

# La realtà dell'emergenza in Italia e nel Missouri: un confronto possibile fra due realtà così lontane

A cura di:

**Dott.ssa Anna Maria Ferrari** *Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza*

**Ivana Spaggiari** *Caposala U.O. Pronto Soccorso*

**Francesca Zuelli** *Servizio Sviluppo Organizzativo*

Confrontare due realtà sanitarie come quella italiana e quella americana, sembra molto complesso in quanto sia le caratteristiche politiche, sociali ed ambientali, che l'organizzazione dei servizi sono molto diverse.

In realtà ci sono aspetti che vanno ben oltre le differenze e che rimangono come esperienze di confronto, che arricchiscono professionalmente ed umanamente, allargando i confini della nostra immaginazione e soprattutto la creatività attraverso la quale possiamo proporre nuove soluzioni anche nei nostri contesti locali. E' auspicabile che ciò abbia una continuità nel tempo, affinché gli scambi possano diventare veramente momenti di condivisione e crescita.

E' ciò che è avvenuto in un incontro organizzato tra Mrs.Tina Ahearn e il Dr Muller del Barnes-Jewish Hospital di Saint Louis, Missouri, U.S.A, in occasione di uno scambio con il nostro Ospedale e il Direttore e il Responsabile Infermieristico del Dipartimento di Emergenza-Urgenza dell'Azienda.

Effettivamente è emerso che le realtà dell'Emergenza-Urgenza in Italia e nello Stato del Missouri hanno profonde differenze legate sia all'organizzazione che alla tipologia degli operatori impegnati nella gestione dell'emergenza. Anche la formazione di questi operatori ha caratteristiche diverse.

Negli Stati Uniti, in particolare nello Stato del Missouri, sulle ambulanze ci sono figure professionali che in Italia non esistono. Esse sono chiamate paramedici, ma non sono infermieri, come a volte, purtroppo, capita di sentire chiamare gli infermieri in Italia, ma operatori specializzati nello stabilizzare il paziente, somministrando anche farmaci, se necessario: sono veri e propri tecnici dell'emergenza, usciti da un corso biennale di formazione specifica e sono tenuti a seguire 60 ore annue di formazione continua.

Specialmente nelle zone periferiche delle città i Vigili del Fuoco possono essere i primi a prestare il soccorso. Ci hanno riferito tra l'altro che il Barnes-Jewish Hospital, è stato l'ospedale a presentare il primo modello di addestramento BLS proprio per Vigili del Fuoco.

Del resto il 911, numero telefonico dell'emergenza, negli Stati Uniti è universale, nel senso che riceve chiamate per qualsiasi tipo di emergenza, non solo sanitaria e quindi gli operatori che ivi operano gestiscono tutti gli interventi compresi quelli della Polizia, dei Pompieri, ecc.

La realtà italiana, in particolare del nostro dipartimento, fa riferimento invece ad un bacino d'utenza provinciale (500 mila abitanti di cui circa 250 mila nel distretto di Reggio Emilia e comuni limitrofi ) e si occupa

di circa 70 mila pazienti/anno.

Il funzionamento della gestione dell'emergenza, si basa sull'attivazione attraverso il 118, che gestisce soltanto l'emergenza sanitaria, per cui le prime persone ad arrivare sul luogo dell'emergenza sono l'autista e i volontari, e, in caso di codice rosso, il medico d'emergenza territoriale e l'infermiere specializzato .

L'auto medicalizzata mediamente effettua 13-14 uscite giornaliere.

Il confronto poi è continuato su una tematica molto delicata e attuale nella nostra Provincia, rappresentata dalla mancanza di un Pronto Soccorso Pediatrico vero, sopperita dalla presenza di un accesso diretto nell'U.O di Pediatria, che però non può strutturalmente farsi carico di tutte le problematiche di urgenza/emergenza pediatrica. In realtà l'afflusso dei bambini è notevole, ma non è presente un pediatra in Pronto Soccorso, per cui ciò crea notevoli difficoltà nella gestione delle problematiche di un bambino che non è un "adulto piccolo", ma presenta caratteristiche che sono peculiari, anche nei casi di emergenza/urgenza.

All'interno del BJC invece il Pediatra Residente in P.S. è una realtà consolidata.

Un altro aspetto affrontato in questo incontro è quello relativo alla "questione sociale", ovvero alla molteplicità delle etnie che si pre-

sentano in Pronto Soccorso e soprattutto alla molteplicità delle problematiche sociali che presentano gli utenti, indipendentemente dalla loro provenienza. Tali problematiche renderebbero necessaria la presenza, o comunque la disponibilità/reperibilità 24 ore su 24 di assistenti sociali e mediatori culturali : sono in costante incremento gli utenti senza tetto, stranieri e non, gli anziani soli, ecc.

Mrs. Ahearn e il Dr Muller ci hanno invece spiegato che nel loro Ospedale é presente, con nostra grande sorpresa, addirittura in ogni Unità Operativa, una equipe specifica di Assistenti Sociali, che si occupano di tutte le problematiche correlate.

Un'altra differenza tra la nostra realtà e quella americana è rappresentata dal fatto che il nostro Pronto Soccorso non è dotato di stanze di decontaminazione per incidenti chimici, mentre non solo nel BJH è presente, ma gli operatori sono formati a seguire indicazioni per il bioterrorismo, dato il pressante pericolo di attentati di qualsiasi tipo.

Le criticità che ci hanno però riportato rispetto la loro realtà è rappresentata dal modo di vivere la professione medica e infermieristica, soprattutto alla luce di una organizzazione basata sulle assicurazioni. I medici sono nel mirino degli avvocati, le troppe cause intentate nei confronti degli ospedali rendono impossibile lavorare con la necessaria serenità; le assicurazioni gravano di gomila \$ l'anno sugli stipendi dei medici e molti neolaureati oggi si specializzano in "business administration" o in legge, perché la pratica clinica è troppo rischiosa! Chi opera nell'ambito clinico, fa un ricorso al consenso informato in modo estremo, al punto di dover ottenere a tutti i costi la firma del pa-

ziente, anche se sanguinante, per qualunque intervento, per avere la sicurezza di aver agito almeno legalmente.

In Italia, sebbene questa sia una problematica di grande attualità, non siamo per il momento ancora giunti a tali situazioni estreme.

Dal punto di vista infermieristico, o comunque degli operatori non medici, negli U.S.A., non esistono Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro, o anche solo Accordi Locali a livello di Ospedale.

Essi sicuramente da un lato offrono garanzie e diritti ai professionisti, dall'altro condizionano nei tempi e nei modi l'organizzazione delle strutture sanitarie, per noi, che tutti i giorni ne facciamo esperienza, non sempre positivamente. In America ogni contratto è individuale e ogni professionista è sottoposto alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi, che condiziona ovviamente (per loro) il rapporto di lavoro.

Da questo confronto ognuno di noi si è "portato a casa" qualcosa di importante, qualche dubbio in più, qualche certezza in più, ma soprattutto l'idea che questo scambio possa continuare, a diversi livelli, attraverso l'approfondimento di alcune tematiche che non è possibile affrontare in modo esaustivo in una "chiacchierata" qualche ora, come ad esempio la tematica legata agli aspetti sociali, al Pronto Soccorso Pediatrico e all'integrazione medico-infermieristica, argomento solo accennato in questo incontro.

Crediamo sia stato aperto un cammino di confronto, è auspicabile che possa svilupparsi in un futuro prossimo nell'ambito di queste tematiche per noi fondamentali.