

Programmare il beautiful exit o costruire un environmental well being?

Ipotesi e proposte per una ricerca innovativa ed interdisciplinare in Pronto Soccorso

Eusebio Balocco, Massimo Pesenti Campagnoni*

Consulente di Organizzazione e Formatore di orientamento psico-socio-analitico

*Medicina e Chirurgia d'Urgenza/Pronto Soccorso. Ospedale Regionale "U. Parini", Aosta

Premessa

Si sente parlare d'un crescente *logorio* professionale dei Medici di Pronto Soccorso. Si accenna addirittura a qualche forma pianificata di *beautiful exit* (ad esempio il trasferimento ad altro reparto dopo un determinato periodo di lavoro in PS), come alternativa preferibile al *burn out* e come una soluzione a problemi seri di adattamento e/o sopravvivenza in un ambiente strutturalmente caotico, turbolento e spesso frustrante. Il nostro intento, in queste note, è di proporre un *percorso* diverso per giungere a rendere abbastanza *vivibile* il Pronto Soccorso.

Parliamo di violinisti

«Come risulta ormai da molti studi, i violinisti sono tra le categorie di musicisti più colpiti da patologie correlate con lo svolgimento della propria professione. Nell'ambito della medicina della musica è già stato pubblicato molto materiale in merito alle cause ed alla prevenzione di tali affezioni. Inoltre le diverse componenti legate ai movimenti ed alla postura, propri del violinista in azione, sono state misurate ed analizzate attraverso sistemi tecnologici sempre più avanzati. Tuttavia fino ad ora pochissime ricerche sono state effettuate in merito all'eventuale influenza che le abitudini di studio dei violinisti possono eventualmente esercitare su queste patologie» (1).

Parliamo di nuora perché suocera intenda

Fino ad ora non ci è ancora capitato di leggere che dei Conservatori o grandi Orchestre abbiano preso in considerazione l'idea d'invitare un bravo violinista, ancorché acciaccato per motivi connessi alla professione, a cambiare mestiere oppure che propongano, in alternativa, di "riciclare" gli stessi vio-

linisti come suonatori di tromba o di fagotto. L'interessante articolo citato riporta i dati di un'accurata ricerca volta ad indagare il *percorso formativo*, per verificare quali possono essere i fattori che incidono maggiormente sulle malattie professionali. E ciò a scopo preventivo e profilattico.

Ci *spiace*, ma per il momento non esiste ancora un CYNAR efficace contro il logorio del Pronto Soccorso. Ci *piace* invece proporre un percorso più costruttivo ed ottimistico, anche se per nulla semplice. Per sviluppare il nostro pensiero proponiamo una breve storia dello sviluppo della Medicina d'Urgenza, in Italia.

La crescita e lo sviluppo nel tempo di un'identità più definita del Medico di Pronto Soccorso

1. **Dalla Caienna ad un posto di lavoro dignitoso.** Alcune dimensioni della crisi dei e nei PS attuali, può essere meglio compresa se ripercorriamo rapidamente la storia recente degli stessi, a partire dagli anni '90. Vediamo che in quel decennio sono state poste le basi *culturali ed organizzative* della Medicina d'Urgenza: risalgono a tale periodo l'introduzione del *triage* in PS, anche come tentativo di *gestire gli accessi* e di razionalizzare le richieste emergenti, la definizione delle abilità necessarie per la professione del medico d'urgenza e l'introduzione di standard formativi, il superamento della "diatriba" medico di pronto soccorso- medico d'urgenza e la conseguente creazione di un unico organismo di rappresentanza, la SIMEU.
2. **Si consolidano identità professionale e spazi organizzativi.** Negli anni 2000 cresce la legittima-

zione della “specificità” e poi della “specialità” di Medicina d’Emergenza (ME) di recente concretizzata. Si tratta di un *punto d’arrivo e di partenza: il riconoscimento*, formale e pubblico della specialità di ME rappresenta senza dubbio un importante punto d’arrivo ed ha contribuito ad avviare un processo per una più adeguata *legittimazione culturale, istituzionale ed organizzativa* della ME. Ma sembra che l’approdo stia diventando *anche* un punto di criticità, per il concomitante emergere d’altri fattori, che modificano lo scenario e lo sfondo culturale in modo consistente. Si tratta di uno *scenario complesso* ed in continua evoluzione. Alcuni aspetti della “crisi” coinvolgono dimensioni *culturali e strutturali* della *medicina attuale*, di più ampia portata, che poi impattano sulla gestione quotidiana del Pronto Soccorso. Questi finiscono per diventare *l’imbuto* nel quale si riversa un disagio più complesso, crescente, inarrestabile e poco modificabile.

