SSN con concorso pubblico.

Modalità di reclutamento del personale medico

Ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 165/01 la pubblica amministrazione ha la possibilità, in caso di necessità, di avvalersi di personale non dipendente.

Il personale medico per il Pronto Soccorso verrebbe quindi reclutato con avviso per incarico libero-professionale, con partita iva, da 30 a 38 ore settimanali, indirizzato a neolaureati e finalizzato all'acquisizione delle competenze specialistiche durante la regolare attività lavorativa, della durata di 5 anni, ossia fino all'acquisizione del titolo di formazione specialistica. Il posto sarebbe ascrivibile al ruolo sanitario, con profilo professionale medico, area medica e delle specialità mediche, disciplina: medicina d'emergenza-urgenza.

Nell'ambito della propria attività settimanale, il medico in formazione svolgerebbe attività lavorativa ed attività formativa pratica secondo il Progetto Formativo, condiviso tra Università, AREU e *teaching hospital* ed approvato dalla Scuola di Specializzazione in Medicina d'emergenza-urgenza.

L'attività assistenziale svolta dal medico in formazione deve essere coerente con il livello di competenze e di autonomia raggiunto e correlato all'ordinamento didattico del corso, alle attività professionalizzanti, nonché al programma formativo.

Il dipendente stipula adeguata copertura assicurativa di responsabilità civile e colpa grave con oneri a proprio carico e provvede autonomamente alla contribuzione previdenziale.

Il medico in formazione deve osservare le disposizioni del codice di comportamento aziendale, e risponde al Direttore dle Pronto Soccorso cui è assegnato.

Nel contesto dell'accordo quadro tra Istituzioni, il medico che abbia completato il percorso di 5 anni e superato tutte le prove d'esame all'Università potrebbe quindi essere definitivamente assunto dall'Azienda Sanitaria attraverso una procedura di stabilizzazione a tempo indeterminato o attraverso la partecipazione ai concorsi pubblici per reclutamento a tempo indeterminato.

Modalità e metodologia didattica condivise con le Università ed AREU

Il Progetto Formativo viene predisposto e condiviso da Ospedale, Università e AREU, per ogni anno di formazione.

Alla fine di ogni anno, il Medico in formazione deve superare una prova d'esame teorico-pratica all'Università. Alla fine dei 5 anni, la certificazione specialistica viene rilasciata dall'Università.

Struttura organizzativa del *teaching hospital* Sperimentale

Il *teaching hospital* deve favorire il percorso di inserimento e formazione dei nuovi medici.

Strategie innovative per superare le carenze di organico nell'ambito del Dipartimento di Emergenza Accettazione

A questo scopo, devono essere ben suddivise le linee operative diurne, per gestire in percorsi distinti i casi ad alta o medio-alta complessità e quelli a bassa ed intermedia complessità.

Questa differenziazione rende possibile un addestramento graduale ai casi a complessità crescente e garantisce la presenza di un medico esperto a supporto del neo-inserito in ogni turno, con supervisione del Direttore del Pronto Soccorso o medico strutturato aziendale inquadrato come tutor aziendale.

I medici neoiseriti devono poi dedicare, obbligatoriamente, 6 ore a settimana, non retribuite, alla formazione teorica, secondo quanto previsto dal piano formativo, condiviso tra Università, Areu e ASST.

CONCLUSIONI

Data la difficoltà di tutte le strutture sanitarie, su tutto il territorio nazionale, di garantire continuità ai Servizi di Emergenza-Urgenza, non riuscendo più a dotarsi di personale medico specializzato e qualificato, si rende indispensabile individuare soluzioni organizzative sperimentali e innovative che consentano di far fronte alla carenza di organico medico proponendo un percorso di formazione specialistica in Medicina d'Urgenza confacente alle reali e moderne esigenze formative e in grado di rispondere al bisogno di salute del cittadino.

A tal proposito, negli ultimi vent'anni, sono state prese, a livello internazionale, diverse iniziative, per migliorare la qualità nell'ambito della formazione dei professionisti sanitari. Ciò ha riguardato la definizione di standard e la creazione di sistemi per il riconoscimento e l'accreditamento dei programmi e delle istituzioni educative. La qualità dell'istruzione e della formazione in sanità, attraverso la crescita delle competenze dei professionisti sanitari, svolge un ruolo fondamentale, non solo nella risposta ai cambiamenti, ma soprattutto per il perseguimento degli obiettivi strategici dei sistemi sanitari, questione cruciale e di importanza nazionale per ogni paese. ("La Formazione Per Il Governo Clinico" Dipartimento della Programmazione e dell'ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale Direzione Generale della Programmazione Sanitaria Ufficio III Ex D.G.Prog, Aprile 2013).

