

VareseNews

Ex primari critici verso il nuovo POAS: “Confonde ruoli e crea malessere tra gli operatori”

Pubblicato: Lunedì 2 Agosto 2021



Regione Lombardia ha approvato alcune variazioni al POAS richieste dall'Asst Sette Laghi. Cambiamenti assunti con carattere dell'urgenza e che hanno sollevato più di una critica.

*Riportiamo l'opinione di due ex dipendenti, il **dr Giulio Minoja** che ha diretto il Dipartimento di Anestesia e Rianimazione e il **dr Salvatore Cuffari**, Direttore di Struttura complessa di Anestesia e Rianimazione*

Con il piano organizzativo aziendale strategico (POAS) ogni Azienda Ospedaliera propone il disegno che intende assumere per i prossimi anni di attività, al fine di rispondere al meglio alle esigenze di salute dei cittadini, ottimizzando allo stesso tempo le risorse a disposizione.

Così ha fatto la Direzione del nostro Ospedale, ASST Settelaghi di Varese, con provvedimenti meritevolmente ispirati da una forte spinta verso **l'innovazione**, diremmo di **“ingegnerizzazione” dei processi di cura**, ridisegnando in maniera decisamente nuova l'organizzazione di diversi Dipartimenti.

Da osservatori esterni, ci permettiamo di commentare alcune modifiche della organizzazione della vita

ospedaliera, consapevoli che solo il tempo dirà se queste stanno andando nella direzione giusta. Consapevoli che queste osservazioni rappresentano un punto di vista molto limitato, derivando solo dalla nostra personale storia professionale.

L'area medica viene riorganizzata nel **Dipartimento di Emergenza ad Alta Specialità e Medical Centre**, attraverso la fusione di Dipartimento di Emergenza (Pronto Soccorso) con quello di Medicina. A questo unico grande Dipartimento afferiscono emergenza e urgenza provenienti dal territorio – **compresi il trauma e l'urgenza chirurgica** – accettazione dei pazienti e loro assegnazione ai reparti di competenza.

Medicina d'urgenza, medicina a bassa intensità di cure, medicina ad alta intensità di cure rappresentano un moderno approccio alla gestione dei pazienti, non più per assegnazione al singolo reparto, bensì per bisogni differenziati di assistenza. È evidente che l'intento di questa fusione è quello di **migliorare il percorso di accettazione e ricovero del paziente internistico** che tanto spesso, per carenza di posti letto, si trova a dover soggiornare in Pronto Soccorso. È anche evidente che all'interno di questa grande struttura si auspica sia più agevole far turnare sul Pronto Soccorso un numero maggiore di medici, per coprire una carenza che da anni affligge questa struttura.

Facciamo però fatica a capire come un bravo internista possa convertirsi in medico dell'urgenza – compresa quella chirurgica e del trauma -, così come un bravo medico dell'urgenza possa dedicarsi al meticoloso specialistico lavoro dell'internista.

Traspare da tutto questo una tendenza ad una **maggiore vocazione internistica di tutto l'ospedale, quando da sempre la componente e la visione chirurgica vi hanno giocato un ruolo centrale.**

Di più. All'interno di questo grande Dipartimento internistico e di emergenza viene creata la **Struttura Semplice di Medicina Perioperatoria**. Questo è un moderno concetto che deriva tipicamente dalla integrazione delle competenze chirurgiche e anestesologiche, non specifiche della cultura internistica rivolta a tutt'altra complessa patologia. **La Medicina perioperatoria è di norma affidata all'anestesista rianimatore**, il cui ruolo da anni non è più solo quello di "narcotizzare" il paziente nello stretto periodo intraoperatorio, bensì di valutarlo, insieme al chirurgo prepararlo all'atto operatorio, conoscendo di questo atto modalità, dettagli, tempi di esecuzione e possibili difficoltà. Assistere il paziente durante l'intervento significa allora non solo farlo "dormire e risvegliare" ma significa interagire con il chirurgo, sostenere le funzioni vitali, compensare gli squilibri derivanti dalla malattia e dall'atto chirurgico stesso. Significa dare assistenza post operatoria, per il controllo del dolore, per il mantenimento degli equilibri fisiologici e se necessario per fornire supporto nel decorso in Terapia Intensiva. **Questo oggi, nel 2021, fa la differenza tra un narcotizzatore e un anestesista rianimatore**, la figura che deve conciliare gli effetti della malattia del paziente con l'atto chirurgico, nelle fasi pre, intra e post operatoria. Questa è per noi la Medicina Perioperatoria.

Affidare questo compito anche al miglior internista sembra antistorico, una regressione dal punto di vista culturale e dell'efficacia clinica, e difficilmente potrà produrre riduzione di tempi di attesa preoperatori, e tempi di degenza post operatori. Ci chiediamo come si esprimano in proposito le Società Scientifiche di Anestesia e Rianimazione e quelle di Chirurgia. Ci chiediamo se il cittadino/paziente preferisca essere assistito in sala operatoria da un semplice addormentatore o da un Anestesista Rianimatore a tutto tondo.

Dipartimento Trauma System. Non è più gestionale, in quanto il Dipartimento di Emergenza Urgenza viene assorbito dal grande Dipartimento di Emergenza ad Alta Specialità e Medical Centre. Resta un Dipartimento funzionale, con il compito di migliorare il percorso del paziente vittima di trauma complesso nelle sue diverse fasi. **Qui manca a nostro avviso una Struttura.** Se correttamente assieme a Pronto Soccorso, chirurgie e diagnostiche, sono inserite le rianimazioni e le terapie Intensive, è **probabilmente per un refuso la mancanza della struttura di Anestesia e Rianimazione che gestisce**

i blocchi operatori, quando nel percorso del trauma questa fase risulta essere di vitale importanza.

Di nuovo, anche nel traumatizzato grave occorre che un anestesista rianimatore integri la semplice narcosi con il sostegno attento, competente e aggressivo delle funzioni vitali, dovendo gestire un paziente che per definizione è instabile e in pericolo di vita.

Altro si potrebbe dire, ma un punto di vista parziale come il nostro non autorizza a giudicare tanti cambiamenti, certamente motivati e probabilmente sofferti. Temiamo solo che **alcuni provvedimenti possano generare confusione di ruoli, perdita di specificità e malessere tra gli operatori**, in contrasto con i concetti di orgoglio e senso di appartenenza auspicati con queste proposte di cambiamento. Ci auguriamo sinceramente di sbagliare.

Dr. Giulio Minoja

già Direttore del Dipartimento
di Anestesia e Rianimazione
ASST Settelaghi di Varese

Dr. Salvatore Cuffari

già Direttore della Struttura Complessa
di Anestesia e Rianimazione
ASST Settelaghi di Varese

Redazione VareseNews

redazione@varesenews.it