3. **“Debolezza” strutturale o “punto di forza” dal quale ripartire?** Spesso in letteratura e più ancora nelle conversazioni informali, si fa riferimento alla crescente *specializzazione delle attività* – per es. in cardiologia – che sono anche conseguenza della “colonizzazione” progressiva della medicina da parte di “tecnologie” e “tecniche” sempre più raffinate, che producono una separazione/scissione di “competenze” parziali, anche se sempre più approfondite. Si tratta d’una *contraddizione epocale e strutturale delle scienze mediche*. Questo processo, in assenza di governo, può infatti confliggere con una crescente *richiesta sociale* d’ascolto e d’attenzione ma anche di razionalizzazione dei percorsi sanitari e della spesa, di integrazione dei servizi, e negare, nei fatti, un bisogno profondamente umano di “*ricomposizione*” delle diverse rappresentazioni della sofferenza propria della *relazione medico – paziente*. Il PS diventa quindi anche il luogo nel quale *viene agita* questa “domanda” implicita, sostenuta da attese sociali ed umane spesso frustrate, alla quale i medici di PS devono attrezzarsi a rispondere. In pratica occorre esplorare quanto questa dimensione di fatto intangibile, relazionale e solo all’apparenza “poco tecnica”, può essere tradotta in modo coerente nei *processi organizzativi e gestionali* e nelle *componenti tecniche e manageriali* del servizio sanitario pubblico e del PS.

Proviamo ora ad evidenziare alcuni nodi critici che emergono, che influenzano la pratica e che richiedono d’essere districati ad un più adeguato livello d’analisi:

1. **Emergono spesso in PS alcuni conflitti territoriali con specialità mediche confinanti.** In particolare, nella gestione concreta dei PS pare diffusa una conflittualità “territoriale”, riferita ai

“confini professionali” di ruolo ed a quelli di “reparto ospedaliero” competente. Si tratta di un processo a molteplici e complesse dimensioni. Qui ne segnaliamo due che ci sembrano centrali. *La prima*: proprio per la crescita di identità professionale del medico di PS e la conseguente *volontà di presidio dello spazio gestionale ed organizzativo del PS*, sembrano diventare frequenti le divergenze tra i PS e altri reparti rispetto a tipologie di pazienti che i reparti “forti” vorrebbero continuare a gestire in esclusiva (si pensi all’ictus in fase acuta o al politraumatizzato) ovvero continuare a poter respingere al *mittente* (più tipicamente l’anziano o il polipatologico). *La seconda*: la consapevolezza acquisita da parte del medico di PS del ruolo di garanzia e tutela per il cittadino, elemento “costituzionale” della qualità delle prestazioni, ha aumentato la richiesta di interventi risolutivi dei nodi organizzativi generali irrisolti quali la carenza di posti letto o le liste d’attesa ed il “confronto” per restituire a direzioni, dipartimenti ecc. competenze e compiti impropriamente in passato scaricate sul medico di PS.

In altre parole, nel momento in cui cresce l’identità e l’attrezzatura professionale del Medico di PS e lotta per essere “riconosciuto” come portatore di una sua legittima autonomia professionale, altre identità professionali lottano spesso, in modo altrettanto tenace, per difendere spazi che tendono a soprapposti e quindi richiedono di essere negoziati. Questi conflitti assorbono energie e risorse e sono spesso *derubricati* a “normale routine”. In questo modo non se ne esplorano le potenzialità conoscitive ed operative concrete, sia in termini di “formazione medica accademica” preliminare, sia di *competenze gestionali* condivise, esplicitate e riconosciute, da trasmettere ai futuri medici ed infermieri di PS: si tratta di un processo fisiologico, ma allo stesso tempo sottile che rinvia alla sociologia delle professioni.