In Italia, parimenti, con Decreto Interministeriale n. 402 del 13 Giugno 2017, sono stati definiti gli standard, i requisiti e gli indicatori di attività formativa e assistenziale delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria, nonché i requisiti minimi generali e specifici di idoneità della rete formativa.

Per rete formativa si intende l'insieme di tutte le strutture, fisiche, universitarie, ospedaliere e territoriali nelle loro diverse articolazioni, coinvolte nella formazione: le strutture di sede, le strutture collegate e le eventuali strutture complementari.

L'Osservatorio nazionale, in sede di proposta per l'accreditamento delle singole strutture su cui insistono le Scuole di specializzazione, ai sensi dell'articolo 43 del D.lgs. n. 368/1999, individua per ogni Scuola di specializzazione un numero appropriatamente limitato di strutture che compongono la rete formativa, nel rispetto degli standard di cui al comma 1, al fine di garantire la qualità assistenziale e formativa della rete stessa.

Esaminando i dati di una survey sulla valutazione della formazione specialistica in 22 Paesi europei condotta dal European Junior Doctors, sono emersi i seguenti dati:

- in 9 paesi (42%), gli specializzandi hanno il doppio status studente-dipendente, mentre nei restanti paesi gli specializzandi hanno lo status di dipendente per tutta la durata del percorso di specializzazione.
- In Francia, Italia, Grecia, Ungheria, Lituania e Croazia, le università sono responsabili dell'organizzazione della formazione teorica durante la specializzazione, indipendentemente dalla localizzazione dello specializzando in università o nella rete formativa esterna.
- In Spagna, Germania, Austria, Svezia e Turchia, invece, è l'ospedale/istituto dove si trova il giovane medico ad essere responsabile dell'organizzazione della formazione teorica.
- Nei rimanenti 11 paesi, la formazione teorica è di pertinenza di più enti, ad esempio, università e ospedali, ospedali e Medical Chamber/Council, istituti nazionali/regionali ecc.
- Nel 59% (13/22) dei paesi esaminati, gli specializzandi sono obbligati a ruotare in diverse sedi extra universitarie, mentre nel 18% (4/22) questo non accade.

Strategie innovative per superare le carenze di organico nell'ambito del Dipartimento di Emergenza Accettazione

- La supervisione della qualità della specializzazione ricade sotto la responsabilità del Medical Chamber/Council in oltre un terzo dei paesi intervistati (8/22), del Ministero della salute nel 18% (4/22) dei casi e dell'Università in un altro 18% (4/22) dei casi.
- Nella maggior parte dei paesi, gli specializzandi sono sottoposti a valutazioni annuali, o al termine di ogni modulo praticato, mentre solo 4 paesi non effettuano alcuna valutazione durante la specializzazione.
- Nel 73% dei paesi (16/22) gli specializzandi sono autorizzati a svolgere la loro specializzazione, lavorando part-time, possibilità non concessa in Francia, Irlanda, Estonia, Turchia e Italia.
- Nel 32% dei paesi (7/22) è possibile poter cambiare facilmente specializzazione; in un altro 32% (7/22) è possibile poter cambiare solo in determinate condizioni, ad esempio per motivi di salute; nel 27% (6/22) sono presenti limitazioni (ad esempio in Slovenia è concesso cambiare specialità solo una volta); solo in Italia non è possibile cambiare specialità durante il percorso formativo.

Riguardo la responsabilità legale per le decisioni cliniche prese durante la specializzazione:

- lo specializzando condivide tale responsabilità con il suo tutor nel 60% dei paesi (13/22);
- nel 18% (4/22) il supervisore ha piena responsabilità legale per le decisioni dello specializzando;
- nel 9% (2/22), lo specializzando è pienamente responsabile delle sue decisioni cliniche;
- in un altro 9% (2/22), la responsabilità dipende dalla specifica situazione;
- solo nel Regno Unito lo specializzando è pienamente responsabile per le sue decisioni, anche nel periodo precedente la formazione specialistica.

Appare chiaro che la formazione medica post-laurea è svolta in forme molto diverse in tutta Europa con una variazione importante nella garanzia della qualità di programmi di specializzazione e delle modalità di valutazione dello specializzando durante il percorso di formazione specialistica.