2. **Sembra d’essere in presenza di una disaffezione emergente e crescente per il lavoro di Medico in Pronto Soccorso.** Il calo di “vocazioni” può essere interpretato come un riflesso della situazione complessa che sta cambiando? E’ vero che numerosi concorsi per posti in PS che vanno deserti. Diciamo che c’è l’impressione d’una “crisi” che andrà meglio articolata e più precisamente esplorata. E questo per coglierne il senso rispetto all’evoluzione della medicina d’urgenza ed alla sua concreta declinazione in pronto Soccorso.
3. **Caratteristiche distintive e “numeri” delle crisi professionali in PS.** Il tema evocato dal titolo del paragrafo sembra quasi troppo benevolo, rispetto alla realtà. *Alto turn over* percepito e forse reale, gli “abbandoni” di colleghi, sono da collegar-

si anche con il cambio generazionale in corso? Come e "dove" nasce il disagio: nel PS o già a monte? Sono forse da interrogare i percorsi e gli standard formativi di medici ed infermieri? Dobbiamo accettare che i violinisti siano più avanti di noi? Si chiedono ed indagano con passione che cosa non funziona nel predisporre a malattie professionali proprio durante il loro lungo processo di formazione. Il *break down* più o meno conclamato del medico di PS che "abbandona" può essere ritenuto solamente un dato soggettivo irriducibile del singolo, quindi un'eccezione non significativa, oppure anche un problema "sistemico" da esplorare, magari con il supporto di dati statistici e qualche confronto internazionale? E come è rappresentato, il disagio emergente nella mente degli stessi medici? Si tratta di domande complesse e richiedono voglia e tempo per essere decodificate e trattate adeguatamente. Come diremo più avanti, si tratta però di uscire dal proprio orticello e dal dare per scontato che si conoscano già le cause.

4. **La durata dell'apprendimento dall'esperienza della professione in Medicina d'Urgenza:** è stato detto che il tempo *standard*, per ora presunto, per un efficace "apprendimento dall'esperienza" della professione di medico d'urgenza è di circa 10 anni. La domanda però a questo punto diventa: e se i medici non ce la fanno o non riescono a resistere così a lungo? E quali sono i fattori principali di logorio umano e professionale, indotti dalla vita lavorativa in PS? Quanto sono già stati indagati e misurati, in Italia ed all'estero? Sembra inoltre che manchino, almeno a nostra conoscenza, dei dati attendibili sul "ciclo di vita" della professione del Medico di PS.
5. **Una metafora ripetuta, che può essere un indizio di più profonde disfunzioni organizzative, ma non solo:** in PS i medici di medicina d'urgenza – come più in generale è stato sostenuto, gli infermieri e soprattutto le infermiere, nella loro professione – tendono ad assumere il ruolo del "buon samaritano". Con alcuni risultati pratici che possono sembrare e spesso sono efficaci nei tempi brevi, a fronte di una richiesta di "problem solving" immediato, ma con il rischio di una "collusione" masochistica (una delle ipotesi sull'origine del *burn out*) che finisce per coprire lacune e limiti di un disegno organizzativo e dei processi gestionali, che meriterebbero di essere ripensati.

Alcune ipotesi di lavoro costruttive, orientate al benessere del Medico in Pronto Soccorso

1. **Quelle sopra elencate sembrano essere alcune "buone ragioni" per fermarsi, ragionare, riflet-**

tere e progettare. Tra le "buone ragioni" ci riferiamo anche ad un "metodo di lavoro", in grado d'interrogare il "qui ed ora", in PS, attraverso un lavoro di ricerca, ben strutturata e finalizzata. Se si desidera avviare una ricerca che sia consistente e precisa sulla specificità del PS e le criticità emergenti, occorre disegnarla. La "crisi" attuale – intesa per ora in senso ampio – anche come conseguenza del cambiamento, fallimento o collasso delle più tradizionali difese istituzionali, organizzative e soggettive del ruolo del Medico di PS, può diventare un'opportunità per aprire nuove prospettive. Ci sono già degli esempi virtuosi dai quali apprendere: l'aeronautica civile e militare.

2. **Specificare e riconoscere le competenze tecniche del medico di PS.** Per contrastare la iper specializzazione crescente nei diversi ambiti della medicina, è sicuramente utile confermare la centralità dell'identità del medico di PS, che è ancora capace di uno sguardo "olistico" sul paziente e che deve pertanto assumersi la responsabilità d'ipotizzare prima, progettare e gestire poi un percorso clinico appropriato per il singolo paziente che accede al PS dell'ospedale.
3. **Riconoscere come necessaria l'integrazione di alcune competenze non tecniche eccellenti nel Medico di PS.** Con non *technical skills* (2) si intendono tutte quelle capacità – spesso date per scontate – che rendono praticabile la professione in un contesto organizzativo, molto distante dalla formazione individualistica impartita all'Università. Una ricerca/intervento in corso presso il PS di Aosta sembra confermare l'importanza strategica di alcune di queste competenze in termini di capacità di negoziare ruolo e confini del Medico di PS, di assertività comunicativa con i colleghi di altri reparti, di procedure comunicative meglio condivise nei gruppi dei Medici del PS, allo scopo di legittimare il reparto e la sua mission all'interno dell'Ospedale e non solo.
4. **Dare spazio anche alle cose belle dell'essere medico.** Per contrastare la disaffezione verso il PS, riconoscendo che il burn out è il fallimento delle risorse investite per formare lo specialista di pronto soccorso, occorre dare tempo anche al pensiero oltre che alla azione e garantire a questo medico tempo per lo studio e la ricerca, per la comunicazione con il malato e con i colleghi, per costruire il proprio benessere organizzativo.
5. **Sembra necessario anche un confronto più realistico con le complesse dimensioni organizzative del PS.** Occorre dunque passare dalle "narrazioni", dai "casi" e dal brontolio continuo, che riteniamo anche clinicamente rilevanti, a costruire dei frames di lettura e delle ipotesi di ricerca, basati su dati quantitativi più realistici. Spesso manca uno sguardo diverso su processi che sono dati per scontati. A volte manca un'alfabetizzazione organizzativa di ba-

TAB. 1

Tabella sintetica delle *costrittività* specifiche in Pronto Soccorso. (liberamente adattata da: Veronesi I., Ugolini A. *Burn-out in Pronto Soccorso: la realtà di Imola*, Servizio di Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza, Imola Soccorso Azienda USL di Imola 1).

Categorie delle cause	Fattori specifici di rischio
<i>Intrinseche al lavoro</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Carico di lavoro eccessivo. • Sovraccarico di responsabilità. • Prendere decisioni e risolvere problemi. • Complessità dei casi clinici. • Complessità dei compiti. • Condizioni ambientali distintive. • Confronto con la malattia e la morte. • Alto tasso d'imprevedibilità ed incertezza degli eventi.
<i>Correlate al ruolo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Scarsa chiarezza dei compiti assegnati. • Ambiguità del ruolo/conflitti di ruolo. • Molteplicità dei compiti. • Responsabilità vs. competenza. • Capacità decisionale. • Autonomia.
<i>Correlate all'organizzazione ed al clima lavorativo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Scarsa trasparenza organizzativa. • Centralismo decisionale/Dirigismo. • Ruolo esecutivo e passivo dei collaboratori. • Restrizione dei comportamenti. • Autonomia limitata. • Politiche rigide e burocratiche, più orientate al controllo che al risultato. • Ricerca del "colpevole", più che ricerca e risoluzione dei problemi sottostanti.
<i>Correlate alle relazioni interne</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Autoreferenzialità. • Indipendenza. • Scarsa comunicazione. • Comunicazione <i>top down</i>. • Scarsa gestione dei conflitti. • Prevaricazione, <i>bossing</i> e <i>mobbing</i>.
<i>Correlate alle relazioni esterne</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Contesto sociale, economico, politico, storico. • Gradimento degli utenti. • Visibilità sociale. • Altri servizi e clienti interni.
<i>Correlate alla carriera</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema premiante non adeguato. • <i>Over and under promotion</i>. • Stabilità e sicurezza nel lavoro. • Valorizzazione delle attitudini personali.

se che si integri con il sapere medico. A questo riguardo esistono già delle ricerche specifiche, dotate di un buon impianto teorico, che durano da molti anni, ma sembrano non decollare mai, almeno Italia. Ci riferiamo per es. al metodo delle "congruenze organizzative" che Bruno Maggi (3) va promuovendo da almeno 25 anni e che ha trovato soprattutto applicazione in ambito sanitario. Il metodo, dotato di un buon impianto epistemologico e teorico, parte dall'assunto che le organizzazioni – compreso il PS – non sono en-

tità ma processi in costante evoluzione, all'interno dei quali vi sono delle specifiche "costrittività organizzative", che sono da studiare con un rigoroso impianto *interdisciplinare* (Tabella 1).

Bibliografia di riferimento

1. *Il giornale del conservatorio*, n. 28, VIII, 2008/2009, pag. 6.
2. Flinn R., O' Connor, Crichton M. *Safety at the sharp. A guide to non - technical Skills*, Ashgate Pu., UK, 2008.
3. Maggi B. *Razionalità e benessere - Studio interdisciplinare dell'organizzazione*. ETAS Libri, Milano, 1990.