Al tempo stesso, emerge che nella maggior parte dei casi la formazione dello specializzando non è monopolio della sola Università, ma condivisa con l'Ospedale.

Considerata la critica carenza di specialisti, soprattutto in determinati ambiti, si rende necessario trovare le soluzioni più idonee, non solo per rendere omogenea la preparazione degli specializzandi per una stessa disciplina, ma soprattutto per riuscire a colmare le carenze esistenti in determinati ambiti specialistici e contrastare efficacemente un'emergenza.

Al fine di consentire una formazione completa di coloro che saranno gli specialisti del domani, l'introduzione, nell'ambito del percorso di formazione specialistica, del "teaching hospital", potrebbe essere la soluzione più concreta ed immediata da attuare, ad integrazione e a supporto dei percorsi universitari esistenti, in ottemperanza alla normativa vigente.

Per garantire il coinvolgimento nel sistema dei neo laureati, che non sono entrati nella Scuola di Specializzazione di medicina d'emergenza-urgenza, si può quindi immaginare una carriera mirata post-laurea con la stipula di contratti di formazione specialistica sul campo, a tempo determinato, in ambito ospedaliero pubblico, con finanziamento integrativo regionale, lasciando la formazione teorica all'Università, cui spetta il rilascio finale del titolo accademico.

Ciò consentirebbe la formazione di nuovi medici al fine di colmare il vulnus di specializzazioni in alcune branche specialistiche ed evitare così la chiusura delle sedi di Pronto Soccorso negli Ospedali medio-piccoli e meno attrattivi che soffrono maggiormente la carenza di personale medico.

CONTRIBUTO PERSONALE

Il project work, in relazione al contenuto ed alla sua realizzazione, è stato strutturato come segue.

E' stata presa a modello e analizzata l'esperienza vissuta dalla Dott.ssa Capelli, presso il Pronto Soccorso di Oglio Po, ove sono state messe in pratica soluzioni organizzative e gestionali straordinarie per il superamento delle carenze di personale medico specialistico in Medicina d'Urgenza, al fine di salvare un Pronto Soccorso che sarebbe stato inevitabilmente destinato alla chiusura, garantendo l'erogazione del servizio h 24 e 7 giorni su 7, senza inficiare la qualità delle cure erogate.

Indi, da parte della Dott.ssa Bettamio, è stato fatto un approfondito studio normativo ed un analisi economica, sulla fattibilità ed applicabilità di tale modello organizzativo e sulla sua esportabilità come modello sperimentale da applicarsi nelle realtà Lombarde ove sia difficile reperire personale medico specialista nell'ambito dell'emergenza-urgenza, al fine di garantire la continuità dei servizi di Pronto Soccorso.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Il Decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484 in materia di “Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al II livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del SSN”;

l'Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui documenti “Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero”, “Linee di indirizzo nazionali sulla Osservazione Breve Intensiva” e “Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso”.

Rep. Atti n.143/CSR del 1° agosto 2019;

la Deliberazione n. XI/2672 del 16/12/2019 in materia di “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario per l'esercizio 2020”;

la Deliberazione n. XI/1986 del 23/07/2019 in materia di “Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'esercizio 2019 – secondo provvedimento 2019”;

la Deliberazione n. XII/787 del 31/07/2023 in materia di “Approvazione del “piano di riordino delle strutture, attività e dei ruoli del personale medico nell'ambito della rete emergenza-urgenza ospedaliera”;

il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, in materia di “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”;

la Delibera Regionale n. 6168 del 28/03/2022, in materia di determinazioni in merito al percorso di formazione in triage intraospedaliero;

l'Accordo del 23/05/2003 tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante “Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza-urgenza”;

il “Manuale di triage intraospedaliero Regione Lombardia” del Novembre 2022;

la Deliberazione n. XII/1514 del 13/12/2023 in materia di “Approvazione delle linee guida per il superamento delle esternalizzazioni dei servizi sanitari core e per la migliore gestione del personale”;

il Decreto Interministeriale 402 del 13/06/2017 in materia di "Standard, requisiti e indicatori di attività formativa e assistenziale delle Scuole di specializzazione di area sanitaria ai sensi dell'art. 3, comma 3, del D.l. n. 68/2015”;

l'articolo 43 del Decreto Legislativo 17 agosto 1999, n. 368 in materia di “Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE) ”.

BIBLIOGRAFIA

Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale Direzione Generale della Programmazione Sanitaria Ufficio III ex D.G.Prog. Aprile 2013. *La formazione per il governo clinico.*

Krechevsky et al., 2013

